

# PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

Ana Paula Gossmann Bortoletti  
Arthur Alves de Teixeira  
Érica Rosalba Mallmann Duarte  
Marsam Alves de Teixeira  
William Rogério Aretz Brum

## Introdução

As Úlceras de Pressão (UP) são consideradas um problema grave, tanto nas internações hospitalares, quanto na rede de atenção básica, principalmente em idosos, acamados ou pessoas em situações de adoecimento crônico-degenerativo (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

As UPs são definidas como áreas de necrose tissular que tendem a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um longo período de tempo (CHAYAMITI; CALIRI, 2010). Sabe-se que a prevenção das UPs, em qualquer contexto de assistência, requer uma abordagem sistemática e qualificada, que deve ser iniciada com uma avaliação criteriosa, quando o usuário é admitido em um serviço. Independente da sua situação, ele deve já ser avaliado quanto ao risco de ter novas lesões ou não, prosseguindo com a adoção de medidas apropriadas envolvendo toda a equipe de saúde (LUCENA et al., 2011).

Durante a realização de atividades de monitores, preceptores e tutores do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) (BRASIL. SECRETARIA DE GESTÃO DO

TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, 2014) no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (DGCC) do município de Porto Alegre, foi constatada a necessidade de unificar informações e cuidados relacionados ao cuidado de UPs, de forma que os usuários atendidos na atenção básica tenham um cuidado continuado, buscando não somente sua cura ou recuperação, mas também a sua prevenção. Para tanto, vê-se a necessidade da elaboração de um protocolo que norteie os cuidados relacionados ao tratamento e prevenção das UPs na atenção básica de forma interdisciplinar.

Sabe-se que a prevenção da UP, em qualquer contexto de assistência, requer uma abordagem sistemática, iniciada com a avaliação do usuário admitido em um serviço, considerando os riscos presentes e prosseguindo com a adoção de medidas apropriadas envolvendo toda a equipe de saúde. Em geral quando se dialoga sobre cuidados em UP, pensa-se em um cuidado exclusivo de médicos e enfermeiros, entretanto esses cuidados devem ser vistos de forma ampla, onde a prevenção e a recuperação são as grandes estratégias, principalmente na rede de atenção básica. A participação de uma equipe inter e multidisciplinar nas UP é imprescindível, iniciando com a educação dos usuários para o cuidado a sua saúde, passando pelos agentes de comunitários e de endemias até o adequado encaminhamento ao serviço especializado de referencia do distrito.

A prevenção de UP, além de depender de uma habilidade de observação para avaliar o risco, necessita ainda de um instrumento que o mensure, para que assim se possa estabelecer as condutas e as ações preventivas. Para o presente protocolo optou-se pela utilização da escala de Braden, que possui índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade adequadas, além de já ter sido traduzida e validada para o português (PARANHOS; SANTOS, 1999). A escala mensura seis itens para a avaliação do risco de UP: percepção sensorial, umidade, atividade, nutrição, fricção e cisalhamento.

Atualmente, no DGCC, o tratamento de UP é realizado de acordo com os conhecimentos que cada profissional das unidades de saúde possui, o que muitas vezes interfere no adequado tratamento utilizado, nos registros da evolução da lesão, nas condutas de educação ou mesmo na escala de risco utilizada.

Os protocolos de UP ainda são utilizados predominantemente em instituições hospitalares, porém é de suma importância que os serviços da atenção básica de saúde se apropriem deste tipo de ferramenta para a prevenção de agravos nesse tipo de lesão na população atendida.

## Objetivo

Propor a elaboração de um protocolo que sistematize a prevenção e o tratamento da UP para os pacientes que tenham risco ou apresentem este problema e que possa ser implantado na Rede de Atenção Básica.

## Metodologia

Através da revisão de literatura, com busca de documentos em bases de dados do LILACS, Scielo e Medline.

## Discussão

Para a prevenção das UPs, é necessário realizar avaliação do risco do paciente para desenvolver a lesão. A Escala de Braden (Quadro 1) avalia o risco para o desenvolvimento da UP e determina o resultado menor ou igual a 13 no somatório total desta escala. A partir do resultado, é desenvolvido um plano junto aos usuários e familiares, buscando estabelecer condutas que orientem os mesmos para a prevenção deste agravo (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ, 2013).

### Percepção sensorial:

Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto

### 1 - Totalmente limitado:

Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuindo ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.

### 2 - Muito limitado:

Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemito ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.

