

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**ÚLCERAS POR PRESSÃO: AVALIAÇÃO DE RISCOS EM PACIENTES
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - Usando a Escala de
Braden**

Autores(a):

Suziane da Costa Sena

Talita Priscila Sousa Lima

BELÉM

2011

SUZIANE DA COSTA SENA

TALITA PRISCILA SOUSA LIMA

**ÚLCERAS POR PRESSÃO: AVALIAÇÃO DE RISCOS EM PACIENTES
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - Usando a Escala de
Braden**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
para obtenção de grau em Enfermeiro pela
Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Roseneide dos Santos
Tavares.

BELÉM

2011

SUZIANE DA COSTA SENA

TALITA PRISCILA SOUSA LIMA

**ÚLCERAS POR PRESSÃO: AVALIAÇÃO DE RISCOS EM PACIENTES
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - Usando a Escala de
Braden**

Trabalho de conclusão de curso apresentado para obtenção de grau em Enfermagem pela
Universidade Federal do Pará. Orientadora: Prof^a Dr^a. Roseneide dos Santos Tavares.

Banca examinadora:

Prof. Dr^a Roseneide dos Santos Tavares

Orientador

Nome/ Instituição

Nome/ Instituição

Aprovado em _/ _/ _____

Conceito: _____

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus por me iluminar em toda essa trajetória, aos meus pais, minhas irmãs, meu irmão e meu noivo, por todo amor, compreensão e perseverança que foram relevantes para realização deste estudo, por estarem sempre me apoiando e se orgulhando das minhas vitórias, sem vocês nada seria possível, AMO VOCÊS.

Suziane da Costa Sena

Dedico a DEUS que é capaz de fazer infinitamente mais do que tudo que pedimos e pensamos. Aos meus pais, meu esposo, meus irmãos, minha tia Rosa e minha amiga Ray por todo carinho, amor e pelo incansável apoio e incentivo que demonstraram em todos os momentos da minha vida, vocês muito contribuíram para que tudo isso acontecesse. Amo muito vocês!

Talita Priscila Sousa Lima

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a DEUS, pelo dom da vida, por estar comigo em todos os momentos bom e ruins, por nunca me abandonar e por toda força, muito obrigada MEU PAI.

Aos meus pais (BENEDITO e MARIA ELI), por todo amor, carinho, dedicação, e principalmente pela educação que nunca deixaram faltar a mim e as minhas irmãs e irmão, vocês são os grandes responsáveis por esta conquista, AMO VOCÊS.

As minhas irmãs (ELISÂNGELA, TATIANA, JOYCE, JACQUELINE e PAULA) e ao meu irmão (PAULO CESAR), por estarem sempre ao meu lado, e me apoiarem em todas as decisões, afinal não somos apenas irmãos somos grandes amigos.

A minha irmã TATIANA, por ser minha segunda mãe, por ter acreditado em mim, por todo apoio e carinho a mim dedicados, muito obrigada.

Ao meu noivo AUGUSTO, por toda paciência, carinho, amor e dedicação, e por nunca ter desistido de nós, muito obrigada, EU TE AMO.

A minha querida professora e orientadora ROSENEIDE TAVARES, pelas horas incansáveis a nós dedicadas e pela paciência e carinho, muito obrigada.

A amiga e companheira de TCC, TALITA PRISCILA, você foi fundamental para a realização deste estudo, tenho muita admiração e carinho por você, minha querida amiga.

A primeira pessoa que conheci nesta vida acadêmica, a qual nunca se separou de mim, minha querida amiga EMANOELLE OLIVEIRA, muito obrigada pela amizade e companheirismo esses anos todos.

A toda a equipe da UTI do HUIBB, pela paciência e ajuda, os meus mais sinceros agradecimentos.

E por fim a todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste estudo. MUITO OBRIGADA A TODOS!

Suziane da Costa Sena

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS pela vida, coragem e força que me concedeu para enfrentar esse caminho árduo, porém bastante gratificante e engrandecedor. Te amo Aba Pai!

Aos meus pais JOSÉ GONÇALVES DE LIMA e MARIA AUXILIADORA SOUSA LIMA pelo exemplo de vida, responsabilidade, incansável incentivo e apoio, em especial a minha mãe pelas constantes e incansáveis orações que são o alicerce das minhas vitórias. AMO VOCÊS.

Ao meu esposo FRED pelo estímulo, confiança, paciência e todo seu amor e carinho.

Aos meus irmãos NATANAEL e JÚNIOR pelo estímulo e confiança.

A minha grande amiga RAY que nos momentos mais difíceis esteve ao meu lado apoiando e torcendo por mim.

A minha amada tia ROSA que acreditou, orou e torceu por mim durante toda essa trajetória.

A minha companheira de TCC SUZIANE SENA pela pessoa compreensiva, paciente incentivadora e pela fundamental participação na realização desse estudo, muito obrigada.

A minha amiga EMANOELLE pelas constantes presenças e disponibilidade, apoio e solidariedade nas horas de dificuldade, muito obrigada! Foi muito bom ter você como amiga, companheira de trabalhos, de estágios e de viagens.

A querida professora Dra ROSENEIDE TAVARES pela tolerância e paciência. Preciosas foram suas intervenções, discussões e orientações. Que Deus em sua infinita sabedoria ilumine a sua vida.

Aos demais professores do curso de Enfermagem pelos ensinamentos e lições de vida, que me ensinaram durante toda a trajetória.

A toda a equipe da UTI do HUIBB pelo acolhimento e ajuda durante todo o período de coleta de dados.

Talita Priscila Sousa Lima

*“Há homens que lutam um dia e são bons.
Há homens que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda vida.
Esses são os imprescindíveis.”*

(Bertolt Brecht)

RESUMO

As úlceras por pressão são lesões cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas que se formam devido à falta de oxigênio e/ou de nutrientes para atender as necessidades dos tecidos. São em geral causadas pela pressão exercida sobre uma área de tecido, não permitindo a perfusão suficiente. Acomete principalmente pacientes acamados, sendo que nas Unidades de Terapia Intensiva sua ocorrência é mais frequente. Este trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa que tem como objetivo classificar os riscos de úlceras por pressão dos pacientes hospitalizados, por meio da escala de Braden, bem como avaliar qual o indicador da escala se mostrou mais afetado nos pacientes avaliados. A amostra do estudo foi composta de 23 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário João de Barros Barreto, no período de setembro a novembro de 2011. Para identificar os escores de risco utilizou-se a Escala de Braden e dados contidos no prontuário dos pacientes. A Escala de Braden tem como indicador os seguintes: nível de percepção sensorial, umidade cutânea, grau de atividade, mobilidade física, estado nutricional, fricção e cisalhamento. O indicador atividade (acamado) mostrou-se mais afetado com 100% (23 pessoas), sendo que este indicador sofre a influência do ambiente da UTI que não ainda não possui opções para uso do paciente como banheiro, poltronas, dentre outros. O indicador fricção e cisalhamento (problema) também se mostrou afetado por conta da situação clínica em que se encontravam os pacientes. Os resultados apresentados apontam a necessidade da implantação da Escala de Braden na UTI da instituição pesquisada, visando tornar a assistência ao paciente mais efetiva.

Palavras-chaves: Enfermagem, Escala de Braden, Riscos, Úlcera por pressão.

ABSTRACT

The pressure ulcers or skin lesions are soft, superficial or deep that form due to lack of oxygen and/ or nutrients to meet the needs of the tissues. These are usually caused by pressure on an area of tissue, not allowing sufficient perfusion. It mainly affects patients in bed, and in intensive care units their occurrence is more frequent. This work it is an exploratory research with a quantitative approach that aimed to classify the risk of pressure ulcers of patients hospitalized through the Braden Scale, as well as assessing what the indicator of the scale was more affected in patients. The study sample consisted of 23 patients admitted to the Intensive Care Unit of the University Hospital João de Barros Barreto, from September to November 2011. To identify the risk scores used the Braden Scale and data contained in the records of patients. The Braden Scale has the indicator as follows: level of sensory perception, skin moisture, activity level, physical mobility, nutritional status, friction and shear. The activity index (bedridden), was most affected with 100%, and this indicator is influenced by the environment of the ICU that there does not have options for use of the patient as toilet seats, among others. The indicator friction and shear (problem) was also affected due to the clinical situation in which they were patients. The results presented indicate the need for implementation of the Braden Scale in the ICU of the institution researched, designed to make patient care more effective.

Word-Key: Nursing, Braden Scale, Risks, Pressure ulcer.

LISTA DE QUADROS

Quadro1 - Escala de Braden.	28
Quadro 2 - Subescala percepção sensorial na escala de braden e respectivas categorias.....	29
Quadro 3- Subescala umidade na escala de braden e respectivas categorias	30
Quadro 4- Subescala atividade na escala de braden e respectivas categorias	31
Quadro 5- Subescala mobilidade na escala de braden e respectivas categorias	32
Quadro 6- Subescala nutrição na escala de braden e respectivas categorias	33
Quadro 7- Subescala fricção e cisalhamento na escala de braden e respectiva categorias.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Característica da amostra dos pacientes observados para estudo de prevenção de UP em UTI - adulta do HUIBB, no período de setembro a novembro de 2011	38
Tabela 2- Frequência das patologias apresentadas pelos pacientes avaliados na UTI- adulto do HUIBB, no período de setembro a novembro de 2011	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala percepção sensorial da Escala de Braden, na UTI- adulto do HUIBB, no período de setembro a novembro de 2011.	42
Gráfico 2- Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala umidade da Escala de Braden, na UTI- adulto do HUIBB, no período de setembro a novembro de 2011.	44
Gráfico 3- Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala atividade da Escala de Braden, na UTI- adulto do HUIBB, no período de setembro a novembro de 2011.	45
Gráfico 4 - Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala mobilidade da Escala de Braden, na UTI- adulto do HUIBB, no período de setembro a novembro de 2011.	46
Gráfico 5 - Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala nutrição da Escala de Braden, na UTI- adulto do HUIBB, no período de setembro a novembro de 2011.	47
Gráfico 6 - Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala fricção e cisalhamento da Escala de Braden, na UTI- adulto do HUIBB, no período de setembro a novembro de 2011.	49
Gráfico 7- Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a Escala de Braden, na UTI do HUIBB no período de setembro a novembro de 2011	50
Gráfico 8- Distribuição da amostra de pacientes de acordo com o escore de riscos para o desenvolvimento de UP, na UTI do HUIBB no período de setembro a novembro de 2011.	51

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Tema em estudo.....	14
1.2 Problema.....	15
1.3 Objetivo.....	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 ANATOMIA, FISIOLOGIA E HISTOLOGIA DA PELE.....	17
2.1.1 Epiderme.....	17
2.1.2 Derme.....	17
2.1.3 Hipoderme.....	18
2.1.4 Funções da pele.....	18
2.2 CONCEITO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	19
2.3 CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	20
2.3.1 Estágio I.....	20
2.3.2 Estágio II.....	20
2.3.3 Estágio III.....	20
2.3.4 Estágio IV.....	20
2.4 AREAS DE RISCO PARA FORMAÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	21
2.5 FATORES DE RISCO.....	22
2.6 FISIOLOGIA DA CICATRIZAÇÃO.....	23
2.6.1 Inflamação.....	23
2.6.2 Proliferativa.....	24
2.6.3 Remodelação.....	24
2.7 PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	25
2.8 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO (ESCALA DE BRADEN).....	27
3. METODOLOGIA.....	35
3.1 Tipo de estudo.....	35
3.2 Local do estudo.....	35
3.3 Amostra/ sujeito da pesquisa.....	36
3.4 Instrumento e técnica de coleta de dados.....	36
3.5 Análise de dados.....	36
3.6 Questões éticas e legais.....	36
3.7 Riscos e benefícios.....	37
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
APÊNDICE A.....	57
APÊNDICE B.....	59

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO

1.1 Tema em estudo

As úlceras por pressão (UP) são definidas como lesões cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas. Estas se formam devido à falta de oxigênio e/ou de nutrientes para preencher as necessidades dos tecidos. São em geral causadas pela pressão exercida sobre uma área de tecido, não permitindo a perfusão suficiente. Esses ferimentos podem ocorrer rapidamente, poderão ser necessária apenas duas horas para a formação dessas lesões. (BLANES, 2010; ROTH, J.J; HUGHES, 2006).

