

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
ÁREA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

Keila Cristina Pains
Ludmila Péres de Oliveira
Marilza Torres Moreira
Tânia Reis Malta

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: uma revisão
literária

Governador Valadares
2009

KEILA CRISTINA PAINS
LUDMILA PÉRES DE OLIVEIRA
MARILZA TORRES MOREIRA
TÂNIA REIS MALTA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: uma revisão
literária

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para obtenção do grau de
bacharel em Enfermagem pela Faculdade de
Ciências da Saúde da Universidade Vale do
Rio Doce – UNIVALE.

Orientadora: Elizabete Maria de Assis Godinho

Governador Valadares

2009

Keila Cristina Pains
Ludmila Péres de Oliveira
Marilza Torres Moreira
Tânia Reis Malta

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: uma revisão
literária

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para obtenção do grau de
bacharel em Enfermagem pela Faculdade de
Ciências da Saúde da Universidade Vale do
Rio Doce – UNIVALE.

Governador Valadares, 30 de novembro de 2009.

Banca examinadora:

Prof^a. Elizabete Maria de Assis Godinho – Orientadora
Universidade Vale do Rio Doce

Prof^a Ana Carolina de Oliveira Martins Moura
Universidade Vale do Rio Doce

Prof^a Ana Maria Germano de Rezende
Universidade Vale do Rio Doce

Prof^a Valéria de Oliveira Ambrósio
Universidade Vale do Rio Doce

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter nos mantido confiantes, com fé e coragem, acreditando sempre no nosso potencial.

Às nossas famílias e amigos que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que chegássemos até esta etapa de nossas vidas.

À nossa mestre e orientadora Elizabete Maria de Assis Godinho, pela paciência e incentivo, mantendo-nos sempre firmes em busca do nosso ideal, possibilitando-nos a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, dedutivo de abordagem qualitativa, fundamentado em revisões bibliográficas, periódicos e sites. Foi realizado levantamento retrospectivo dos anos de 2001 a 2009 das publicações, considerando os critérios: data, título do periódico e tipo de pesquisa. Teve como objetivo geral levantar o que há descrito na literatura sobre a SAE na prevenção de UPs. Conforme a literatura, a SAE proporciona assistência individualizada, direcionada, integral e de qualidade ao cliente, com embasamento científico. A úlcera por Pressão (UP) é uma lesão localizada, de necrose tissular, que tende a se desenvolver quando um tecido mole é submetido a uma pressão não aliviada entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um longo período de tempo. Nas áreas de isquemia tecidual, local em que há pressão contínua e na qual a circulação periférica é inadequada, as UPs desenvolvem-se dentro de 6 horas. Os sítios mais comuns localizam-se acima da tuberosidade isquiática, na região sacral, trocantérica, nos calcanhares e nos cotovelos. A UP é uma complicação bastante comum, tornando-se um problema para os clientes e um desafio para os enfermeiros. De acordo com alguns autores, a implantação da avaliação de risco pela utilização sistemática da escala de Braden e o investimento em capacitação da equipe de enfermagem, são medidas necessárias para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada. Apesar da existência da SAE, a inadequação quantitativa e/ou qualitativa dos recursos humanos e materiais disponíveis têm dificultado a implementação de protocolos de prevenção e tratamento desse tipo de úlcera. Considera-se que existem ainda lacunas nessa área do conhecimento, mas a crescente divulgação de produções científicas sobre o tema poderá auxiliar os profissionais no avanço da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Prevenção. Úlceras por Pressão.

ABSTRAT

This is a descriptive study of deductive and qualitative approach. It was based on literature reviews, journals and websites. It was realized a retrospective search from publications from 2001 to 2009, considering the following criteria: date, title of the newspaper and type of research. The general aim was to raise what it is described in literature on the NCS in the prevention of refs. According to literature, NCS provides individual assistance, specified, complete and qualified service, with scientific basis. The Pressure Ulcer is a located lesion of tissue necrosis, which tends to develop when a soft tissue is submmited to unrelieved pressure from a bony prominence and an external surface for a long period of time. In the areas of tissue ischemia, where there is continuous pressure and in which the peripheral circulation is inadequate, the refs are developed within 6 hours. The most common sites are located above the ischiatic tuberousness , sacral, trochanter, heels and elbows. The UP is a fairly common complication, becoming a problem for customers and a challenge for nurses. According to some authors, the implementation of risk assessment by the systematic use of the Braden scale and investment in training of nursing staff are necessary to improve the quality of nursing care. Although the SAE existence, the improper amount and quality and/or qualitative human sources and available materials are difficult to protocol implements in prevention and treatment of this kind of ulcer. It is considered that there are still gaps in that knowledge area, but the increasing availability of scientific productions on the subject may help professionals in the implementation of Nursing Assistance.

Keywords: Systematization of nursing care. Prevention. Pressure Ulcers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: A pele e o sentido do tato.....	17
Figura 2: Região Trocantérica	23
Figura 3: Região Sacral	24
Figura 4: Região Calcânea.....	24

LISTA DE SIGLAS

ACBS – Área de Ciências Biológicas da Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EUA – Estados Unidos da América

NANDA - Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAS – Profissionais da Área de Saúde

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce

UP – Úlcera por Pressão

UPs – Úlceras por Pressão

UTIs – Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	12
3 CONTEXTUALIZAÇÃO	13
3.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	13
3.1.1 Investigação	15
3.1.2 Evolução	15
3.1.3 Diagnóstico de enfermagem	15
3.1.4 Plano de cuidados	16
3.1.5 Avaliação	16
3.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE	17
3.3 ÚLCERA POR PRESSÃO	18
3.3.1 Incidência	20
3.3.2 Etiologia	21
3.3.3 Fisiopatologia e classificação	23
3.3.3.1 Estágio I.....	23
3.3.3.2 Estágio II	24
3.3.3.3 Estágio III	24
3.3.3.4 Estágio IV	25
3.3.4 Prevenção	25
3.3.4.1 Escalas de risco para prevenção de úlceras por pressão.....	27
3.3.5 Complicações	28
3.3.6 Tratamento da Úlcera por Pressão	29
3.3.6.1 Indicações medicamentosas no tratamento de feridas:.....	31
4 METODOLOGIA	33
5 IMPORTÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	49

ANEXO A - ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	50
ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE	53

1 INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é atividade privativa do enfermeiro, o qual utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2002).

De acordo com Sousa et al. (2006), é necessário qualificar os profissionais de enfermagem com recursos que os capacitem para prever se o cliente corre o risco de desenvolver úlceras por pressão (UPs). Dessa forma, entende-se como medida preventiva a importância da utilização de escala preditiva, tal como a de Braden muito utilizada nos Estados Unidos da América (EUA) como no Brasil, por demonstrar uma sensibilidade maior e ser mais específica do que outras escalas, no cuidar de enfermagem, pois esta equivale a uma sistematização do atendimento ao cliente, sendo importante a inclusão dos diagnósticos de enfermagem, em termos de UPs, e as intervenções de enfermagem através das recomendações e da avaliação dos resultados do cuidado implementado.

Segundo Cândido apud Cunha (2006), o enfermeiro deve ter uma visão ampla no que se refere ao tratamento de uma ferida crônica e que o papel desse profissional não se resume a apenas execução dos curativos prescritos pelo médico. O profissional de enfermagem preenche uma lacuna importante no tratamento de feridas; sua figura é preponderante. É ele quem executa o curativo diariamente e está em maior contato com o paciente. Por essa razão, em muitos aspectos sua ação se sobreporá a dos outros componentes da equipe.

A coleta sistematizada de dados para determinar o estado de saúde do paciente e identificar qualquer problema de saúde real ou potencial, permite a identificação de dados objetivos e subjetivos. Os dados do histórico são obtidos através da história de saúde e do exame físico e possibilita uma visão do paciente no contexto bio-psico-espiritual, identificando as necessidades afetadas e adotando condutas relativas às manifestações do paciente de maneira direcionada e sistematizada (BRASIL, 2002).

A úlcera por pressão (UP) pode ser definida como uma área localizada de necrose tissular que tende a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo. Elas podem ser classificadas em estágios de I a IV, de acordo com a profundidade dos danos observados nos tecidos. Dependendo do nível de profundidade da lesão nos tecidos, UPs podem trazer

sérias complicações como: osteomielite, septicemia, ou mesmo levar o paciente a óbito. Além das perdas financeiras ocasionadas aos pacientes e familiares, o problema traz, também, transtornos psicológicos e impedem ou dificultam a participação do indivíduo em programas de reabilitação (NOGUEIRA; CALIRI; HASS, 2006).

As UPs costumam se desenvolver nas regiões de proeminência óssea, que estão constantemente expostas à pressão não aliviada. Os fatores que contribuem para o surgimento das úlceras são: perda sensorial permanente sobre as áreas de pressão, imobilidade, perda da função protetora da pele, umidade e/ou calor excessivo, irritação da pele, más condições de higiene, incontinência fecal e urinária e outras (SARTORI; MELO, 2002).

A manutenção da integridade da pele e tecidos subjacentes tem sido tradicionalmente uma responsabilidade da equipe de enfermagem, embora seja imprescindível que outros profissionais da equipe de saúde estejam envolvidos pela natureza multicausal do problema. A presença das UPs tem sido apresentada como um indicador da qualidade de assistência dos serviços de saúde e, a maior parte delas, pode ser prevenida com a adoção de medidas adequadas e educação para prevenções dirigidas a profissionais, pacientes e familiares (NOGUEIRA; CALIRI; HASS, 2006).

As escalas de risco servem para pontuar o risco de uma população e têm grande importância ao constituírem estratégias para diminuir a incidência de formação de UPs, através da priorização de pacientes e intervenções preventivas mais eficazes (NAGEH, 2006).

A avaliação inicial do paciente, a monitoração e a reavaliação permite estabelecer um plano de cuidados mais satisfatório ao portador de feridas. Define como avaliação o processo de designar, sistematicamente, números ou graus a determinadas condições ou eventos. As avaliações da ferida e do tecido adjacente por meio de vários atributos fornecem dados que podem ser utilizados com objetivo de determinar a gravidade da ferida e a fase biológica da cicatrização, estabelecer conduta e descrever a evolução e mudanças em suas condições (SOUSA et al., 2006).