### 3 - Levemente limitado:

Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.

### 4 - Nenhuma limitação:

Responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.

<p><b>Umidade:</b> Nível ao qual a pele é exposta à umidade</p>	<p><b>1. Completamente molhada:</b> A pele mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc... A umidade é detectada às movimentações do paciente</p>	<p><b>2. Muito molhada:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno</p>	<p><b>3. Ocasionalmente molhada:</b> A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia</p>	<p><b>4. Raramente molhada:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina</p>
<p><b>Atividade:</b> Grau de atividade física</p>	<p><b>1. Acamado:</b> confinado à cama</p>	<p><b>2. Confinado à cadeira:</b> A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.</p>	<p><b>3. Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira</p>	<p><b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas em que está acordado</p>
<p><b>Mobilidade:</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Totalmente Imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades, sem ajuda</p>	<p><b>2. Bastante limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho</p>	<p><b>3. Levemente limitado:</b> Faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades, sem ajuda</p>	<p><b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e freqüentes mudanças de posição sem auxílio</p>
<p><b>Nutrição:</b> Padrão usual de consumo alimentar</p>	<p><b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma a refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda</p>	<p><b>3. Adequado:</b> Come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parental Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais</p>	<p><b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar</p>

<p>Fricção e cisalhamento</p>	<p><b>1. Problema:</b> Requer uma assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção</p>	<p><b>2. Problema em potencial:</b> Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo, mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira</p>
-------------------------------	--	--	--

Quadro 1. Escala de Braden  
Fonte: PARANHOS; SANTOS (1999)

A avaliação para risco de UP deve ser contínua, necessitando que a ferramenta seja aplicada regularmente a cada avaliação, seja na US ou no domicílio. São medidas de prevenção para úlcera de pressão (PARANHOS; SANTOS, 1999; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ, 2013; HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2006): elevar cabeceira do paciente em 30°, quando não existir contra indicação; mudar posição do paciente a cada 2h; não massagear proeminências ósseas; aliviar a pressão sobre as proeminências ósseas; fazer uso de hidratante/óleos; manter nutrição adequada; orientar pacientes e cuidadores a respeito das formas de evitar lesões na pele; manter lençóis limpos de farelos e bem esticados; realizar limpeza do perineo após cada eliminação; usar hidratantes (orientado pela equipe) na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia; estimular saída do leito; e utilizar TCM ou óxido de zinco como barreiras da pele em casos de incontinência.

Na etapa de prevenção, os agentes comunitários são membros importantes da equipe, pois têm a possibilidade de detectar precocemente os riscos de algum membro das famílias que eles acompanham, encaminhar para um atendimento na US e acompanhar a prevenção e evolução de tratamento. Os agentes comunitários têm como cenário de trabalho o território e sua permanência junto aos usuários fazem deles efetivos educadores em relação aos manejos de prevenção de UP.

A avaliação das lesões, conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009), seguem os seguintes estágios:

- Estágio I: apresenta área hiperemiada, podendo haver uma ou mais das seguintes condições: aquecimento ou resfriamento do local, sensação de firmeza ou amolecimento, dor ou prurido.
- Estágio II: rompimento da pele envolvendo epiderme ou derme. Apresenta-se por abrasão, bolha ou cratera rasa.
- Estágio III: lesão envolvendo o tecido subcutâneo com presença de necrose ou não. Apresenta cratera profunda, com ou sem comprometimento subjacente do tecido adjacente.
- Estágio IV: dano extenso em tecido muscular, ósseo, tendão ou cápsula articular, que pode ou não apresentar necrose.
- Inclassificáveis/não graduáveis: profundidade indeterminada. Perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida (PARANHOS; SANTOS, 1999).

Após a avaliação da ferida procede-se na realização do cuidado. Apesar de cada lesão ser diferente uma da outra, existem características a ser observadas em todos os cuidados (ROLIM et al., 2013; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2009): manter a umidade no leito da ferida; manter a temperatura do leito da ferida em torno de 37 °C; propiciar a absorção do excesso de exsudato; prevenir a infecção, realizando-se o adequado cuidado de assepsia; não causar traumas no tecido de granulação; não deixar resíduos no leito da ferida; limitar a movimentação dos tecidos em torno da ferida; proteger contra traumas mecânicos; a cada troca de curativo, proceder a limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9% através de pequenos jatos; remover o exsudato utilizando uma gaze embebida em soro, executando movimentos leves e lentos para não prejudicar o processo cicatricial. Conforme as características da lesão procedem-se o cuidado conforme descrito abaixo (Figura 1):

