



UNIVERSIDADE POLITÉCNICA-Á POLITÉCNICA

Instituto Superior Politécnica e Universitária de Nacala

ISPUNA

Licenciatura em Enfermagem

Incidência de escaras de decúbito em pacientes com traumatismo vertebral medular (TVM) no sector de cirurgia II do Hospital Central de Nampula no período de Agosto de 2022 a Fevereiro de 2023.

Ana Manuel Trinta

Nacala-Porto, Fevereiro de 2023

Ana Manuel Trinta

Incidência de escaras de decúbito em pacientes com traumatismo vertebro medular (TVM) no sector de cirurgia II do Hospital Central de Nampula no período de Agosto de 2022 a Fevereiro de 2023.

Monografia a ser apresentado ao ISPUNA- Universidade Politécnica como requisito parcial para Obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem para fim do Curso.

Supervisor: Dr. Sulemane Bandal Elias

Nacala-Porto, Fevereiro de 2023

Índice

Lista de figuras	v
Lista de Tabelas	vi
Índice de Ilustrações	vii
Lista de Abreviaturas	viii
Lista de gráficos.....	ix
DECLARAÇÃO DE HONRA	x
DEDICATÓRIA.....	xi
AGRADECIMENTOS	xii
Resumo	xiii
CAPÍTULO I.....	14
INTRODUÇÃO.....	14
1.1. Tema	15
1.2. Delimitação do Tema:	16
1.3. Problematização.....	16
1.4. Justificativa	18
1.5. Objectivos	19
1.5.1. Objectivo geral	20
1.6. Hipóteses	20
CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 Traumatismo vertebro-medular (TVM).....	23
2.1.1. Causas de TVM	24
2.1.2. Manifestações clínicas	24
2.1.3. Exame neurológico	26
2.1.4. Prognóstico	26
2.1.5. Causas de morte.....	26
2.2. Úlceras por pressão (escaras de decúbito).....	27
2.2.1. Bases teóricas sobre a pele	27
2.2.2. Bases teóricas sobre úlceras de pressão.....	29
2.2.3. Factores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão.....	31
2.2.3.1. Factores intrínsecos	31
2.2.3.2. Factores extrínsecos.....	34
2.2.4. Regiões corporais vulneráveis e com presença de sondas, tubos e drenos.....	35
2.2.5. Identificação e avaliação de risco para lesão por pressão	35

2.2.5.1. Identificação do paciente em risco	35
2.2.5.2. Avaliação de risco para lesão por pressão	36
2.2.6. Classificação da lesão por pressão.....	36
2.2.7. Úlceras que não podem ser classificadas (indeterminadas).....	39
2.2.8. Dificuldades para identificação da úlcera por pressão	40
2.2.9. Avaliação do paciente com foco na prevenção de UP.....	40
2.2.10. Aplicação das medidas preventivas	41
2.2.10.1. Manejo da humidade	43
2.2.10.2. Estado nutricional alterado	44
2.2.10.3. Manejo da fricção e cisalhamento	44
2.2.10.4. Monitoramento	44
2.2.11. Prevenção.....	45
2.2.11.1. Cuidando da pele	45
2.2.11.2. Reduzindo a humidade	45
2.2.11.3. Avaliando a pressão.....	45
2.2.11.4. Reduzindo a fricção e cisalhamento	46
2.2.11.5. Estimulando a movimentação.....	46
2.2.12. Avaliação da lesão por pressão: aspecto.....	47
2.2.13. Realização do curativo.....	48
CAPÍTULO III	49
METODOLOGIA DE PESQUISA	49
3.1. Tipos de pesquisa.....	49
3.1.1. Pesquisa quanto aos objectivos.....	49
3.1.2. Pesquisa quanto a abordagem.....	50
3.1.3. Pesquisa quanto aos procedimentos	50
3.2. Técnicas e instrumentos de colecta de dados	50
3.2.1. Questionário.....	50
3.2.2. Observação	51
3.3. Universo da pesquisa	51
3.4. Amostra	51
CAPÍTULO IV	52
APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	52
4.1. Relato de casos.....	57
4.1. Discussão de resultados	58

CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICE	65

Lista de figuras

Figura 1: Escala de Braden	36
Figura 2: UP - Estágio I.....	37
Figura 3: UP - Estágio II.....	38
Figura 4: UP - Estágio III	38
Figura 5: UP - Estágio IV	39

Lista de Tabelas

Tabela 1: Hipóteses, variáveis e indicadores	22
--	----

Índice de Ilustrações

Ilustração 1: Fluxograma de prevenção	46
Ilustração 2: Etapas de prevenção	47
Ilustração 3: Fluxograma das etapas constituídas do processo de realização de curativo.....	48

Lista de Abreviaturas

AV – Acidente de Viação

EL – Espondilose Lombar

HCN – Hospital Central de Nampula

LP/LPP – Lesão Por Pressão

LVM – Lesão Vertebro-Medular

MH – Manejo de Humidade

MR – Mobilidade Reduzida

OST - Osteoporose

SR – Sensibilidade Reduzida

TP e C – Troca de Posição e Curativo

TVM – Traumatismo Vertebro-Medular

UP/UPP – Úlceras Por Pressão

Lista de gráficos

Gráfico 1: Tempo de trabalho.....	53
Gráfico 2: Causas do TVM.....	54
Gráfico 3: Factores de risco das escaras de decúbito.	55
Gráfico 4: Identificação de pacientes em risco de desenvolvimento de escaras.	55
Gráfico 5: Cuidados prestados aos pacientes com escaras de decúbito.	56
Gráfico 6: Intervalo de troca de posição.....	56

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, Ana Manuel Trinta declaro que este trabalho com o tema: **Incidência de escaras de decúbito em pacientes com traumatismo vertebral medular (TVM) no sector de cirurgia II do Hospital Central de Nampula** no período de Agosto de 2022 a Fevereiro de 2023, é da minha autoria e resultou de um trabalho de investigação.

Nacala-Porto, 20 de Fevereiro 2023

/ Ana Manuel Trinta /

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à memória a minha mãe e do meu marido, que não puderam estar presentes para testemunhar este momento na minha vida, que o senhor os tenha no seu esplendor; dedico igualmente ao meu pai pelo amor, carinho e orientação durante o percurso da formação e aos meus filhos Hermenigildo, Neyva e o pequeno Júnior, pelo amor, compreensão nos momentos de ausência e para que este trabalho os sirva de fonte de inspiração na futura vida acadêmica; Deus em sua infinita misericórdia, vos console e vos ampare.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradecer a Deus todo poderoso, que sempre me deu forças para lutar e enfrentar as dificuldades encaradas ao longo dos momentos difíceis da carreira estudantil;

Aos meus familiares pelo apoio e suporte.

Ao meu supervisor dr. Sulemane Bandal Elias pela orientação académica e científica deste trabalho.

Aos meus docentes da Universidade, pela paciência, compreensão e ensinamentos durante o percurso da formação.

De igual modo, estende-se aos meus colegas e amigos que sempre me acompanharam de perto nos derradeiros momentos da vida académica.

Aos funcionários do Hospital central de Nampula pelo acolhimento e participação na pesquisa.

Finalmente, a todos que directas ou indirectamente contribuíram com o seu saber, prestando informações valiosas para o trabalho, vai o meu agradecimento.

Resumo

As úlceras de pressão caracterizam-se como uma das condições mais comumente encontradas em pacientes criticamente enfermos e assumem carácter de grande relevância na prática clínica. Sua incidência está directamente relacionada com a gravidade do quadro clínico do paciente e pode reflectir a qualidade dos serviços em saúde prestados, uma vez que sua prevenção é de fácil realização e baixo custo. Além de determinarem pior prognóstico, as úlceras de pressão aumentam o tempo de hospitalização e o custo do internamento. Em adição, as repercussões físicas, psicológicas e sociais dessas lesões são incomensuráveis. A identificação dos pacientes susceptíveis e a realização sistemática de medidas de prevenção das lesões devem ter início no momento da internação, devendo ser mantidas durante todo o internamento, como é o caso dos pacientes com TVM. O emprego de dispositivos redistribuidores da pressão pode exigir investimento considerável, que, em longo prazo, com a redução dos custos do internamento prolongado e das medidas empregadas no controle de complicações, acaba sendo custo-efectivo. Assim, este estudo teve como objecto o tema: Incidência de escaras de decúbito em pacientes com traumatismo vertebro medular (TVM) no sector de cirurgia II do Hospital Central de Nampula no período de Agosto de 2022 a Fevereiro de 2023 e pretendeu especificamente: Avaliar a incidência dos casos de Escaras de decúbito na Cirurgia II do Hospital Central de Nampula. O percurso metodológico utilizado foi a abordagem quantitativa, sendo o estudo de carácter Explicativo e descritivo. A técnica utilizada para a colheita de dados foi o questionário e a observação directa. Os participantes da investigação foram 15 funcionários, sendo a amostra probabilística. Após o estudo chegou-se a conclusão de que o custo do tratamento das úlceras de pressão é maior que o custo da prevenção delas, outro motivo pelo qual a sistematização das medidas profiláticas se faz fundamental. As principais dificuldades na efectivação de tais medidas são a escassez de profissionais e materiais, a ausência de treinamento adequado e a impossibilidade de desprendimento de recursos financeiros. Desse modo, ressalta-se que medidas profiláticas em relação às úlceras de pressão são de fundamental importância, principalmente para os pacientes criticamente enfermos. Para que a prevenção das úlceras de pressão seja efectivada, é necessário que haja um treinamento adequado dos profissionais de saúde, juntamente com o apoio financeiro das instituições que disponibilizem treinamento e materiais adequados. Comportou como estrutura do trabalho: Capítulo I onde se apresenta a introdução que contempla o tema e a sua delimitação, problematização, a justificativa, objectivos (gerais e específicos) e as hipóteses do tema; seguido do Capítulo II, com enquadramento teórico que contempla os conceitos relacionados com o tema; o Capítulo III, referente aos procedimentos metodológicos, onde destaca o método de procedimento, os tipos de pesquisa, as técnicas de recolha de dados, o universo e a amostra da pesquisa e por fim o Capítulo IV que apresenta os dados e os resultados alcançados. Neste estudo levantou-se a questão: Até que ponto as medidas de prevenção e tratamento das escaras de decúbito nos pacientes com TVM podem acabar com a incidência destes casos no hospital central de nampula? O estudo proporcionou a colheita de dados que subsidiaram a pesquisa tendo se concluído que a falta de identificação e classificação das escaras de decúbito pode dificultar o tratamento e reduzir a melhoria dos pacientes na cirurgia II do hospital central de nampula. Desde modo é imperioso o envolvimento de todos profissionais que lidam com os casos de TVM de modo a diminuir o índice de incidência de lesões por pressão.

Palavras-chave: Incidência, TVM, Escaras, Lesão e Pressão.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

As úlceras de pressão caracterizam-se como uma das condições mais comumente encontradas em pacientes criticamente enfermos e assumem carácter de grande relevância na prática clínica. Sua incidência está directamente relacionada com a gravidade do quadro clínico do paciente e pode reflectir a qualidade dos serviços em saúde prestados, uma vez que sua prevenção é de fácil realização e baixo custo Valles & cols (2016, p.31).

Além de determinarem pior prognóstico, as úlceras de pressão aumentam o tempo de hospitalização e o custo do internamento. Em adição, as repercussões físicas, psicológicas e sociais dessas lesões são incomensuráveis.

A úlcera por pressão (UPP) também conhecidas como úlceras de decúbito, é uma lesão que acomete a pele ou tecido subjacente em consequência da pressão em combinação com o cisalhamento ou fricção que normalmente ocorre em proeminências ósseas em pessoas com mobilidades comprometidas, devidos a acidentes, fracturas ou doenças.

Como explica Martins et all (1996, p.31), os cuidados com a integridade da pele e tecidos são elementos da prática do enfermeiro no qual a importância da prevenção da UPP, pois necessita de uma atenção a esses pacientes, com a identificação de risco para o tipo de lesão, e consequentemente a implementação de intervenções de enfermagem, para prevenir complicações que podem comprometer o estado de saúde e a qualidade de vida desses pacientes. Por isso, a identificação dos pacientes com risco para UPP é essencial à promoção de acções preventivas desde o momento da internação até a sua alta.

