

# A Prática de Cuidados de Enfermagem na Prevenção das Úlceras de Pressão

Marlene Isabel Lopes \*

Maria Regina Tavares dos Santos \*\*



Neste artigo pretende-se questionar os aspectos mais valorizados pelos enfermeiros acerca da prevenção das úlceras de pressão e se estes se reflectem nos cuidados que prestam aos doentes.

A análise baseia-se numa abordagem exploratória efectuada, recorrendo à entrevista, à observação guiada da prestação de cuidados de enfermagem e à leitura e análise dos registos respectivos. A amostra, que esteve na base do estudo, foi constituída pelos enfermeiros das unidades de internamento de um Serviço de Medicina de um Hospital Central.

Os resultados sugerem que os enfermeiros entrevistados valorizam um grande número de factores predisponentes ao desenvolvimento de úlceras de pressão e dos cuidados de enfermagem a prestar para a sua prevenção. No entanto, verificámos que a sua prática de cuidados não está totalmente de acordo com o que consideram ser importante.

## Introdução

As úlceras de pressão surgem em doentes acamados por longos períodos, com mobilidade reduzida ou nula e com baixas defesas, sendo na sua maioria idosos (BRAVO, 1998). Uma úlcera de pressão deve ser considerada como susceptível de ser prevenida e não como uma complicação efectiva da doença e da imobilidade, requerendo a sua prevenção conhecimentos, empenhamento dos profissionais e recursos. O enfermeiro tem aqui um papel crucial, atendendo a que é este que planeia e executa os cuidados de acordo com os problemas identificados, procedendo continuamente à sua avaliação.

Contudo, e apesar de todos estes conhecimentos, as úlceras de pressão são ainda uma realidade, pelo que é necessário reflectir sobre todos os aspectos com elas relacionados, nomeadamente a prática de cuidados de enfermagem, de forma a tornarmo-nos profissionais com formação técnico-científica adequada para ultrapassar esta problemática.

Sendo a prevenção das úlceras de pressão uma possibilidade, consideramos importante conhecer como os enfermeiros vivenciam este problema. Para melhor conhecimento e compreensão da realidade propoemo-nos realizar uma análise exploratória, tendo como objectivo geral: identificar os aspectos que os enfermeiros valorizam na prevenção das úlceras de pressão e compará-los com as actividades por eles desenvolvidas, num serviço de Medicina de um Hospital Central. De forma a

\* Enfermeira – Hospitais da Universidade de Coimbra.

\*\* Enfermeira – Hospital de S. Teotónio – Viseu.

operacionalizar este propósito, procurámos pistas para a resposta a algumas questões: quais os factores que, na opinião dos enfermeiros, estão na origem do aparecimento de úlceras de pressão, quais os cuidados que referem prestar para a sua prevenção, quais as medidas preventivas que adoptam na realidade e quais os registos que realizam relativamente às mesmas.

## Enquadramento teórico

Na opinião de COLINA (1988), o não aparecimento das úlceras de pressão está intimamente relacionado com os cuidados de enfermagem prestados ao doente. Da pesquisa realizada, verificámos que a incidência destas lesões é particularmente elevada em idosos e doentes em fase terminal, sujeitos a longos períodos de imobilidade no leito, sendo que a prevalência em meio hospitalar pode chegar aos 45% nos doentes crónicos e a cerca de 9% nos restantes (DELAUNOIS, 1991). O referido autor acrescenta ainda que 70% das úlceras de pressão ocorrem durante as primeiras semanas de internamento, quando o estado do doente é de maior gravidade e supostamente alvo de maior vigilância, sendo causa de complicações graves.

LAMANTIA (2000) refere que a elevada prevalência na população envelhecida se deve ao facto desta ter menor mobilidade e menor continência intestinal e vesical e ser composta por mais doentes crónicos e debilitados. Acrescenta que as úlceras de pressão ocorrem com maior frequência sobre as proeminências ósseas, sendo as localizações mais comuns a região sagrada, as tuberosidades isquiáticas, os trocanteres e os calcâneos.