O desenvolvimento de UP é um grave problema de enfermagem, pois, frequentemente, é associado à má qualidade da assistência e exige uma grande demanda de tempo e dinheiro para tratamento das lesões (ROCHA; BARROS, 2010). Em posição contrária a esta afirmação, Diccini, S; Camaduro, C; Lida, L.I.S (2009) citam que várias evidências científicas têm mostrado que a UP é decorrente de fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são determinados pela condição do paciente tais como: estado nutricional alterado, idade avançada, hipertermia, tabagismo, incontinência urinária e fecal, diabetes mellitus, insuficiência arterial ou venosa. A pressão exercida sobre um tecido bem como duração e intensidade são importantes fatores extrínsecos. Neste caso destacamos que a maioria dos fatores não tem relação direta com a ação da enfermagem, como poderemos observar no decorrer deste trabalho.

Segundo Iron (2005), há definições para quatro estágios de úlceras. Estágio I foi inicialmente definido como uma alteração observável relacionada à área de eritema persistente. Estágio II é definido como uma perda cutânea de espessura parcial que compromete a epiderme, a derme, ou ambas, mas sem estender-se por toda a espessura da derme. Estágio III a ferida se estende até o tecido subcutâneo, mas não compromete a fáscia. Estágio IV é qualquer ferida que se estenda através da fáscia.

Pacientes submetidos a cuidados intensivos apresentam, geralmente, alto risco para desenvolver UP, devido a limitações ambientais e psicobiológicas. Segundo Orlando (2001) e Gomes et al. (2011) o paciente considerado crítico é aquele que apresenta instabilidade de um ou mais órgãos vitais ou encontram-se na eminência de apresentar alguma alteração hemodinâmica, restrição de movimentos por período prolongado de tempo e uso de drogas

sedativas e analgésicas, as quais diminuem a percepção sensorial e prejudicam a mobilidade. Com isso entendemos que as UP constituem um grande desafio para equipe de assistência intensivista uma vez que elas se configuram como complicação ou até mesmo como uma iatrogênia que é comum em paciente com curto ou longo período tempo de internação em UTI.

Atualmente existe cerca de 40 instrumentos de medição para avaliar os fatores de risco relacionados a UP. No entanto, as únicas escalas com valor preditivo destinadas a uma medida de critério a ser prevista são as de Norton, Waterlow e Braden.

A importância da utilização da Escala preditiva de Braden no cuidado de enfermagem, esta na possibilidade de avaliar o indivíduo hospitalizado diagnosticando as situações de: percepção sensorial, umidade, grau de atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Identificando assim os fatores de risco para desenvolvimento de UP e possibilitando o planejamento de ações de caráter preventivo a fim de melhorar a qualidade da assistência que lhe é devida.

De acordo com Silva et al. (2011) a prevenção das UP em qualquer contexto da assistência requer uma abordagem sistemática, considerando os riscos presentes e prosseguindo com adoção de medidas apropriadas envolvendo toda a equipe de saúde. Para isso os enfermeiros desempenham papel fundamental na prevenção da UP, atuando como educador frente à equipe de enfermagem e multiplicador de informação para isso deve possuir conhecimento e habilidades frente à pacientes susceptível ao aparecimento de UP.

Nesse contexto, a relevância do estudo encontra-se na oportunidade de detectar quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento de UP e oferecer subsídios para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem a pacientes críticos.

1.2 Problema e questão norteadora

Os pacientes confinados ao leito por um longo período de tempo com disfunção motora e sensitiva, com uso de sedativos, presença de edemas, dentre outros, tem um risco elevado de desenvolver UP. Com base no exposto acima indagamos: quais os principais riscos para o desenvolvimento de UP em pacientes internados em UTI?

1.3 Objetivos

Baseado no exposto, esta pesquisa tem como objetivos os seguintes:

- ✓ Classificar os riscos de úlceras por pressão por meio da escala de Braden (nível de percepção sensorial, umidade cutânea, grau de atividade, mobilidade física, estado nutricional, fricção e cisalhamento).
- ✓ Avaliar qual o indicador da escala de Braden se mostrou mais afetado nos pacientes avaliados.

CAPÍTULO 2

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1- ANATOMIA, FISIOLOGIA E HISTOLOGIA DA PELE

A pele do homem corresponde a 15% de seu peso corporal, é um órgão que reveste e delimita o organismo, protegendo-o e interagindo com o meio exterior. Ela age como uma barreira física contra microorganismos, traumas, luz ultravioleta e muitos parasitas. Além disso, desempenha um papel importante na termorregulação e no metabolismo da vitamina D, também conta com componentes celulares e humorais do sistema imunológico e diversos sistemas moleculares de defesa contra microorganismos (SODRÉ, C.T.; AZULAY, D.R.; AZULAY, R.D, 2008).

A pele é constituída basicamente por três camadas interdependentes: a epiderme, a derme e a hipoderme.

2.1.1- EPIDERME

A epiderme consiste em camadas organizadas de epitélio estratificado com uma transição bem definida de forma e estrutura celular de acordo com as camadas mais superficiais ou mais profundas das quais as células se originam (IRON, 2005).

A epiderme é constituída por: sistema ceratinocítico, composto por células epiteliais denominadas queratinócitos, responsáveis pelo corpo da epiderme e de seus anexos (pêlos, unhas e glândulas); sistema melânico, formado pelos melanócitos; células de Langerhans, com função imunológica; células de Merkel, integradas ao sistema nervoso, e células dendríticas indeterminadas, com função mal definida (SODRÉ, C.T.; AZULAY, D.R.; AZULAY, R.D, 2008).

2.1.2- DERME

A derme é uma camada de tecido conjuntivo composta por um sistema integrado de estruturas fibrosas, filamentosas e amorfas, na qual são acomodados vasos, nervos e anexos epidérmicos. Fibroblastos, histiócitos, células dendríticas e mastócitos são células residentes,

enquanto linfócitos, plasmócitos e outros elementos celulares do sangue são encontrados em número variável e de forma transitória (Ibid. p. 10).

A derme é formada por duas camadas principais (papilar e reticular) com diferenças funcionais importantes e três componentes básicos: os fibroblastos que são as principais células da derme, e são capazes de secretar macromoléculas importantes durante a cicatrização; as fibras, especialmente as fibras elásticas e de colágeno; e a substância que constitui a substrato de base, um gel de glicosaminoglicano e água. Tanto a estrutura das fibras na derme como sua organização são responsáveis pela tensão e elasticidade da mesma (IRON, 2005).

2.1.3- HIPODERME

A hipoderme ou panículo adiposo é a camada mais profunda da pele, constituída de lóbulos de lipócitos delimitados por septos de colágeno com vasos sanguíneos, linfáticos e nervos. Os adipócitos, ou células adiposas, que se originam da célula mesenquimal, são arredondados e grandes, contendo em seu citoplasma uma grande quantidade de lipídios (SODRÉ, C.T.; AZULAY, D.R.; AZULAY, R.D 2008).

2.1.4- FUNÇÕES DA PELE

Nos seres humanos a pele é um órgão de importância fundamental, assim como todos os outros, pois mantêm equilíbrio com o meio exterior, no sentido de manutenção do meio interior (Ibid. p. 13).

O mesmo autor destaca as seguintes funções da pele: proteção, percepção, hemorregulação e termorregulação; secreção, excreção e metabolização, as quais conceituaremos abaixo.

- **Proteção:** é feita das mais diversas formas contra as agressões do meio exterior. A pele tem uma resistência relativa aos agentes mecânicos, por sua capacidade moldável e elástica (fibras colágenas, elásticas e hipoderme); aos agentes físicos, através de seus agentes melânicos. Pela sua relativa impermeabilidade à água e aos eletrólitos, a pele mantém o equilíbrio hidroeletrolítico. A proteção físico-química, no sentido da manutenção do pH ácido (5,4-5,6) da camada córnea; a química, através do manto

lipídico com atividade antimicrobiana; e a imunológica, presente, na epiderme, através das células de Langerhans e, na derme, a custa de macrófagos, linfócitos e mastócitos.

- Percepção: os elementos nervosos que existem, sobretudo na derme, permitem o reconhecimento de sensações especiais, como calor, frio, dor e tato, o que conduz a um mecanismo de defesa no sentido de sobrevivência.
- Hemorregulação e termorregulação: a pele através de seus extensos plexos vasculares e corações periféricos (os glomos) colaboram na manutenção e regulação do débito circulatório. A homeotermia ou termorregulação é mantida por mecanismo comandado pelo centro termo regulador através das vias do sistema nervoso autônomo, levando a vasoconstrição ou vasodilatação. No mecanismo de termorregulação, exercem uma ação especial as glândulas sudoríparas écrinas, que, sob estímulo colinérgico, aumentam a sudorese, causando a perda de calor.
- Secreção: a citoqueratina, a melanina, o sebo e o suor, todos produzidos pela pele, exercem funções definidas e harmônicas. O sebo colabora na formação do manto lipídico com atividade antimicrobiana, emulsificadora de substâncias e de barreira protetora.
- Excreção: as glândulas écrinas secretam água, eletrólitos, HCO_3 , uréia, metais pesados etc., à semelhança do rim.
- Metabolização: a pele também sintetiza hormônios, dentre eles a testosterona e diidrotestosterona, que tem um papel muito importante na alopecia androgenética, acne e hirsutismo. Tem também uma ação decisiva na síntese e na metabolização da vitamina D.

2.2- CONCEITO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Com grande frequência, as lesões de pele acometem clientes críticos em unidades de terapia intensiva. As úlceras de decúbito ou por pressão são as lesões dermatológicas mais observadas em clientes criticamente enfermos, com distúrbios nutricionais, dificuldade de mobilização no leito e administração de drogas simpatomiméticas nessas unidades (COSTA et al., 2009).

Segundo Dealey (2008) a UP pode ser descrita como uma lesão localizada da pele, causada pela interrupção do suprimento sanguíneo para a área, geralmente provocada por pressão, cisalhamento ou fricção, ou uma combinação desses fatores.

2.3- CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

A utilização de um sistema reconhecido de estágios das UP pode ser útil ao proporcionar uma descrição objetiva da lesão e oferecer um quadro mais acurado da profundidade do dano tissular em vez de comentários do tipo “uma úlcera profunda” (DEALEY, 2008).

Baseado na classificação do autor referenciado, apresentaremos os quatro estágios da UP.

2.3.1- Estágio I:

Caracterizam-se por eritema não esbranquiçado de pele intacta. Descoloração da pele, aquecimento, edema ou endurecimento podem ser usados como indicadores, especialmente em indivíduos de pele escura.

2.3.2- Estágio II:

Surgem com a perda de espessura parcial da pele, envolvendo a epiderme, a derme ou ambas. A úlcera é superficial apresenta-se clinicamente como uma abrasão, pústula ou depressão não tão profunda.

2.3.3- Estágio III:

Envolvem perda total da pele e dano ou necrose ao tecido subcutâneo. Podem atingir a fáscia, mas não se desenvolvem através dela.

2.3.4- Estágio IV:

São as úlceras mais profundas e incluem perda total da pele com destruição total do tecido, atingindo músculo, ossos ou estruturas de suporte (tendão, cápsula articular). A corrosão e os tratos sinusais podem estar associados às úlceras em estágio IV.

Em posição contrária Irion (2005) afirma que classificação da ferida em estágios não implica necessariamente progressão no estágio da úlcera, pois uma UP no estágio I pode ter muito pouco dano tissular ou pode ter uma necrose extensa debaixo de uma pele intacta. “... uma vez que uma úlcera seja classificada com UP em estágio IV, ela não pode, logicamente, ser classificada em como uma úlcera em estágio III, II ou I, porque não existem os marcadores tissulares sobre os quais estão baseadas as definições”.

Ainda segundo Maklebust (1995 apud Potter; Perry, 2004) afirma que as UP não progridem de estágio I até estágio IV, embora os sistemas de estagiamento utilizem números sequenciais para descrever as UP, isso não significa que exista progressão na gravidade das UP. É importante lembrar que os sistemas de estagiamento constituem um método de classificação das UP, o que significa formação da ferida ou destruição tissular; eles não são idealizados para descrever a cicatrização, ou seja, é incorreto descrever os números de estagiamento em ordem inversa para medir a melhora da UP, sendo uma UP em cicatrização preenchida por tecido de granulação em lugar de tecido original destruído. Diante disso, destacamos que uma descrição fidedigna inclui o estágio original e a mensuração da profundidade do estágio atual da ferida.