Vários factores podem causar úlcera por pressão. O factor principal é a imobilidade da pessoa acamada ou em cadeira de rodas. Outro factor é a falta da sensibilidade. Os dois juntos são as causas principais da úlcera. Nas pessoas com sensibilidade normal, os nervos normalmente “dizem” para o corpo quando é necessário movimentar-se para aliviar a pressão da pele. Porém algumas doenças ou problemas de saúde comprometem essa capacidade do organismo de sentir dor ou incómodo (Merck 1996, p.15). Às vezes as pessoas estão com sensibilidade normal, porém não conseguem se mover sozinhas. As pessoas na cama que são incapazes de mover-se com frequência, podem desenvolver as úlceras após terem ficado na mesma posição por somente de uma a duas horas.

Aquelas pessoas que ficam sentadas e que não podem mover-se, podem desenvolver o problema em um tempo ainda menor, porque a força na pele e músculos é ainda maior na posição sentada. Também a presença de incontinência urinária e fecal assim como o estado de nutrição da pessoa vai influenciar no aparecimento de úlcera.

Para a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), em pessoas normais, sem comprometimento vascular, observa-se que a pele é ricamente vascularizada. O grande aporte sanguíneo nesse tecido é suficiente para suprir a demanda de oxigénio necessária para o bom desempenho das células encontradas em todas as camadas. Se, por qualquer motivo, essa irrigação sanguínea for interrompida por mais de duas horas, o tecido passa a sofrer um mecanismo de hipoxia com conseqüente morte tecidual. As células encontradas na epiderme são as primeiras a serem lesadas já que o fluxo sanguíneo que as supre é normalmente precário. Uma das causas mais frequentes do comprometimento da irrigação sanguínea da pele é a pressão.

Úlceras de pressão têm sido sinónimo de complicação para pacientes que permanecem muito tempo imobilizados em leito ou em cadeiras de rodas, portanto torna-se necessário ao fisioterapeuta o entendimento dos mecanismos que levam ao desenvolvimento deste tipo de lesão.

Desta forma, este trabalho objectiva, por meio de revisão da literatura e estudo de caso, relacionar os factores de risco para o seu desenvolvimento, bem como as formas de prevenção, os tipos de tratamento e o papel da fisioterapia neste processo.

Faz estrutura do projecto: No capítulo I apresenta-se a introdução que contempla o tema e a sua delimitação, problematização, a justificativa, objectivos (gerais e específicos) e as hipóteses do tema; no capítulo II, inicia-se com enquadramento teórico que contempla os conceitos relacionados com o tema; e no capítulo III, refere-se aos procedimentos metodológicos, onde se destaca o método de procedimento, os tipos de pesquisa, as técnicas de recolha de dados, o universo e a amostra da pesquisa., o orçamento e o cronograma de actividades.

1.1. Tema

Para Lakatos & Marconi (2003, p.158) “tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar e, pode perdurar por toda a pesquisa, onde nesse caso, deverá ser frequentemente revisto”.

Assim, constitui tema: Incidência de escaras de decúbito em pacientes com traumatismo vertebral medular (TVM) no sector de cirurgia II do Hospital Central de Nampula no período de Agosto de 2022 a Fevereiro de 2023.

1.2. Delimitação do Tema:

Segundo Lakatos & Marconi (2003, p.161) delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação.

Sendo assim, trata-se de uma pesquisa ligada a área da saúde, especificamente na Patologia Médica Cirúrgica.

Esta pesquisa irá decorrer no Hospital Central de Nampula buscando dados de Agosto de 2022-Fevereiro de 2023. A preferência deste local é de tratar-se da maior unidade da província que recebe maior número de doentes daquela região e trata dos casos de escaras de decúbito.

1.3. Problematização

Apesar dos avanços nos cuidados em saúde, as úlceras de pressão continuam sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade, com impacto na qualidade de vida do paciente e de seus familiares, gerando um problema social e económico.

A identificação dos pacientes susceptíveis e a realização sistemática de medidas de prevenção das lesões devem ter início no momento da internação, devendo ser mantidas durante todo o internamento.

O Hospital Central de Nampula (HCN) recebe vários casos de pacientes com problemas de Traumatismo Vertebro-Medular (TVM) em que o seu tratamento leva longo tempo. Estes doentes de um lado tem os seus movimentos e a sensibilidade comprometida, o que não lhes possibilita locomover-se pessoalmente levando-lhes a permanecerem por muito tempo acamados na mesma posição ou sentados se o tempo de troca junto com a fisioterapia não forem observados. De outro, esta situação faz com que os doentes desenvolvam escaras de decúbito na pele, concretamente nas partes do corpo que sofre muita pressão.

Perante isto, torna-se necessário explicar que a espinal-medula se define como uma extensão do cérebro, a qual percorre cerca de metade do corpo humano, o que significa que tem um comprimento correspondente desde a zona do pescoço até à zona sacral, sendo protegida pela coluna vertebral.

Assim, tendo em consideração esta função para com o corpo humano desempenhada pela espinal-medula, torna-se importante mencionar o facto de que aquando da ocorrência de uma quebra dessas funções, ou seja, devido à instalação de uma lesão medular, ocorre toda uma atrofia dessas mesmas funções, pelo que as mesmas não serão desempenhadas na íntegra, potenciando, deste modo, a não obediência do corpo face às ordens enviadas pelo cérebro perante qualquer tipo de situação interior ou exterior. O que significa que, devido à ocorrência de uma lesão deste tipo, caso o indivíduo portador da mesma queira mexer uma parte do corpo que se situe abaixo do local onde ocorreu a lesão, a execução desse mesmo movimento não será possível de acontecer.

Para além de todos os obstáculos proporcionados pela aquisição de uma lesão vertebro-medular, o prolongamento desta situação favorece o aparecimento de várias complicações desencadeadas especificamente pela vivência da mesma. Dificuldades essas que se centram, essencialmente, na obtenção de escaras, infecções urinárias, contracturas articulares e espasticidade.

Deste modo, surge a necessidade de explicar que as escaras são definidas como alterações ao nível da pele e de outros tecidos que revestem o corpo humano, sendo frequentemente designadas, pelo senso - comum, como feridas.

Este tipo de dificuldade tem como origem a pressão exercida sobre uma determinada zona do corpo, onde é apoiado grande parte do peso do mesmo durante um período de tempo

considerado prolongado. Esta pressão excessiva ocorre devido à falta de sensibilidade característica da lesão vertebro-medular, pelo que, o indivíduo não sente qualquer tipo de dor proveniente dessa pressão numa determinada zona corporal, fazendo com que o mesmo deva alternar de posição passado algum tempo em cada uma delas, de modo a evitar o desenvolvimento de uma escara, uma vez que a sua recuperação está relacionada a um processo de tratamento não só lento, como também bastante complicado como esclarece.

Estes factos são os que foram constatados no HCN concretamente na cirurgia II, tornando assim muito importantes para o seu estudo.

Posto isto, é de enfatizar o facto de que muitas destas complicações de carácter físico podem ser evitadas desde que, não só o sujeito portador de uma lesão vertebro-medular, como também os seus familiares e equipa médica que o acompanham, estejam conscientes da presente situação, mas, sobretudo, que estejam devidamente informados acerca das causas que podem determinar o surgimento deste tipo de dificuldades.

Contudo, a enfermagem tem um papel imprescindível na prevenção dessa evolução clínica. Identificar e classificar o paciente com risco de LPP, classificando o risco individual e o perfil de risco por unidade; realizar a prescrição de cuidados e prevenção seguindo o Plano de Intervenções Institucional.

Portanto, é na senda destes conceitos que urge a necessidade de se questionar: **Até que ponto as medidas de prevenção e tratamento das escaras de decúbito nos pacientes com TVM podem acabar com a incidência destes casos no Hospital Central de Nampula?**

1.4. Justificativa

O interesse por este tema que trata das escaras de decúbito nos pacientes com TVM, surge aquando do estágio profissional no HCN na cirurgia II, e por se entender que a prevenção destas escaras constitui acção primordial, visto que tal agravo causa dor e desconforto para o paciente e família, podendo retardar sua recuperação.

Como se sabe que os pacientes de trauma vertebro-medular têm tido uma recuperação lenta, o que faz com que estes contraíam úlceras por pressão, o seu tratamento requiere toda dedicação da equipe de enfermagem desde o internamento à alta. É doloroso o sofrimento destes pacientes junto com as famílias que para além da questão do trauma vertebro-medular têm de lutar também contra as escaras.

Para a pesquisadora entende que é relevante o seu estudo de modo a encontrar formas de reduzir os riscos de ocorrência destas escaras nestes pacientes mediante a observância das medidas de prevenção, como explica (Favreto *et al.*, 2017, p.13) que a “prevenção de lesão de pressão” consiste em verificar o estado de conservação dos dispositivos de mobilização e redução de pressão; registrar o risco de LPP no quarto ou na beira do leito de cada cliente; capacitar a equipe de enfermeiros e técnicos quanto a medidas de adesão de prevenção e tratamento e ao preenchimento de formulários e registros. São medidas que, gradativamente, podem reduzir o risco de LPP dos pacientes. É deste modo que é imprescindível uma análise minuciosa da efectivação destas medidas no HCN.

É do interesse da pesquisadora, estudar este fenómeno porque entende que após a sua realização trará benefícios não só na consolidação dos conhecimentos adquiridos a quando da formação, mas também servirá de ferramenta de consulta para os demais académicos, pessoal da área da saúde e da sociedade no geral. Para o HCN, este estudo despertará atenção no que diz respeito ao tratamento das escaras de decúbito nos pacientes que sofrem de traumatismo vertebro-medular e dos outros. E por fim esta pesquisa virá a provar a solidez dos conhecimentos transmitidos pela instituição a qual a autora se formou.

Esta pesquisa irá ajudar a sociedade a entender o que são úlceras de decúbito, seus factores e quais as medidas de prevenção de modo a evitar a sua ocorrência tanto para os que se encontram em casa tanto para os hospitalizados.

1.5. Objectivos

Para Sousa (2008, p.18), a definição dos objectivos determina o que o pesquisador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa. Objectivo é sinónimo de meta, fim. Alguns autores separam os objectivos em objectivo geral e objectivos específicos, mas não há regra a ser cumprida quanto a isto e outros autores consideram desnecessário dividir os objectivos em categorias.

1.5.1. Objectivo geral

De acordo com Lakatos (2003, p. 219), objectivo geral está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas. Vincula-se directamente à própria significação da tese proposta pelo projecto.

Sendo assim, a presente pesquisa tem como objectivo geral:

- Avaliar a incidência dos casos de Escaras de decúbito na Cirurgia II do Hospital Central de Nampula.

1.5.2. Objectivos específicos

De acordo com Sousa (2008, p.18), derivam do objectivo geral. Devem explicar, de modo claro e preciso, as acções a serem desenvolvidas para se alcançar os objectivos gerais, especialmente relacionados com as hipóteses que serão testadas.

Assim, a pesquisa tem como objectivos específicos:

- Identificar os estágios das Escaras de decúbito dos pacientes da Cirurgia II do Hospital Central de Nampula;
- Identificar os cuidados prestados aos pacientes com Escaras de decúbito na Cirurgia II do Hospital Central de Nampula.
- Estimular o risco que cada paciente com TVM incorrem na admissão.
- Monitorar o surgimento das escaras nos pacientes internados por TVM através da escala de Branden.
- Explicar os factores de risco que ditam a ocorrência de Escaras de decúbito na Cirurgia II do Hospital Central de Nampula;

1.6. Hipóteses

Para Gil (2002, p.31) a pesquisa científica se inicia sempre com a colocação de um problema solucionável. O passo seguinte consiste em oferecer uma solução possível, mediante uma proposição, ou seja, uma expressão verbal susceptível de ser declarada verdadeira ou falsa. A essa proposição dá-se o nome de hipótese. Assim, a hipótese é a proposição testável que pode vir a ser a solução do problema.

Para tal foram levantadas as seguintes hipóteses para a satisfação do problema:

Hipótese I: A falta de identificação e classificação das escaras de decúbito pode dificultar o tratamento e reduzir a melhoria dos pacientes na Cirurgia II do Hospital Central de Nampula.