As úlceras de pressão são “*áreas localizadas de necrose celular da pele e tecidos subcutâneos que foram submetidas a pressão supra capilar por períodos prolongados.*” (KOSIAK, 1986). SOARES e MENDES (1998) acrescentam que este tipo de úlceras geralmente têm pouca tendência para cicatrizar.

Várias investigações têm demonstrado que a ruptura tecidual é provavelmente um processo multifactorial. É frequente dividir os factores que

influenciam o desenvolvimento de úlceras de pressão em intrínsecos e extrínsecos. A necessidade de identificar a situação ou o processo patológico subjacente é prioritária, mas os factores externos são, de uma maneira geral, a causa inicial que influencia a cronicidade ou a falência da resposta à terapêutica sistémica ou local. As variáveis identificadas incluem factores tais como pressão, cargas de forças transversais, maceração e toma de medicamentos, como factores extrínsecos. A condição metabólica geral da pessoa, estado nutricional, incontinência, idade, edema, anemia, sensibilidade alterada, alteração do estado de consciência, alteração da temperatura, efeitos neurotróficos e factores psicológicos, são apontados como factores intrínsecos (DONOVAN, 1992; BENBOW e DEALEY, 1996). A presença de um só deve alertar-nos para a possibilidade da formação de uma úlcera. É certo que quantos mais factores estiverem associados maior será o risco de formação da mesma, pelo que se torna de extrema importância valorizar o risco que cada doente corre, em particular, em desenvolver uma úlcera de pressão (COLINA, 1988).

Esta valorização pode ser realizada a partir de um instrumento que permite avaliar de modo objectivo as situações de risco que podem desencadear uma úlcera de pressão. Este instrumento constitui uma ferramenta metodológica útil e objectiva para valorizar e, conseqüentemente, tomar medidas preventivas (TORRA I BOU, 1997). O impacto da utilização de uma escala, que valorize o risco de desenvolver úlceras de pressão, e a sua tradução nos cuidados prestados ao doente, está demonstrado. Num estudo realizado pelo autor referido anteriormente, verificou-se que a um grupo de doentes a quem se aplicou de modo sistemático uma escala, foram identificados 76% mais de cuidados preventivos, do que a um grupo controle de doentes a quem não se aplicou nenhuma escala de valorização de risco de desenvolver úlceras de pressão.

Face ao exposto, a prevenção das úlceras de pressão é claramente o modo mais fácil, mais barato e mais bem sucedido de terapia. Os elementos essenciais de um programa efectivo de prevenção

incluem uma abordagem de tratamento em equipe integrada, enfatizando bons cuidados médicos e de enfermagem. A prevenção começa durante a fase aguda da hospitalização e continua através do processo de reabilitação (DONOVAN, 1992).

DELAUNOIS (1991) refere que uma atitude preventiva bem conduzida, para além de ser um cuidado de enfermagem por excelência, permite evitar cerca de 90% das úlceras de pressão, tendo em conta que o menor descuido e a menor negligência, na prestação de cuidados preventivos e curativos pode destruir o trabalho de uma equipa, pelo que os mesmos devem ser encadeamentos de acções que importa respeitar com lógica, método e sobretudo com perseverança e coerência. O mesmo autor acrescenta que, por mais sofisticados que sejam as tecnologias e meios materiais ao nosso alcance, estas não substituem nem dispensam o cuidados de enfermagem, apenas o complementam.

Os cuidados de enfermagem preventivos, na perspectiva de DELAUNOIS (1991) e NETO *et al.* (1997), visam essencialmente:

- Melhorar a vascularização e a oxigenação dos tecidos, através da redução ou eliminação da pressão sobre os mesmos, tendo sempre presente que a duração daquela é mais importante que a sua intensidade, estimular a circulação com a realização de massagens e utilizar materiais de prevenção;
- Atenuar ou eliminar os factores de risco proporcionando um aporte nutricional e hídrico adequados e uma higiene cuidada.

Os esquemas de mudança de decúbito geralmente consistem em duas horas em decúbito lateral, duas horas em decúbito dorsal e duas horas no decúbito lateral oposto. Todas as mudanças deverão ser realizadas com extremo cuidado para evitar forças transversais e fricção da pele contra a superfície do leito. Os doentes devem ser elevados ou delicadamente rolados para o lugar e jamais arrastados (DONOVAN, 1992). Ao proceder-se a uma mudança de posição, deve observar-se a pele do doente com a finalidade de despistar eventuais zonas quentes, frias, vermelhas ou com traços de edema (CABRAL, 1992).