2.4- ÁREAS DE RISCO PARA FORMAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO:

As áreas que necessitam de atenção especial, pois são consideradas de risco são: calcanhares, trocanteres maiores, sacro, occipício, epicôndilos do cotovelo em uma pessoa deitada no leito, o sacro em uma pessoa reclinada tanto no leito como em uma cadeira e as tuberosidades isquiais em uma pessoa sentada com o troco ereto. Na região occipital é muito frequente a necrose da pele, em pacientes cuja cabeça não é reposicionada devido ao risco de lesão medular. Todavia as UP podem desenvolver-se em outras localizações com proeminências ósseas tais como: face processos vertebrais, escapula, costelas, processos acromiais ao longo das cristas ilíacas, superfícies anterior, lateral e medial do joelho, maléolos primeiro e quinto metatarsianos, artelhos e outros (IRION, 2005).

2. 5 - FATORES DE RISCOS

Conforme Goulart et al. (2010) as UP são causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. Existem quatro fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento destas lesões:

- Pressão: a pressão capilar normal é de 32 mmHg, assim quando há uma pressão sobre as proeminências ósseas em indivíduos acamados e/ou sentados, que excede esse limite, o paciente desenvolve uma isquemia local, sendo que o primeiro sinal é o eritema devido a hiperemia reativa, pois parece um rubor vermelho vivo à medida que o corpo tenta suprir o tecido carente de oxigênio.
- Cisalhamento: é uma pressão exercida quando o paciente é movido ou reposicionado na cama e/ou cadeira. Esses pacientes são recolocados na posição inicial repetidas vezes e nesse movimento a pele permanece aderida ao lençol enquanto que o restante do corpo é empurrado para cima.
- Fricção: ocorre quando a pele se move contra determinada superfície de apoio causando atrito, ou seja, é a força de duas superfícies movendo-se uma sobre a outra.
- Umidade: ocorre quando a pele se encontra em contato prolongado com a umidade decorrente do suor, urina, fezes ou drenagem, ocasionando maceração (amolecimento) da pele.

Dentre os fatores intrínsecos, destacam-se a idade, o estado nutricional, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos, as doenças crônicas (como o diabetes e doenças cardiovasculares), a imobilidade, a incontinência e as condições clínicas (por exemplo, doenças malignas, neurológicas e anemia) (BLANES et al., 2010; ROCHA; BARROS, 2010).

- Idade: o envelhecimento ocasiona alterações que comprometem a habilidade da pele para distribuir efetivamente a pressão como, mudanças na síntese de colágeno que resultam em tecidos com diminuição na força mecânica e aumento na rigidez. Essas mudanças acarretam ainda a redução da capacidade do tecido de distribuir a pressão mantida sobre ele, levando a um comprometimento do fluxo sanguíneo e consequentemente ao aumento do risco para as UP.
- Estado nutricional: é tido como um fator importante no desenvolvimento de UP. A deficiência de vitaminas e proteínas comprometem a qualidade e integridade dos tecidos.

- Perfunção tissular: está relacionada a fatores como umidade, fricção, força de cisalhamento, nutrição, idade e pressão arteriolar. A tolerância tissular está relacionada a capacidade dos tecidos de suportarem determinada pressão.
- Medicamentos: o uso de medicamentos depressores do sistema nervoso central, como os sedativos, anestésicos e analgésicos, levam o paciente a permanecer mais tempo numa mesma posição, diminuindo também a mobilidade durante o sono, expondo assim, os pacientes à pressão prolongada.
- Doenças crônicas: doenças crônicas degenerativas como o diabetes pode facilitar a formação de UP por provocar alterações no fluxo sanguíneo periférico e diminuir a percepção sensorial em algumas regiões do corpo.

2.6- FISIOLÓGIA DA CICATRIZAÇÃO.

Quando ocorre uma lesão, uma sequência determinada de eventos levam a correção do defeito e à restauração da superfície da pele. A profundidade da lesão determina a sequência de eventos. As feridas podem lesar apenas a epiderme (superficiais), apenas uma parte da derme (espessura total), e mesmo estender-se ao tecido subcutâneo (IRION, G., 2005).

O processo de cicatrização de feridas consiste em várias etapas complexas, independentes e sobrepostas. É importante a equipe multiprofissional conhecer a fisiologia da cicatrização para conhecer as anormalidades, permite selecionar os curativos apropriados, é academicamente dividido em três fases principais: inflamatória, proliferativa e remodelação (PICCOLO et al., 2008).

2.6.1 Inflamação

Inicia-se imediatamente após a lesão. Os sinais de inflamação são: eritema (vasodilatação resultante da grande quantidade de sangue na área da lesão), calor (grande quantidade de sangue quente e calor produzido pelas reações metabólicas), edema (vasodilatação e extravasamento de fluido na área da ferida) e dor (pode ser causada por: destruição das terminações nervosas, pressão dos fluidos nos tecidos ou presença de enzimas que causam irritação química) (DEALEY, 2008).

Quando a lesão causa danos aos vasos sanguíneos, a primeira resposta é interromper o sangramento, primeiro ocorre a vasoconstrição, que reduz o fluxo sanguíneo, depois é liberado o fator Von Willebrand (proteína plasmática), de células endoteliais, e de plaquetas, formando um tampão de plaquetas. O terceiro fator é a iniciação de uma cascata coagulante e o desenvolvimento de um coágulo de fibrina para reforçar a adesão plaquetária. Os mediadores inflamatórios são responsáveis por requisitar neutrófilos, mastócitos e macrófagos, responsáveis pela digestão dos tecidos necrosados e de microrganismos através da fagocitose (Ibid. p. 5; PICCOLO et al., 2008).

2.6.2 Proliferativa.

Na fase proliferativa ocorre a produção de colágeno e formação de tecido de granulação, essa fase ocorre do 5º ao 20º dia após a ocorrência da lesão (TIMBY, 2005).

Além da formação do tecido de granulação ocorre também a reepitelização. A reepitelização começa dentro das 24 horas, embora possa não ser percebida durante os primeiros 3 dias. A formação do tecido de granulação começa em 3 a 5 dias. Durante este tempo, a reepitelização e a granulação ocorrem simultaneamente. A reepitelização oferece proteção, enquanto a granulação e a contração preenchem a falha no tecido (IRION, 2005).

As principais células envolvidas na fase proliferativa são os ceratinócitos que, através da migração e proliferação, favorecem a epitelização, e os fibroblastos, que sintetizam a matriz extracelular – mistura de procolágeno, elastina, proteoglicanos e ácido hialurônico – formando uma rede estrutural capaz de permitir os crescimentos vasculares, promovidos pelas células endoteliais (PICCOLO et al., 2008).

O ressecamento do leito ou a presença de material protéico coagulado – crostas – dificultam a migração celular, aumentando o período necessário para a cicatrização (Ibid. p. 595).

2.6.3 Remodelação

Última fase do processo de cicatrização dura de 21 dias a vários meses ou mesmo de um ou dois anos. Durante essa fase, a força de tensão da ferida aumenta por meio da síntese de colágeno pelos fibroblastos e da lise por enzimas collagenase (TIMBY, 2005).

O processo de remodelação é tipicamente entendido como uma resposta de longo prazo ao ferimento. A matriz extracelular abundantemente depositada é degradada e o colágeno imaturo tipo III da lesão inicial é substituído por colágeno tipo I, maduro. De acordo com o metabolismo: inicia-se ao haver deposição de tecidos neoformados e prolonga-se por vários meses depois da regeneração ter-se completado, até que a cicatriz seja considerada madura (IRION, 2005; PICCOLO et al., 2008).

Clinicamente, uma cicatriz imatura apresenta sinais – eritema, elevação progressiva em forma de tumor, edema, pequena maleabilidade – e sintomas – prurido, fisgadas, dolorimento, formação de bolhas. Quando há o amadurecimento, a cicatriz passa a ser assintomática, mais maleável, de coloração próxima a da pele do portador e melhor resistência tensorial. A célula mais importante do remodelamento continua a ser o fibroblasto, por produzir fibronectina, ácido hialurônico, proteoglicanos e colágeno. O remodelamento tecidual e a deposição da matriz extracelular são processos interligados (PICCOLO et al., 2008).

Fatores que afetam a cicatrização da ferida: idade do paciente, manipulação tissular, hemorragia, hipovolemia, edema, técnica de curativo inadequado (muito pequeno, muito apertado), déficits nutricionais, corpos estranhos, déficit de oxigênio (oxigenação tissular insuficiente), acúmulo de drenagem, medicamentos (corticosteróides, anticoagulantes, antibióticos de largo espectro e específicos), atividade excessiva do paciente, distúrbios sistêmicos (choque hemorrágico, acidose, hipóxia, insuficiência renal, doença hepática, sepse), estado imunossuprimido, estressores da ferida (vômitos, manobra de valsalva, tosse intensa, esforço) (SMELTZER; BARE, 2005).

2.7- PREVENÇÕES DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

A prevenção de UP é de extrema importância, tanto para o paciente quanto para o hospital, no que se refere a tempo de internação e por consequência, custos. A maior parte dos problemas com úlceras podem ser evitados através do uso de manobras, materiais e equipamentos adequados tais como:

- Aliviando a pressão: Pode ser feito ao ensinar o paciente a mudar de posição ou ao virar e reposicionar o mesmo para aliviar e redistribuir a pressão sobre a pele e evitar o fluxo sanguíneo reduzido prolongado para a pele e tecidos subcutâneos. O

deslocamento do peso possibilita que o sangue flua para dentro das áreas isquêmicas e ajuda os tecidos a se recuperarem do efeito da pressão. O mesmo deve ser posicionado em decúbito lateral, ventral e dorsal em sequência. Para aliviar pressões sobre proeminências ósseas pode ser utilizada a técnica da ponte, realizada por meio do posicionamento correto de travesseiros, como uma ponte é sustentada por pilares o corpo pode ser sustentado por travesseiros para permitir o espaço entre as proeminências ósseas e o colchão (Ibid. p. 187).

- Inspeção da pele: é uma etapa importante em dois sentidos, proporciona dados básicos sobre o estado inicial e proporciona informações sobre a eficácia do plano de prevenção (SCHWARTS, 2010). Lembrando que pacientes edemaciados desenvolvem escaras em áreas incomuns e pacientes de pele escura são mais difíceis a avaliação, deve-se procurar áreas de ressecamento (FARO, 1999).
- Melhorando a mobilidade: encorajar o paciente a permanecer ativo e a deambular sempre que possível. Quando estiver sentado, mudar as posições em curtos intervalos de tempo para redistribuir o peso. A atividade estimula a circulação o que alivia a isquemia tissular, o precursor da UP. (SMELTZER; BARE, 2005).
- Melhorando o estado nutricional: Encorajar a ingesta dietética e a suplementação da dieta, se necessário suporte nutricional através de sonda ou outros meios. “Recomenda-se uma ingesta de 30 a 35 kcal por quilograma de massa corporal por dia com 1,25 a 1,50 g de proteína por quilograma por dia, caso não haja restrição protéica” (IRION, 2005).
- Reduzindo o atrito e o cisalhamento: O posicionamento correto e com apoio adequado é importante para reduzir o atrito e o cisalhamento quando o paciente estiver sentado em uma cadeira (SMELTZER; BARE, 2005).
- Minimizar a umidade irritativa: medidas de higiene evita a umidade continua sobre a pele. Fezes, urina, suor e drenagem devem ser imediatamente removidos com sabão e água, a pele deve ser secada com toques de uma toalha macia e pode ser lubrificada com uma loção suave para mantê-la macia e maleável. Devem ser evitados os agentes secantes e talco. Compressas absorventes devem ser utilizadas para absorver a drenagem (Ibid. p. 189).

2.8 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE RISCOS (ESCALA DE BRADEN)

Com a intenção de colaborar na prevenção de UP, dando subsídios para que os enfermeiros pudessem mais objetivamente indicar quais os pacientes que correm risco para desenvolvê-las, vários pesquisadores elaboraram escalas, para predizer o risco para sua formação. Entre as mais citadas está a de Braden. Esta foi desenvolvida por Bergstron et al, em 1987, baseada na fisiopatogenia das UP, através dos determinantes críticos: intensidade e duração da pressão que o paciente sofre estar relacionado a mobilidade, atividade e percepção sensorial. Por outro lado a tolerância da pele e suas estruturas de suporte estão relacionadas a fatores intrínsecos como nutrição e idade e fatores extrínsecos como umidade, fricção e cisalhamento (PARANHOS; SANTOS, 1999).