Hipótese II: A não efectivação dos cuidados aos pacientes com Escaras de decúbito, influencia na demora da recuperação dos pacientes de TVM Cirurgia II do Hospital Central de Nampula;

Hipótese III: A inobservância das medidas de prevenção dos factores de risco, pode estar a contribuir para a ocorrência de casos de escaras de decúbito nos pacientes com TVM no HCN;

Tabela 1: **Hipóteses, variáveis e indicadores**

Hipóteses	Variáveis (x e y)	Indicadores
Hipótese I: A capacitação regular das equipas de enfermagem pode ajudar a reduzir a incidência dos casos de Escaras de decúbito na Cirurgia II do Hospital Central de Nampula.	(x) independente Capacitação regular das equipas de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação das medidas preventivas; ▪ Melhores cuidados.
	(y) dependente Redução da incidência dos casos de Escaras de decúbito	
Hipótese II: A não efectivação dos cuidados aos pacientes com Escaras de decúbito, influencia na demora da recuperação dos pacientes de TVM Cirurgia II do Hospital Central de Nampula;	(x) independente Não efectivação dos cuidados aos pacientes com Escaras de decúbito	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempo de troca de posição longo; ▪ Mau posicionamento ▪ Presença de humidade;
	(y) dependente Demora da recuperação dos pacientes de TVM	
Hipótese III: A inobservância das medidas de prevenção dos factores de risco, pode estar a contribuir para a ocorrência de casos de escaras de decúbito nos pacientes com TVM no HCN;	(x) independente Inobservância das medidas de prevenção dos factores de risco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos alívio da pressão; ▪ Nutrição inapropriada; ▪ Falta de fisioterapia.
	(y) dependente Ocorrência de casos de escaras de decúbito nos pacientes com TVM	

Fonte: Autora.

CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo ira-se tratar de forma profunda e detalhada conteúdos relacionados com o tema em estudo, neste caso, escaras de decúbito em paciente com traumatismo vertebro-medular. Nestes itens falar-se-á dos conceitos classificações e mais.

2.1 Traumatismo vertebro-medular (TVM)

Segundo DeVivo (2002, p.69), a incidência das fracturas da coluna vertebral tem aumentado nas últimas décadas com o aumento no número de acidentes tráfico, desportos e alguns deles radicais seguido de acidentes de trabalho e violência. Contudo também melhoraram a primeira abordagem em relação ao transporte para o hospital de referência.

São normalmente doentes politraumatizados em cuja abordagem tem de ser multidisciplinar. Sendo os TVM tratados apenas após a estabilização completa do doente, o que pode levar horas ou dias (Go,1995, p.23).

A distribuição das fracturas ao longo da coluna vertebral não é homogénea, e está relacionada com as diferenças anatómicas e funcionalidades dos diferentes segmentos da coluna vertebral. As fracturas da coluna cervical e torácica são as mais frequentes do esqueleto axial e correspondem cerca de 89% de todas as fracturas (DeVivo 2002 p.71).

Para Kirshblum (2000 p.10), as lesões cervicais são as mais frequentes, e o doente apresenta uma perda de funções muito importante, pois para além da tetraplegia acompanham-se de alterações da ventilação pulmonar. São lesões dorsais mais comuns na zona de junção tronco-lombar, com um quadro evidente de paraplegia.

De acordo com Maurice (et al., 2001, p.80), a LVM resulta de uma alteração, tanto temporária como permanente, das funções motoras, sensitivas ou autonómicas. Pode ser classificada como tetraplégica ou paraplégica

- Tetraplegia (substitui o termo quadriplegia) – É uma lesão na medula espinhal ao nível da região cervical com uma associação de perda da força muscular nos quatro membros.
- Paraplegia – É uma lesão da medula espinhal, que pode ocorrer tanto ao nível da região torácica, lombar ou sagrada, incluindo a cauda equina e o cone medular.

Para este autor, a LVM pode ocorrer através de diferentes mecanismos, mas entre elas existem quatro alterações em comum que levam á lesão:

1. Destruição medular pelo próprio trauma;

2. Compressão medular pela parte óssea, pelo hematoma ou por material dos discos;
3. Isquemia medular por dano directo ou pela lesão nas artérias vertebrais;
4. A cascata de acontecimentos de origem vascular e bioquímica que vão agravar e aumentar a área de lesão medular.

2.1.1. Causas de TVM

Segundo DeVivo (1999, p.40), a LVM secundária ao trauma não é condição comum, mas os seus efeitos a nível médico, financeiro e pessoal (no que respeita as suas capacidades e o seu bem-estar) são “grandes”.

Como esclarece Tator (1993, p. 207)

As causas variam muito de país para país, e dentro do país varia também entre o meio urbano e o meio rural. Como já se pode verificar, a LVM também varia entre as diferentes taxas etárias. As vítimas mais jovens, têm grande preponderância de lesões por alta velocidade, impacto de grandes forças como acidentes de viação, desportos motorizados e mergulho, que são sujeitos a grandes forças de impacto. As vítimas mais jovens também estão sujeitas a diferentes factores fisiológicos como, por exemplo, o não completo desenvolvimento da musculatura paravertebral e dos ligamentos elásticos. Enquanto que os mais velhos, por outro lado, têm a coluna mais rija e com patologias associadas, como a osteoporose e a pré-existência de espondilose cervical ou lombar.

De acordo com Surtherland (1993 p.93), a violência também é um factor variável, com a lesão por tiro de armas a mais frequente na zona urbana nos países desenvolvidos. Esta (incluindo o homicídio, suicídio, guerras, etc.) tem vindo a aumentar nos últimos anos, e mesmo em alguns países, a violência tornou-se a principal causa de LVM.

Com afirma Tator (1993, p.210), de um lado, o desporto e as actividades recreativas como causa das LVM têm vindo a aumentar em alguns países, pondo as lesões causadas pelo trabalho em segundo lugar, por outro lado, em alguns países as lesões provocadas pelo trabalho têm vindo a diminuir, devido à implementação e promoção de práticas mais seguras de trabalho e programas de prevenção.

2.1.2. Manifestações clínicas

Segundo Michaelis (1976, p.146), a eficácia do tratamento do doente depende do correcto exame e classificação da lesão neurológica com a documentação radiológica da lesão da coluna vertebral. A classificação da lesão neurológica mais útil é feita através do exame clínico. O exame clínico inicial deve-se fazer a todas as vítimas que tenham:

- Traumatismos cranianos com ou sem perda da consciência;
- Trauma múltiplo;
- Acidentes de viação;
- Acidentes de desportos ou actividades recreativas;
- Acidentes de trabalho;
- Violência;
- Qualquer instabilidade na coluna.

Para Maurice et all (2001, p.84), tendo em conta que as lesões na cabeça e na coluna, acontecem frequentemente em simultâneo, deve-se presumir que um paciente inconsciente pode ter uma LVM. Para evitar a falta da atenção, devido à distração por parte de lesões possíveis do abdómen e do peito, assume-se que todos os pacientes vítimas de múltiplo trauma têm LVM e deve-se manter a imobilização do paciente até que esse tipo de lesão possa ser avaliada com segurança, por meio de radiografias, e outros exames complementares quando necessário.

A avaliação do paciente compreende a história clínica, o exame físico, o exame neurológico e o exame radiológico. A história do trauma e informações (de testemunhas ou de pessoal da ambulância) acerca do estado geral do paciente previamente ao trauma são de grande utilidade para auxiliar no esclarecimento do mecanismo de trauma e suas possíveis lesões associadas. Sintomas como a impossibilidade ou a incapacidade para mover um ou mais membros são altamente suspeitos de LVM. É muito importante ter também em atenção, que a retenção urinária e a incontinência nos acidentados são sinais de perigo (Michaelis, 1976 p.149).

Segundo Maurice et all, (2001, p.87), o exame físico pode dar indicações específicas na presença de LVM. Estas pistas de possível lesão são obtidas através de um exame detalhado dos sinais vitais, do exame físico geral, e do exame neurológico. Tem-se como possíveis pistas:

- Hipotensão e bradicardia no choque espinal;
- Respiração paradoxal;
- Baixa temperatura corporal e elevada temperatura da pele;
- Sudação.

Neurológicos:

- Priapismo e presença de reflexos patológicos (Babinski, Oppenheim);
- Paralisia bilateral dos membros superiores e dos inferiores, especialmente a flacidez;
- Paralisia bilateral só dos membros superiores ou mais dos membros superiores que dos inferiores, especialmente a flacidez;
- Perda da resposta ao estímulo doloroso;

- Detecção do nível anatómico devido á resposta ao estímulo doloroso;
- A estimulação dolorosa apenas produz movimentos da cabeça ou apenas faciais;
- Síndrome de Horner's;
- Síndrome de Brown-Séquad.

2.1.3. Exame neurológico

Segundo Ditunno (1994, p.71), o exame neurológico consiste na avaliação da sensibilidade, da função motora e dos reflexos. Os exames neurológicos e radiológicos permitem definir diferentes níveis de lesão:

Nível da lesão vertebral – É definido como o nível maior de lesão vertebral no exame radiológico;

Nível sensitivo – A maioria dos dermatomos caudais tem uma pontuação normal de 2/2 para o toque pinprick e toque leve;

Nível Motor – Determinado pelos grupos musculares mais caudais, em que tenham uma força muscular de 3 ou superior, enquanto que os segmentos acima estão normais;

Nível neurológico da lesão – É o nível caudal mais baixo em que tanto a nível sensorial como motor estão intactos;

Zona de preservação parcial – Este índice é usado apenas quando a lesão é completa.

São todos os segmentos encontrados abaixo do nível neurológico da lesão com preservação motora ou sensorial.

2.1.4. Prognóstico

Strauss (2006, p.28), diz que a incapacidade na lesão medular varia de acordo com o grau da lesão, do segmento medular e das vias nervosas e neurónios da medula envolvidos. A maioria dos pacientes apresenta melhora que se inicia a partir da primeira semana e vai até mais ou menos ao 6º mês do trauma. A possibilidade de melhora espontânea diminui após o 6º mês.

2.1.5. Causas de morte

De acordo com Smith (2007, p.96), a principal causa de morte nestes pacientes é a pneumonia e outros problemas respiratórios, seguido de problemas cardíacos, trauma e septicémia. Nos pacientes com paraplegia completa, a principal causa é o suicídio, seguido por problemas

cardíacos. A relação álcool-suicídio é também umas das principais causas de morte entre os pacientes com LVM. A percentagem de suicídio é maior nos pacientes com menos de 25 anos.

Para Van Langeveld (2008, p.6), as orientações da terapia funcional são fundamentais para evitar ou minimizar deformidades articulares, osteopenia (diminuição da trama óssea) com fracturas secundárias e trombose venosa profunda. A fisioterapia respiratória facilita a eliminação de secreções e reduz a incidência de infecções e outras complicações pulmonares.

Segundo Chou (2008, p.67), os cuidados com a pele evitam o desenvolvimento de úlceras por pressão. Cuidados adequados com as vias urinárias (uma das principais causas de óbito em pacientes com lesão medular no passado) e com o intestino evitam complicações graves. Todas estas medidas podem reduzir a morbidade e a mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida do paciente.

2.2. Úlceras por pressão (escaras de decúbito)

2.2.1. Bases teóricas sobre a pele

A pele é uma estrutura de extrema importância para o corpo humano. Além de proteger, ela ajuda a manter a sua temperatura, capta uma série de informações para o sistema nervoso e contribui para a eliminação de resíduos orgânicos.

A pele é formada por três camadas: a epiderme, que é a mais superficial; a derme, que é a intermediária; e a hipoderme ou tecido subcutâneo ou tecido celular intermediário, que é a mais profunda delas.

A epiderme é composta por várias camadas: a córnea, que é a mais superficial e acumula uma substância chamada queratina, produzida nas camadas subjacentes. A camada germinativa ou basal é a mais profunda, e a responsável pela renovação da epiderme, sendo delimitada pela membrana basal, que separa a derme.

Para Chou (2008, p.37), na epiderme encontramos também células especiais chamadas melanócitos. Estas participam da produção e armazenamento da melanina, o agente de pigmentação da pele. A derme apresenta um tipo de tecido conjuntivo de sustentação, onde estão localizados os vasos que formam a microcirculação. Nesta camada também estão as estruturas linfáticas, nervosas, glândulas e folículos pilosos, além de elementos celulares de diversos tipos de fibras.

É através dos fibroblastos, células do tecido conjuntivo, que a pele se renova. Quando a pele é agredida ocorre uma lesão. As lesões são classificadas de acordo com o grau de prejuízo aos tecidos sendo:

- Lesões sem perda da pele, como os cortes por material perfuro-cortante;
- Lesões com perda da epiderme, como nas escoriações;
- Lesões com perda da epiderme e da derme, como é o caso das queimaduras, das úlceras varicosas e das escaras.

O ser humano está sujeito a lesões de diversas origens, que podem ou não estar acompanhadas de infecção. Sempre que é agredido o organismo desencadeia uma reacção, denominada de processo inflamatório. Quando o processo está em declínio o organismo inicia o processo de cicatrização.