A finalidade da massagem é a activação da circulação nos tecidos. A duração de cada sessão deve ser de 10 minutos como mínimo, usando uma substância gorda. Esta deve evitar a agressão dos tecidos devendo ser realizada de uma forma suave, de modo a assegurar o conforto do doente, estimular a circulação local e não provocar dor. Além disso uma massagem vigorosa não deve ser realizada sobre uma região com eritema, sob pena de provocar micro-hemorragias (DELAUNOIS, 1991). O mesmo autor refere que nestas regiões está também contra-indicado a aplicação de gelo e de calor, devido à agressão que provocam nos tecidos e risco de necrose capilar seguida de micro-trombozes irreversíveis, para além do facto de ser doloroso e desagradável.

Existe actualmente uma enorme diversidade de materiais de prevenção criados para diminuir a intensidade da pressão exercida sobre os tecidos. Contudo, não poderemos esquecer que têm uma acção sobre a intensidade da pressão mas não substituem as alternâncias de decúbito e as massagens, sendo estas indispensáveis à manutenção ou restabelecimento da vascularização, levando o oxigénio aos tecidos (NETO *et al.*, 1997).

O enfermeiro deverá ainda tomar medidas que melhorem o estado geral do doente, nomeadamente em relação à alimentação, eliminação, higiene e segurança (DELAUNOIS, 1991). A alimentação de um doente de risco deve ser cuidada, contendo um maior aporte proteico para facilitar a regeneração tecidual. Um aumento lipídico e de hidratos de carbono é também aconselhado, evitando sempre a ocorrência de diarreia. Deve assegurar-se uma boa hidratação do doente, na ordem dos 2 a 3 litros diários, consoante a sua tolerância (DELAUNOIS, 1991, NETO *et al.*, 1997). No caso do doente apresentar incontinência urinária, deve ser realizada a algaliação vesical, salvo se houver contra-indicação. Se o doente for do sexo masculino, a simples colocação de um dispositivo urinário externo é suficiente. No caso de incontinência fecal, a vigilância deverá ser redobrada. A cada eliminação deverão ser prestados os cuidados de higiene, aplicação de creme protector da pele e colocação de fralda descartável (NETO *et al.*, 1997).

As actividades diárias provocam acumulação de desperdícios metabólicos e contaminantes na pele, os quais podem alterá-la e reduzir a capacidade dos tecidos para suportar a pressão. Os produtos da degradação metabólica devem ser removidos com água morna, nunca quente, com uma solução de limpeza suave. Em doentes idosos, deverá considerar-se a necessidade de banho diário, pois os problemas decorrentes do envelhecimento da pele são exacerbados pela remoção desnecessária da barreira protectora natural. Tendo em conta a especificidade de cada doente, as medidas de higiene deverão limitar-se à face, regiões axilar e inguinal e genitais (LAMANTIA, 2000). O enfermeiro deverá assegurar-se que o leito se encontra limpo, seco, sem rugas e sem partículas (DELAUNOIS, 1991; NETO *et al.*, 1997).

A participação do doente e família na prevenção e/ou tratamento das úlceras de pressão é essencial, sendo necessária uma informação contínua. Durante a hospitalização, é fundamental o ensino ao doente, sempre que a sua condição o permita, e à sua família. Desta forma poderá ser dada continuidade à prevenção iniciada em meio hospitalar (COLINA, 1988; NETO *et al.*, 1997). LAMANTIA (2000) referencia estudos onde se estabelecem correlações entre o envolvimento da família nos cuidados e o aumento da tomada de consciência dos factores de risco, avaliação e tratamento precoce das úlceras de pressão.

## Metodologia

Realizámos um estudo exploratório, considerando como variáveis centrais a opinião dos enfermeiros sobre os factores predisponentes das úlceras de pressão, os cuidados de enfermagem, as medidas de prevenção e os registos de enfermagem.

De acordo com a natureza das informações que se pretenderam apreciar, os métodos de colheita de dados consistiram na entrevista semi-estruturada, na observação guiada da prestação de cuidados de enfermagem e na leitura e análise de registos.