Fundamentados na complexidade do tema, no conhecimento da necessidade de minimizar os agravos decorrentes das UPs e de reduzir os riscos a esses pacientes é que essa pesquisa fez-se necessária, uma vez que o assunto é percebido como grande desafio aos serviços e profissionais da área de saúde (PAS).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar através de revisão da literatura a Sistematização da Assistência de Enfermagem na prevenção de úlceras por pressão.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) averiguar quais foram os cuidados realizados para prevenção das úlceras por pressão pelos profissionais da saúde, através de pesquisas realizadas no período referido;
- b) identificar a importância da SAE na prevenção de úlceras por pressão.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A preocupação em estabelecer uma normatização de cuidados individualizados ao cliente vem sendo percebida pela enfermagem há décadas. Desde 1929, nos Estados Unidos, e 1934 no Brasil, a utilização de estudos de caso foi introduzida nas discussões de ensino e práticas. Estes estudos eram compostos, basicamente, de história da doença, evolução da moléstia, tratamento médico e cuidados de enfermagem. Desde 1986 o planejamento da assistência de enfermagem é uma imposição legal. De acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente o planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem e que ao planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento permite diagnosticar as necessidades do cliente, garante a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal e a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações da equipe (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Para Nascimento et al. (2008), a enfermagem, como uma profissão crucial para a construção de uma assistência qualificada em saúde, vem acompanhando profundas e importantes mudanças nas relações sociais e políticas, no campo tecnológico, nas relações interpessoais e principalmente na maneira de organizar os serviços e responder às novas demandas gerenciais e científicas. De acordo com o mesmo autor, o trabalho ou exercício profissional é determinante do espaço social das profissões, as quais se inserem na multidimensionalidade desse espaço que é complexo, por vezes, exigente. Portanto, o enfermeiro para prestar assistência de enfermagem com qualidade e de forma humanizada, necessita inserir-se na rede social de cuidados de forma consciente, competente, tanto técnica quanto cientificamente.

A elaboração da SAE é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O enfermeiro necessita estabelecer o conhecimento das fases do processo de enfermagem, sob o contexto de um referencial teórico e assim promover o cuidado e o restabelecimento do paciente. As

atividades de competência e as funções da enfermagem têm ficado cada vez mais definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão. Hoje se percebe a ênfase que os enfermeiros têm dado, à importância da documentação e registro do plano de cuidados de saúde de sua clientela (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

Para realizar as atividades de cuidado, o enfermeiro necessita de instrumental conceitual e técnico para abordar a realidade da prática. O método é a organização, a sistemática racional de ações para alcançar os objetivos da assistência. A prática da assistência de enfermagem vai além do modelo médico, ela é baseada e instrumentalizada por um referencial próprio, criado e construído pelos profissionais de enfermagem, o qual possibilita a união da teoria à prática. O uso de marcos conceituais explícitos na prática assistencial altera, também, a sua estrutura, possibilitando ação participativa, crítica, embasada em conceitos científicos, exigindo maior conhecimento de enfermagem (REPPETTO; SOUZA, 2005).

Freire apud Backes et al. (2005), relata que embora a maior parte dos enfermeiros já tenha a percepção da necessidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem, na realidade concreta, o processo de implantação, assim como a escolha de um referencial teórico e uma metodologia adequada, ainda se constituem um grande desafio principalmente para as lideranças dispostas a desencadear o processo. A primeira condição para que uma pessoa possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e de refletir o que se traduz em um compromisso para a mudança, ou seja, para que o enfermeiro possa assumir uma prática comprometida com a SAE, deve ser capaz de refletir e de reconhecer as barreiras históricas e culturais do ensino formal, baseadas, mais especificamente, no modelo técnico-burocrático e, dessa maneira, desencadear um processo definitivo de mudança no seu papel.

A assistência de enfermagem deve estar fundamentada em metodologia científica, para isso o enfermeiro tem disponível um instrumento efetivo, trata-se da SAE ou Processo de Enfermagem, considerado como um método de solução dos problemas dos pacientes, com as etapas de investigação ou histórico, diagnóstico, planejamento, intervenção ou implementação e evolução. Este diferencial estratégico possibilita a aplicação dos conhecimentos técnicos, o estabelecimento de fundamentos para a tomada de decisão e o registro adequado da assistência prestada (BUENO et al., 2007).

A realização da SAE eleva a qualidade da assistência de enfermagem, beneficiando tanto o paciente, através de um atendimento individualizado, quanto ao enfermeiro, mostrando a importância do processo de enfermagem (CUNHA; BARROS, 2005). Segundo os mesmos autores, a literatura de enfermagem revela o empenho dos enfermeiros na

organização das ações de enfermagem, mas revela, também, os conflitos e empecilhos surgidos, os quais vêm sendo poucas vezes vencidos. Um desses empecilhos é a não aceitação, por parte de muitos enfermeiros, de que o método científico possa ser utilizado por todos os profissionais.

A SAE pode ser definida como um método através do qual a estrutura teórica da enfermagem é aplicada à prática e atualmente é constituída de cinco fases: investigação, evolução, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados e avaliação (FIGUEREIDO et al., 2006).

3.1.1 Investigação

A Coleta de dados consiste em um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença (BRASIL, 2009).

3.1.2 Evolução

Rodrigues, Souza e Silva (2008) discorrem que a evolução de enfermagem é o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no cliente enquanto estiver sob assistência do enfermeiro, incluindo o exame físico, ou seja, uma avaliação global do plano de cuidados e que nesse registro, devem constar os problemas novos identificados no quadro clínico do cliente, sob a forma de resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos, devendo conter também os dados do registro, relacionados ao diagnóstico e plano de cuidados inclusos as alterações sensoriais, bem como, cada item prescrito de acordo com cada caso clínico.

3.1.3 Diagnóstico de enfermagem

Segundo Brito (2007), o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes nessa população, bem como os fatores relacionados e características definidoras ou fatores de risco, é de suma importância para fundamentar a prática profissional e contribuir para as decisões de enfermagem no estabelecimento de estratégias de cuidados, para o alcance dos objetivos da reabilitação e prevenção de UPs. Porém, acredita-se que a detecção destas lesões ainda em estágio I e a adoção de medidas corretas de prevenção, podem apresentar resultados positivos, demonstrando que a assistência de enfermagem foi eficaz.

Considerando que o diagnóstico de enfermagem, como é aplicado hoje com a classificação da Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) englobe as esferas bio-psico-sócio-espiritual, ainda tem como pressuposto que a equipe de enfermagem pré determine os cuidados ao paciente e tem uma tendência ao holismo, na perspectiva de atenção ao todo do indivíduo e não apenas ao órgão doente (SILVA; CIAMPONE, 2003).

3.1.4 Plano de cuidados

O planejamento de enfermagem consiste em uma determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de diagnóstico de enfermagem (BRASIL, 2009).

Para Silva et al. (2007), o planejamento é a implementação propriamente dita do plano assistencial, as ações de enfermagem são registradas em ordem encéfalo caudal, aprazadas por turnos, coordenando o trabalho da equipe na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano, é reavaliada diariamente, fornecendo os dados necessários para a próxima e última fase.

3.1.5 Avaliação

Consiste em um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do

processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas da SAE (BRASIL, 2009).

3.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

A pele recobre toda a superfície do corpo e é o seu maior órgão. Continua-se com as membranas mucosas que revestem os sistemas digestório, respiratório e urogenital, nos locais onde estes se abrem para a superfície, sendo dividida em duas camadas distintas, a epiderme e a derme, firmemente unidas entre si. A epiderme é a camada mais externa, composta por três diferentes linhagens celulares: os queratinócitos, os melanócitos e as células de Langerhans. A derme é a camada mais profunda e é formada por tecido conjuntivo (BLANES, 2004).

A epiderme organiza-se em camadas e, à medida que as mais superficiais são eliminadas, as mais profundas são restauradas por divisão celular. É constituída por cinco camadas: germinativa, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea. A camada germinativa é a mais profunda, e faz limite com a derme, e a camada córnea é a mais superficial. A camada córnea, constituída por células escamosas, cheias de queratina, proporciona proteção contra traumas físicos e químicos. As várias camadas de queratinócitos intimamente unidos uns aos outros, fornecem barreira contra a invasão de microorganismos e água. O pigmento melanina na epiderme protege os tecidos subjacentes dos efeitos nocivos da luz ultravioleta (HARRIS, 2003).

A derme é uma espessa camada de tecido conjuntivo que se estende da epiderme até o tecido subcutâneo. Nessa camada situam-se os anexos da pele, muitos vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos, podendo ser dividida em camada papilar, mais externa, e camada reticular, mais interna. A derme contém muitos tipos diferentes de células, incluindo fibroblastos e fibrócitos, macrófagos, mastócitos e leucócitos sanguíneos, particularmente neutrófilos, eosinófilos, linfócitos e monócitos. Esta camada fornece uma base firme para a epiderme e para os anexos cutâneos. As fibras colágenas proporcionam grande força de tensão e as fibras elásticas dão flexibilidade a pele. Os plexos vasculares fornecem sangue para a epiderme, sem penetrá-la. O controle realizado pelo hipotálamo e pelas fibras nervosas simpáticas sobre o fluxo sanguíneo na derme proporcionam um mecanismo de

termorregulação. As terminações nervosas sensoriais da derme mantêm o indivíduo em contato com o meio ambiente (BLANES, 2004).

O tecido subcutâneo, adiposo ou areolar situa-se abaixo da epiderme e da derme, composto por tecido adiposo e conjuntivo, além de grandes vasos sanguíneos, nervos e vasos linfáticos. Este tecido se caracteriza por ser frouxo, o que lhe confere maleabilidade e elasticidade e está envolvido com a termorregulação, provisão de energia e reserva nutricional (FERNANDES, 2005).

Ainda com essa concepção, o mesmo autor citado acima relata que a epiderme, derme e tecido subcutâneo acham-se firmemente aderidas, formando um tecido uniforme, que faz uma barreira entre o meio interno e o externo e que as variações de suas espessuras e suas distribuições no organismo estão relacionadas ao sexo e a idade.

