

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PAB 4

**COMO OTIMIZAR A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO DA
ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTES ACAMADOS?**

FABIANA DE ARUDA BASTOS

Orientador: CEZAR A.C. ALTAFIM

SANTO ANDRÉ
JANEIRO; 2015

SUMARIO

1. Introdução	1
2. Objetivos	3
2.1 Geral	3
2.2 Específico(s)	3
3. Metodologia	4
4. Resultados Esperados	6
5. Cronograma	7
6- Referências	8
7- Apêndice	
10	

1- INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão (UPP) é um problema de saúde pública, com elevados custos para a pessoa doente, seus familiares, sociedade e instituições de saúde. ^(1,2)

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a UPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde pois a sua ocorrência causa dano considerável ao paciente e está associada à internações prolongadas, riscos de infecção, sepse, mortalidade e outros agravos evitáveis. ⁽³⁾

Em virtude da sua longa duração, representam uma ferida crônica, de reincidência frequente e de difícil cicatrização, com ocorrência mais provável em idosos e pessoas com múltiplos problemas sistêmicos. ⁽⁴⁾

A UPP é definida internacionalmente pelo Grupo Europeu de Úlceras por Pressão e Grupo Americano de Úlceras por Pressão (EPUAP/ NPUAP) como uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, como resultado da pressão isolada ou combinada com cisalhamento. ^(5,6)

Quanto à etiologia, as UPP caracterizam-se como agravo multifatorial, cujos fatores determinantes podem ser organizados em intrínsecos (idade, comorbidades, estado nutricional, hidratação, mobilidade e níveis de consciência) e extrínsecos (pressão, cisalhamento, fricção e umidade). ^(7,8)

Dentre esses fatores predisponentes, destaca-se a pressão, a qual é influenciada pela intensidade e pela duração, bem como pela tolerância tecidual. ^(4,9)

Nessa perspectiva, considerando-se a natureza modificável da maioria dos fatores responsáveis por ocasionar o desenvolvimento de úlcera por pressão, a aplicação de medidas preventivas ainda é o meio mais eficiente para manter a integridade da pele. Assim, faz-se imprescindível o uso de métodos profiláticos e a avaliação dos fatores de risco. ^(10,11)

No entanto, apesar da maioria das úlceras por pressão ser evitável, estima-se que aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluem a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias à UPP. No mesmo país, o custo total estimado do tratamento é de 11 bilhões de dólares por ano. ⁽¹¹⁾

De acordo com dados da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), nos Estados Unidos a prevalência e incidência de UPP em hospitais é de respectivamente 15% e 7%. ⁽¹²⁾ No Reino Unido, casos novos de UPP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital. ⁽¹³⁾

Em âmbito nacional, há uma escassez de trabalhos sobre os coeficientes de morbidade de UPP. Um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81% ⁽¹⁴⁾ e outro, realizado em um serviço de atendimento domiciliar em São Paulo, em 2010, concluiu que 19,1% da clientela apresentava esse tipo de lesão. ⁽¹⁵⁾

A existência de uma úlcera por pressão implica um processo complicado, marcado pela dor, desconforto físico, psicológico e com impacto emocional para o doente e para os seus entes queridos ⁽¹⁾; e por isso, mais importante do que o tratamento é impedir que as UPP se desenvolvam, portanto, a sua prevenção. ⁽²⁾

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser

adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver úlceras por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.⁽¹⁶⁾

Nesse contexto, com intuito de melhorar a atenção aos pacientes em risco para o desenvolvimento de UPP, e conseqüentemente reduzir sua ocorrência, alguns serviços de saúde elaboram protocolos, os quais dispõem sobre medidas preventivas a serem tomadas de acordo com o grau de risco do paciente - avaliado por escalas padronizadas, sendo a mais utilizada a de Braden.⁽¹⁷⁾