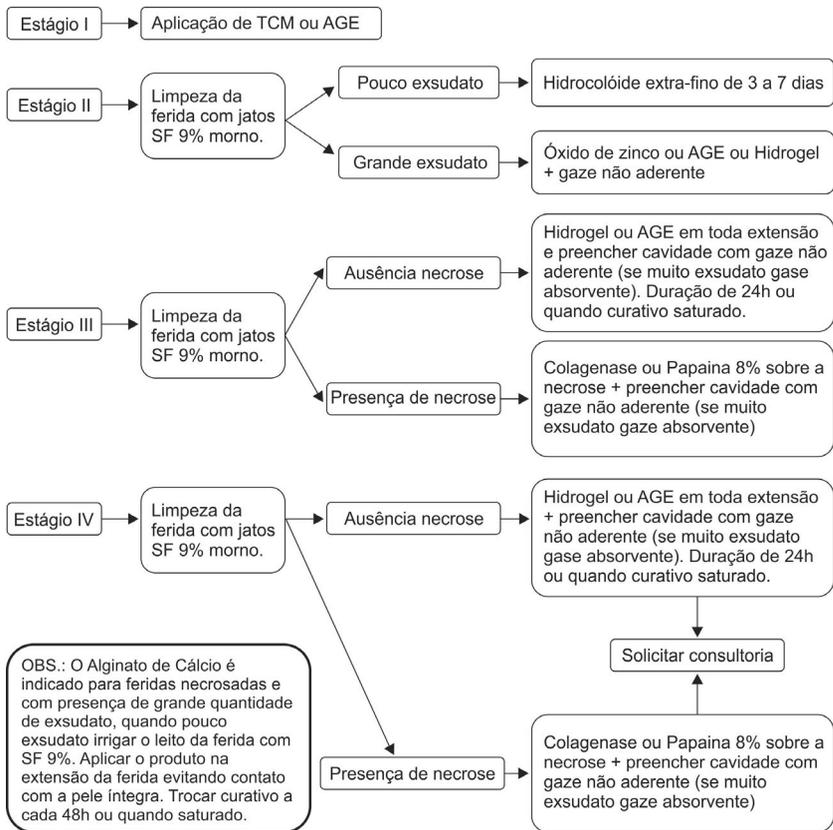


Figura 1. Fluxo de cuidado de acordo com estágio da Úlcera de Pressão  
 Fonte: INCA (2009); FRANCO; GONÇALVES (2008); BRUNNER; SUDDARTH (2009)

### Considerações finais

A rede de atenção básica de saúde tem buscado aumentar a sua capacidade resolutive e absorver cada vez mais o nível primário, que são os conjuntos de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A reorganização e o fortalecimento constituem a prioridade do Ministério da Saúde. As lesões de pele pelo aumento de pacientes acamados no domicílio são um dos grandes problemas demandados pela população.

Neste cenário, é importante ter uma rede sistematizada de atenção a lesões que contemple a organização das unidades de saúde e os centros de referência, buscando acolher os usuários e dar encaminhamentos adequados a este processo. A experiência de aproximação entre a academia e os serviços, através do PET-

Saúde e das residências multiprofissionais, possibilitam que o conhecimento e os relatos de experiência dos processos de trabalho aproximem os profissionais de saúde e os futuros profissionais e a universidade, e que as experiências que estão sendo iniciadas comecem a ser divulgadas de forma mais sistemática.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde; ANVISA; FIOCRUZ. *Protocolo de prevenção de úlcera por pressão*. Brasília: 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde)*. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.prosaude.org>>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- BRUNNER; SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- CHAYAMITI, E.M.P.C.; CALIRI, M.H.L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010.
- FRANCO, D; GONÇALVES, L.F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 35, n. 3, maio/jun. 2008.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera de Pressão*. Porto Alegre, 2006.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Tratamento e Controle de Feridas Tumoriais e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado*. Brasília, 2009. Série Cuidados Paliativos.
- LUCENA, A.F. et al. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 3, maio/jun. 2011.
- MEDEIROS, A.B.F.; LOPES, C.H.F.; JORGE, M.S.B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n.1, mar. 2009.
- PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 33, n. esp., 1999.
- ROLIM, J. et al. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. *Revista Rene*, v. 14, n.1, p. 148-57, 2013.