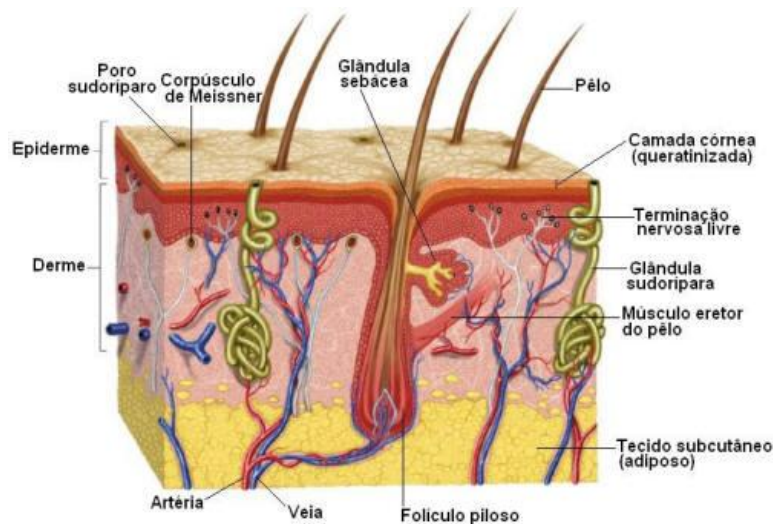


Figura 1 - A pele e o sentido do tato

Fonte: VILELA, 2002.

3.3 ÚLCERA POR PRESSÃO

Durante muito tempo a enfermagem carregou a culpa pela ocorrência das UPs, sendo considerada como resultante de uma assistência de enfermagem precária (MACIEL; COSTA, 2006).

Rodrigues, Souza e Silva (2008), afirmam ser notório que a maioria das UPs possam ser evitadas e que em vários países, pesquisas tem demonstrado que, preveni-las custa menos

do que tratá-las. No Brasil, estudos demonstram a incidência de UPs em alguns hospitais, porém não há uma estimativa de casos em todo o país. Observa-se que as UPs são complicações bastante comuns em instituições hospitalares, o que representa um problema para os clientes e um desafio para os enfermeiros que prestam assistência através de cuidados diários.

Ribeiro et al. apud Remonatto (2006), relata que a UP consiste em uma lesão de pele, provocada pela interrupção sanguínea em uma determinada área, que se desenvolve devido a uma pressão aumentada por um período prolongado. Portanto, o paciente acamado devido a sua dificuldade de se movimentar no leito requer uma assistência de enfermagem de forma direcionada e qualificada, com adoção de medidas preventivas de forma a interferir positivamente no processo do cuidado prestado a esse paciente.

Segundo Nogueira, Caliri e Hass (2006), a UP pode ser definida como uma área localizada de necrose tissular que tende a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo.

As úlceras por pressão podem se desenvolver em 24 horas ou levar até 05 dias para sua manifestação e toda equipe multidisciplinar é responsável pelo acompanhamento do paciente, devendo estar familiarizados com os principais fatores de risco. Nesse sentido, a observação das medidas profiláticas para eliminar forças de pressão contínua, cisalhamento ou fricção é de vital importância para evitar a formação de úlceras. No paciente cirúrgico, o grande impacto nos custos de internação parece ser a presença ou não de complicações pós-operatórias, as quais podem alterar significativamente o período de internação e conseqüentemente os custos de internação (COSTA, 2005).

Para Godinho et al. (2005), as UPs representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados. São considerados pacientes críticos aqueles que têm condições clínicas graves ou necessidade de controle mais frequente e rigoroso, associado a terapias de maior complexidade, de caráter invasivo ou não, como os portadores de afecções neurológicas sérias ou traumas que tragam comprometimento da percepção sensorial, entre outros.

Após conhecer e detectar os fatores de risco para o desenvolvimento da UP, sejam eles relacionados ao paciente idoso ou ao setor de terapia intensiva, a elaboração de ações profiláticas às UPs, seja pela equipe de enfermagem ou multidisciplinar, torna-se mais direta e eficiente, segundo o estudo de Godinho et al. (2007).

Fernandes apud Godinho et al. (2007) asseveram que a UP ainda é um problema comum em instituições de atendimento à saúde e um aspecto importante a ser abordado é o custo que isso acarreta.

Menegon et al. (2007) relatam que os enfermeiros são capacitados para avaliação de risco de UPs, através da aplicação da escala de Braden e que o uso dessa escala permite a mensuração objetiva do risco para UPs, além de fornecer subsídios para a elaboração do diagnóstico de enfermagem de risco para prejuízo da integridade da pele.

3.3.1 Incidência

Louro, Ferreira e Póvoa (2007), esclarecem que a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza a incidência e a prevalência das UPs como um dos indicadores para determinar a qualidade dos cuidados prestados nas instituições hospitalares e que cerca de 95% das UPs são evitáveis, tornando imprescindível utilizar todos os meios disponíveis para realizar uma eficaz prevenção e tratamento das UPs já estabelecidas.

No Brasil, existem poucos estudos isolados em termos de prevalência e incidência de úlceras por pressão, sendo esses os elementos capazes de demonstrar a amplitude do problema. Estudos realizados por vários autores mostram que a incidência de UP constitui um dos maiores problemas de saúde no Brasil, além de ser um grande desconforto para o paciente, ela é também uma complicação cara e desagradável na hospitalização, uma vez que aumenta a carga de trabalho na assistência à saúde e desta forma leva ao aumento dos custos (MARTINS; SOARES, 2008).

Apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das UPs nas instituições hospitalares permanece elevada. Essas úlceras afetam a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores, constituindo uma insustentável sobrecarga econômica para os serviços de saúde (COLBURN apud REMONATTO, 2006).

A incidência de UPs em pacientes de UTIs é mais elevada do que naqueles internados em outras unidades do hospital, fato que está relacionado a vários fatores de risco. Estudos de vários autores focalizam a incidência de UPs em pacientes hospitalizados no Brasil e mostram que essa ocorrência fica em torno de 10,6% a 55,0% (FERNANDES; TORRES, 2008).

3.3.2 Etiologia

A etiologia da úlcera por pressão é multidimensional, e os fatores apresentados como mais importantes são a imobilidade e a diminuição da percepção sensorial, que levam ao excesso de pressão e isquemia. Os fatores externos, como a fricção, cisalhamento e umidade da pele, irão afetar tanto as condições de resistência dos tecidos ao excesso de pressão quanto os fatores relacionados às condições nutricionais do indivíduo (NOGUEIRA, CALIRI; SANTOS, 2002).

Vários fatores atuam na formação da úlcera por pressão, tais como: pressão da proeminência óssea exercida perpendicularmente contra a superfície de apoio, força de cisalhamento que é exercida paralelamente a superfície cutânea, fricção, umidade levando a maceração cutânea, contaminação cutânea por urina e fezes, desnutrição, condição socioeconômica do paciente, motivação psicológica do paciente, espasmos musculares e outros fatores de risco como idade avançada, hipertermia, hipotensão, imobilização por fraturas e estresse (FERREIRA; CALIL, 2001).

De acordo com Rocha e Barros (2007), a patogênese das úlceras por pressão é um problema complexo e três fatores principais são de grande importância nesse processo: a pressão direta, as forças de cisalhamento e fricção. Para o mesmo autor o paciente que sofre uma combinação de fatores predisponentes é mais suscetível ao desenvolvimento de úlceras e tais fatores podem ser divididos em dois grupos: os intrínsecos que consistem nos aspectos do tipo de compleição corporal do paciente, mobilidade, estado nutricional, incontinência, infecção e condições clínicas; por exemplo, doenças malignas, neurológicas e anemia; e os fatores extrínsecos que incluem os efeitos externos de drogas, distribuição de peso, regime de tratamento, cuidados de higiene e técnicas de manuseio do paciente.

Para Rocha, Miranda e Andrade (2006), existem fatores extrínsecos e intrínsecos, os quais podem levar ao aparecimento de UPs. Dentre os fatores extrínsecos estão a períodos prolongados de pressão não aliviada, força de tração, força de fricção, maceração/humidade ou calor excessivo. Já os fatores intrínsecos consistem em imobilidade, alterações da sensibilidade, incontinência urinária e/ou fecal, alterações do estado de consciência, idade, má perfusão/oxigenação tecidual e estado nutricional.

Giglio, Martins e Dyniewicz (2007) afirmam que a pressão é o fator externo mais importante, pois quando o tecido mole do corpo é comprimido entre uma saliência óssea e uma superfície dura, ocorre uma pressão maior do que a pressão capilar, resultando em

isquemia localizada na região e que a resposta fisiológica do organismo é mudar de posição para que a pressão seja redistribuída.

O cisalhamento ocorre quando a pele permanece estática e os tecidos subjacentes se movem e pode vir a deformar ou destruir os tecidos e, conseqüentemente, danificar os vasos sanguíneos (ANTUNES, 2005).

A fricção ocorre quando duas superfícies são esfregadas uma na outra e a causa mais comum é deslocar o paciente sobre o leito ao invés de levantá-lo. Essa prática remove as camadas superiores de células epiteliais. Podendo destacar ainda a umidade, que aumenta o efeito da fricção, estando presente na pele do paciente pelo suor excessivo ou incontinência (MACIEL; COSTA, 2006).

De acordo com Pinheiro et al. (2006), é possível observar que a maioria dos idosos possuem alto risco em desenvolver UPs, sendo a idade um fator importante para seu desenvolvimento. O mesmo discorre que o aparecimento de disfunção cardiovascular e outras patologias, que prejudicam o processo de cicatrização, é comum em pacientes acima de 60 anos. Além disso, o idoso apresenta outros fatores associados que favorecem a instalação de UPs como, por exemplo, diminuição da resposta inflamatória, diminuição do lipídio epidérmico e da função de barreira da pele que se torna seca e com baixa capacidade de reepitalização.

Silva apud Paiva (2008) assinala que as alterações da umidade da pele são estados extremos entre o aumento e a diminuição dessa condição. Portanto, a pele sem oleosidade pode ser também um sinal de desidratação e perda de eletrólitos totais do organismo e a umidade em excesso da pele torna-a mais fragilizada e mais suscetível ao atrito e a maceração, o que aumenta o risco para a ocorrência de UPs.