A Escala de Braden foi desenvolvida em 1987 por Bergstrom e Braden e permite que o paciente seja avaliado quanto ao risco de apresentar úlcera por pressão, com foco no cuidado e tratamento inicial da pele, uso de superfície de suporte, alívio de carga mecânica, além de ações de educação e de prevenção.⁽¹⁸⁾

Diante do exposto, este projeto se justifica pela necessidade da implementação e utilização dos protocolos de prevenção de UPP em Unidades Básicas de Saúde, como um instrumento capaz de promover impactos significativos na redução da incidência das úlceras por pressão e, conseqüentemente, na melhora do cuidado junto aos pacientes com mobilização limitada.

No presente projeto de intervenção, objetiva-se então implantar um protocolo para avaliação inicial e acompanhamento individual dos pacientes acompanhados pelo serviço de atendimento domiciliar da equipe de saúde da família, criado a partir de informações reconhecidas na literatura como pertinentes no que se refere à prevenção e cuidados com as lesões de pele. O protocolo em questão será utilizado no primeiro contato com o paciente e sua família durante a visita domiciliar e será ainda guardado no prontuário do paciente para posterior seguimento, conforme descrição na metodologia.

2- OBJETIVO

2.1- Objetivo Geral

Otimizar a prevenção e o tratamento da úlcera por pressão em pacientes acamados

2.2- Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de UPP na comunidade

- Aplicar na prática diária um protocolo de avaliação do paciente a fim de classificar o paciente quanto ao risco para desenvolvimento de úlceras por pressão, promover a profilaxia dessas lesões e melhorar a resposta terapêutica nos pacientes em tratamento.

- Orientar profissionais da ESF e familiares quanto à percepção global do paciente, estimulando a atenção continuada a três parâmetros fundamentais na etiologia das UPP e de fácil modificação: estado nutricional, hidratação e mobilidade.

3- METODOLOGIA

- **Cenário do estudo:** O projeto de intervenção será realizado pela ESF 043 da Unidade de Saúde vila luzita, Santo André, São Paulo.
- **Sujeitos da intervenção:** Pacientes idosos adscritos na área de cobertura desta equipe, acompanhados pelo serviço de visita domiciliar da ESF, composta por um médico, um enfermeiro e quatro agentes de saúde.
- **Estratégias e ações:** Para a implementação do projeto de intervenção em questão será aplicado no paciente e cuidador responsável um protocolo de avaliação (APÊNDICE 1). Este protocolo terá como base a Escala de Braden, que permite a classificação quanto ao risco de apresentar úlcera por pressão ⁽¹⁸⁾. O mesmo avaliará parâmetros como a percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento, além de dados sociodemográficos como o nome, idade, sexo, renda familiar, cuidador exclusivo e tempo de assistência domiciliar.

Por se tratar de um projeto de intervenção a fim de obter melhorias, constará ainda no protocolo de avaliação uma parte interativa, em que a equipe promoverá o treinamento dos familiares e cuidadores sobre as medidas preventivas para úlceras por pressão; orientando sobre a inspeção diária da pele da cabeça aos pés, a higienização e hidratação da pele, produtos utilizados para hidratação, o uso de superfície de suporte, tipo de superfície de suporte, mudança de decúbito, frequência da mudança de decúbito, manejo da umidade com a troca de fraldas, otimização da nutrição e hidratação.

O protocolo deverá ser utilizado como instrumento norteador do cuidado individual continuado dos pacientes. Este será aplicado pela primeira vez durante a primeira visita domiciliar. Nesse primeiro contato, o protocolo será discutido com a equipe e com a família do paciente, colocando a importância de cada dado a ser questionado e a influência de cada um na formação de úlceras por pressão. Será então aplicado o protocolo pelo médico a fim de estabelecer o risco basal do paciente com o posterior registro dos achados.