A Escala de Braden foi adaptada para língua portuguesa por Paranhos e Santos em 1999, sendo adaptada e testada sua validade de predição em 34 clientes de UTI, obtendo níveis de sensibilidade, especificidade e validade de predição positiva e negativa (SOUSA, C.A; SANTOS, I; SILVA, L.D, 2005; SERPA, 2006).

A avaliação de risco deve sempre estar acompanhada do julgamento clínico do enfermeiro, mas se este for aplicado isoladamente, será menos eficaz do que a aplicação dos instrumentos de avaliação.

A escala de Braden fornece seis parâmetros para avaliação, tais como: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Cada subescala tem pontuação de um a quatro, com exceção da fricção e do cisalhamento, que varia de um a três. Os escores totais variam de 6 a 23, sendo que os mais altos valores indicam baixo risco de formação, e os baixos escores indicam risco elevado. Para pacientes críticos, o risco pela escala de Braden é estabelecido como sendo: risco baixo – escores entre 15 e 18; risco moderado – escores entre 13 e 14; risco elevado – escores entre 10 e 12; risco muito elevado – escores de 9 ou menor (FERNANDES, L.M; CALIRI, M.H.L, 2008). A seguir a apresentação da Escala de Braden.

QUADRO 1 - ESCALA DE BRADEN

	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito Limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente Molhada	Muito molhada	Ocasionalmente molhada	Raramente molhada
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente Inadequado	Adequado	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	

Pontuação: até 11- alto risco; 12 a 14 - moderado; 15 a 18- baixo; 19 ou mais - sem risco

Fonte: SERPA 2006

QUADRO 2 - SUBESCALA PERCEPÇÃO SENSORIAL NA ESCALA DE BRADEN E RESPECTIVAS CATEGORIAS.

1- Completamente limitado	Irresponsivo (não geme, retrai ou segura) ao estímulos dolorosos devido ao nível diminuído de consciência ou sedação ou capacidade limitada para sentir dor sobre a maior parte da superfície corporal.
2- Muito limitada	Responde apenas a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto por gemer ou agitação ou apresenta um comprometimento sensorial que limita a capacidade de sentir dor sobre a metade do corpo.
3- Levemente limitado	Responde a comandos verbais, mas não pode sempre comunicar o desconforto ou precisa ser virado ou apresenta algum comprometimento sensorial que limita a capacidade de sentir dor, ou desconforto, em um ou dois membros.
4- Nenhuma limitação	Responde a comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou vocalizar a dor ou desconforto.

Fonte: POTTER; PERRY, 2004

Percepção sensorial: A subescala percepção sensorial mede a capacidade de sentir, e consequentemente, aliviar o desconforto. A sensação de pressão ou desconforto faz com que a pessoa mude de posição ou solicite auxílio para fazer mudanças do corpo. A inabilidade para sentir ou reconhecer o desconforto aumenta o risco para o desenvolvimento de UP (SERPA, 2006).

QUADRO 3 - SUBESCALA UMIDADE NA ESCALA DE BRADEN E RESPECTIVAS CATEGORIAS.

1- Constantemente molhada.	A pele e mantida molhada quase constantemente por suor, urina etc. a sujeira é detectada a cada momento que o paciente é movido ou virado.
2- Muito molhada.	A pele estar frequentemente molhada, mas nem sempre. As roupas de cama devem ser trocadas pelo menos uma vez a cada plantão.
3- Ocasionalmente molhada.	A pele está ocasionalmente molhada, exigindo troca extra das roupas de cama aproximadamente uma vez ao dia.
4- Raramente molhada.	A pele está usualmente seca, as roupas de cama apenas precisam ser trocadas em intervalos habituais.

Fonte: POTTER; PERRY, 2004

Umidade: Mede o grau de umidade a que a pele estar exposta, incontinência urinaria ou anal, drenagem de feridas é um fator importante no desenvolvimento de UP, pois quando não é controlada causa maceração (amolecimento) da pele. Com a maceração da epiderme, há uma redução da força tensiva, tornando-se fácil a compressão, a fricção e o cisalhamento, posteriormente formam-se erosões deixando o ambiente propício para crescimento de microorganismo (GOULART et al., 2010).

QUADRO 4 - SUBESCALA ATIVIDADE NA ESCALA DE BRADEN E RESPECTIVAS CATEGORIAS

1- Acamado	Confinado ao leito.
2- Confinado a cadeira	Capacidade de caminhar bastante limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o seu próprio peso e/ou deve ser assistido ate a poltrona ou a cadeiras de rodas.
3- Anda ocasionalmente	Caminha ocasionalmente durante o dia, mas por distancias muito curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte de cada plantão no leito e ou poltrona.
4- Anda frequentemente.	Caminha frequentemente. Caminha fora do quarto pelo menos duas vezes ao dia e dentro do quarto cada duas horas durante as horas de caminhada.

Fonte POTTER; PERRY, 2004

Atividade: mede a frequência dos movimentos fora do leito. As pessoas que não podem mexer-se são mais suscetíveis a desenvolver UP. Geralmente esse tipo de paciente permanece por longos períodos na mesma posição, exercendo compressão continua em diferentes partes do corpo (ROCHA; BARROS, 2010).

QUADRO 5 - SUBESCALA MOBILIDADE NA ESCALA DE BRADEN E RESPECTIVAS CATEGORIAS.

1- Totalmente imóvel	Não realiza mudanças mesmo discretas no corpo ou na posição do membro sem assistência.
2- Bastante limitado	Faz mudanças discretas ocasionalmente, na posição do corpo ou do membro, mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significativas de maneira independente.
3- Levemente limitado	Faz mudanças freqüentes embora discretas, na posição do corpo ou membro de forma independente.
4- Não apresenta limitação	Realiza mudanças importantes e freqüentes na posição sem assistência.

Fonte: POTTER; PERRY, 2004

Mobilidade: É a habilidade para aliviar a pressão por meio dos movimentos do paciente no próprio leito“o desenvolvimento de UP esta diretamente relacionado com a imobilidade, se a pressão continua por um período suficientemente longo, ocorre a trombose dos pequenos vasos e a necrose tissular resultando em UP”(SMELTZER; BARE, 2005, p.185).

QUADRO 6 - SUBESCALA NUTRIÇÃO NA ESCALA DE BRADEN E RESPECTIVAS CATEGORIAS.

SUBESCALA NUTRIÇÃO PADRÃO USUAL DE CONSUMO ALIMENTAR

1-Muito pobre	Nunca come completamente uma refeição completa, come duas porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco liquido. Não toma nenhum complemento dietético líquido. É mantido em jejum ou mantido em dieta líquida ou hidratação endovenosa por mais de cinco dias.
2 – Provavelmente Inadequado	Raramente come uma refeição completa. Ingestão de proteína inclui somente três porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará suplemento alimentar ou receberá baixa quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.
3 - Adequado	Come mais da metade das refeições, come um total de quatro refeições rico em proteínas (carne ou laticínios). Ocasionalmente, recusará uma refeição, aceitará um suplemento oferecido, ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total que, provavelmente, satisfaz a maior partes das necessidades nutricionais.
4 - Excelente	Come toda a refeição. Geralmente ingere um total de quatro ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.

Fonte: Serpa L.F, 2006

Nutrição: A subescala nutrição avalia o padrão usual de consumo alimentar por meio do controle da ingestão diária da refeição oferecida salientando a quantidade de proteínas, ingestão de líquidos e a utilização de alimentos por sonda ou nutrição parenteral total. (Bergstron et al., 1987 apud Serpa , 2006)

QUADRO 7 - SUBESCALA FRICÇÃO E CISALHAMENTO NA ESCALA DE BRADEN E RESPECTIVAS CATEGORIAS.

1- Problema.	Requer assistência a moderada a máxima na movimentação. O levantamento completo, sem deslizar contra os lençóis, é impossível. Com frequência desliza para baixo no leito, ou cadeira, exigindo reposicionamento freqüente com assistência máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação levam ao atrito quase constante.
2- Potencial para problema.	Move-se de forma ineficaz ou requer assistência mínima. Duramente um movimento, a pele provavelmente em alguma extensão contra os lençóis, cadeira, contenções ou outros dispositivos. Mantém posição relativamente boa na poltrona ou leito na maior parte do tempo, mas ocasionalmente desliza para baixo.
3- Nenhum problema.	Move-se no leito e na cadeira de maneira independente e apresenta força muscular suficiente para levantar-se por completo durante o movimento. Mantém boa posição no leito ou na poltrona em todos os momentos.

Fonte POTTER; PERRY, 2004

Fricção e Cisalhamento: avalia a habilidade do paciente em se movimentar ou ser auxiliado nas movimentações deixando a pele livre do contato com a superfície da cama ou da cadeira durante as movimentações (POTTER; PERRY, 2004).

CAPÍTULO 3

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Pesquisa exploratória de cunho quantitativo. De acordo com Gil (2002 apud Souza, 2007 p. 38) a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com intuito de explicá-lo ou formular hipótese, geralmente feita através de um levantamento bibliográfico, entrevistas, análise de exemplo que estimule a compreensão. A quantitativa refere que tudo pode ser quantificável, ou seja, pode se traduzir em números, opiniões e informações para classificá-la e analisá-la. Tem como principal qualidade a precisão dos resultados.

3.2 Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) esse é uma instituição da Universidade Federal do Pará (UFPA) e tem como missão prestar assistência à saúde da população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), como também atuar na área de ensino e pesquisa e na geração e sistematização de conhecimentos. É referência regional em Pneumologia, Infectologia, Endocrinologia, Diabetes e Referência Nacional em AIDS.

O HUJBB conta com 300 leitos, sendo 271 leitos operacionais e 29 de retaguarda; 30 consultórios, quatro salas de cirurgia, três salas de para cirurgia ambulatorial e uma Unidade de Terapia Intensiva com 10 leitos. Na Área de Assistência, o HUJBB oferece consultas e intervenção em diversas especialidades, como Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Urologia. Ainda dispõe de um centro de Diagnóstico, que realiza exames laboratoriais, diagnóstico por radioimagem, provas de funções respiratórias, exames endoscópicos, métodos gráficos e reabilitação através de fisioterapia e terapia ocupacional.

3.3 Amostra

A amostra da pesquisa foi composta pelos pacientes internados na UTI do HUIBB, no período de setembro, outubro e novembro de 2011.

- Critérios de Inclusão: pacientes maiores de 18 anos, que não estavam acometidos por UP.
- Critérios de Exclusão: pacientes portadores de doença mental, e pacientes que na admissão na UTI que já apresentavam UP.

3.4 Instrumento e técnica de Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio da análise de prontuários e da aplicação da Escala de Braden durante a avaliação do paciente, que foi pontuada de acordo com o estado geral do mesmo, seguindo uma ficha modelo para avaliação individual, na qual contém: identificação, sexo, idade, data de internação na UTI, balanço hídrico, estado nutricional/dieta, quadro clínico no momento da observação. A abordagem foi realizada antes do banho do paciente, quando o mesmo não podia assinar o termo de consentimento, o familiar ou responsável assinava.

3.5 Análise de Dados

Os dados coletados foram armazenados em bancos de dados do Excel analisados por meio da estatística descritiva de forma multivariada e apresentados através de gráficos e tabelas seguidos da análise e descrição dos mesmos.

3.6 Questões éticas e legais

Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa em seres humanos do Hospital Universitário João Barros Barreto da Universidade Federal do Pará, através do documento 1514/11, no dia 27/09/2011.

3.7 Riscos e benefícios

Esta pesquisa poderia trazer riscos para os pacientes uma vez que os mesmos poderiam se sentir intimidados, invadidos na sua privacidade, entretanto as pesquisadoras resguardaram as identidades dos envolvidos, de acordo com o entendimento e aceitação da Resolução 196 / 96 do CNS. Quanto aos benefícios, estes surgirão em longo e médio prazo, pois se espera que ajude na identificação precoce dos riscos para o desenvolvimento das UP através da observação das condições em que o paciente se encontra no leito pelos profissionais de saúde de uma forma geral, e não somente pela equipe de enfermagem.

CAPÍTULO 4

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

TABELA 1 – Característica da amostra dos pacientes observados para estudo de prevenção de UP. UTI – Adulto. HUIBB / UFPA. Belém, set / Nov, 2011.