Costa apud Paiva (2008), diz que as alterações do estado nutricional são decorrentes da carência de alguns nutrientes considerados essenciais para o organismo, o que o torna incapaz de crescer, manter-se ou regenerar-se e que a deficiência de proteínas, vitaminas e sais minerais comprometem a qualidade e integridade dos tecidos, deixando-os mais suscetíveis à lesão quando expostos à pressão. O mesmo afirma que a carência de certas vitaminas A, C e E, pode influenciar no desenvolvimento de UPs, sendo que a vitamina C é essencial para o funcionamento do fibroblasto, formação de colágeno, aumento da resistência do indivíduo, além do importante papel na estrutura dos vasos sanguíneos, tecidos fibrosos, tecidos duros como ossos e cartilagens.

A função sensorial comprometida e a dificuldade de fazer mudanças apropriadas de decúbito estão entre os dois fatores mais influentes no desenvolvimento de úlceras por

pressão. Outros fatores importantes são a perda de controle vasomotor, que resulta em uma diminuição da resistência do tecido a pressão, espasticidade, resultando em forças de atrito entre as superfícies, maceração da pele devido a exposição à umidade, trauma, como queimaduras por esparadrapos ou lençóis, deficiências nutricionais, condição geral de pele ruim e infecções secundárias (O´SULLIVAN; SCHMITZ apud REMONATTO, 2006).

3.3.3 Fisiopatologia e classificação

Bruni et al. (2004) afirmam que nas áreas de isquemia tecidual local em que há pressão contínua e na qual a circulação periférica é inadequada, as UPs desenvolvem-se dentro de 6 horas e que os sítios mais comuns localizam-se acima da tuberosidade isquiática, na região sacra, na trocantérica, nos calcanhares e nos cotovelos. Conforme os mesmos autores, de acordo com a profundidade e a extensão das feridas, podem-se classificá-las em grau I, que consiste em um eritema na pele intacta; grau II, ulceração superficial com perda da camada epidérmica e derme, sem atingir o subcutâneo; grau III, danos ao nível da epiderme, derme e subcutâneo com proximidade da fáscia muscular que, embora possa estar exposta, ainda não foi atingida e grau IV, extensa destruição com necrose de tecido, danos em estruturas musculares, tendões, ossos e até cápsula sinovial e que é possível a presença de infecção local e exsudato e o paciente corre grave risco de evoluir para septicemia.

De acordo com Leite e Faro (2005), as UPs são complicações graves, e interferem diretamente ou indiretamente com a qualidade de vida dos pacientes, visto que a cura da lesão de pele quando em estágios avançados, como estágio III e IV demanda na maioria das vezes, frequentes idas aos serviços de saúde para curativos ou cirurgias plásticas, afirma ainda que, as UPs também produzem efeitos diversos na qualidade de vida dos indivíduos quando causam dor, por traduzirem uma alteração da imagem corporal, com diminuição da produtividade e por causar um isolamento social.

3.3.3.1 Estágio I

É caracterizado por eritema não esbranquiçado da pele intacta, que pode ser pálido, ou seja, empalidece ao toque, mas logo após volta a sua cor anterior, ou não pálido, que permanece vermelho quando pressionado, indicativo de lesão na micro circulação. Nessa fase, a epiderme e a derme já se encontram lesionadas, mas não destruídas (RABEH; CALIRI, 2002).

3.3.3.2 Estágio II

Caracteriza-se por lesões superficiais como abrasão, bolha ou cratera rasa, que comprometem a derme e a epiderme, podendo chegar a se desenvolver no tecido subcutâneo, consistindo na perda parcial da pele (PINHEIRO et al., 2006).

3.3.3.3 Estágio III

Gera lesão total da epiderme e da derme, além do tecido subcutâneo. A úlcera se apresenta como uma cratera profunda, podendo aparecer pontos de necrose e desenvolver infecção, com ou sem drenagem de exsudato, ocorrendo perda de espessura total da pele, com extensão até a fáscia subjacente, mas não através dessa (PAIVA, 2008).



Figura 2: Região Trocantérica

Fonte: Ambulatório de Lesões da UNIVALE

3.3.3.4 Estágio IV

No estágio IV, a UP é caracterizada por uma perda da pele em sua total espessura, com uma extensa destruição, necrose de tecido ou danos nos músculos, ossos ou estruturas de suporte, como tendões ou cápsulas articulares, podendo haver riscos eminentes para complicações do tipo septicemia e osteomielite (NOGUEIRA; CALIRI; HASS, 2006).



Figura 3 - Região Sacral

Fonte: Ambulatório de Lesões da UNIVALE

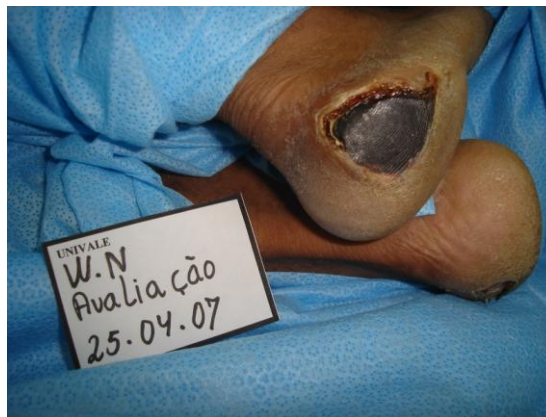


Figura 4 - Região Calcânea

Fonte: Ambulatório de Lesões da UNIVALE

3.3.4 Prevenção

A prevenção é prioridade no controle das úlceras por pressão e as ulcerações profundas quase sempre podem ser evitadas adotando-se medidas simples, como, por exemplo, monitoramento constante da situação do paciente. Para que isto seja eficaz, são fundamentais a participação e a cooperação mútua entre os profissionais da área de saúde e os familiares dos pacientes. A cuidadosa inspeção diária da pele dos pacientes acamados permite detectar os primeiros sinais de ulceração evidenciados pela vermelhidão local (MOURA; SILVA; GODOY, 2005).

A intervenção mais importante para eliminar o aparecimento e desenvolvimento de UPs é a prevenção, sendo muito mais importante que sua cura, já que o seu tratamento é complicado e em muitos casos demoram meses para a melhora ou nunca chegam a ser totalmente curadas. Isso envolve uma abordagem coordenada, e é uma responsabilidade dividida com cada membro da equipe multidisciplinar de reabilitação e com a adoção de medidas preventivas pode-se reduzir o risco de desenvolver UPs entre 25 a 50%. A prevenção é a abordagem mais eficaz, reduzindo significativamente os custos. Os objetivos primários são identificação dos doentes em risco e adoção de medidas preventivas, manutenção e otimização da tolerância tecidual à pressão, proteção dos efeitos nocivos da pressão, fricção e cisalhamento, programas educacionais e de formação para redução da incidência de UPs (ROCHA et al., 2005; AVELLO apud REMONATTO, 2006).

Blanes et al. (2004), relata que as UPs prolongam a hospitalização, dificultando a recuperação do doente e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações como infecção ou osteomielite. Mas, é por representarem um acréscimo no sofrimento físico e emocional desses pacientes, reduzindo a sua independência e funcionalidade na realização das atividades da vida diária, comprometendo qualquer processo re-educacional, que as UPs merecem por parte da equipe multiprofissional toda a atenção, no sentido de prevenir o seu aparecimento ou favorecer o seu tratamento.

Considerando que as úlceras por pressão são complicações desagradáveis, dolorosas, e que sua prevenção e tratamento têm custos elevados, algumas medidas de baixa tecnologia podem ser utilizadas tanto em ambientes hospitalares quanto domiciliares, como, por exemplo, manter a integridade da pele, deixando-a limpa, sem umidade e lubrificada com óleos naturais, utilizando fraldas absorventes, trocando-as sempre que necessário, não sendo indicado o uso de calças plásticas que deixam a pele úmida, embora os lençóis estejam secos (LISE; SILVA, 2007).

Segundo Rabeh e Caliri (2002), outras medidas como controle do excesso de pressão sobre as proeminências ósseas podem ser realizadas, protegendo-as com travesseiros e

almofadas, ou colchões de espuma, ar estático, ar dinâmico, gel e água, pois redistribuem o peso e reduzem a pressão. Outra recomendação é o reposicionamento e a mudança de decúbito realizado a cada duas horas em indivíduos acamados; já para os que permanecem sentados por períodos longos, o reposicionamento deve ser realizado a cada hora utilizando para proteção almofadas de gel ou ar, porém dispositivos tipo roda d'água não devem ser utilizados. Acrescentando-se, ainda, proporcionar suporte nutricional adequado, pois o estado nutricional reduzido além de prejudicar a elasticidade da pele em longo prazo leva à anemia e à redução de oxigênio nas células.

Para se evitar a fricção é necessário utilizar a técnica correta para voltar, posicionar e transferir o doente, devendo utilizar-se a técnica do resguardo para movimentar o doente no leito, enrolando as partes laterais do resguardo procede-se primeiro à movimentação do doente para um dos lados da cama e posteriormente lateraliza-se. O ideal é que este procedimento seja efetuado por duas pessoas. A qualidade da roupa da cama deve ser em algodão bem como o cuidado em manter os lençóis bem esticados e sem rugas são também importantes neste contexto (NOGUEIRA; CALIRI; SANTOS, 2002).

A inspeção cuidadosa da pele deve ser feita em todas as mudanças de decúbito, mantendo sempre o leito e períneo livres de sujidades. No banho o paciente deve utilizar sabonete neutro e sua pele deve ser enxaguada e seca delicadamente, não friccionando a toalha contra a pele. Áreas sensíveis à pressão devem ser mantidas bem lubrificadas e hidratadas pelo uso diário de creme hidratante (BRUNI et al., 2004).

3.3.4.1 Escalas de risco para prevenção de úlceras por pressão

As escalas preditivas ou escalas de risco têm a intenção de colaborar na prevenção de UPs, dando subsídios para que os enfermeiros possam mais objetivamente indicar quais os pacientes que correm risco para desenvolvimento de UPs (ALMEIDA et al., 2008).

Assim, para essa patologia, a escala de Braden, dentre as escalas mais conhecidas tais como Norton, Gosnell e Waterloo, é atualmente a mais utilizada por ter sido submetida a diversos estudos e testes de confiabilidade e validade em diferentes populações. A escala de Braden é composta de 06 subclasses que refletem o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento. Todas as subclasses são graduadas de 01 a 04, exceto fricção e cisalhamento, cuja variação é de 01 a 03. O grau de

risco varia de 06 a 23, e pacientes adultos hospitalizados com escores de 16 ou abaixo são considerados de risco para a aquisição de úlcera por pressão. Em população mais velha, os graus 17 ou 18 já podem ser considerados críticos (NAGEH, 2006).