Ademais, a equipe promoverá o treinamento dos cuidadores, oportunidade em que orientarão a inspeção diária da pele, higienização e hidratação da pele com cremes hidratantes em áreas ressecadas, manejo da umidade com a troca de fraldas a cada três horas, mudança de decúbito a cada duas horas para minimizar a pressão, uso de superfície de suporte como almofadas de ar e espuma e orientação sobre a ingestão de alimentos e líquidos.

Uma vez que a intenção do projeto é implementar uma rotina no serviço, o protocolo será anexado ao prontuário do paciente para seguimento. Com intervalo mensal, a agente de saúde do cadastrado, juntamente com a enfermeira da equipe farão questionamentos aos familiares e pacientes sobre as informações do protocolo e se as orientações sobre a rotina de cuidados estão sendo seguidas. Os dados obtidos nessas visitas serão repassados ao médico e discutidos em reuniões mensais. Com periodicidade trimestral, o médico com a equipe completa repetirá o protocolo, observando a evolução clínica e geral do paciente.

Como critérios de inclusão, serão sujeitos da intervenção: idosos, população com 60 anos ou mais, de ambos os gêneros, que apresentem restrição

ao leito ou à cadeira de rodas/poltronas; com risco iminente para desenvolver UPP, ou seja, presença de risco moderado, alto ou altíssimo, segundo a pontuação da Escala de Braden.

O projeto tem por opção a população idosa para trazer melhorias, devido esta faixa etária ser expressiva na área de cobertura da ESF 043, e devido as úlceras por pressão se apresentarem como um agravo crônico e recorrente que acarreta danos pessoais e socioeconômicos para os familiares.

- **Avaliação e Monitoramento:** Por fim, este projeto será avaliado e discutido em reuniões de equipe com intervalo semestral, em que todos os profissionais envolvidos analisarão os protocolos de todos os idosos inclusos no projeto, observarão a evolução dos cadastrados e refletirão se a estratégia foi capaz de melhorar a abordagem e o acompanhamento das UPP, assim como diminuir os fatores de risco para formação de lesões na pele. Os resultados obtidos nas reuniões deverão ser divididos com a família, cuidadores e paciente, para que se estabeleça o cuidado continuado e educação permanente.

4- RESULTADOS ESPERADOS:

Atualmente, o que ocorre no atendimento das UPP é o foco na lesão orgânica, sem a atenção ao fator biopsicossocial, repercutindo em altas taxas de falha terapêutica, reincidência das lesões e iatrogenia por uso crônico de pomadas com antibióticos. Com a implementação do protocolo de avaliação proposto neste projeto de intervenção, espera-se que a Unidade Básica de Saúde possa melhorar a atenção e cuidados à uma parcela significativa dos seus cadastrados, os idosos acamados. Espera-se que este projeto consiga padronizar o atendimento a este grupo de pacientes, preconizando como rotina a avaliação da pele para detecção da existência de UPP ou outras lesões de pele já instaladas, com reavaliação periódica dos pacientes pela ESF para a obtenção do cuidado continuado.

Além disso, este projeto de intervenção permitirá a educação de todos os profissionais da equipe, bem como da família do paciente sob cuidado, uma vez que sem a orientação de todos os envolvidos, não se obterá o resultado esperado. Os agentes de saúde a partir de então, poderão acompanhar a melhora do paciente sob um aspecto geral, indagando em suas visitas questões pertinentes como o estado geral, hidratação, nutrição, mobilidade e reposicionamento do paciente. Os familiares, por sua vez, terão melhor atuação e participação, uma vez elucidados sobre a rotina do cuidado. Por fim, com esta avaliação global do paciente, o grande resultado esperado é diminuição da incidência e da prevalência das úlceras por pressão.

5- CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2014	Setembro 2014	Outubro 2014	Novembro 2014	Dezembro 2014	Janeiro 2015	Fevereiro 2015
Elaboração do projeto	X						
Aprovação do projeto		X					
Estudo de literatura	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X	X			
Discussão e análise dos resultados					X	X	
Revisão final e digitação						X	
Entrega do trabalho final						X	
Socialização do trabalho							X

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Pereira AS, Soares HÁ. Úlceras por pressão: Percepção dos familiares acerca do impacto emocional e custos intangíveis. Rev de enfermagem referência 2012 jul;(7):139-148
- 2- Rodrigues AM, Soriano JV. Fatores Influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. Rev de enfermagem referência 2011 dez;(5):55-63
- 3- Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz [homepage na internet]. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão [acesso em 23 nov 2014]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>
- 4- Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
- 5- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. Guia Internacional. Prevención de úlceras por presión: Guía de referencia rápida. 2009:1-24.
- 6- Santos VCG, Caliri MH. Conceito e classificação de úlcera por pressão: atualização do NPUAP. Revista Estima. 2007;5(3):43-4.
- 7- Menegon DB, Bercini RR, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão no Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Rev HCPA. 2007; 27(2):61-4.
- 8- Furman GF, Rocha AF, Guariente MHDM, Barros SKSA, Morooka M, Mouro DL. Úlceras por pressão: incidência e associação de fatores de risco em pacientes de um hospital universitário. Rev Enferm UFPE On Line [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 30 out 2014]; 4(3):169-77. Disponível <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/login>
- 9- Nogueira PC, Caliri MHL, Santos CB. Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera de pressão no lesado medular: experiência da equipe de enfermagem do HCFMRP-USP. Medicina [periódico na Internet]. 2002 [acesso em 22 out 2014]; 35:14-23. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n1/fatores_risco.pdf.
- 10- Coêlho ADA, Lopes MVO, Melo RPM, Castro ME. O idoso e a Úlcera por Pressão em Serviço de Atendimento Domiciliar. Rev Rene 2012; 13(3):639-49.
- 11- http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer

- 12-Moore Zena EH, Cowman Seamus. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2009, Art.
- 13-Benbow, M et all. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Clinical Practice Guidelines. Royal College of Nursing: April, 2001.
- 14-Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):474-80.
- 15-Caliri MHL, Chayamiti EMPC. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. Acta Paul Enferm. 2010; 23(1):29-34.
- 16- Institute for Healthcare Improvement. How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. [acesso em 15 nov 2014]. Disponível em <http://www.ihl.org>
- 17-Almeida RA, Bastos RAA, Almeida FCA, Pequeno GA, Vasconcelos JMB, Rodrigues FA. Avaliação da utilização de protocolos na prevenção de úlceras por pressão. Rev Ciência & Saúde 2012 jul – dez(5):125-13.
- 18-Rangel EML, Calili MHL. Práticas de enfermeiros de um hospital geral sobre a prevenção de úlcera por pressão. Rev Paul Enferm. 2006; 25(2):96-101.

7- APÊNDICE

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

Parte 1 Dados sociodemográficos

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Renda familiar: _____

Cuidador exclusivo: () Sim () Não

Tempo de assistência domiciliar: _____

Parte – Escala de Braden – Classificação: _____

Varição da Pontuação da Escala: 6 a 23 pontos.

- Médio Risco: 15 a 18 pontos
- Risco Moderado: 13 a 14 pontos
- Alto Risco: 10 a 12 pontos
- Altíssimo Risco: 9 a 6 pontos

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 esquivar) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído 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 gemido 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 ao comando verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: 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	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: 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	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma 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	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come 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 Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-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	2. Problema em potencial: 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.	3. Nenhum Problema: 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	

Parte 3 – Após classificação do paciente quanto ao risco, a ESF promoverá o treinamento dos cuidadores sobre as medidas preventivas para UPP e cuidados rotineiros

- Inspeção diária da pele, higienização e hidratação da pele com cremes hidratantes em áreas ressecadas, manejo da umidade com a troca de fraldas a cada três horas, mudança de decúbito a cada duas horas para minimizar a pressão, uso de superfície de suporte como almofadas de ar e espuma e otimização da nutrição e hidratação.