Considerámos um total de dezassete enfermeiros, a desempenhar funções num serviço com duas enfermarias (Homens e Mulheres) de Medicina de um Hospital Central, com exclusão dos enfermeiros chefes, enfermeiros especialistas e enfermeiros com experiência profissional inferior a seis meses. Estes critérios de exclusão foram estabelecidos com o objectivo de colher dados que melhor representem a generalidade dos profissionais de enfermagem, naquele serviço, isto é, “que sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência ou de descrever o que interessa ao investigador” (FORTIN, 1999:156), pelo que não foram considerados elementos em períodos de integração e elementos que na maior parte dos casos não prestam cuidados directos ao doente, como o são os enfermeiros chefes e especialistas. A escolha deste grupo atende principalmente ao facto de serem elementos de um serviço de Medicina, onde sabemos serem frequentes internamentos de doentes com médio e alto risco de desenvolverem úlceras de pressão. A selecção dos doentes para a observação de prestação de cuidados por parte dos enfermeiros foi realizada através da aplicação da Escala de Norton<sup>(1)</sup>, no sentido de definir o seu risco de desenvolver úlceras de pressão, tendo sido incluídos apenas os doentes com alto e médio risco. Foram seleccionados 12 doentes, sendo que 8 apresentavam alto risco de desenvolver úlceras de pressão e 4 médio risco.

As unidades de observação utilizadas foram direccionadas exclusivamente para as medidas preventivas das úlceras de pressão, inseridas nas actividades autónomas da enfermagem. A observação incidiu nos cuidados desenvolvidas por 12 enfermeiros do serviço já referido.

Uma vez que a colheita de dados foi realizada por dois elementos, foram criadas grelhas para a observação de prestação de cuidados e para a leitura e análise de registos, no sentido de obter uma maior sistematização e uniformização da informação.

<sup>(1)</sup> A Escala de Norton é uma escala de valorização do risco de desenvolver úlceras de pressão e que consta de cinco itens: condição física, estado mental, actividade, mobilidade e incontinência. Cada factor é classificado de 1 a 4; quanto mais baixa for a pontuação, maior o risco.

Os dados obtidos foram tratados pela técnica de análise de conteúdo, procedendo à redução dos dados, à sua apresentação e a interpretação e verificação das conclusões.

## Resultados

Relativamente aos factores predisponentes às úlceras de pressão, os enfermeiros entrevistados consideraram a imobilidade como factor principal. Apontaram, porém, algumas deficiências na prestação de cuidados nomeadamente a “alternância de decúbitos pouco frequentes” (E4). Os estados nutricional e hídrico, a humidade e a patologia associada constituíram os segundos factores mais apontados considerando algumas “patologias específicas mais predisponentes como a hipoalbuminémia e edemas” (E6) e a “má circulação” (E5).

Os cuidados relacionados com os posicionamentos e alternância de decúbitos, massagem e protecção da pele e nutrição e hidratação constituíram os cuidados referidos em maior número, evidenciando a sua importância. Consideram que se deverá proceder à realização de “posicionamentos para aliviar a pressão, atendendo à especificidade do doente” (E5, E6), defendendo o “estabelecimento de um plano de posicionamentos” (E17). Além disso, obteve-se ainda o testemunho de que “nós enfermeiros deveríamos investir mais na alimentação dos doentes” (E17).

No entanto, constatou-se através das observações realizadas que os doentes foram posicionados com intervalos de quatro a seis horas. Observamos também que dos posicionamentos realizados, na sua maioria apenas houve alívio das zonas de pressão para prestação de cuidados de higiene parcial, mantendo o decúbito anterior. A periodicidade de posicionamentos é idêntica nos doentes de alto e médio risco. Em relação à realização de massagens e protecção da pele verificou-se, na maioria das observações, apenas a aplicação de cremes e pomadas e não a realização efectiva de uma massagem.

No que diz respeito aos cuidados de nutrição / hidratação, constatámos apenas uma situação de dieta enriquecida, correspondente a um doente de alto risco, alimentado por sonda nasogástrica, sendo as restantes dietas apenas adequadas à patologia do doente.