A pontuação de Braden, amplamente utilizada nos EUA e Brasil, foi demonstrada que tem uma sensibilidade mais aguçada além de ser mais específica do que outras escalas. De acordo com a escala de Braden são avaliados seis fatores de risco no paciente e definido a seguinte pontuação: abaixo de 12, risco elevado; 13-14, risco moderado; 15-16, baixo risco. Associado a essa avaliação, segundo essa escala, há outros fatores que devem ser analisados como uso de corticóide, neoplasias, desidratação, diabetes mellitus, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), traumas múltiplos, sedação, obesidade ou caquexia (ALMEIDA et al., 2008).

Para avaliação do risco de formação de UPs utiliza-se a Escala de Braden, a qual foi desenvolvida com base na fisiopatologia das UPs, utilizando dois determinantes considerados críticos: a intensidade e a duração da pressão, e a tolerância tecidual. Os escores totais variam de 06 a 23, sendo que os mais altos valores indicam um baixo risco de formação de UP, e os baixos escores indicam um alto risco para a ocorrência dessas lesões (BLANES et al., 2004).

3.3.5 Complicações

As UPs configuram-se como um problema que aflige os pacientes em seu estado físico e psicológico, aumentando o seu tempo de hospitalização por terem uma recuperação bastante dificultosa, constituindo-se uma porta de entrada para infecção, contribuindo dessa maneira para o aumento da taxa de morbi-mortalidade. Torna-se evidente, no entanto, que a perda da integridade da pele traz significantes consequências tanto para o paciente, quanto para a instituição e para a comunidade (FERNANDES, 2005).

Dependendo do nível de profundidade da lesão nos tecidos, as UPs podem trazer sérias complicações como osteomielite, septicemia e mesmo levar o paciente a óbito. Além das perdas financeiras ocasionadas aos pacientes e familiares, o problema traz, também, transtornos psicológicos e impedem ou dificultam a participação do indivíduo em programas de reabilitação (NOGUEIRA; CALIRI; HASS, 2006).

Além do comprometimento tecidual, as úlceras por pressão podem ocasionar inúmeras complicações, e com isto agravam o estado clínico dos pacientes. Em estágios mais avançados elas podem apresentar infecção que, além de retardar a cicatrização, podem ser letais (ALVES; DEANA, 2009).

De acordo com Antunes (2005), as úlceras em estágios avançados invariavelmente são colonizadas por bactérias, e na maior parte dos casos, uma limpeza adequada e um desbridamento vão evitar que a colonização bacteriana chegue até uma infecção clínica. O mesmo autor reforça que a maioria das feridas cirúrgicas são colonizadas, porém, relativamente poucas supuram e que a sobrevivência e a multiplicação bacteriana na ferida dependem do quantitativo inicial dos microorganismos invasores e da eficácia dos mecanismos anti-infecciosos locais e sistêmicos do paciente.

A equipe multidisciplinar deve estar atenta no tratamento de UPs no que se referem as suas complicações, pois estas envolvem processos infecciosos tais como: endocardite, infecção por larvas de insetos, meningite, artrite séptica e formação de abscessos. Pode também ocorrer formação de ossificações heterotópicas, fístulas, pseudo-aneurisma e carcinoma de células escamosas da úlcera (O'CONNOR; KIRSHBLUM apud REMONATTO, 2006).

3.3.6 Tratamento da Úlcera por Pressão

Devido à alta incidência de recidivas, utiliza-se o princípio de sempre se iniciar o tratamento das úlceras por pressão por procedimentos mais simples, reservando as cirurgias mais complexas para complicações futuras. O tratamento pode ser subdividido em tratamento sistêmico e tratamento local (FERREIRA; CALIL, 2001).

Sendo assim, segundo os autores citados acima, o tratamento sistêmico visa a melhora do estado nutricional, devendo-se manter um balanço nitrogenado positivo e a desnutrição favorece o aparecimento de novas úlceras, retardando o processo de cicatrização das lesões já existentes. Já o tratamento local inclui desbridamento, limpeza, revestimento, abordagem da colonização e infecção, agentes físicos e tratamento cirúrgico, é individualizado e depende de muitos fatores, quer sejam os fatores gerais ou mesmo de evolução da própria úlcera. De uma forma geral, os princípios básicos para o tratamento cirúrgico das úlceras por pressão são

excisão da úlcera, ressecção da proeminência óssea e cobertura cutânea adequada (ANTUNES, 2005).

A limpeza da ferida deve ser feita, de preferência, utilizando-se métodos que consistem na aplicação de líquidos anti-sépticos procurando minimizar o risco de trauma mecânico ou irritação da lesão. As soluções utilizadas na limpeza devem ser aquecidas previamente para que a temperatura nas bordas da ferida não seja reduzida. Acredita-se que uma temperatura próxima da temperatura corporal, ou seja, aproximadamente 37°C é ideal, uma vez que estimula a multiplicação celular no local da lesão acelerando e otimizando as fases de cicatrização (MOURA; SILVA; GODOY, 2005).

Para que se possa obter uma reparação tecidual satisfatória, é necessário favorecer condições locais por meio de terapia tópica das feridas para viabilizar melhor cicatrização, sendo fundamentada em estudos científicos sobre as diferentes fases presentes no processo de reparação tecidual e delineada pelos seguintes princípios: remover tecidos necróticos e corpos estranhos do leito da ferida, pois esse tipo de material favorece a contaminação do tecido e dificulta a reparação do tecido lesado. Deve-se, também, identificar e eliminar processos infecciosos, absorver o excesso de exsudato, manter a ferida limpa e seca, manter úmido o leito da ferida, promover isolamento térmico e proteger a ferida contra traumas e possíveis contaminações (ALMEIDA et al., 2008).

Certas úlceras de graus I e II podem ser tratadas conservadoramente e as lesões graus III e IV cirurgicamente (COSTA, 2005).

Qualquer que seja o tipo de tratamento utilizado é mandatório que as medidas de alívio de pressão e profilaxia continuem sendo utilizadas, por isso é importante efetuar uma inspeção diária da área ulcerada e registro semanal das suas características objetivas, constando o estágio, dimensão, exsudato, presença de tecido necrótico, tecido de granulação, reepitelização ou sinais de celulite (ROCHA et al., apud REMONATTO, 2006).

O tratamento clínico se faz com medidas gerais e específicas. Entre as medidas gerais pode-se citar a hidratação para garantir uma boa perfusão e entre as medidas específicas estão a antibioticoterapia, conforme o(s) agente(s) envolvido(s); os anti-inflamatórios não hormonais e as trocas periódicas de curativos de acordo com o grau de infecção (SANTOS; NASCIMENTO, 2003).

Segundo Costa (2005), estudos prévios mostram que a limpeza das UPs com água e sabão ou algum outro meio surfactante é a maneira simples e efetiva de se limpar lesões superficiais, desde que seja feita com frequência e de preferência seja mantida seca. A pele ao redor da úlcera pode também ser protegida com adesivos espessos a fim de prevenir a

maceração da pele. De uma maneira geral, a qualidade da pele regenerada por tratamento conservador é fina, sem glândulas sebáceas ou sudoríparas. O epitélio é geralmente seco e fino com suprimento sanguíneo pobre e deve ser lubrificado constantemente com vaselina e hidratantes.

O tratamento cirúrgico deverá ser instituído tão logo seja identificada a presença de tecidos desvitalizados. A permanência de tecido necrótico só servirá para proliferar microorganismos saprófagos de caráter patogênico. A porção de tecido a ser retirada corresponderá a todo o tecido desvitalizado, macerado ou isquêmico e a corpos estranhos, de tal forma que as bordas da ferida desbridada apresentem-se sangrentas. Gorduras, fâscias, aponeuroses e tendões são facilmente isquemiáveis, e devem quase sempre ser desbridados, conforme o grau de envolvimento (SANTOS; NASCIMENTO, 2003).

Os objetivos da cirurgia no paciente com UP se resumem em reparação do defeito reduzindo a perda proteica através da ferida; prevenir a osteomielite progressiva e sépses; evitar amiloidose progressiva secundária e insuficiência renal; reduzir os custos de reabilitação e melhorar a aparência e higiene do paciente (COSTA, 2005).

A terapia nutricional desempenha um papel fundamental no processo de cicatrização das feridas, tendo cada nutriente sua função específica. Portanto, o acompanhamento pela equipe multiprofissional de terapia nutricional, aos pacientes em riscos nutricionais ou desnutridos, com ou sem a presença de UP, é de grande importância para a melhora da qualidade de vida desses pacientes, minimizando o tempo de internação e, conseqüentemente, a redução do custo dessas internações (THOMSON et al., apud REMONATTO, 2006).

3.3.6.1 Indicações medicamentosas no tratamento de feridas:

- a) curativo com ácido graxo essencial: indicado na prevenção de úlceras por pressão e no tratamento de feridas abertas com ou sem infecção e deve ser trocado no máximo em 24 horas;
- b) curativo com hidrocolóide: indicado na prevenção e tratamento de feridas abertas não infectadas com pequena ou média exsudação e deve ser trocado no máximo em 07 dias;
- c) curativo com alginato de cálcio: indicado para tratamento de feridas cavitárias, devendo ser trocado no máximo em 24 horas as infectadas e até 05 dias conforme o volume de exsudato presente na ferida;

- d) curativo com carvão ativado: indicada principalmente para tratamento de lesões infectadas, altamente exsudativas, com ou sem odor, devendo ser trocado em até 05 dias, sendo que a cobertura secundária deverá ser trocada de acordo com o volume da secreção;
- e) curativo com hidrogel: não deve ser utilizado para cobertura de feridas cirúrgicas fechadas e na pele íntegra. Indicado para remover crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados e necróticos através do desbridamento autolítico, podendo ser utilizado também em áreas doadoras de pele e em queimaduras de primeiro e segundo graus, devendo ser trocado no máximo em 24 horas as infectadas e em 72 horas as necrosadas;
- f) curativo com sulfadiazina de prata: utilizado na prevenção de colonização e tratamento de queimaduras; infecções em feridas colonizadas ou infectadas e deve ser trocado no máximo em 24 horas ou quando houver saturação pelo exsudato da ferida, das gazes ou compressas utilizadas na cobertura secundária (OLIVEIRA, 2005).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, dedutivo de abordagem qualitativa, fundamentado em revisões bibliográficas, periódicos e sites como scielo, fmr.usp, corensp, biblioteca.universia, publicacoesacademicas, uerj, entre outros. Dentre as palavras descritoras utilizadas, as de maior relevância foram: prevenção de úlceras por pressão; úlceras por pressão; tratamento de úlceras por pressão, sistematização da assistência de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem na prevenção de UPs e importância da SAE na prevenção de UPs.