Segundo Martins et al (1996, p.31), ressaltam que o processo de cicatrização é caracterizado por uma mudança contínua levada a cabo por um grupo de células, cada qual com um papel específico. Este processo comporta três fases que se sobrepõem:

- Inflamatória (fase 1)
- Reconstrução (fase 2)
- Maturação (fase 3)

Para este autor, a primeira fase funciona como uma resposta do tecido à irritação. A reacção inicial é a vasoconstrição; com isso a circulação torna-se mais lenta porque os leucócitos concentram-se cada vez mais na parede dos vasos dilatados. Os capilares próximos da ferida tornam-se mais permeáveis e o exsudato inflamatório infiltra-se na ferida. Há nessa fase um aumento de sinais de inflamação (tumor, rubor, calor e dor). A fase 2 (reconstrução) é caracterizada pela remoção de tecido morto e bactérias, para dar lugar à cicatrização (reparação). Nesta etapa há uma aceleração na produção de tecido neoformado rico em colágeno. Os macrófagos em maior número assumem a operação; os neutrófilos diminuem; há um aumento de monócitos fagocíticos e o aparecimento de grande quantidade de fibroblastos (p.34).

Segundo Martins et al (1996, p.31), é na última fase (maturação) que a estruturação do novo tecido da cicatrização é remodelado. Nesta fase o colágeno originalmente distribuído ao acaso, vai ser destruído e substituído por novas fibras colocadas de forma anatómica, isto é, ao longo da linha de tensão. Existe uma série de factores que influenciam na cicatrização das feridas.

Elas podem ser locais ou sistêmicas; dentre elas destacam-se: os inerentes aos pacientes, como: idade, sexo, tipo de doença (aguda ou crônica), estado nutricional, resistência orgânica, tipo de lesão e tecido lesado; os relacionados aos procedimentos, como: técnica de curativo, presença de corpos estranhos, (substâncias, bactérias ou resíduos orgânicos ou inorgânicos), hematomas, infecção e pensos (material de curativos) (Idem).

Os outros factores que retardam a cicatrização são: anomalias congénitas, anemia, déficit de oxigénio, temperaturas extremas, icterícia, uso de medicamentos imunossupressores, esteróides e citotóxicos. A presença de doenças crónicas como diabetes, doenças oncológicas, insuficiência renal e vascular, bem como o estado de desnutrição, reduzem a capacidade de síntese do colágeno. As deficiências vitamínicas, a má nutrição e a obesidade influenciam negativamente no processo de cicatrização (Brunner & Suddart 1993, p.29).

2.2.2. Bases teóricas sobre úlceras de pressão

A pressão é mencionada como a causa primária das escaras. A intensidade e a duração são importantes porque, enquanto a pele resiste a altas pressões por curto espaço de tempo, sem lesões, ela frequentemente se lesa como resultado de baixa e moderada pressão, quando mantidas por um período de tempo prolongado.

Lowthian (1979, p.358) afirma que uma pressão de 100 mmHg é suficiente para produzir escaras profundas em animais sadios.

Por sua vez Pfaudler (1968, p.38) mostrou que o máximo de pressão normalmente encontrado, no homem na posição deitado, é entre 50-100 mmHg. Para o indivíduo sentado, o nível de pressão é em torno de 80-200 mmHg.

Brunner & Suddarth (1993, p.17) afirmam que 32 mmHg é suficiente para ocluir capilares na pele e levar á formação de escaras. Por outro lado, Berecek (1975, p.158), cita estudos de Groth, que identificou dois grupos de escaras: as de forma superficial, benigna, e as de forma profunda, maligna.

As primeiras começam na superfície da pele e evoluem até atingir as camadas mais profundas e as segundas iniciam nos planos mais profundos e aflora à superfície.

Úlcera por pressão (UPP) é definida pela *National Pressure Sore Advisory Panel* (2007, p.34) como lesão de pele ou de tecido subjacente, geralmente localizada sobre uma proeminência

óssea, como um resultado de pressão ou combinação de pressão com cisalhamento. Um tratamento imediato e eficaz pode minimizar os danos à pele e tornar mais rápida a recuperação.

As úlceras de pressão também são conhecidas como úlceras de decúbito ou escaras. As escaras são áreas de necrose localizadas na pele e tecido subcutâneo produzidas por compressão (Brunner & Suddart 1993, p.20).

Reforçando este conceito, Snowden (1979, p.23) afirma que é qualquer lesão que tenha um rompimento da pele directa ou indirectamente associada com a pressão.

Autores como Campbell & Delgado (2000, p.39) preocupam-se com os pontos do corpo de maior risco para o surgimento das escaras; descrevem que são áreas de ulceração e necrose da pele que podem aparecer em qualquer parte do corpo, sendo mais frequentes nas regiões com proeminências ósseas, submetidas a prolongadas e repetidas pressões. Portanto, as proeminências ósseas que suportam o peso do corpo, recobertas apenas por pele e pequena quantidade de gordura subcutânea, são locais mais susceptíveis a abertura das escaras.

Brunner & Suddart (1993, p.18), destacam que 75% de todas as escaras se localizam no sacro, grande trocânter e tuberosidade isquiática. Outros pontos como maléolos e calcanhares, são também locais susceptíveis.

A escara ocorre quando a superfície corporal é comprimida pelas proeminências ósseas contra o colchão ou maca. O peso do corpo gera uma concentração da pressão nos pontos de contacto e provoca isquemia e anoxia tecidual, e em consequência disso as células sofrem um processo de auto-agressão. A interrupção do metabolismo celular provoca a liberação de enzimas pela ruptura de organelas citoplasmáticas, instalando-se o processo de necrose celular. A superfície da pele com tecido neurótico rompe-se e forma uma úlcera. Então os microorganismos instalam-se provocando uma infecção no local. Em contacto com os vasos linfáticos e sanguíneos, os microorganismos alcançam a corrente sanguínea provocando um quadro de sepsia. A infecção e a persistência da compressão provocam o comprometimento de estruturas corporais subjacentes, levando a situações irreversíveis e, muitas vezes, até a morte do paciente.

A escara constitui-se numa das mais sérias complicações no paciente acamado, a ser enfrentada pela equipe terapêutica.

Marinho (1985) concorda com Berecek (1975) e Bardsle et all (1964), quando tratam do problema das úlceras de decúbito sob o aspecto económico, afirmam que,

o preço de uma escara é triplo porque ela não só onera o paciente, mas também a equipe terapêutica e toda a comunidade. A formação de uma escara atrasa o programa de reabilitação do paciente, prolonga a separação de sua família e ainda põe em risco sua vida com o surgimento de outras complicações. O entusiasmo da equipe terapêutica é afectado porque a presença de um paciente com escaras, frequentemente, tem conotações de descuido e má assistência, provocando um sentimento de fracasso e culpabilidade. Por outro lado, a comunidade também é atingida porque a escara impede que o paciente retorne ao seu trabalho como um contribuinte potencial. Finalmente, o leito ocupado impede que outro paciente o use, aumentando assim a fila de espera dos indivíduos que necessitam hospitalização.

A incidência de escaras nos pacientes acamados é considerada como um factor negativo na avaliação da qualidade da assistência à clientela. Sendo o Enfermeiro o profissional incumbido do cuidado directo ao paciente, ele tem a responsabilidade de prever e prover os recursos necessários à prevenção e ao tratamento (cuidados) das escaras nas Instituições de Saúde e assim melhorar a sua imagem frente a comunidade.

2.2.3. Factores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão

2.2.3.1. Factores intrínsecos

Segundo Merck (1996, p.56), são factores intrínsecos:

Tolerância tecidual - A tolerância tecidual está relacionada com a capacidade tissular de suportar a pressão, resistindo à deformação e à formação de úlcera. A tolerância tecidual pode ser alterada por factores extrínsecos como humidade, fricção e cisalhamento e a factores intrínsecos como nutrição, idade avançada e baixa pressão arteriolar.

Alterações cutâneas - A pele seca, eritema e outras alterações da pele aumentam o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, além disso, a presença de hiperemia não reactiva aumenta o risco de desenvolvimento de UP estágio II. Portanto, os indivíduos com alteração da pele devem ser considerados como de risco para o desenvolvimento de UP.

Déficit Nutricional - A má nutrição constitui um elemento intrínseco bastante importante na formação das UP. O déficit nutricional pode desencadear alteração da fase inflamatória e da regeneração tecidual, bem como aumento do risco de infecção, sepses e morte. Alguns pacientes já entram no hospital desnutridos, enquanto outros, mesmo internados, em bom estado nutricional para procedimentos electivos, podem ter seu estado nutricional comprometido durante a sua hospitalização. Má nutrição é considerada um dos factores primários relatados para o desenvolvimento de UP, porque contribui para diminuir a tolerância do tecido à pressão.

Entre os problemas nutricionais, o déficit de proteínas implica maior risco, pois altera a pressão oncótica, desencadeando formação de edema; conseqüentemente, os tecidos moles ficarão mais susceptíveis à ruptura quando expostos à pressão local. Ademais, o transporte de nutrientes e a difusão de oxigênio tornam-se comprometidos em tecidos isquêmicos e edemaciados. Esse déficit é também associado à diminuição da resistência às infecções, devido à sua função no sistema imune.

Pessoas portadoras de UP têm apresentado baixos níveis de albumina sérica e proteínas totais. Há evidências de que a deficiência de alguns nutrientes, como arginina; vitaminas A, C, E; e zinco, aumentam o risco para o desenvolvimento de UP; pois tais elementos contribuem para o aumento da capacidade da pele de suportar pressão.

Hipotensão/Perfusão tecidual - A baixa pressão arteriolar diminui a tolerância da pele a pressão e aumenta o risco de isquemia com complicação de pressão externa. A hipotensão promove um *shunt* do fluxo sanguíneo na pele, acarretando diminuição da tolerância cutânea à pressão, fricção e cisalhamento. A baixa pressão arterial diastólica é indicativa de circulação periférica e perfusão tecidual insuficientes. Nível de pressão arterial diastólica menor que 60mmHg pode ser um indicador de paciente com alto risco para desenvolvimento de UP.

Idade - Com a idade avançada, ocorre diminuição da elasticidade, da textura, da circulação, do nível de reposição celular e do processo de cicatrização da pele, bem como da sensibilidade periférica, que são inerentes ao envelhecimento e, indubitavelmente, levam ao aumento do risco de trauma tegumentar. Essas mudanças acarretam ainda a diminuição da capacidade do tecido de distribuir a pressão mantida sobre ele, levam risco para UP. Cresce também a probabilidade de doenças crônicas ou desenvolvimento de distúrbios, muitos dos quais predispõem o idoso a desenvolver úlceras por pressão.

Mobilidade reduzida - A mobilidade reduzida afecta a capacidade de aliviar a pressão de modo eficaz. Também predispõe ao cisalhamento e à fricção se o paciente estiver confinado no leito ou na cadeira. Outro aspecto da mobilidade reduzida é aquele ligado ao paciente que passa por grande cirurgia. As operações duram muitas horas, enquanto o paciente permanece imóvel na superfície rígida da mesa de operação. A mobilidade também se reduz no período pós-operatório imediato, devido aos efeitos da anestesia, dor, analgésicos, infusões ou drenos.

Sensibilidade reduzida - A perda de sensação significa que o paciente não percebe a necessidade de aliviar a pressão, mesmo sendo capaz de fazê-lo, aumentando o risco para o desenvolvimento de UP.

Peso corpóreo - Pacientes emagrecidos geralmente apresentam as proeminências ósseas mais salientes e conseqüentemente, menos protegidos contra a pressão.

Por outro lado, é difícil mover os pacientes obesos, pois estão mais sujeitos a serem “arrastados” no leito, aumentando o risco de fricção e desenvolvimento de UP. Outro problema do paciente obeso é que o tecido adiposo é pouco vascularizado e não é elástico como outros tecidos, tornando-se mais vulnerável à pressão e propenso a romper-se. Além disso, a humidade do suor fica presa entre as dobras de gordura, causando maceração. Tanto os pacientes obesos quanto os emagrecidos podem apresentar mal estado nutricional, agravando o risco para desenvolvimento de UP.

Drogas - Sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, antidepressivos, analgésicos opiáceos e antiestamínicos podem causar sonolência excessiva reduzindo a mobilidade e a percepção sensorial predispondo ao risco para UP. Drogas vasoactivas, betabloqueadores e simpatomiméticos inotrópicos podem causar vasoconstrição periférica com conseqüente redução da perfusão tecidual aumentando o risco de desenvolvimento de UP.