VARIÁVEIS		N (23)	%
SEXO	FEMININO	07	30
	MASCULINO	16	70
IDADE	29 – 38 anos	04	17
	39 -48 anos	06	26
	49 – 58 anos	03	13
	Acima de 59 anos	10	44
DIAS DE	1 – 5 dias	14	61
INTERNAÇÃO	6 - 10 dias	05	22
	Acima de 11	04	17
DIETA	ZERO	02	09
	por Sonda	13	56
	ORAL	08	35
	NPP	0	0

Fonte: Ficha de avaliação individual

Fizeram parte do estudo 23 pacientes internados na UTI- adulto do HUIBB. A idade variou entre 29 a 77 anos, 70% (16 pessoas) dos avaliados foram do sexo masculino. 44% (10 pessoas) das pessoas tinham idade acima de 59 anos, dessa forma destacamos que a fragilidade do envelhecimento associado a vários dias de internação e ao estado nutricional,

caracterizam populações propensas ao desenvolvimento de UP. Souza e Santos (2007) afirmam que a pele do idoso apresenta uma série de alterações resultantes do processo de envelhecimento tais como: modificações da secreção sebáceas, das glândulas sudoríparas e permeabilidade, alterações do tecido conjuntivo e das quatro moléculas da matriz intercelular: o colágeno, a elastina, as proteoglicanas e as glicoproteínas de estruturas, tornando assim a pele seca, enrugada e flácida, dessa forma a probabilidade de desenvolvimento de UP eleva-se com o aumento da idade.

No presente estudo, os fatores já estudados como a idade, tempo de internação na UTI e o risco calculado pela Escala de Braden confirmaram a sua associação com a ocorrência de UP.

TABELA 2 - Frequência das patologias apresentadas pelos pacientes avaliados na UTI – Adulto. HUJBB / UFPA. Belém, set / Nov, 2011.

Diagnóstico	Nº	%
AVC	04 (4/23)	17,3
PNEUMONIA	04 (4/23)	17,3
TB PULMONAR	04 (4/23)	17,3
SÉPSE	06 (6/23)	26
IRpAg*	08 (8/23)	34,7
ICC	02 (2/23)	8,6
OUTRAS PATOLOGIAS**	17 (17/23)	73,9

Fonte: Ficha de avaliação individual

*Insuficiência respiratória aguda

*Insuficiência cardíaca congestiva

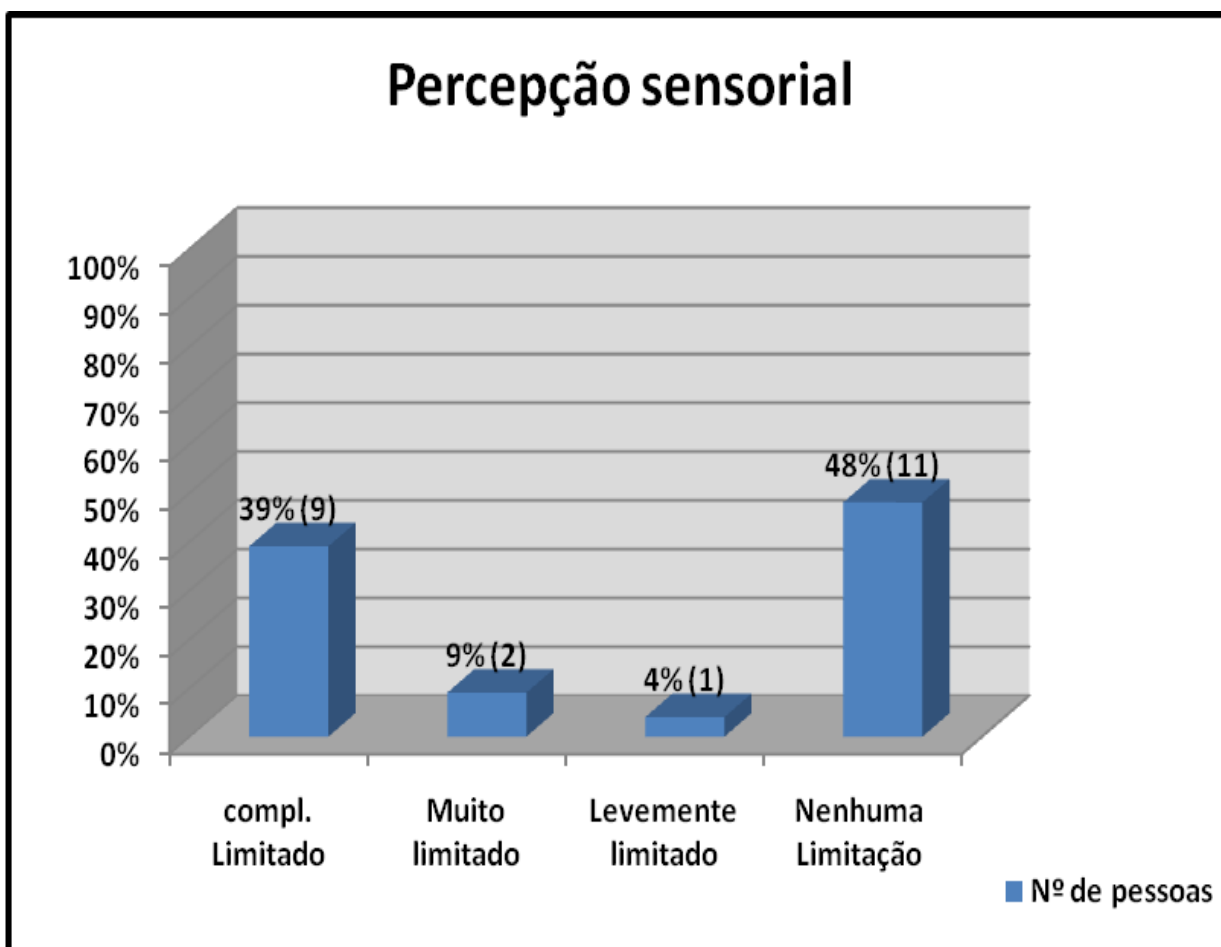
**Ad. Anêmica, anemia grave, cetoacidose, cirrose hepática, colescistite, colostomia para neoplasia de reto, desidratação, diabetes, doença de chagas, doença intestinal, H.A.S, hemorragia digestiva, hemorragia pulmonar, hepatite C/D, hipertensão pulmonar, labirintite, leptospirose, linfoma não Hodgking, meningite meningocócica, piomocite em MID, SIDA, síndrome ictérica, síndrome da veia cava inferior, 1º PO de Colescistectomia, 1º PO de relaparotomia, 1º PO de retossigmoidectomia

De acordo com a tabela o diagnóstico médico mais observado no momento da avaliação destaca a Insuficiência respiratória aguda 34% (8 pessoas), sépsse com 26% (6 pessoas), AVC, pneumonia e TB pulmona 17,3% (4 pessoas). Estes achados vêm ao encontro do que afirma Braz e Fernandes (2002) que dizem ser as patologias mais frequentes ao desenvolvimento de UP: diabetes, sépsse e pneumonia dentre outras.

Segundo Silva (1998 apud Fernandes, 2005) alterações no sistema cardíaco e respiratório influencia nas trocas gasosas, dificultando o organismo de receber uma quantidade satisfatória de sangue e oxigênio o que contribui para o surgimento de UP.

É importante destacar que o acidente vascular cerebral (AVC), causa uma inabilidade do sistema nervoso periférico em transmitir estímulos (tátil, térmico e doloroso) à medula espinhal e ao sistema nervoso central (BRADEN; BERGSTRON, 1987; SILVA 1998 apud FERNANDES 2005). Diante disso pacientes com AVC são considerados com grande risco para desenvolvimento de UP, uma vez que eles podem não sentir o desconforto causado pela pressão por déficit de sensibilidade ou não podem se movimentar devido a habilidade diminuída para movimentar e controlar a posição do corpo.

GRÁFICO 1 - Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala percepção sensorial da Escala de Braden. UTI – Adulto. HUIBB / UFPA. Belém, set / Nov, 2011.



Fonte: ficha de avaliação individual

No gráfico 1 encontra-se a distribuição dos pacientes com relação ao fator de risco percepção sensorial. Observa-se que: 39% (9 pessoas) se encontravam completamente limitados e 48%(11 pessoas) sem nenhuma limitação. Independente de os pacientes apresentarem ou não as suas sensações dolorosas preservadas, eles ainda podem apresentar o risco de desenvolver UP, pois os outros fatores de risco podem estar prejudicados.

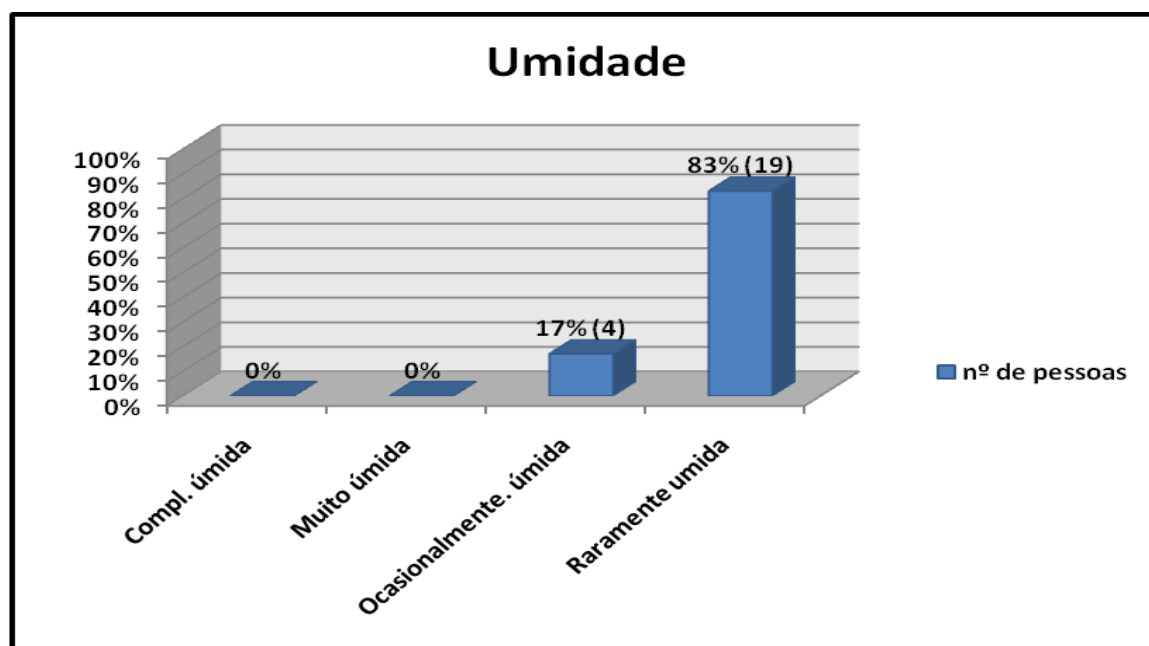
Observa-se ainda que 39% (9 pessoas) e 9% (2 pessoas) apresentaram-se completamente limitados e muito limitados, respectivamente. Isto implica em afirmar que o risco para a ocorrência da UP é elevado, pois este fator de risco é de suma importância, uma vez que seu comprometimento (perda sensorial ou nível de consciência) aumenta a susceptibilidade de desenvolver UP

Os pacientes com percepção sensorial alterada quanto à dor e à pressão estão em maior risco para o comprometimento da integridade da pele, que os pacientes com sensação normal. Os pacientes cuja percepção sensorial da dor e pressão se encontra intactas podem perceber quando uma parte do seu corpo sente pressão ou dor excessiva. Quando os pacientes estão alerta e orientados, podem mudar as posições ou solicitar assistência para mudança de posição (POTTER; PERRY; 2001).

A sensibilidade superficial que ocorre devido a inabilidade do sistema nervoso periférico em transmitir estímulos (tátil, térmico e doloroso), à medula espinhal e ao sistema nervoso central. A diminuição da sensação cutânea interfere na percepção da dor (PAIVA, 2008).

Conforme definição na Escala de Braden, o paciente cuja percepção sensorial esta afetada perde a capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto. Dessa forma, situações em que ocorre a diminuição do nível de consciência, patologias ou traumas neurológicos, atividade e mobilidade afetadas, o uso de medicamentos depressores do SNC, merecem especial atenção por parte dos profissionais ao que se refere à prevenção de UP (BRADEN, 1997 apud COSTA, 2003).

GRÁFICO 2- Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala Umidade da Escala de Braden. UTI – Adulto. HUIBB / UFPA. Belém, set / Nov, 2011.