Em relação aos registos de enfermagem, foi evidente a importância expressa atribuída ao plano de cuidados bem elaborado e à adopção de uma escala que valorize o risco de desenvolver úlceras de pressão. São reconhecidos alguns erros na realização de registos, uma vez que “os registos deveriam ser bem escritos e metódicos, dando o alerta para a prevenção” (E16) e “os registos contêm informação superficial” (E17). Em contrapartida, da análise dos registos consultados, pudemos constatar a total ausência de uma escala que valorize o risco de desenvolver úlceras de pressão. Verificou-se apenas a existência de um plano de cuidados aplicado a um doente de médio risco onde foi levantado o problema da imobilidade.

No que respeita ao conteúdo dos registos, as informações relativas aos posicionamentos foram consideradas as mais importantes para os enfermeiros entrevistados: “que tipos de posicionamentos se têm vindo a fazer e a colaboração dos doentes nos mesmos” (E2, E13), “as horas do último posicionamento” (E1). A avaliação do estado da pele foi também considerado um aspecto importante a transmitir, nomeadamente as zonas de maior risco. Mas, em contradição com estas perspectivas verbalizadas, através da análise de registos verificou-se que numa larga maioria não estava especificado o posicionamento realizado, referindo-se apenas “foi posicionado” ou “posicionado em decúbitos alternados”. Observou-se também a não existência de qualquer aspecto esclarecedor do estado da pele, quer em registos de doentes de médio como de alto risco.

Gostaríamos ainda de referir uma expressão muito observada nos registos consultados: “foi auxiliado nas NHB”. Esta é uma expressão inespecífica, uma vez que não traduz as necessidades afectadas do doente, sendo assim incorrecta. Um outro aspecto observado consistiu no facto de que os cuidados prestados ao doente

durante um determinado turno nem sempre foram realizados pelo mesmo enfermeiro, para além de que nem sempre o enfermeiro que faz o registo é o enfermeiro que presta os cuidados.

## Conclusão

Face à nossa questão inicial onde pretendíamos conhecer os cuidados prestados pelos enfermeiros para a prevenção de úlceras de pressão, pudemos inferir que os enfermeiros entrevistados valorizam um grande número de factores predisponentes ao seu desenvolvimento, bem como os cuidados de enfermagem a prestar para a sua prevenção. Não obstante, a importância atribuída aos mesmos não é observada, na sua maioria, na prestação de cuidados ao doente e ainda menos nos registos que realizam. Verificou-se que, na generalidade, os cuidados não são adequados, uma vez que não se observa uma avaliação individualizada de cada doente, com o levantamento das suas necessidades específicas. Independentemente do nível de risco dos doentes, no serviço referenciado, são prestados cuidados semelhantes baseados na rotina. Os registos são vagos e inespecíficos e não se observou a aplicação de uma escala, que valorize o risco de apresentar úlceras de pressão, assim como a implementação de um plano de cuidados. Desta forma, não se evidencia o seu papel fundamental na continuidade e avaliação dos cuidados prestados ao doente.

Importa finalmente reflectir sobre a prática de cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão, podendo dizer-se que os profissionais que trabalham no serviço em que se realizou o estudo consideram a importância desta problemática. No entanto, haverá alguns factores que impedem a prestação e o registo adequados das medidas preventivas, factores estes que poderão ser identificados num estudo posterior.

Face ao exposto, pensamos ser justificável uma maior atenção e monitorização na prática efectiva dos cuidados ao doente com risco de desenvolver úlceras de pressão.