Os glicocorticóides possuem a capacidade de suprimir a resposta inflamatória, diminuir a migração de macrófagos, reduzir os fibroblastos, a síntese de colágeno e sua força tênsil e diminuir a actividade da célula endotelial prejudicando todo o processo de contracção e epitelização de uma ferida, interferindo directamente na tolerância tecidual aumentando o risco de ruptura da pele pela pressão, fricção e cisalhamento.

Diminuição do nível de consciência - A diminuição no nível de consciência é considerada como um importante factor de risco no desenvolvimento das UP, especialmente por estar associada, directa ou indirectamente, à percepção sensorial, mobilidade, actividade e a pressão. Pacientes com diminuição do nível de consciência podem não sentir o desconforto causado pela pressão por déficite de sensibilidade ou de percepção sensorial; ou não estão alertas o suficiente para movimentar-se espontaneamente; podem estar confusos para responder ao comando de se mover ou talvez tenham incapacidade física de mudar de posição. Além disso, podem estar restritos por motivo de segurança ou recebem sedativos. Conseqüentemente, não há o alívio da pressão sobre os tecidos nas áreas de proeminências ósseas, com significativo aumento de risco de desenvolvimento de UP nessas áreas.

Dor - Implica directamente no conforto e diminuição da mobilidade do paciente predispondo ao risco de desenvolvimento de UP.

2.2.3.2. Factores extrínsecos

Ainda segundo Merck (1996, p.53) fazem parte dos factores extrínsecos:

Humidade - A humidade, como um factor de risco extrínseco para as UP, pode estar associada às alterações do nível de consciência além de outras condições neurológicas periféricas, sendo, na maioria das vezes, consequências das incontinências urinárias e fecais, drenagem de feridas, transpiração e restos alimentares. A humidade aumenta os efeitos da pressão sobre a pele, predispondo-a necrose e à maceração, tornando-a mais vulnerável às lesões, além de provocar a adesão das roupas da cama e do vestiário à pele, potencializando a acção das forças transversais: cisalhamento e fricção.

O mecanismo pode ser explicado pelo facto de a humidade alterar a resistência da epiderme às forças externas e conter resíduos. No caso da urina, como os produtos amoniacais decorrentes da decomposição da ureia alteram o pH da pele, há predisposição do aumento da permeabilidade. Em relação à incontinência fecal, além de promover a humidade, expõe o paciente ao atrito mecânico no momento da limpeza da região, acarretando o aparecimento de fissuras e lesões que funcionarão como porta de entrada aos microorganismos causadores de infecção. A diarreia é bastante cáustica à pele, podendo causar sua ruptura em curto espaço de tempo (Merck 1996, p.54).

Pressão (intensidade e duração) - A pressão aplicada com grande intensidade durante um curto período ou com menos intensidade durante um período mais longo, resulta no fechamento capilar. A pressão normal de fechamento capilar é de aproximadamente 32mmHg nas arteríolas e 12 mmHg nas vénulas. A pressão externa maior que 32mmHg prejudica o fluxo sanguíneo para com conseqüente interferência na oxigenação e nutrição dos tecidos envolvidos, além do acúmulo de subprodutos tóxicos do metabolismo que levam a anoxia tissular e morte celular (Merck 1996, p.54).

Fricção - Ocorre quando duas superfícies são esfregadas uma na outra, resultando em abrasão, podendo formar bolhas. A fricção geralmente ocorre em pacientes com déficit de mobilização, que arrastam o seu corpo sobre uma superfície de apoio ou são arrastados no leito pelos profissionais de saúde. Isso remove as camadas superiores de células epiteliais. A humidade exacerba o efeito da fricção (Merck 1996, p.55).

Cisalhamento - Resultante da interacção entre fricção e a gravidade, exercendo forças paralelas contra a pele. Ocorre em consequência da movimentação ou posicionamento incorrecto, geralmente quando a cabeceira da cama é elevada acima de 30° ou quando o paciente está na posição sentada. O cisalhamento ocorre quando o paciente desliza na cama ou na poltrona. As

forças de cisalhamento podem deformar e romper os tecidos e vasos sanguíneos, favorecendo o desenvolvimento da UP. É mais comum na região sacra e coccígea (Merck 1996, p.55).

2.2.4. Regiões corporais vulneráveis e com presença de sondas, tubos e drenos

Segundo Cruz, (2015, p.90), as regiões do corpo humano com mais vulnerabilidade são:

- Região temporal e occipital do crânio;
- Orelhas;
- Escápulas;
- Processos espinhosos;
- Ombros;
- Cotovelos;
- Sacro;
- Cócix;
- Tuberosidades isquiáticas (glúteos);
- Trocânteres;
- Joelhos;
- Maléolos;
- Metatarsos;
- Calcâneos;
- Dedos;
- Áreas corpóreas submetidas a medidas anti-embólicas, como o uso de meias elásticas;
- Áreas onde a pressão, fricção e cisalhamento são exercidas durante as actividades de vida diária, como as mãos de usuários de cadeiras de rodas;
- Partes do corpo em contacto com equipamentos (oxímetro de pulso, drenos, sondas e cânulas).

2.2.5. Identificação e avaliação de risco para lesão por pressão

2.2.5.1. Identificação do paciente em risco

Segundo Cruz, (2015, p.92), o paciente em risco de desenvolver lesão por pressão é identificado pelo enfermeiro utilizando 5 factores escolhidos por enfermeiros da internação denominados “5 is” a saber:

- Insuficiência sensorial e motora
- Insuficiência nutricional

- Incontinência
- Inatividade
- Imobilidade

2.2.5.2. Avaliação de risco para lesão por pressão

A Escala de Braden é um instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão. Esta escala apresenta uma sensibilidade maior e é mais específica, oferecendo maior eficiência na avaliação. A avaliação inicial deve ser na admissão do paciente. Após sua aplicação e somatório dos pontos, o paciente é classificado quanto ao risco para aparecimento das lesões. São analisados os factores de risco associados e medidas específicas de prevenção são implantadas (Borghardt, 2015, p.27).

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhuma problema	-

Figura 1: Escala de Braden
Fonte: NPUAP, 2014.

2.2.6. Classificação da lesão por pressão

Conforme Valles & cols (2016, p.45) os cuidados da enfermagem prescritos para no manejo da lesão por pressão partem do diagnóstico de enfermagem na integridade da pele prejudicada, sendo o mais indicado a este tipo de pacientes. A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele são uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional nas alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planeamento dos cuidados com o paciente portador de UPP. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

As UPP são classificadas de acordo com o grau de comprometimento tecidual observado. A classificação mais utilizada é a estabelecida na Conferência da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), em 2007.

Segundo NPUAP (2007, p.23) a classificação de UP abrange desde o aparecimento de alterações da pele até o estadiamento das lesões propriamente ditas e se organiza segundo os critérios abaixo descritos:

Suspeita de lesão tissular profunda: Área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta devidas a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.

Lesão tissular profunda pode ser de difícil detecção em indivíduos com pele de tonalidades mais escuras. A sua evolução pode incluir uma pequena bolha sobre o leito escurecido da ferida. A lesão pode evoluir e ficar coberta por uma fina escara e pode ser rápida com exposição de camadas tissulares adicionais mesmo com tratamento adequado.

Estágio I: Pele íntegra com eritema que não embranquece com mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo (NPUAP 2007, p.27).

A área pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Feridas em estágio I podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele com tonalidades escuras. Pode indicar pessoas “em risco” (um sinal precursor de risco).

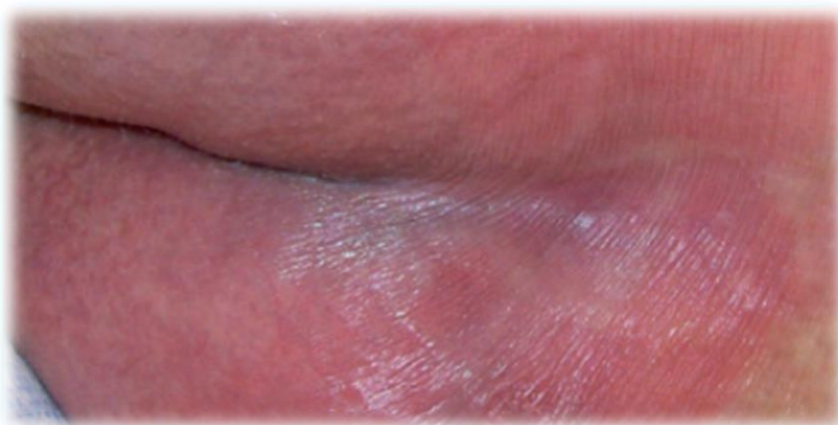


Figura 2: UP - Estágio I
Fonte: Qaseem A, et al, 2015

Estágio II: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, húmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida (NPUAP 2007, p.27).

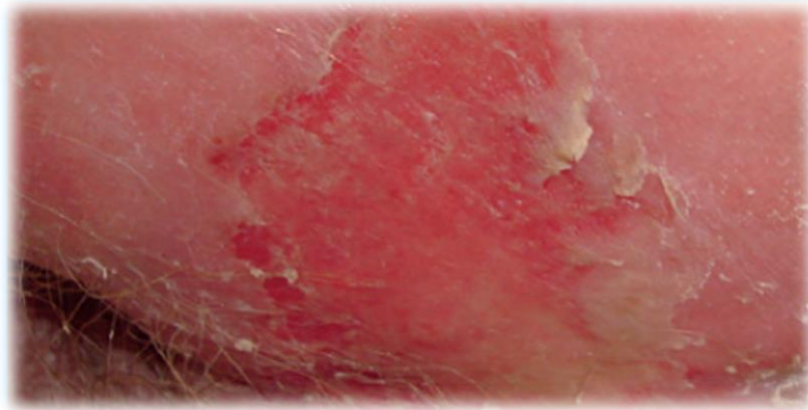


Figura 3: UP - Estágio II
Fonte: Qaseem A, et al, 2015

Estágio III

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epibolia (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e/ou necrose (escara) pode estar visível. Podem ocorrer descolamento e túneis (NPUAP 2007, p.29).

A profundidade da úlcera por pressão em estágio III varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. Em arroxamento (aspecto de equimose). Este estágio não deve ser usado para descrever *skin tears*, abrasões por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriação (NPUAP 2007, p.29).

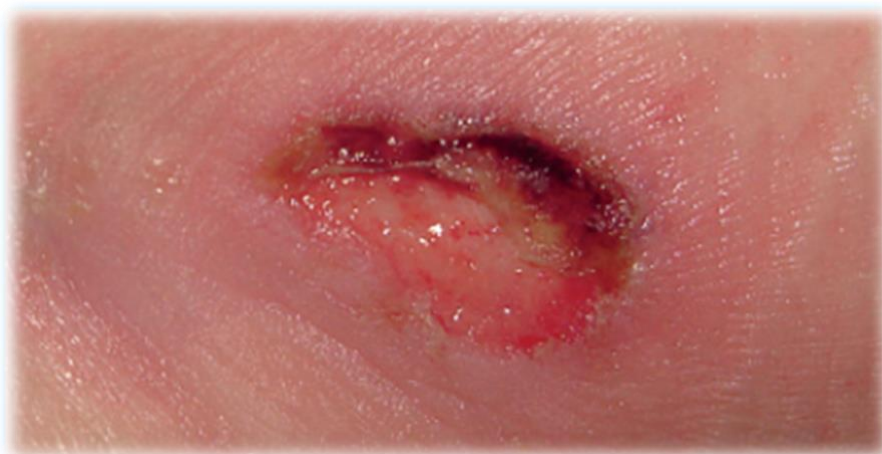


Figura 4: UP - Estágio III
Fonte: Qaseem A, et al, 2015

Estágio IV: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpção directa da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou necrose (escara) pode estar visível. Epibolia (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente (NPUAP 2007, p.30).