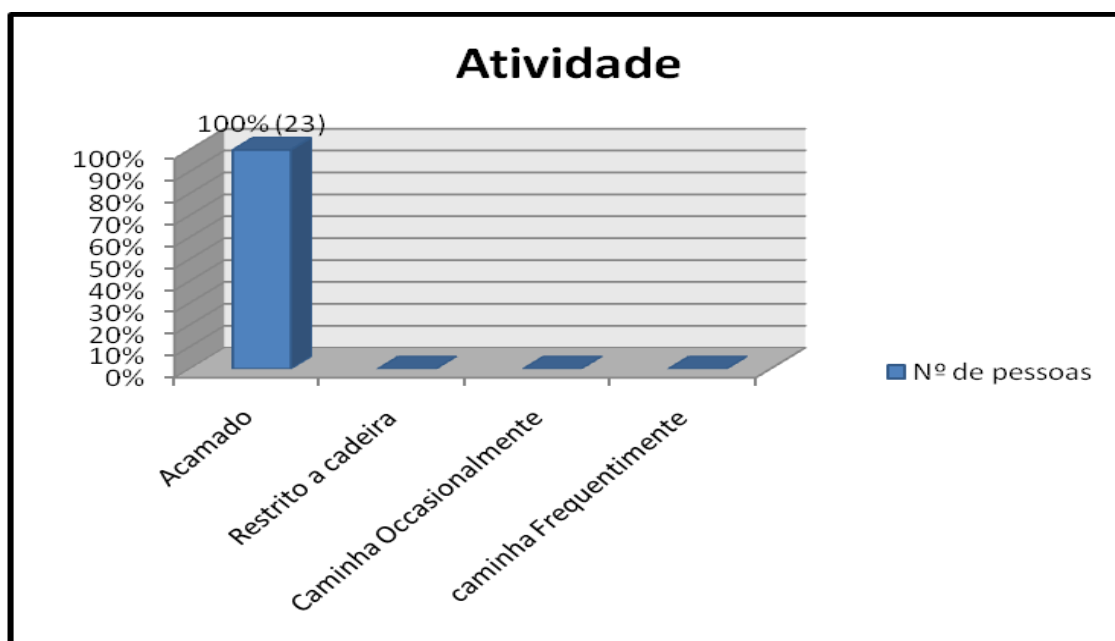


Fonte: Ficha de avaliação individual

O gráfico 2 mostra que a maioria dos pacientes se encontrava em ambiente raramente úmido 83% (19 pessoas), O que não descarta a possibilidade de desenvolver UP. Segundo Goulart (2010), “a umidade é um fator contribuinte no desenvolvimento de lesões cutâneas, pois quando não controlada causa maceração (amolecimento) da pele, com isso há uma redução da força tensiva, tornando-se fácil a compressão, a fricção e o cisalhamento, fatores que contribuem para o aparecimento de UP.

A presença e a duração da umidade sobre a pele aumentam o risco de formação da úlcera. A umidade reduz a resistência da pele a outros fatores físicos, como a pressão ou força de cisalhamento. Os clientes imobilizados, incapazes de realizar suas próprias necessidades de higiene, dependem da equipe de enfermagem para manter a pele seca e intacta. Por isso a enfermeira deve incorporar a higiene no plano de cuidados. A umidade sobre a pele pode originar-se da drenagem da ferida, transpiração, condensação provenientes dos sistemas de fornecimento de oxigênio umidificado, vômito e incontinência, determinados líquidos orgânicos (urina, fezes, drenagem de feridas, etc.) provocam erosão cutânea, aumentando o risco do cliente na presença de pressão (POTTER; PERRY; 2001).

GRÁFICO 3- Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala Atividade da Escala de Braden. UTI – Adulto. HUIBB / UFPA. Belém, set / Nov, 2011.



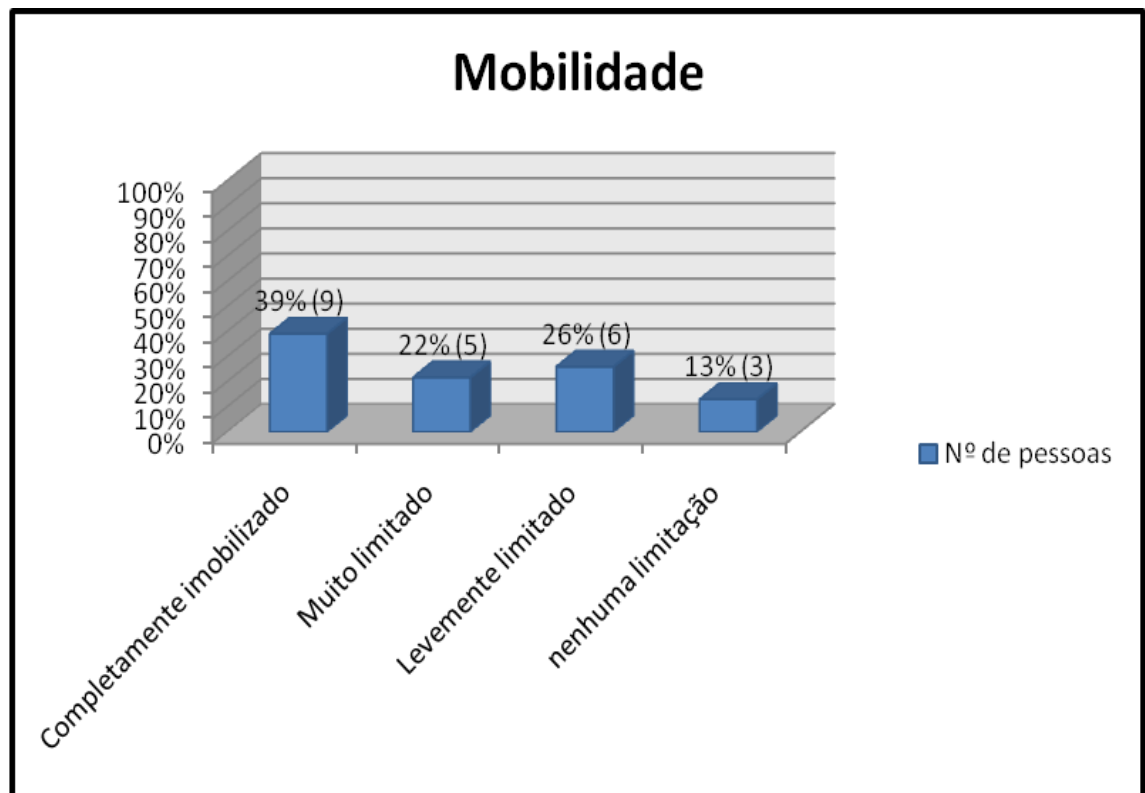
Fonte: Ficha de avaliação individual.

No gráfico 3 observa-se que 100% (23 pessoas) dos pacientes se encontravam acamados, sem atividade nenhuma, isto é comum em ambientes destinados a pacientes em estado crítico, e como consequência os pacientes nesses estados acabam desenvolvendo UP. De acordo com Smeltzer e Bare, 2000, a circulação é estimulada com a atividade, o que reduz a isquemia tissular, a precursora das UPs.

Na UTI do HUIBB, podemos observar que os pacientes se encontravam na sua totalidade acamados, devido a sua estrutura, não havia lugares para onde os pacientes conscientes pudessem se movimentar, ficando todo o tempo restritos ao leito, o que os obrigava a realizarem todas as suas atividades nos mesmos, até as mais íntimas como o banho, pois a mesma não possui banheiro para os pacientes.

Para um paciente acamado, a intensidade da pressão aumenta consideravelmente caso o mesmo permaneça muito tempo na mesma posição. Esta condição faz com que a pressão dos capilares aumente, causando a chamada oclusão capilar, que acarreta na diminuição do suprimento sanguíneo, de nutrientes e de oxigênio aos tecidos. Persistindo a pressão, ocorre a isquemia, evoluindo para ulceração da pele (FERNANDES, L., 2000).

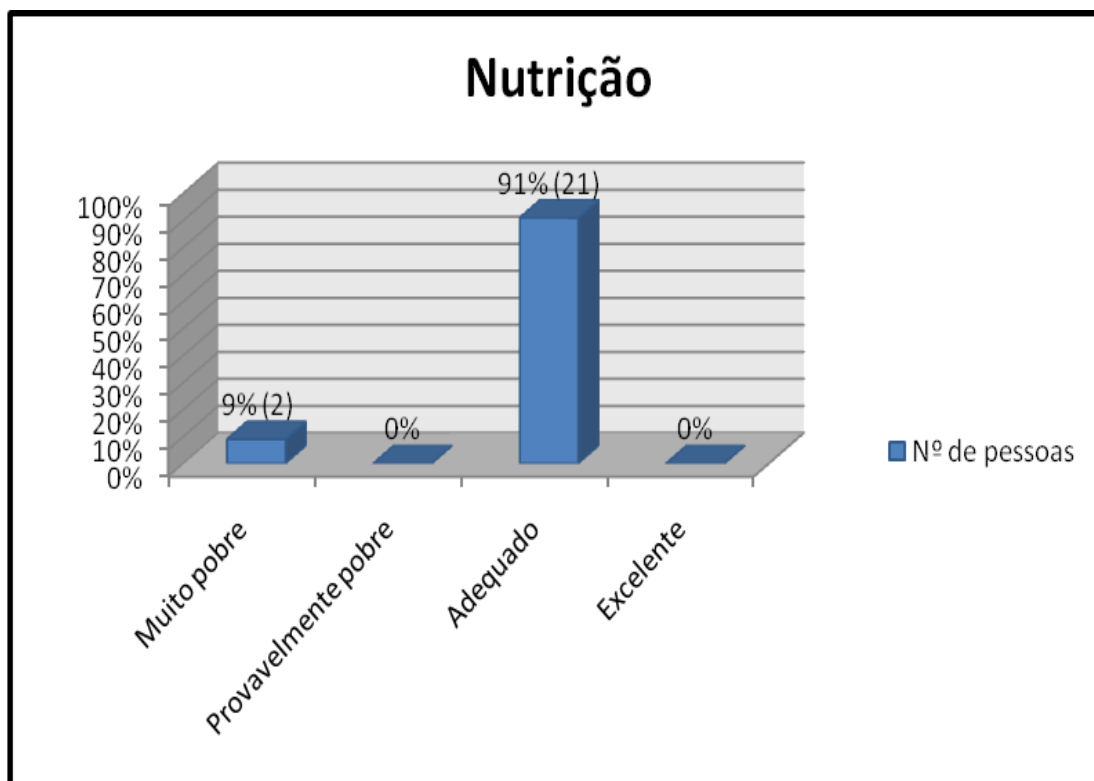
GRÁFICO 4- Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala Mobilidade da Escala de Braden. UTI – Adulto. HUIBB / UFPA. Belém, set / Nov, 2011.



Fonte: Ficha de avaliação individual.

O indicador de mobilidade apontou 39% (9 pessoas) completamente imobilizadas, 22% (5 pessoas) muito limitadas, 26% (6 pessoas) levemente limitadas. A mobilidade totalmente ou parcialmente prejudicada é a incapacidade ou inabilidade de mudar a posição do corpo total ou parcial, afetando a capacidade de aliviar a pressão de modo eficaz. Isso é justificado pelo fato que pacientes internados em UTI, na maioria das vezes estão vinculados a doenças graves, ao coma patológico ou induzidos por medicamentos e com aparelhagem que dificulta a realização de tais mudanças. A mobilidade prejudicada pode ser considerada um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento de UP, por propiciar a presença de pressão nos locais de proeminência óssea fazendo com que haja destruição tecidual.

GRÁFICO 5 - Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala Nutrição da Escala de Braden. UTI – Adulto. HUIBB / UFPA. Belém, set / Nov, 2011.