Segundo Pina (2006), estudo descritivo é aquele que ambiciona apenas estimar parâmetros de uma população, nomeadamente proporções e médias.

Após vasta leitura dos materiais encontrados em livros, periódicos e artigos, foram encontrados 105 os quais eram do interesse da pesquisa. Dentre eles, foram selecionados 63, pois estes respondiam os objetivos da pesquisa, proporcionando dessa forma uma visão ampla do material, considerando a relevância de cada assunto. Dos 105, 42 estudos foram descartados por não corresponderem aos critérios do estudo e alguns se encontravam em línguas estrangeiras.

Conseqüentemente, o material foi subdividido de acordo com o tema a fim de facilitar a elaboração do seu desenvolvimento. A partir desse momento, os artigos foram colocados em ordem cronológica, realizando-se análises e elaboração do desenvolvimento da pesquisa com vistas a atingir o objetivo principal que foi levantar o que há descrito na literatura sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem na prevenção de úlceras por pressão durante os anos de 2001 a 2009.

Após a realização da revisão literária as informações encontradas foram analisadas através de discussão comentada sobre os estudos avaliados durante a trajetória de desenvolvimento do trabalho proposto, reforçando que a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem é importante na prevenção de úlceras por pressão.

Ao final do estudo procurou-se o ambulatório de lesões da UNIVALE para aquisição de fotografias referentes às UPs de estágio III e IV demonstradas em figuras 2, 3 e 4, arquivadas no computador do local onde existe autorização prévia escrita e assinada pelos pacientes envolvidos para a utilização das imagens em pesquisas, conforme modelo em anexo B.

5 IMPORTÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

A realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prevenção de úlceras por pressão favorece o cuidado, articulando de forma indissociável as dimensões do pensar, do sentir e do agir. Ao conhecer o paciente e identificar suas necessidades, o profissional tem condições de auxiliá-lo através do planejamento conjunto das ações de cuidado e da mensuração dos resultados alcançados (FRANZEN et al., 2007).

Em concordância com o autor citado acima, Rodrigues, Souza e Silva (2008) afirmam que através da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prevenção de UPs, é possível proporcionar ao cliente uma assistência organizada, pautada em conhecimentos científicos, aumentando as chances de sucesso da intervenção de enfermagem, pois a aplicação da metodologia da assistência de enfermagem é o elemento utilizado pelo enfermeiro para colocar em prática seus conhecimentos técnico-científicos em benefício do cliente, caracterizando sua prática profissional e definindo assim o seu papel. Esse processo não é passivo, pelo contrário, os enfermeiros envolvidos no processo assistencial individualizado devem estar constantemente refletindo sobre suas ações de forma dinâmica e participativa.

Nesse contexto, Pivotto, Filho e Lunardi (2004) afirmam que a implantação da SAE é uma necessidade à definição, diferenciação e valorização da profissão e dos profissionais da enfermagem e que a SAE para prevenção de UPs é um importante recurso que o enfermeiro dispõe para aplicar e demonstrar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente e caracterizar sua prática profissional. Conforme os mesmos autores, o planejamento, traduzido na prescrição de cuidados de enfermagem, expressa, de forma organizada, os objetivos diários da assistência a cada paciente, visando uma melhor qualidade do cuidado.

Para Cunha (2006), os enfermeiros têm responsabilidade importante na educação dos pacientes em risco de desenvolver UPs, no seu autocuidado e prevenção de danos. A tradição de educar os pacientes sobre a importância dos cuidados para prevenção de complicações torna o enfermeiro um componente-chave para a qualidade do cuidado. Entretanto, a competência técnica, intelectual e interpessoal é necessária para a coleta e interpretação dos dados dos pacientes, bem como o planejamento correto das intervenções e, conseqüentemente, os resultados esperados. O diagnóstico de enfermagem, como base para as

intervenções, é um passo essencial para a SAE na prevenção de UPs e um ponto crucial para prover um cuidado de qualidade.

Diante do exposto anteriormente, Sakano e Yoshitome (2007), relatam que a etapa do diagnóstico de enfermagem na prevenção de UPs representa um dos principais passos da SAE, por contribuir para a identificação dos problemas do cliente e posterior formulação das intervenções de enfermagem e que o diagnóstico e as intervenções, quando interligados, permitem melhor solução para o problema levantado, facilitando a conduta de enfermagem e mantendo a assistência individualizada.

Ainda nesse sentido, Longaray, Almeida e Cezaro (2008), discorrem que prescrição de enfermagem é uma forma de delegar tarefas, portanto, a mesma precisa ter clareza e objetividade. Além disso, a realização da SAE na prevenção de UPs, além de influenciar na otimização da assistência, facilita o trabalho do auxiliar ou técnico de enfermagem ao localizar no prontuário do paciente as informações concernentes à evolução do tratamento e aos cuidados a serem prestados e que a prescrição de enfermagem dá visibilidade ao estado do paciente, facilitando o planejamento do turno de trabalho da equipe de enfermagem.

Como assinala Tuyama apud Cunha (2006), a SAE é um processo que vai instrumentalizar o trabalho, possibilitando a aplicação dos conhecimentos técnicos, o estabelecimento de fundamentos para a tomada de decisão e o registro adequado de assistência prestada. Ainda segundo Cunha (2006), a realização da SAE para prevenção de UPs em pacientes hospitalizados proporcionará um diagnóstico de enfermagem mais preciso, maior eficácia no tratamento, menor tempo de permanência do paciente no hospital e redução de custos.

A prevenção de UPs necessita de uma estratégia individual precisa, ou seja, a realização da SAE, o que exige muita dedicação e preparo do profissional, para uma intervenção de enfermagem ajustada e eficaz. Podendo ser definida como uma estratégia orientada para o futuro, em que o resultado será a melhoria da qualidade, direcionando análises e ações para a correção dos processos de produção de cuidado. As ações de prevenção visam impedir que o estímulo desencadeante agride o indivíduo causando doença. O valor da prevenção, como meio de atenuar as morbidades e reduzir a mortalidade, é indiscutível (RODRIGUES; SOUZA; SILVA, 2008).

Feitoza, Freitas e Silveira (2004) explicam que a realização da SAE na prevenção de UPs possibilita um cuidado individualizado aos clientes, caracterizando um trabalho autônomo e assistência de qualidade.

Em concordância com o autor acima, Cafer et al. (2005) relatam em seus estudos que devido ao elevado índice de UPs nas instituições hospitalares, faz-se necessária a implantação da SAE, com elaboração de ações de enfermagem visando prestar uma assistência especializada, promovendo a recuperação da saúde, auxiliando na recuperação e prevenindo complicações como as UPs, possibilitando, assim, que o paciente retorne ao seu ambiente social.

Nogueira (2009), Nogueira, Caliri e Hass (2006), também concordam com esses autores quanto à realização da SAE para prevenção de UPs.

Para Leite e Faro (2005), os principais problemas e intervenções de enfermagem na recuperação de pacientes hospitalizados, referem-se à manutenção da integridade da pele e mobilização no leito. Portanto, cuidados específicos e de caráter preventivo prestados pela equipe de enfermagem, são relevantes ao bem-estar do paciente. Assim, torna-se necessária a realização da SAE para prevenção de UPs, com ações de enfermagem de forma efetiva atuando na mudança de decúbito e posicionamento no leito, visando prevenir deformidades e/ou úlceras, conforme concordam os autores Lise e Silva (2007).

Dentre os cuidados realizados pela equipe de enfermagem visando a prevenção de UPs, Medeiros, Lopes e Jorge (2009) citam a avaliação do grau de risco para UP com individualização da assistência, como a escala de Braden; colchão de caixa de ovo para o paciente, especialmente cadeirantes ou acamados; mudança de posição de duas em duas horas, bem como realização de massagem de conforto com hidratantes; proteção de saliências ósseas com rolos e travesseiros; registro das alterações da pele do paciente segundo os estágios de classificação das UPs; checagem das áreas vulneráveis da pele de todos os pacientes de risco e otimização do estado dessa pele, através de hidratação com cremes à base de ácidos graxos essenciais; oferecimento de suporte nutricional e criação de um programa de ensino para pacientes de risco em longo prazo e para pessoas que tomam conta deles.

Como medidas preventivas, segundo Martins e Soares (2008), 100% dos profissionais utilizam a mudança de decúbito como medida preventiva à UP, pois evita a compressão prolongada e, conseqüente, redução da irrigação sanguínea local, portanto deve ser feita pelo menos a cada duas horas se não houver contra-indicações relacionadas às condições gerais do paciente.

Maciel e Costa (2006) recomendam como medidas preventivas das UPs não utilizar água quente, usar hidratantes na pele, não massagear as proeminências ósseas, evitar deixar a pele em contato com umidade de urina, fezes ou secreções, não usar luvas d'água, elevar o calcâneo com um coxim, almofada ou travesseiro de forma que pelo menos uma folha de

papel passe entre o calcâneo e a superfície do colchão, proteger áreas de fricção com coberturas transparentes, utilizar técnicas corretas para reposicionamento e mudanças de decúbito, providenciar equipamentos para auxiliar na manutenção da atividade, fornecer ingestão adequada de alimentos e fluidos e reafirma a importância do reposicionamento a cada duas horas para pacientes acamados e de hora em hora quando sentado.

Os autores Lise e Silva (2007), Fernandes, Caliri e Hass (2008), Rangel e Caliri (2006) também concordam com os autores citados acima quanto aos cuidados utilizados pela equipe de enfermagem para prevenção de UPs.