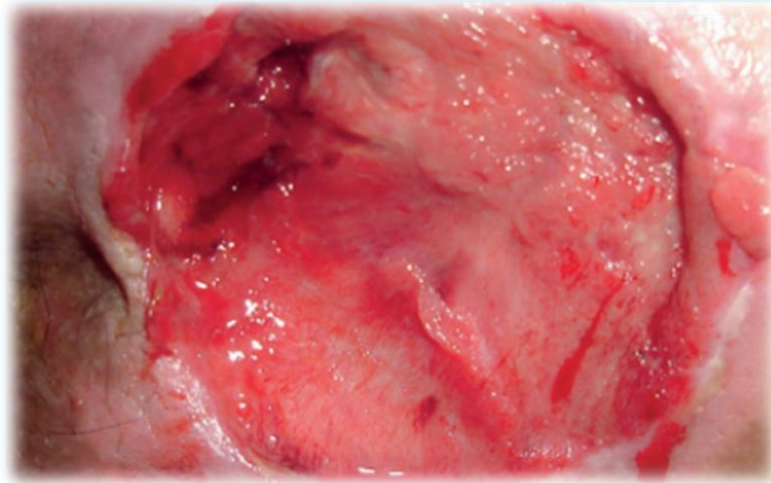


Figura 5: UP - Estágio IV
Fonte: Qaseem A, et al, 2015

A profundidade da úlcera por pressão em estágio IV varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. As úlceras em estágio IV podem estender-se aos músculos e/ou estruturas de suporte (como fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso/tendão é visível ou directamente palpável.

2.2.7. Úlceras que não podem ser classificadas (indeterminadas)

Lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão.

Para Knoll (1996, p.78), a verdadeira profundidade e, portanto, o estágio da úlcera não pode ser determinado até que suficiente esfacelo e/ou escara sejam removidos para expor a base da úlcera. Escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como “cobertura natural (biológica) corporal” e não deve ser removida.

2.2.8. Dificuldades para identificação da úlcera por pressão

Segundo Cambell (1985, p.65), a existência de inúmeras ulcerações cutâneas e suas variedades etiológicas e semelhanças clínicas podem dificultar a identificação e classificação da úlcera por pressão pelos enfermeiros. O conhecimento das características clínicas dessas alterações cutâneas é de extrema importância para o diagnóstico e conduta correcta, em que pese o impacto em demora na cicatrização da úlcera até aumento da probabilidade de infecções, tempo de internação, entre outros.

De acordo com Declair (1995 p.6), a avaliação por um enfermeiro especialista ou pelo médico pode auxiliar no diagnóstico diferencial entre úlcera por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites, cujas avaliações e tratamentos evoluem de forma diferenciada. Essa diferenciação é um passo de grande importância na qualidade da gestão do cuidado da úlcera e correcta e adequada documentação de seu tratamento.

2.2.9. Avaliação do paciente com foco na prevenção de UP

A qualidade com que o cuidado do paciente é gerenciado está directamente relacionada à capacidade da avaliação inicial em realizar uma detecção precoce dos factores de risco associados e à escolha correcta de medidas preventivas a serem implantadas. Por essa razão, as directrizes internacionais têm ressaltado a importância de uma boa avaliação de factores de risco, como forma de provisão adequada de cuidados.

De acordo com DEF (*Dicionário de Especialidades Farmacêuticas* 1996), recomenda-se a utilização de uma avaliação de riscos estruturada (*Nível de evidência C*) que poderá ser baseada em escalas preditivas, cuja mais utilizada na literatura é a Escala de Braden. (Escala de Braden Q, para crianças de 1 a 5 anos e Escala de Braden, para pacientes com mais de 5 anos).

A escala de Braden, por ser a mais utilizada medida preditiva, tem norteado boa parte das directrizes de cuidado. Esta é composta pelos seguintes factores riscos ou sub-escalas: percepção sensorial, mobilidade e actividade, nutrição, fricção e cisalhamento, humidade e perfusão tissular e oxigenação para a Braden Q. A pontuação absoluta de um paciente em uma escala preditiva, contudo, deve ser acrescida de uma avaliação clínica e abrangente, que considere outras comorbidades e condições do paciente, incluindo aqui a contribuição de outras equipes multiprofissionais, viabilizando assim que um plano de prevenção adequado seja implantado (Declair (1995 p.7).

Para este autor, essa avaliação do paciente, para detecção precoce de riscos para desenvolvimento de UP, deve ocorrer na admissão, com reavaliação em intervalos regulares ou na ocorrência de alterações clínicas. Recomenda-se, para algumas unidades específicas o intervalo de reavaliações em:

- a) Pacientes agudos a cada 24 horas;
- b) Pacientes de longa permanência uma vez por semana no primeiro mês e a cada três meses;
- c) *Home care* no momento da visita do enfermeiro.

Segundo DEF (1996, p.11), qualquer que seja o padrão de riscos utilizados, a prevenção de UP se inicia em uma boa inspeção da pele. A inspeção da pele deve ser realizada no sentido Céfalopodal, norteada pela avaliação das áreas conhecidas por serem mais vulneráveis. Habitualmente esta avaliação é melhor conduzida ao vestir ou despir o paciente (antes ou após banho) a fim de visualizar melhor as áreas de maior risco. É bom lembrar que qualquer dispositivo compressivo (cinta, meia anti-embolica etc) deve ser removido antes desta inspeção (*Nível de evidência C*).

A avaliação global da pele para as áreas de hiperemia não reactiva exige uma inspeção visual e táctil, sendo que as primeiras indicações de uma úlcera por pressão em desenvolvimento incluem:

- Mudança de coloração (vermelhidão/ eritema);
- Alteração da textura da pele;
- Alteração da sensibilidade da superfície da pele.

Em pessoas negras, os seguintes sinais podem indicar o desenvolvimento de UP:

- Eritema persistente (hiperemia não reactiva);
- Bolhas;
- Descoloração (áreas localizadas de coloração roxa/ azul);
- Calor, edema e endurecimento localizado.

O intervalo de inspeção das condições da pele deve ser menor que o padrão de avaliação de risco para UP. Assim, é necessário que a pele seja inspeccionada pelo menos uma vez por dia para pacientes com baixo risco, evoluindo para até três vezes ao dia para aqueles cujo risco seja alto ou muito alto. Pode ser necessário, entretanto, o aumento dessa frequência na ocorrência de piora do estado clínico do paciente (**Nível de evidência B**) (DEF 1996 p.13).

2.2.10. Aplicação das medidas preventivas

Segundo DEF (1996, p.15), percepção sensorial, mobilidade e actividade prejudicada:

- Manter pacientes de risco em superfície de redistribuição de pressão (**Nível de evidência A**);

- Pacientes que não toleram reposicionamento frequente deverão, preferencialmente, estar sob superfícies de apoio dinâmico (**Nível de evidência B**);
- Os calcâneos devem ser mantidos livres de pressão, com o auxílio de um travesseiro na região posterior da perna, permitindo que os joelhos apresentem ligeira flexão. (**Nível de evidência C**);
- Use uma almofada ou travesseiro debaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes (**Nível de evidência B**);
- Use uma almofada de assento de redistribuição de pressão em indivíduos sentados em uma cadeira (**Nível de Evidência B**). Alerta-se que não é recomendável a utilização de materiais de pele de carneiro sintética, dispositivos recortados em forma de anel ou donut, e luvas cheias de água.
- A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (**Nível de evidência A**);
- A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas a característica do paciente (**Nível de evidência C**) e pelas superfícies de apoio em uso (**Nível de evidência A**);
- Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos (**Nível de evidência C**);
- Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente directamente sobre sondas e drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reactiva. O rubor indica que o organismo ainda não recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas (**Nível de evidência C**). Reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de SemiFowler, e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o indivíduo puder tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir;
- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira de tal forma que a posição centre a pressão ao nível do sacro e cóccix (**Nível de Evidência C**);
- Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés (**Nível de Evidência C**);
- Quando os pés não apoiam no chão, o corpo desliza para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a flectir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal;

- Restrinja o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão (**Nível de Evidência B**). Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área de carga mais alta é a pressão, conseqüentemente, sem alívio da pressão, a UP surgirá muito rapidamente.

2.2.10.1. Manejo da humidade

As recomendações para o manejo da humidade são definidas de acordo com o DEF (1996, p.18). São elas:

- Limpar a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele;
- Utilizar hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos uma vez ao dia (**Nível de Evidência B**). A pele seca parece ser um factor de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras por pressão;
- Não massagear áreas de proeminências ósseas e/ou áreas hiperemiadas durante a hidratação da pele (**Nível de Evidência B**). A massagem está contra-indicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão;
- Não esfregue vigorosamente a pele do paciente em risco de desenvolver úlcera por pressão (**Nível de Evidência C**). Além de ser doloroso, o acto de esfregar a pele pode também causar destruição tecidual leve ou provocar uma reacção inflamatória, especialmente na pele frágil dos idosos;
- Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão (**Nível de Evidência C**). As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de humidade assim como a sua função de regulação da temperatura;
- Controlar a humidade através da determinação da causa; usar absorventes ou fraldas;
- Quando possível, oferecer uma comadre ou papagaio em conjunto com os horários de mudança de decúbito.

2.2.10.2. Estado nutricional alterado

Segundo Martins et al (1996, p.35), o estado nutricional deve ser controlado mediante acções:

- Notificar todos os indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de úlcera por pressão para o nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de UP;
- Avaliar e comunicar ao profissional responsável (o nutricionista e/ou equipe médica) sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional, tais como: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (<60% das necessidades nutricionais entre cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem;
- Avaliar junto ao profissional responsável (o nutricionista e/ou equipe médica) a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão (**Nível de evidência A**).

2.2.10.3. Manejo da fricção e cisalhamento

DEF (1996) recomenda:

- Elevar a cabeça da cama até no máximo 30° e evitar pressão directa nos trocânteres. Limitar o tempo de cabeceira elevada, e não elevar acima de 30°, pois o corpo do paciente tende a escorregar ocasionando fricção e cisalhamento (**Nível de Evidência C**);
- A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito, para evitar fricção ou forças de cisalhamento – deve-se ainda verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual (**Nível de Evidência C**);
- Utilizar quadro balcânico para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário;
- Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas para evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção.

2.2.10.4. Monitoramento

- Notificação obrigatória dos eventos de úlcera por pressão, com investigação e análise.

- Adequado registro para:
 - a) Avaliação de risco identificada na admissão;
 - b) Tempo de reavaliação segundo risco identificado;
 - c) Aplicação das medidas preventivas de UP;
 - d) Avaliação da pele e registro dos achados;
 - e) Local e número de UP desenvolvidas;
 - f) Características das UP (localização, estadiamento, tamanho, tecido, exsudato) (DEF 1996).

2.2.11. Prevenção

2.2.11.1. Cuidando da pele

- Identificar sinais precoces de lesões causadas por pressão;
- Utilizar Ácidos Graxos Essenciais (AGE), cremes de barreiras, filmes transparentes para proteção da pele;
- Identificar sinais de ressecamento, rachaduras, eritema, maceração, fragilidade, calor e endureção;
- Uso de creme de barreira e sonda rectal (se necessário para desvio de efluente);
- Hidratar pele (NPUAP 2007, p.33).

2.2.11.2. Reduzindo a humidade

- Identificar e tratar causas de humidades;
- Realizar higiene íntima após cada troca de fralda;
- Incentivar o uso de comadre e dispositivos urinários (exemplo: jontex), mantendo as roupas de cama sempre secas (NPUAP 2007, p.33).

2.2.11.3. Avaliando a pressão

- Realizar mudanças de decúbito a cada 2-3 horas;
- Utilizar dispositivos de alívio de pressão tais como: colchões especiais (colchão pneumático), travesseiros, almofadas de gel;
- Aumentar a superfície de apoio na região onde está sendo exercida a pressão;
- Proteger calcâneo manter os membros inferiores aquecidos;
- Não utilizar almofadas tipo “donut” com furo no meio, realizar a elevação do calcâneo, não usar luvas com água para apoiar os calcâneos. Não é aconselhável massagear as áreas proeminências ósseas e hiperemiadas (NPUAP 2007, p.34).

2.2.11.4. Reduzindo a fricção e cisalhamento

- Realizar transferências e movimentações do cliente com o auxílio de coxins e apoios;
- Posicionar o paciente no leito de forma correcta.

2.2.11.5. Estimulando a movimentação

- Estimular a movimentação activa, no caso do paciente restrito ao leito, sob acompanhamento;
- Estimular o paciente a sentar no leito e/ou fora do leito com auxílio, minimizando o risco de quedas (NPUAP 2007, p.34).