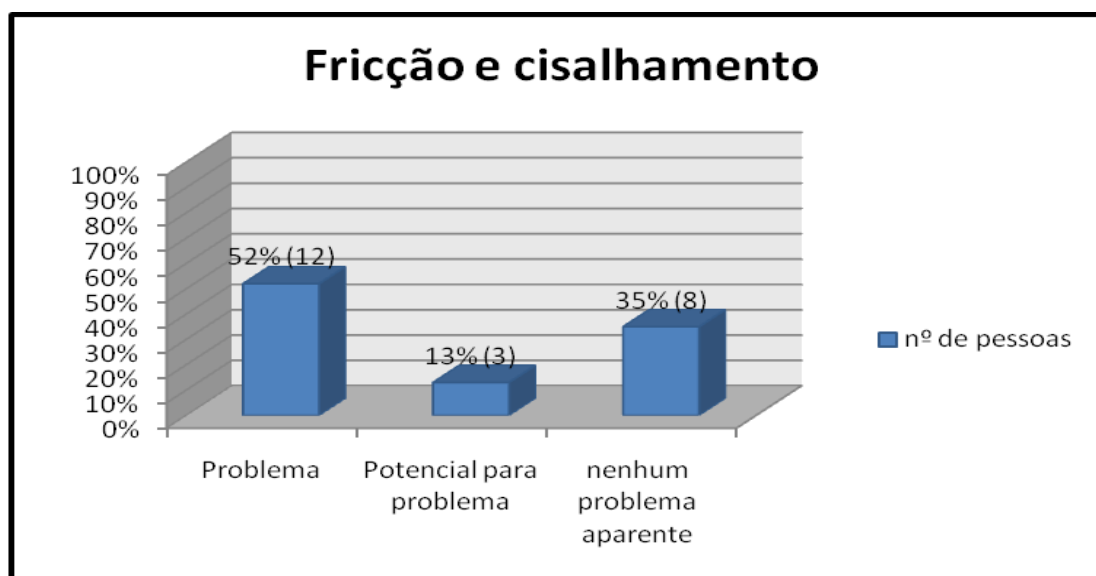
Fonte: Ficha de avaliação individual

Ao analisar o indicador nutrição observa-se que 91% (21 pessoas) das pessoas estavam com uma nutrição adequada. Isso é justificado pelo fato da maioria das pessoas internadas numa UTI se alimentarem por sonda gástrica ou enteral ou por via oral e de acordo com a Escala de Braden essa categoria satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais. Entretanto cabe destacar que 9% pessoas se encontravam com uma dieta muito pobre. Isto ocorreu pelo fato dessas pessoas estarem em dieta zero no momento da avaliação. Este achado implica em alto risco para desenvolvimento de UP, pois as deficiências nutricionais é um dos primeiros fatores que intervêm no surgimento de UP, uma vez que favoreci a diminuição da tolerância tissular à pressão.

O estado nutricional reduzido prejudica a elasticidade da pele e a longo prazo leva a anemia e a redução de oxigênio nos tecidos, segundo Castilho e Caliri (2005) a nutrição inadequada afeta todo o sistema corporal, levando a perda de peso, atrofia muscular e redução de massa tecidual, além de ser um dos fatores mais relevantes na etiologia das UP, atuando na patogênese e não cicatrização das mesmas.

A carência de certas vitaminas como A, C e E, pode influenciar no desenvolvimento de UP. Segundo Bryant et al., (1992 apud Fernandes, 2005) a vitamina C é essencial para o funcionamento do fibroblasto formação do colágeno e aumenta na resistência dos indivíduos, é importante na estrutura dos vasos sanguíneos. O déficit de vitamina A retarda a síntese de colágeno e adesão celular.

GRÁFICO 6 - Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a subescala Fricção e cisalhamento da Escala de Braden. UTI – Adulto. HUIBB / UFPA. Belém, set / Nov, 2011.



Fonte: Ficha de avaliação individual

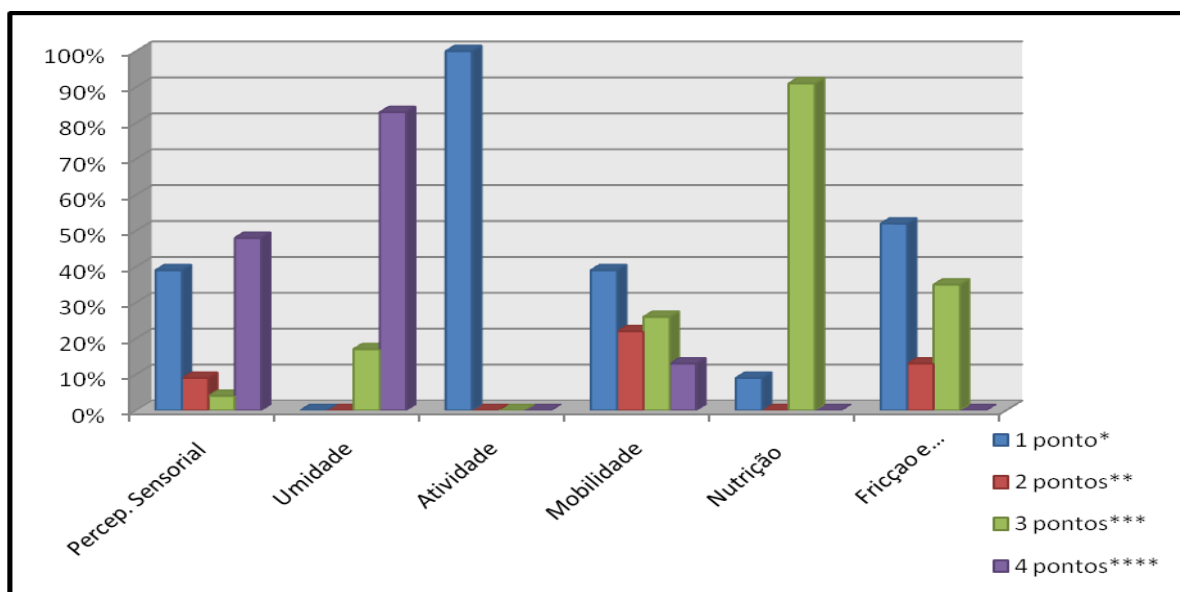
A subescala fricção e cisalhamento 52% (12 pessoas) apresentaram problema, 13% (3 pessoas) apresentaram potencial para problema e 35% (8 pessoas) nenhum problema.

Isso se deve ao fato das pessoas internadas na UTI estarem acamadas ou restritas ao leito, e a maioria em estado gravíssimo, com restrição de movimentos por longo período de tempo, hemodinamicamente instável, utilizando drogas sedativas o que favorece a fricção e o cisalhamento no momento da mudança de decúbito, banho no leito, troca de roupa de cama dentre outros.

A Fricção acontece quando a pele se move contra uma superfície de apoio, é a força de duas superfícies movendo-se uma sobre a outra, podendo causar danos no tecido. (DELISA; GANS; 2002). Pode acontecer em pacientes acamados que não conseguem se movimentar sozinhos, e assim arrastam seu corpo sobre a superfície de apoio ou até mesmo quando são deslocados pela equipe de enfermagem durante a mobilização. (COSTA, 2003 apud SCHNEIDER; LUDWIG, 2008).

Já o cisalhamento ocorre quando a pele permanece estática e os tecidos subjacentes se movem, ou seja, "... é criado pela interação entre as forças gravitacionais (forças que puxam o corpo para baixo), fazendo com que haja o deslizamento de um tecido sobre o outro levando a um rompimento do mesmo" (SMELTZER; BARE, 2005, p. 185).

GRÁFICO 7- Distribuição da amostra de pacientes de acordo com a Escala de Braden. UTI – Adulto. HUJBB / UFPA. Belém, set / Nov, 2011.



Fonte: ficha de avaliação individual

*Percepção sensorial (completamente ilimitado), Umidade (completamente molhada), Atividade (acamado), Mobilidade (totalmente imóvel), Nutrição (muito pobre), Fricção e cisalhamento (problema).

**Percepção sensorial (muito limitado), Umidade (muito molhada), Atividade (confinado à cadeira), Mobilidade (bastante limitado), Nutrição (provavelmente inadequado), Fricção e cisalhamento (problema em potencial).

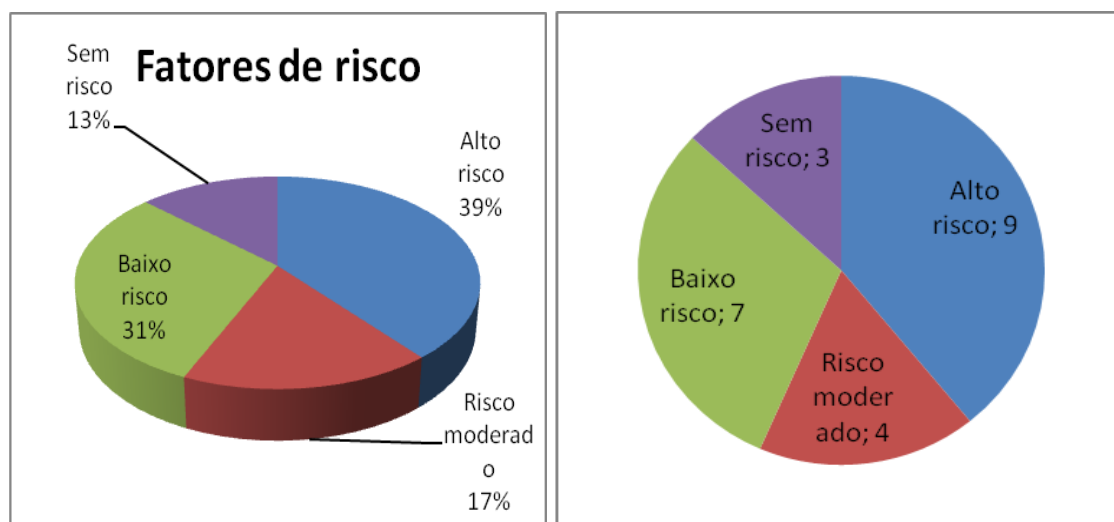
***Percepção sensorial (levemente limitado), Umidade (ocasionalmente molhada), Atividade (anda ocasionalmente), Mobilidade (levemente limitado), Nutrição (adequado), Fricção e cisalhamento (nenhum problema).

****Percepção sensorial (nenhuma limitação), Umidade (raramente molhada), Atividade (anda freqüentemente), Mobilidade (nenhuma limitação), Nutrição (excelente).

Analisando o gráfico que representa a Escala de Braden podemos observar quais indicadores se mostram mais afetados, concluindo que: atividade (acamado) representa 100% (23 pessoas) do total de pacientes nessa subescala; seguido de mobilidade (totalmente imóvel) 39% (9 pessoas) dos pacientes nessa subescala; e de fricção e cisalhamento (problema) 52% (12 pessoas) dos pacientes nessa subescala.

Pode-se observar que os pacientes se encontravam acamados e totalmente imóveis, devido a seu estado crítico, a grande maioria também estavam entubados ou fazendo algum tipo de procedimento. Este resultado também se deve ao fato de que a UTI não dispunha de uma estrutura que permitisse a movimentação dos pacientes no local, fazendo com que eles ficassem restritos ao leito aumentando a possibilidade dos mesmos desenvolverem UP. No caso da fricção e cisalhamento, os pacientes apresentaram problema, também pelo fato de ficar o tempo todo no leito e com isso estarem em constante atrito com as partes da cama.

GRÁFICO 8- Distribuição da amostra de pacientes de acordo com o escore de riscos para o desenvolvimento de UP. UTI – Adulto. HUIBB / UFPA. Belém, set / Nov, 2011.



Fonte: Ficha de avaliação individual

Alto risco: até 11 pontos; risco moderado: 12 a 14 pontos; baixo risco: 15 a 18 pontos; sem risco 19 ou mais pontos.

Observa-se que 39% (9 pessoas) estavam com alto risco para o desenvolvimento de UP, 17% (4 pessoas) risco moderado. Estes achados são indicativos da vulnerabilidade dos pacientes de UTI para o desenvolvimento de UP, pois apesar de ser um local ideal para o tratamento de pacientes críticos, é considerado por alguns autores como Gomes (1998 apud Fernandes, 2005) como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes, uma vez que ali se desenvolvem tratamentos intensivos, hostis pela própria natureza, pois além da situação crítica em que o paciente se encontra com percepção sensorial prejudicada, acamados ou restritos ao leito, existem fatores altamente prejudiciais a sua estrutura psicológica, como: intervenções terapêuticas frequentes, isolamento, medo do agravamento da doença e da morte. Apesar da busca em prol da melhoria da assistência dispensada a esses pacientes, o ambiente da UTI pode favorecer o aparecimento de complicações ou de iatrogenias que são decorrentes da necessidade do uso de um grande número de aparelhos, favorecendo o aparecimento de complicações que levam o paciente a permanecer no leito por um longo período de tempo.

Nesse sentido, percebemos que as UP configuram-se como uma das complicações que poderão surgir em pacientes internados em UTI, uma vez que estes estão expostos a inúmeros fatores de risco: instabilidade hemodinâmica, estado geral comprometido, significativa

limitação da mobilidade, idade e estado nutricional. Todos esses fatores caracterizam um alto risco para o desenvolvimento de UP.