Para Rodrigues, Souza e Silva (2008), muitas instituições carecem da aplicação da SAE como terapêutica de prevenção de úlceras por pressão, conseqüentemente, a assistência prestada aos clientes em risco de desenvolverem UPs é feita de acordo com os conhecimentos de cada enfermeiro em particular, o que resulta em intervenções aleatórias e descontínuas acabando por contribuir para a menor probabilidade de que essas medidas preventivas tenham eficácia. Portanto, acredita-se que o enfermeiro deve estar em constante processo de atualização, para apropriar-se de conhecimentos relacionados à assistência de enfermagem, adequar-se às suas finalidades essenciais e se motivar na busca da melhoria da qualidade.

Neste contexto, conhecendo as características que permeiam o desenvolvimento de UPs, os profissionais de saúde devem estar preparados para atender os pacientes de risco. Infelizmente, na prática, alguns fatores dificultam um melhor atendimento a esses pacientes tais como: falta de uniformização do conhecimento em relação à prevenção, deficiência de material apropriado para auxiliar no alívio da pressão, como colchão piramidal, protetor de calcâneo, almofadas e filmes adesivos que ajudam a manter a integridade da pele. Outro ponto importante é o número reduzido de funcionários, principalmente durante os plantões noturnos, e a sobrecarga de serviço, o que dificulta a realização da mudança de decúbito a cada duas horas, em algumas unidades (BLANES et al., 2004).

Apesar da existência da SAE, a inadequação quantitativa e/ou qualitativa dos recursos humanos e materiais disponíveis têm dificultado a implementação de protocolos de prevenção e tratamento desse tipo de úlcera (ROGENSKI; SANTOS, 2005).

Na grande maioria das unidades de internação hospitalar, a SAE ainda não se encontra total nem mesmo parcialmente implantada. O enfermeiro, em sua rotina diária, sobrecarregado de atividades, parece não priorizar o que é preconizado, ainda que estabelecido e apoiado legalmente. Assim, a equipe de enfermagem, ao invés de prestar atendimento ao paciente baseada na assistência planejada pelo enfermeiro, ou seja, na prescrição de cuidados de enfermagem, parece fundamentar a realização deste trabalho com

base e na dependência da prescrição médica, mas com relativo grau de independência em relação à coordenação e supervisão do próprio enfermeiro (REPPETTO; SOUZA, 2005).

Segundo Pivotto, Filho e Lunardi (2004), lamentavelmente, a maior parte das atividades desenvolvidas pela enfermagem não é documentada de maneira escrita, não podendo ser contabilizada, comprometendo o reconhecimento e a valorização tanto da profissão como de seus profissionais. Logo, ao agir dessa forma, o enfermeiro está sendo negligente com sua própria prática, o que pode ser constatado pela insuficiência de registros das experiências ocorridas durante sua jornada de trabalho. Portanto, faz-se necessária uma maior conscientização da importância dos registros escritos para que as ações como enfermeiros possam ser não apenas documentadas e comprovadas, mas, principalmente, valorizadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As UPs representam uma das principais complicações que acometem pacientes hospitalizados. Sabe-se que essa patologia prolonga a hospitalização, dificulta a recuperação e aumenta o risco para o desenvolvimento de outras complicações. Portanto, é importante destacar que a prevenção é a melhor alternativa, uma vez que evita a dor e sofrimento do cliente bem como reduz o tempo de internação e, conseqüentemente, os gastos relacionados com o tratamento. É nessa constatação que ganha espaço a implantação da SAE para prevenção de UPs, pois esta possibilita um cuidado direcionado, individualizado e de forma integral.

Para que a prevenção de UPs seja eficaz, deve-se desenvolver de forma sistematizada, tendo como base, estudos previamente realizados. Ressalta-se a importância da constante atualização do enfermeiro sobre o assunto, pois é o profissional mais apropriado para lidar com o problema.

A SAE possibilita uma constante reflexão sobre a escolha das intervenções visando à prevenção de UPs, fazendo com que o enfermeiro desenvolva sua capacidade para tomar melhores decisões com crescente autonomia.

O tratamento de UPs é função da equipe multidisciplinar, sendo o enfermeiro um dos profissionais responsáveis por buscar capacitação teórica para desenvolver os cuidados necessários. Hoje, tais cuidados tornaram-se uma especialidade, exigindo-se mais desses profissionais, uma vez que a úlcera por pressão necessita de cuidados preventivos e curativos de forma contínua.

Foi possível comprovar através de revisões literárias consultadas durante o período de 2001 a 2009 que a realização da SAE é imprescindível na prevenção de UPs. É a forma de tornar essa assistência verdadeiramente eficaz, possibilitando ao cliente aquilo que é a essência da profissão: cuidar do outro quando este não é capaz de fazê-lo ou necessita de auxílio como supervisão e orientação.

Portanto, a SAE é a abordagem que pode permitir um conhecimento mais completo e detalhado da situação que envolve o indivíduo, suas reais necessidades e condições de enfrentamento do problema, constituindo um método sistematizado para orientar a prática da enfermagem, fundamentado em conhecimentos científicos, no qual o enfermeiro, a partir da avaliação das necessidades identificadas junto ao paciente, faz julgamento, estabelece objetivos traçados, visando com isso a prevenção de UPs.

Alguns fatores dificultam o avanço e/ou implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prevenção de UPs como a deficiência de recursos humanos, materiais, a falta de conhecimento por parte dos profissionais e o não registro das atividades desenvolvidas pela equipe, negligenciando assim o exercício da profissão.

Desse modo pode-se concluir que a realização da SAE na prevenção de úlceras por pressão se reveste de fundamental importância à prática profissional, haja vista seu caráter mediador de ações ao subsidiar um enriquecimento teórico-prático alicerçado em princípios científicos, o que certamente oferece maior respaldo técnico-científico à enfermagem como profissão.

Devido à relevância do tema e pela experiência vivenciada pelo grupo, a SAE, objeto desta pesquisa, é um instrumento extremamente importante na prevenção das úlceras por pressão. Recomenda-se então, que os docentes incentivem os acadêmicos a utilizarem fontes de conhecimento, como artigos de periódicos nacionais e internacionais; a participarem constantemente de eventos científicos; a buscarem informações pela internet; bem como a participarem de pesquisas, pois quando ocorre à desinformação não é possível realizar uma avaliação adequada dos pacientes e da situação em que envolve o problema, incapacitando assim a implantação e/ou implementação da SAE.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. et al. **O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:
<<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/14681/14161>>. Acesso em: 24 ago. 2009.

ALVES, N.; DEANA, N. F. **O açúcar refinado no tratamento da infecção por pseudomonas SP em úlcera por pressão**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:
<<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a09.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

AMBULATÓRIO DE LESÕES DA UNIVALE. **Fotos das figuras 2, 3 e 4**. Governador Valadares: UNIVALE, 2009.

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. **Prática Assistencial de Enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização**. Brasília, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2009.

ANTUNES, M. C. S. **Úlcera de pressão nos pacientes internados em UTI: o que mais fazer?** Porto Alegre, 2005. Disponível em:
<<http://www.ghc.com.br/gepnet/ulceradepressao.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2009.

BACKES, D. S. et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem : percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico**. Maringá, 2005. Disponível em:
<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1433/802>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

BLANES, L. **Tratamento de feridas**. São Paulo, 2004. Disponível em:
<http://www.bapbaptista.com/feridas_leila.pdf>. Acesso em 20 nov. 2009.

BLANES, L.; et al. **Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo**. São Paulo, 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302004000200036&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 set. 2009.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 272** de 27 de Agosto de 2002. Informações sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2002. Disponível em:
<<http://www.portalcofen.gov>>. Acesso em: 20 fev. 2009.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº358/2009** de 15 de outubro de 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2002. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/downloads/RESOLUCAO3582009.doc>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

BRITO M. A. G. M. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de alto cuidado**. Goiânia, 2007. Disponível em: <http://bdt.d.ufg.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=86>. Acesso em: 19 de out. 2009.

BRUNI, D. S. et al. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Revista escolar de enfermagem**, USP, v. 38, n. 1, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2009.

BUENO, A. B. et al. **A Sistematização da Assistência de Enfermagem e o enfermeiro no serviço de emergência**: um estudo bibliográfico. Goiás, 2007. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

CAFER, C. R. et al. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. **Acta paul. enferm.**, v.18, n. 4, São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 Mai. 2009.

COSTA, F. P. P. **Epidemiologia e Tratamento das Úlceras de Pressão**: experiência de 77 casos. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-78522005000300005&script=sci_arttext> Acesso em: 16 set. 2009.

CUNHA, N. A. **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas**. Olinda, 2006. Disponível em: <http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2009.

CUNHA, S. M. B.; BARROS, A. L. B. L. **Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000500013&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 set. 2009.

FEITOZA, D. S.; FREITAS, M. C.; SILVEIRA, R. E. **Traumatismo crânio-encefálico diagnósticos de enfermagem a vítimas atendidas em UTI.** Goiânia, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/tce.html>. Acesso em: 12 set. 2009.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. **Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras de pressão.** Cascavel, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a12v21n2.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2009.

FERNANDES, N. C. S. **Úlceras de Pressão:** um estudo com pacientes de unidade de terapia intensiva. Natal, 2005. Disponível em: <http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado/tde_arquivos/5/TDE-2007-10-01T012502Z-871/Publico/NiedjaCSF.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2009.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V. **Incidência de fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva.** Rio Grande do Norte, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6484/3855>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

FERREIRA, L. M.; CALIL, J. A. **Etiopatogênia e tratamento das úlceras por pressão.** São Paulo, 2001. Disponível em: <[http://www.apm.org.br/fechado/d_tratamento/dt_6ed3/rdt%206\(3\)%20pg%2036-40.pdf](http://www.apm.org.br/fechado/d_tratamento/dt_6ed3/rdt%206(3)%20pg%2036-40.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2009.

FIGUEREIDO, R. M. et al. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Revista escolar de enfermagem, USP**, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/253.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

FRANZEN, E. et al. **Adultos com Doenças Crônicas:** implicações para o cuidado de enfermagem. Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <www6.ufrgs.br>. Acesso em: 20 nov. 2009.

GIGLIO, M. M.; MARTINS, A. P.; DYNIEWICZ, A. M. **Análise do grau de dependência e predisposição à úlcera de pressão em pacientes de hospital universitário.** Arapoti, 2007. Disponível em: <http://74.125.155.132/scholar?q=cache:phf3_6kt8PgJ:scholar.google.com/+fric%C3%A7%C3%A3o+e+cisalhamento+no+desenvolvimento+de+UPs&hl=pt-BR&as_sdt=2000>. Acesso em: 20 nov. 2009.