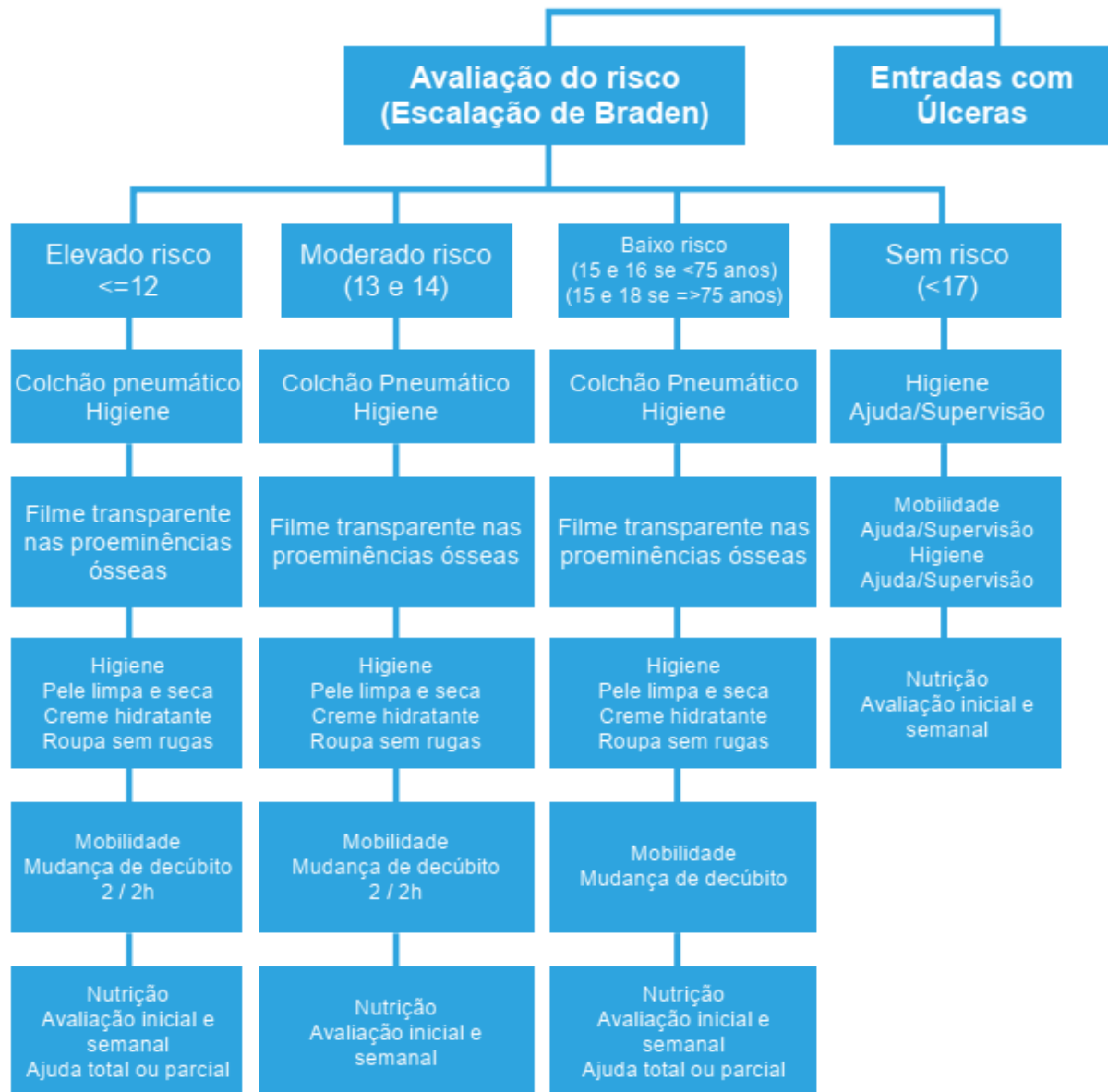


Ilustração 1: Fluxograma de prevenção

Fonte: Vasconcelos, 2014, p.60.

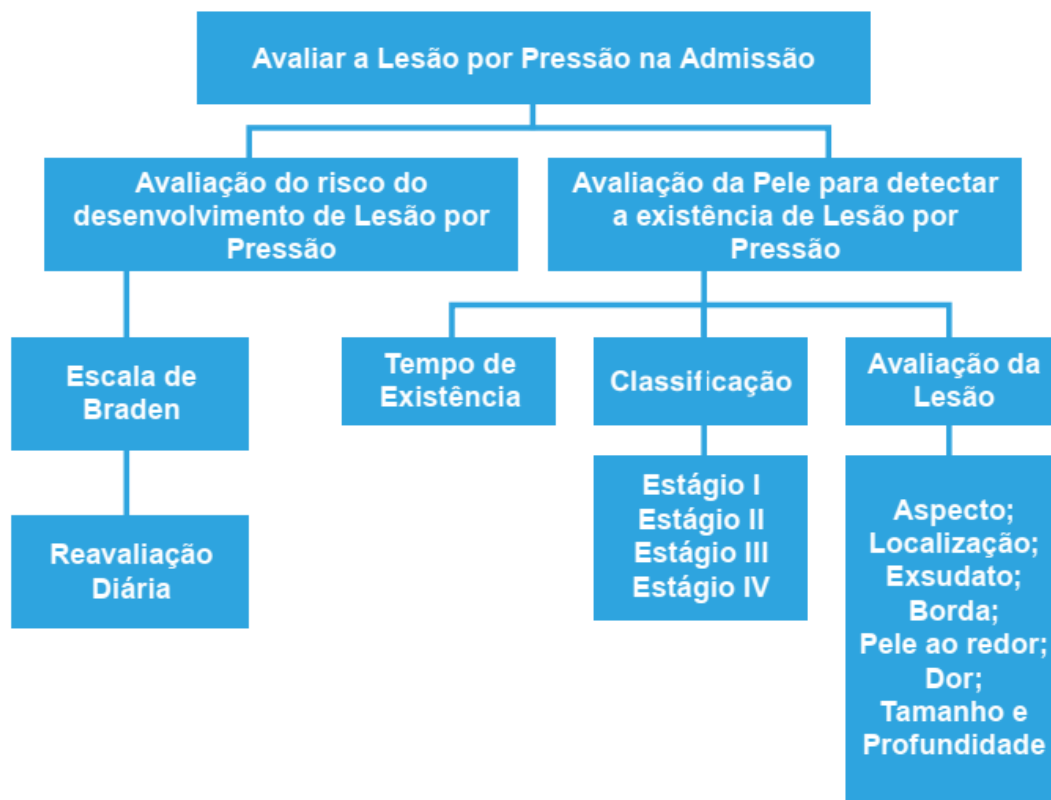


Ilustração 2: Etapas de prevenção

Fonte: Vasconcelos, 2014, p.61.

2.2.12. Avaliação da lesão por pressão: aspecto

Epitelização - Migração e multiplicação de células epiteliais sobre uma superfície desnuda durante o processo cicatricial.

Granulação - Formação e crescimento de um tecido vascular novo (angiogénese) pelas células endoteliais dos vasos sanguíneos e uma matriz rica em colágeno segregada pelos fibroblastos.

Desvitalização - Proteína formada a partir do fibrinogénio pela acção proteolítica da trombina durante a coagulação normal do sangue. Pode recobrir toda a extensão da úlcera ou se apresentar em alguns pontos (Malagutti 2010, p.85).

Necrose - Corresponde ao tecido morto, desidratado, podendo estar presente também o pus e o material fibroso, que favorecem a multiplicação de microrganismos.

Necrose coagulação (escara): seca e endurecida com coloração de branca a preta.

Necrose liquefacção (esfacelo): amolecida com coloração amarelada.

2.2.13. Realização do curativo

Segundo Moraes, et al., (2013, p.43), o curativo ideal deve proporcionar conforto ao paciente, ser de fácil aplicação e remoção, não exigir trocas frequentes, ter uma boa relação custo-benefício.

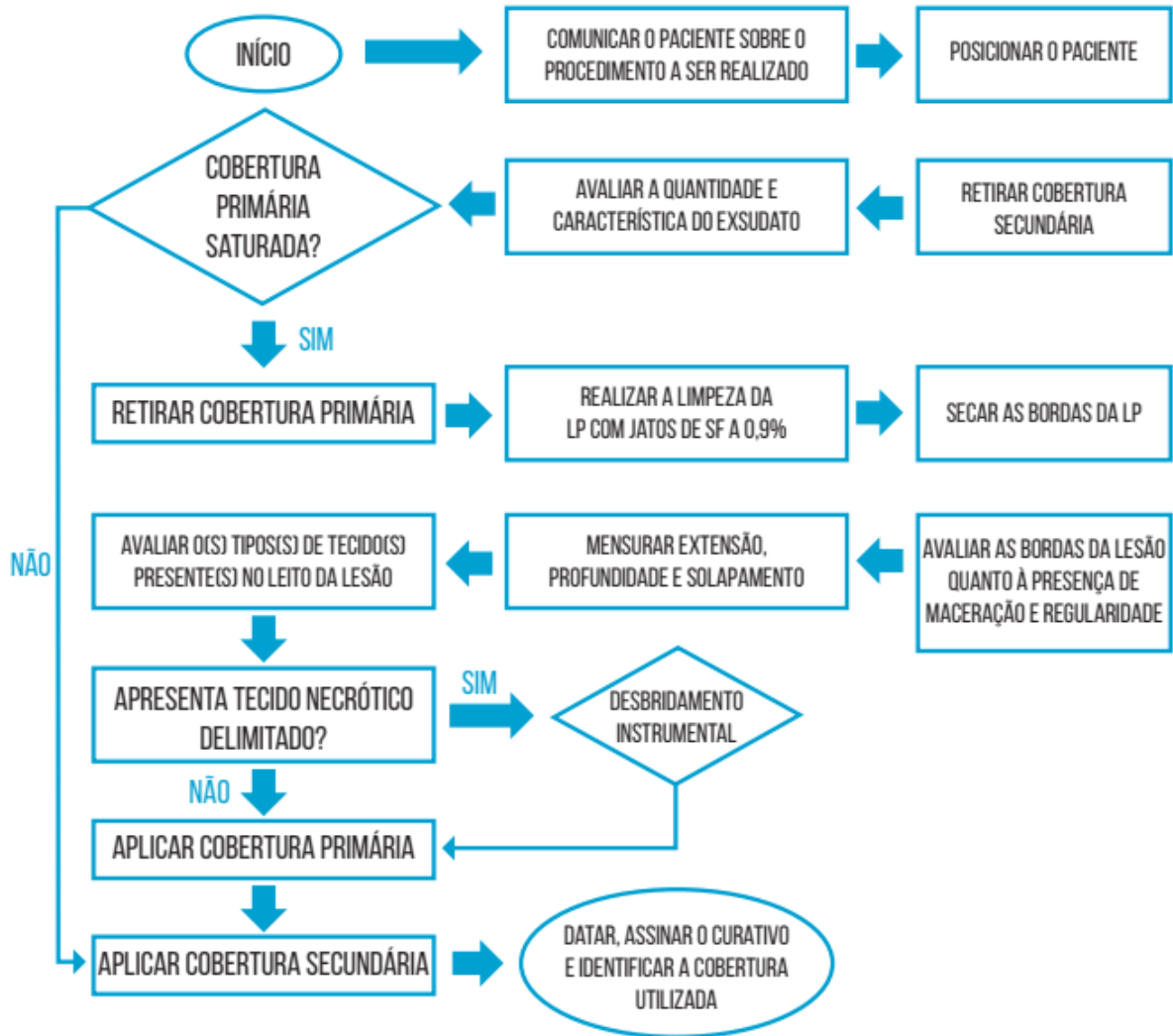


Ilustração 3: Fluxograma das etapas constituídas do processo de realização de curativo.

Fonte: Moraes, et al., 2013, p.19.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE PESQUISA

Para Ruiz, (1996, p.131) Método é “o conjunto de etapas e processos a serem vencidos ordenadamente na investigação dos factos ou na procura da verdade”.

Para esta pesquisa usou o método hipotético-dedutivo.

Segundo Lakatos e Marconi (1995, p.106), Hipotético-dedutivo: que se inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos acerca da qual se formula hipóteses e, pelo processo dedutivo, testa-se a ocorrência de fenómenos abordados pela hipótese.

3.1. Tipos de pesquisa

Quanto ao tipo, esta é uma pesquisa Explicativa uma vez que pretende trazer à tona as acções desenvolvidas no HCN com vista a eliminar os casos de escaras de decúbito na região de ocorrência da úlcera.

De acordo com Gil (2002, p.42) “as pesquisas descritivas têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de colecta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática”.

3.1.1. Pesquisa quanto aos objectivos

Quanto aos objectivos, trata-se de uma pesquisa Exploratória. Nesta pesquisa fez-se um estudo aprofundado sobre a incidência de casos de escaras de decúbito, seus factores adjacentes e como as entidades de saúde lidam com este problema.