Ressaltamos também que, outros fatores do próprio paciente ou do contexto do cuidado, como gravidade do estado do paciente e carga de trabalho da equipe de enfermagem, inviabiliza a mudança de decúbito a cada duas horas como é preconizado na literatura, também devem ser considerados, pois contribuem para o aparecimento de UP. Diante disso, a avaliação do risco para o seu desenvolvimento por meio de instrumentos como a Escala de Braden faz-se necessária, visando à detecção precoce e a adoção de intervenções adequadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ambiente da UTI contexto deste estudo, verificou-se que o risco dos pacientes hospitalizados em desenvolver UP, mostrou-se elevado (39%). Isso pode se justificar devido à grande maioria desses pacientes se encontrarem acamados, ou restritos ao leito, sendo desta forma, o indicador atividade (acamado), mais prevalente.

Salientamos a importância da utilização da escala de Braden, pois os resultados obtidos com o estudo nos permitem afirmar que esta escala é um instrumento que deveria ser utilizado em todos pacientes durante a hospitalização, principalmente em pacientes em estado críticos, pois permite conhecer o risco individual de cada pessoa e implementar intervenções profiláticas o mais precoce possível pela equipe de enfermagem.

No que se refere ao emprego da escala de avaliação de riscos, como a escala de braden, não basta a sua utilização desprovida do conhecimento de seu significado. Ela deve constituir apenas parte de um programa de prevenção. Usar a escala de avaliação de risco sem conhecimento, experiência, disponibilidade de tempo e materiais para prevenção não surtirá nenhum efeito. No entanto a escala não deve ser empregada isoladamente. Para melhorar a eficácia da prevenção de UP recomendamos a combinação do julgamento clínico do enfermeiro a um instrumento na avaliação de risco, principalmente em pacientes em estado crítico.

Compreendemos que para prestar assistência com qualidade e integralizada, baseada na concepção holística, temos que ter em mente que são vários os elementos que podem desencadear a ocorrência de UP, não dependendo unicamente dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem, mas também, da identificação dos vários fatores que interagem entre si, dentre os quais estão relacionados ao paciente e a própria instituição, como provedora de condições para prestação de cuidados.

Neste sentido destacamos a necessidade da utilização da Escala de Braden como medida preventiva de UP, assim como uma educação continuada com os profissionais de enfermagem, além de uma abordagem multiprofissional ao paciente visando à melhoria da qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZULAY R.D.; AZULAY, D.R. Dermatologia. In: SODRÉ, C.T.; AZULAY, D.R.; AZULAY, R.D. **A pele- estrutura, fisiologia e embriologia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 01-15.
- BLANES, L; DUARTE, I.S; CALIL, J.A; FERREIRA, L.M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital de São Paulo. **Revista da Associação Médica brasileira**. v.50 n.1. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 03 out 2010.
- BRAZ, Elizabeth; FERNANDES, Luciana M. **A Utilização do Óleo de Girassol na Prevenção de Úlceras de Pressão em Pacientes Críticos**. Revista Nursing. n. 44, p. 29 a 34, jan. 2002.
- CASTILHO, Lillian Dias e CALIRI, Maria Helena Larcher. **Úlcera de pressão e estado nutricional: revisão da literatura**. Rev. bras. enferm. vol.58, n.5, p. 597- 601. São Paulo 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br> . Acesso em: 01 nov 2011.
- COSTA, E. M. et al. CTI Atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. In: MEIRELES, I. B.; SILVA, R. C. L.; VITERBO, F. **Profilaxia e tratamento das lesões cutâneas em UTI**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p. 269-306.
- COSTA, Idevânia Geraldina. **Incidência de Úlcera de Pressão e Fatores de Risco Relacionados em Pacientes de um Centro de Terapia Intensiva**. 2003. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>. Acesso em: 10 nov 2011.
- DEALEY, Carol. **Cuidado de feridas: um guia para enfermeiras**. 2 ed. São Paulo: Artheneu, 2001. p. 140-143.
- D'ASCENÇÃO, Luiz Carlos Menezes. **Organização, sistemas e Métodos- Análise, Redesenho e Informatização de Processos Administrativos**. São Paulo: Atlas, 2001.
- DICCINI, Solange; CAMADURO, Camila; LIDA, Luciana Inaba Senyer. **Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário**. Acta paul. enferm. vol. 22, n.2, p. 205-209. São Paulo, 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 03 nov 2011.
- ELIZABETH, Teixeira. **As três metodologias**. 5º ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- FARO, A. C. M. **Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção**. Rev. esc. enferm. USP. v.33 n.3. São Paulo, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 03 out 2010.
- FERNANDES, L.M; CALIRI, M.H.L. **Uso de escala de Branden e Glasgow para identificação do risco para úlcera de pressão em pacientes internados em Centro de**

Terapia Intensiva. Rev. Latino-am Enfermagem, v.16, n.12. Nov-dez 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 mar 2011.

FERNANDES, Luciana Magnani. **Úlcera de Pressão em Pacientes Críticos Hospitalizados. Uma Revisão Integrativa da Literatura.** 2000. 168 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>. Acesso em: 10 nov 2011.

FERNANDES, Niedja Cibegne da Silva. **Úlceras de pressão: um estudo de pacientes de Unidade de Terapia Intensiva.** 2005. 155f. Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem) Universidade Federal do rio Grande do Norte, Natal, 2005. Disponível em: <http://www.pgenf.ufrn.br>. Acesso em: 10 nov 2011

GOMES, Flávia Sampaio Latini et al. **Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos.** Rev. esc. enferm. USP. vol.45, n.2, p. 313-318. Belo Horizonte- MG, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 02 Nov 2011.

GOULART, F.M. et al. **Prevenção de ulcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão de literatura.** Disponível em <http://www.faculdadeobjetivo.com.br>. Acesso em 16 nov 2010.

IRON, G. L. Feridas: novas abordagens , manejo clinico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 01-15/120-142.

JÚNIOR, L. et al. Tratado de queimaduras no paciente agudo. In: PICCOLO, S.T. et al. **Cicatrização e Cicatrizes.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 591-604.

ORLANDO, J.M.C. **UTI: muito alem da técnica, a humanização e a arte do intensivismo.** São Paulo: Atheneu, 2001.

PAIVA, Lucila Corsino de. **Úlcera de pressão em pacientes internados em um hospital universitário em Natal/RN: condições predisponentes e fatores de risco.** 2008. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem de Natal. Universidade Federal do rio Grande do Norte, Natal, 2008. Disponível em: <http://www.pgenf.ufrn.br>. Acesso em: 10 nov 2011

PARANHOS, Wana Yeda; SANTOS, Vera Lucia C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa. Rev. Esc. Enf USP. V. 33, p. 191- 206. São Paulo, 1999. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/>. Acesso em: 02 nov 2011.

POTTER, Patrícia. A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem.** 5º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 1319 -1359.

ROCHA, A. B. L.; BAROS, S. M. O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta. Paulista de enfermagem.** v.20 n.2. São Paulo. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br> . Acesso em: 03 dez 2010.

ROTH, J.J; HUGHES W.B. **Tratamento de Queimaduras- Manual Prático**. 1º Ed. Rio de Janeiro- RJ: Revinter 2006. p. 85.

SCHNEIDR, Luana Roberta; LUDWIG, Mônica. **Avaliação do risco dos pacientes hospitalizados em desenvolver úlceras de pressão: Aplicando a Escala de Braden**. 2008. 71f. Dissertação (TCC em Enfermagem)- Universidade do Estado de Santa Catarina, Palmitos, Santa Catarina, 2008. Disponível em: <http://www.pergamum.udesc.br>. Acesso em: 02 nov 2011.

SERPA, Letia Farias. **Capacidade preditiva da subescala nutrição da Escala de Braden para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão**. 2006. 150f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>. Acesso em: 02 nov 2011.

SOUZA, A.C; OTANI, N. TCC: Métodos e técnicas. Florianópolis: visual books, 2007. p. 39.
TIMBY, Barbara. K. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8 ed. Barueri- SP: Manole, 2005. p. 299.

SOUSA, Cristina Albuquerque de; SANTOS, Iraci dos; SILVA, Lolita Dopico da. **Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem**. Rev. bras. enferm. vol. 59, n. 3, p. 279-284. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 02 nov 2011.

SOUZA, D.M.S.T; SANTOS, V.L.C.G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idoso institucionalizados. Rev. Lat-am enfermagem. v. 15 n. 5. Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br>. Acesso em 20 nov 2011.

SMELTEZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10 ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 184-191.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução N° 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

PESQUISA: Úlceras por pressão: avaliação de riscos em Unidade de Terapia Intensiva.

Prezado Sr(a):

Você foi selecionado para participar da pesquisa sobre Avaliação dos riscos para o desenvolvimento de úlceras por pressão em um Hospital Público de Belém-Pa. Essa pesquisa está sendo realizada por alunas da Faculdade de Enfermagem, tem como objetivo classificar os riscos de úlceras por pressão através da escala de Braden. Com esse estudo se buscará um entendimento dos principais fatores que levam ao desenvolvimento de úlceras por pressão, pois sua compreensão fornecerá uma base para intervenção que promova a melhoria da qualidade de vida de pacientes internados em UTI.

Sua participação é de suma importância, pois nos possibilitará uma avaliação minuciosa através de uma ficha de avaliação. A ficha de avaliação não é identificável e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação. Os dados serão analisados em conjunto guardando assim o absoluto sigilo das informações pessoais. Queremos também deixar claro que sua participação é de livre-arbítrio, não havendo pagamento pela mesma, podendo se recusar a participar da pesquisa.

Garantia do acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra Roseneide dos Santos Tavares que pode ser encontrada na Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem, Guamá, telefone 83093769 se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)- Rua Mundurucus, 4487 FONE(91) 32016754 – E-mail: cephujbb@yahoo.com.br.

Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão analisados e será elaborado um trabalho pelos autores da pesquisa, ao qual será feita a divulgação para o meio acadêmico e científico.

Belém, ____/____/____

Assinatura do sujeito /representante responsável

PESQUISA: Úlceras por pressão: avaliação de riscos em Unidade de Terapia Intensiva.

_____ Belém, ____/____/____

Assinatura da testemunha

(para caso de sujeitos analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual).

_____ Belém, ____/____/____

Assinatura do sujeito que colheu o TCLE

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Roseneide dos Santos Tavares

End:

Fone:

Reg. Conselho:

Belém, ____/____/____

APÊNDICE B**FICHA DE AVALIAÇÃO INDIVIDUAL**

DATA DA OBSERVAÇÃO: ____/____/____ OBSERVADOR: _____

IDENTIFICAÇÃO

INICIAIS DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

REG.: _____

DATA DA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL: ____/____/____ SEXO: () masc. ()femin.

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

DATA DE INTERNAÇÃO NO CTI: ____/____/____

TEMPO DE INTERNAÇÃO NO CTI: _____

ID: _____

HIDRATAÇÃO/BALANÇO HÍDRICO: _____

ESTADO NUTRICIONAL: _____

DIETA _____

QUADRO CLÍNICO NO MOMENTO DA OBSERVAÇÃO: _____

AVALIAÇÃO (ESCALA DE BRADEN)

Fatores de risco

pontos

PERCEPÇÃO SENSORIAL	1.Completamente limitado()	2. Muito limitado ()	3. Levemente limitado ()	4. Nenhuma limitação()	
UMIDADE	1. completamente úmida()	2. Muito úmida()	3. Ocasionalmente úmida ()	4.Raramente úmida ()	
ATIVIDADE	1.Acamado ()	2.Restrito a cadeira ()	3.Caminha Ocasionalmente ()	4.Caminha freqüente mente ()	
MOBILIDADE	1.Completamente imobilizado ()	2.Muito limitado ()	3.Levemente limitado ()	4.Nenhuma limitação ()	
NUTRIÇÃO	1.Muito pobre ()	2.Provavelmente inadequado ()	3. Adequado ()	4. Excelente ()	
FRICÇÃO E CISALHAMENTO (observado)	1.Problema ()	2.Potencial para problema ()	3. Nenhum problema aparente ()		
TOTAL DE PONTOS					

DIAGNÓSTICO REFERENTE À ESCALA

() Maior ou igual a 16 – não predisponente

() Menor ou igual a 16 – predisponente

OBSERVAÇÕES: _____