## Bibliografia

- BENBOW, Maureen; DEALAY, Carol (Janeiro, 1996) – Factores extrínsecos que afectam os cuidados com feridas crónicas. *Nursing*. Ano 8, n.º 96
- BRAVO, M. Ángel (Maio, 1998) – Úlceras por presión en atención primaria – frecuencia y características. *Rol*. n.º 237, p. 55-58
- CABRAL, Elisa (Outubro, 1992) – Prevenção de úlceras de pressão. *Divulgação*. n.º 24, p.38-42
- COLINA, Javier (Janeiro, 1988) – Atención de Enfermería a pacientes con úlcera por presión. *Rol*. n.º 113, p. 41-52
- DANOVAN, William *et al.* (1992) – Úlceras por pressão. In DELISA, A. Joel – *Medicina de Reabilitação – princípios e prática*. Vol. II, São Paulo, Editora Manole, Lda., p. 553-569
- DELAUNOIS, A. (Abril, 1991) – Prévention et traitement des escarres. *Soins infirmiers*. *Soins*. n.º 547, p. 34-53
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – *O Processo de Investigação*. 1ª. Edição, Coimbra, Lusociência, ISBN: 972-8383-10-X
- KOSIAK, M. (1986) – *Prevenção e reabilitação. Tratado de medicina física e reabilitação*. 3ª Edição, São Paulo, Editora Manole Lda., p. 910-916
- LAMANTIA, Janet (2000) – Integridade da pele. In *Enfermagem de reabilitação – Aplicação e processo*. HOEMAN, Shirley P., 1ª Edição, Lusodidacta, p. 301-356
- NETO, Helena *et al.* (1997) – Úlceras de pressão – um problema de enfermagem. *Servir*. vol. 41, n.º 1, p.24-36
- SOARES, Maria Luísa; MENDES, Maria da Conceição (Julho 1998) – Úlceras de Decúbito. *Sinais Vitais*. n.º 19, p. 27-30
- TORRA I BOU, Joan Enric (Abril 1997) – Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. *Rol*. n.º 224, p. 23-30

## Escala de Norton®

Variáveis	Score	Descrição
<b>Estado geral</b> – Capacidades organo-metabólicas		
Bom	4	Doente com bom aspecto, bom poder de reacção.
Médio	3	Reacções moderadas. Aparentemente com bom estado nutricional, mas as análises sanguíneas e urinárias indicam desvios dos valores normais.
Mau	2	O doente não se sente bem. Bebe e alimenta-se pouco e mal.
Péssimo	1	Reacções deficientes ou ausentes. Mau estado em nutrição, as análises sanguíneas e urinárias indicam desvios importantes dos valores normais.
<b>Estado mental</b> – Nível de resposta a ordens		
Consciente	4	Boa orientação temporal, espacial e pessoal.
Apático	3	Atitude de letargia, tendência ao esquecimento, sonolência, passividade e apatia; lento e depressivo; com capacidade para executar ordens simples.
Confuso	2	Desorientação parcial e/ou ocasional; não responde de maneira coerente às questões. Inquieto, agressivo, ansioso, necessitando de ansiolíticos, calmantes ou soníferos.
Inconsciente	1	Não reage ao meio envolvente.
<b>Actividade</b> – Grau de actividade física		
Independente	4	Caminha facilmente e deambula com frequência pelo seu quarto ou unidade.
Caminha c/ajuda	3	Caminha ocasionalmente durante o dia pequenas distancias com ajuda. Passa a maior parte do dia na cama ou na cadeira.
Levante para a cadeira	2	A capacidade de caminhar é muito limitada ou inexistente. Não suporta o seu próprio peso e tem que ser ajudado para ser colocado na cadeira.
Acamado	1	Não pode ser levantado.
<b>Mobilidade</b> – Capacidade de mudar de posição sem ajuda		
Autónomo	4	Muda frequentemente de posição sem ajuda.
Limitado	3	Necessita de ajuda para mudar de posição, mas colabora no máximo das suas potencialidades.
Muito limitado	2	Faz sózinho movimentação de membros mas é incapaz de fazer mudanças de posição. Colabora de forma mínima.
Imobilizado	1	Não muda de posição, mesmo ligeira, sem ajuda.
<b>Incontinência</b> – Nível de humidade		
Sem incontinência	4	Controla a emissão de fezes e urina.
Urinária/Fecal	3	Apresenta, por vezes, incontinência urinária ou fecal (perdas ligeiras).
Urinária/Fecal	2	Tem habitualmente incontinência urinária ou fecal.
Urina e fezes	1	Tem incontinência urinária e fecal.

® NORTON, D. – Calculating the risk: reflections on the Norton scale. Decubitus, 2(3), 1989, pp. 24-31.

Alto Risco: 5 a 10 pontos

Médio Risco: 11 a 14 pontos

Baixo Risco: 15 a 20 pontos