GODINHO, E. M. de A. (ori.), et al. **Importância da intervenção de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão**. Trabalho de conclusão de curso do curso de enfermagem. Governador Valadares: UNIVALE/FACS, 2005.

GODINHO, E. M. de A. (ori.), et al. **Assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pacientes idosos internados em unidade de terapia intensiva**. Trabalho de conclusão de curso do curso de enfermagem. Governador Valadares: UNIVALE/FACS, 2007.

GRUPO ASSOCIATIVO DE INVESTIGAÇÃO EM FERIDAS. **Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão**. Disponível em: <<http://www.gaif.net>>. Acesso em: 30 Mai. 2009.

HARRIS, M. I. N. C. **Pele: estrutura, propriedades e envelhecimento**. 2. ed. São Paulo: SENAC, 2003.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. **Identificação de fatores associados às úlceras por pressão em indivíduos paraplégicos relacionados às atividades de lazer**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.actafisiatrica.org.br/v1/Default2.aspx>>. Acesso em: 24 ago. 2009.

LISE, F.; SILVA, L. C. **Prevenção de Úlcera por Pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador**. Maringá, 2007. Disponível em: <www.periodicos.uem.br>. Acesso em: 20 nov. 2009.

LONGARAY, V. K.; ALMEIDA, M. A.; CEZARO, P. **Processo de Enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos**. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2009.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA P. **Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2009.

MACIEL, R. M.; COSTA, I. G. **Conhecimento dos enfermeiros de uma UTI, sobre ulcera de pressão**. Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://www.praxiseducativa.com.br/TNX/storage/webdisco/2009/01/16/outros/6df99bb996dffa2b0e57414f331042d.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

MARTINS, D. A.; SOARES, F. F. R. **Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais.** Diamantina, 2008. Disponível em:

<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:FvTBEGKu3OwJ:scholar.google.com/+incid%C3%A4ncia+de+UPS&hl=pt-BR&as_sdt=2000>. Acesso em: 20 nov. 2009.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostas por enfermeiros.** São Paulo, 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/29.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

MENEGON, D. B. et al. **Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no hospital de clínicas de Porto Alegre.** Porto Alegre, 2007.

Disponível em:

<<http://www6.ufrgs.br/seermigrando/ojs/index.php/hcpa/article/viewFile/2031/1174>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

MOURA, C. E. M.; SILVA, L. L. M.; GODOY, J. R. P. **Úlceras de Pressão: prevenção e tratamento.** Brasília, 2005. Disponível em:

<<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/view/560/380>>. Acesso em: 20 nov. 2009

NAGEH. **Manual de indicadores de enfermagem.** 2006. Disponível em:

<<http://www.cqh.org.br/files/Manual%20de%20Indicadores%20NAGEH%20-%20V.FINAL.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2009

NASCIMENTO, K. C, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. esc. enferm. USP** vol.42 no. 4 São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000400005&script=sci_arttext&tlng=e>. Acesso em: 20 nov. 2009

NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L.; HASS, V. J. **Perfil de pacientes com lesão traumática da medula espinhal e ocorrência de úlcera de pressão em um hospital universitário.** São Paulo, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a10.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2009.

NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. **Fatores de Risco e Medidas Preventivas para Úlcera de Pressão no Lesado Medular.** Experiência da equipe de enfermagem do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2002. Disponível em:

<http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n1/fatores_risco.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2009.

NOGUEIRA, P. C. **Ocorrência de úlcera de pressão em pacientes hospitalizados com lesão traumática da medula espinhal.** São Paulo, 2009. Disponível em:

<<http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=3271254>>. Acesso em: 30 Mai. 2009.

OLIVEIRA, A. C. **Infecções Hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.307-310.

PAIVA, L.C. **Úlceras de pressão em pacientes internados em um hospital universitário de Natal/RN condições predisponentes e fatores de risco**. Natal, 2008. Disponível em: <http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado/tde_arquivos/5/TDE-2008-09-29T033912Z-1438/Publico/LucilaCP.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2009.

PINA A. P. B. **Investigação e Estatística: definição do Desenho do Estudo**. **Portal de Saúde Pública**, 2006. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/03-Investigacao/031-EpiInfoInvestiga/desenho.htm>. Acesso em: 30 nov 2009.

PINHEIRO, L. D. et al. **Úlceras de Pressão em Instituições Asilares: risco, conhecimentos e assistência**. Imbaúbas, 2006. Disponível em: <<http://www.cbccenf.com.br/anaiscofen/pdf9/0380.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

PIVOTTO, F.; FILHO, W. D. L.; LUNARDI, V. L. **Prescrições de Enfermagem: dos motivos da não realização as possíveis estratégias de implementação**. Rio Grande, 2004. Disponível em: <http://74.125.155.132/scholar?q=cache:GZYTU93EIJ:scholar.google.com/+prescri%C3%A7%C3%A3o+de+enfermagem+na+Sistematiza%C3%A7%C3%A3o+da+assistencia+de+enfermagem&hl=pt-BR&as_sdt=2000>. Acesso em: 20 nov. 2009.

RABEH, S. A. M.; CALIRI, M. H. L. **Prevenção e tratamento de úlceras de pressão: práticas de graduandos de enfermagem**. 2002. Disponível em: <http://www.abensp.org.br/repen/v21_n2/ulcera.pdf> . Acesso em: 24 ago. 2009.

RANGEL, E. M. L.; CALIRI, M. H. L. **Práticas de enfermagem de um hospital geral sobre a prevenção de úlcera de pressão**. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/rpe/v25n2/v25n2a06.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

REMONATTO, F. **Investigação clínica das úlceras de pressão em pacientes portadores de lesão medular: uma proposta fisioterapêutica**. Cascavel, 2006. Disponível em: <http://www.fag.edu.br/tcc/2006/Fisioterapia/investigacao_clinica_das_ulceras_de_pressao_em_pacientes_portadores_de_lesao_medular_uma_proposta_fisioterapeutica.pdf>. Acesso em: 28 Mai. 2009.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. **Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário.** Brasília, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000300014&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 nov. 2009.

ROCHA, A. B. L.; BARROS, S. M. O. **Avaliação de Risco de Úlcera Por Pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow.** São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2009.

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. **Abordagem Terapêutica das Úlceras de Pressão: internações baseadas na evidência.** Porto, 2006. Disponível em: < <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/029-038.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

RODRIGUES, M. M.; SOUZA, M. S.; SILVA, J. L. **Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão.** Niterói RJ, 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/13117/8875>>. Acesso em: 15 set. 2009.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. **Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário.** São Paulo, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a03.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

SAKANO, L. M.; YOSHITOME, A. Y. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados.** São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2009.

SANTOS, C. A. S.; NASCIMENTO, P. F. T. **Debridamentos e Amputações.** Maceió, 2003. Disponível em: <http://www.lava.med.br/LIVRO/pdf/adriano_amputa.PDF>. Acesso em: 13 jun. 2009.

SARTORI, N. R.; MELO, M. R. A. C. **Necessidades no cuidado hospitalar do lesado medular.** Ribeirão Preto SP, 2002. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n2/necessidades_cuidado_hospitala_lesado_medular.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2009.

SILVA, A. L.; CIAMPONE, M. H. T. **Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem- um caminhar para o cuidado complexo.** São Paulo, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342003000400002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2009.

SILVA, I. W. et al. **Percepção dos enfermeiros acerca da sistematização da assistência de enfermagem (SAE)**. Curitiba, 2007. Disponível em: <http://www.uniandrade.com.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/oitavo_a_manha/artigo22.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2009.

SOUSA, C. A. et al. **Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300006&lng=e&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30 Mai. 2009.

SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. D. M. **Planejamento da Assistência de Enfermagem: proposta de um software-protótipo**. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2009.

VILELA, A. L. M. **A pele e o sentido do tato**. 2002. Disponível em: <[site: www.afh.bio.br/sentidos/sentidos10.asp](http://www.afh.bio.br/sentidos/sentidos10.asp)>. Acesso em: 22 Nov. 2009.

ANEXOS



ANEXO A - ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

<p>PERCEPÇÃO SENSORIAL</p> <p>Capacidade de reação significativa ao desconforto</p>	<p>1. Completamente limitada:</p> <p>Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada:</p> <p>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada:</p> <p>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades</p>	<p>4. Nenhuma limitação:</p> <p>Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
<p>UMIDADE</p> <p>Nível de exposição da pele à umidade</p>	<p>1. Pele constantemente úmida:</p> <p>A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito úmida:</p> <p>A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente úmida:</p> <p>A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente úmida:</p> <p>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
<p>ATIVIDADE</p> <p>Nível de atividade física</p>	<p>1. Acamado:</p> <p>O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado:</p> <p>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente:</p> <p>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou</p>	<p>4. Anda frequentemente:</p> <p>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas</p>

			sentado.	durante o período em que está acordado.
MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
NUTRIÇÃO Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar	Não se aplica

	completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação levam a fricção quase constante.	movimentação, a pele desliza de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
--	--	---	---	--

Fonte: Grupo Associativo de Investigação em Feridas, 2009.

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

TOTAL DE PONTOS: _____

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE**CURSO DE ENFERMAGEM****Autorização para Execução de Terapia Ambulatorial de Lesões Dermatológicas e Termo de Compromisso**

Por este instrumento, dou plena autorização ao Ambulatório de Lesões dermatológicas para, por intermédio dos integrantes do seu corpo docente e discente, realizarem os atos necessários para o tratamento da Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Medicina dos pacientes para a terapia de lesões dermatológicas.

Declaro que tenho pleno conhecimento da terapia ambulatorial das lesões dermatológicas que serão realizadas dentre os princípios éticos e científicos da Enfermagem e acompanhados pelos setores de Psicologia, Nutrição e Medicina, concordando, portanto, com as condutas da equipe interdisciplinar.

Concedo, ainda ao Ambulatório de Lesões Dermatológicas os direitos de retenção e uso sobre fotografias, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outros documentos e informações do tratamento realizado, para fins de ensino, pesquisa, extensão e divulgação em jornais, revistas científicas do país e do estrangeiro.

Declaro também estar ciente de que com 3(três) faltas consecutivas sem justificativa anterior, será suspenso o tratamento ambulatorial do paciente.

Governador Valadares _____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente e ou Responsável