Para Gil (2002, p.42) “Pesquisa exploratória: Esta pesquisa tem como objectivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso”.

3.1.2. Pesquisa quanto a abordagem

Quanto a abordagem, é uma pesquisa quantitativo-qualitativa. Esta pesquisa visa buscar dados comprovativos da ocorrência das escaras de decúbito no HCN, com base em técnicas de pesquisa como questionários, entrevistas e observação para posterior elaboração de um relatório.

Lakatos (1991, p.63) afirma que pesquisas qualitativas são elaboração de um relatório, levantamento de dados de empresa, formulação de dados, elaboração de um questionário, observação de dados e a descrição, porque o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenómenos que estuda –acções dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social – interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação.

3.1.3. Pesquisa quanto aos procedimentos

Trata-se de um estudo de caso, que segundo Gil (2002, p.54) é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objectos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados.

3.2. Técnicas e instrumentos de colecta de dados

Segundo Oliveira (1996, p. 296), entende-se por técnicas ao conjunto de processos operativos ou operações simples, que nos permitem pesquisar algo, enquanto por método ao processo de selecção de técnicas de pesquisa adequadas ao trabalho que se pretende fazer, o controlo da sua utilização e integração dos resultados.

Para a pesquisa, usou, o questionário e a observação, como instrumento de colecta de dados.

3.2.1. Questionário

Para Gil (1999, p.128), pode ser definido “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”.

Para esta pesquisa, previu-se o uso de um guião, contendo uma série ordenada de perguntas que deverão ser respondidas pelos envolvidos da pesquisa preenchidos e posteriormente devolvidos a pesquisadora.

3.2.2. Observação

Segundo Alarcão e Tavares (1987, p.62) cit por Dias etal (2008), “a observação é o conjunto de actividades destinadas a obter informações sobre o que se passa (...) com a finalidade de, mais tarde, proceder a uma análise do processo”.

Foi uma observação participativa com um bloco de notas, um lápis e uma esferográfica para registar toda a informação da observação. Para auxiliar a observação, elaborou se uma grelha de observação que se encontra em anexo neste projecto.

3.3. Universo da pesquisa

De acordo com Gil (2002, p.41) Universo ou população é um “conjunto de elementos que possuem determinada característica”.

Para esta pesquisa, teve como universo, 30 funcionários do sector da cirurgia II e Administrativo.

3.4. Amostra

Gil (2002, p.88) afirma que amostra é a “parcela convenientemente seleccionada do universo (população); é um subconjunto do universo”.

Portanto, a pesquisa teve como amostra: 15 inquiridos, sendo 14 enfermeiros, 1 administrativa. São funcionários da Cirurgia II. Trata-se de uma amostra probabilística.

Para Lakatos & Marconi (2003 p. 224), este tipo de amostragem baseia-se na escolha aleatória dos pesquisados.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Neste capítulo apresentam-se os dados obtidos ao longo desta pesquisa, que resultaram de uma observação e questionário e foram compreendidos como acontecem na realidade, e confrontados com as teorias existentes a respeito do assunto investigado.

Para Gil (1999, p.168) a interpretação tem como objectivo a procura de sentido mais amplo das respostas, o que foi mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

E para Teixeira (2003) análise e interpretação de dados são processos intrínsecos, isto é, estão intimamente vinculados um do outro.

Para a compilação dos dados colhidos, o autor faz-se apoiar por softwares como o Ms Office Excel para efeitos de cálculos estatísticos, moldagem das tabelas e dos respectivos gráficos.

Em seguida são apresentados em pontos pertinentes relacionados com as variáveis e hipóteses levantadas na pesquisa, iniciando com as questões colocadas aos enfermeiros da cirurgia II, seguida das perguntas feitas a administrativa.

Parte I: Questões colocadas a responsável da cirurgia II do HCN

1. Sabe-se que o sector da cirurgia II recebe e atende casos de traumatismo vertebro-medular. Em média quantos casos são assistidos em 1 mês?

Esta questão foi colocada especificamente a responsável administrativa da cirurgia II com vista a apurar-se o número de casos de TVM atendidos em média de 1 mês. Segundo a entrevistada são atendidos 10 casos.

a) Se sim, em média quantos casos?

Para a inquirida, dos 10 casos de TVM em média que dão entrada na cirurgia II dos HCN, pelo menos 3 desenvolvem lesões por pressão. Este número não é tão alto, mas precisa ser levado em conta com vista a se saber como são tratados.

Parte II: questões colocadas aos enfermeiros da cirurgia II do HCN

1. A quanto tempo trabalha nesta cirurgia?

Esta questão tinha como objectivo apurar os anos de trabalho dos inquiridos assim como a sua experiência. Portanto, foi possível apurar que 53,3% destes trabalham a mais de 5 anos na

devida área, seguida de 26,6% que estão entre 3 a 5 anos, 13,3% de 1 a 3 anos e finalmente 6,6% que se trata de um funcionário apenas ainda não fez 1 ano de trabalho. Com isto entende-se que na sua maioria possuem experiência de trabalho.

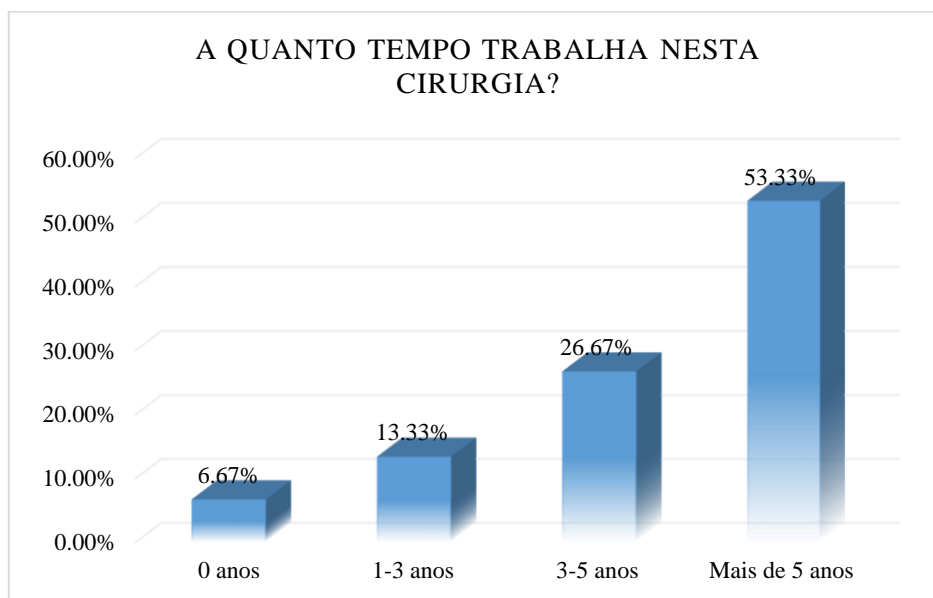


Gráfico 1: Tempo de trabalho

Fonte: A Autora 2023

2. Nos seus trabalhos tem assistido pacientes com Traumatismo Vertebro-Medular (TVM)?

Com esta pergunta a pesquisadora pretendia saber sobre o dia-a-dia dos profissionais afectos na cirurgia II em especial se estes lidam com casos de TVM, ao que se indagou-se 15 funcionários, sendo que todos eles (100%) firmam que cuidar de casos de TVM faz parte da sua rotina diária dando a entender que estes têm um cúmulo de experiências nesta área de trabalho.

3. Quais as causas do TVM mais frequentes, os pacientes apresentam?

Na maioria dos casos que dão entrada na Cirurgia II são causados pelo acidente de viação (AV), assim afirmam 85,7% dos 15 inquiridos, seguida de espondilose cervical ou lombar e Osteoporose com 7,1% cada uma respectivamente. Esta situação faz perceber que os acidentes de viação lideram a lista das causas dos TVM, o que sugere algum trabalho a ser feito de modo a colmatar este mal.

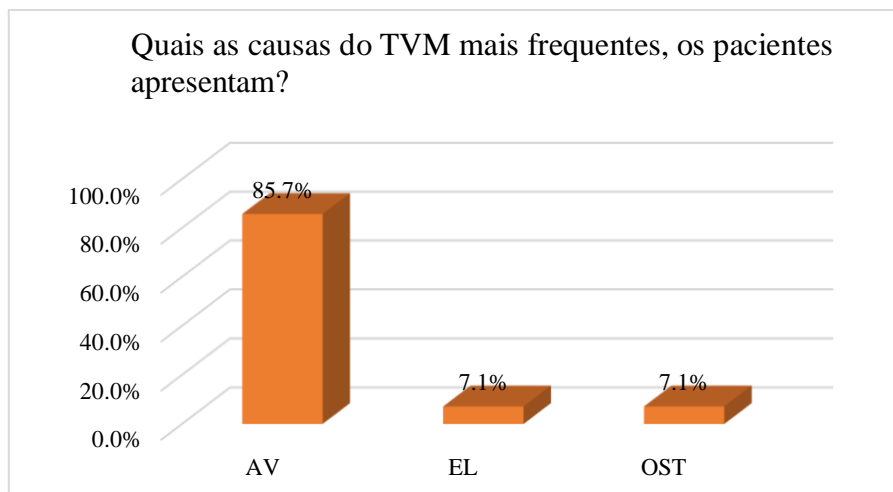


Gráfico 2: Causas do TVM

Fonte: A Autora 2023

4. Os pacientes com TVM têm desenvolvidos escaras de decúbito?

Com esta pergunta desejava-se entender se tais pacientes com problemas de TVM desenvolviam escaras de decúbito após muito tempo de cama. Para todos inquiridos em 100% os pacientes têm apresentado escaras de decúbito passado algum tempo acamados. Aqui percebe-se que falar de EC não se trata de um conceito novo, mas sim de um mal que todos conhecem e que precisa de ser colmatado.

5. Desses casos na sua maioria são pacientes acamados ou em cadeiras de roda?

O objectivo desta pergunta visava saber se os doentes que desenvolvem as EC são acamados ou em cadeira de roda. Sendo assim questionou-se e foi possível apurar-se que estes tratam de pacientes acamados. Esta informação foi dada por todos indagados.

6. Que factores de risco fazem com que ocorram casos de Escaras de decúbito nos tais pacientes?

Dos 15 inquiridos, 3 destes correspondendo a 21,4% indicaram como factores de risco das escaras, a Sensibilidade reduzida (SR) seguidos de 9 indivíduos que perfazem 64,3% que dizem tratar-se de Pressão e 2 (14,3%) que apontam Mobilidade reduzida (MR). Fica claro que as escaras desenvolvidas pelos pacientes com TVM são originadas pela pressão exercida por estes sobre o leito isto durante longo tempo na mesma posição uma vez que estes têm a sua mobilidade comprometida.

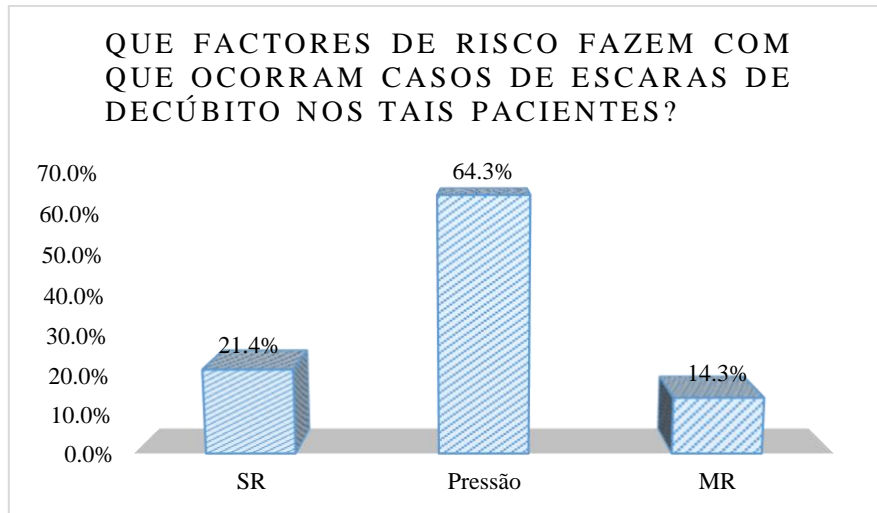


Gráfico 3: Factores de risco das escaras de decúbito.

Fonte: A Autora 2023

7. Quais os aspectos levados em consideração na identificação do paciente em risco?

Partindo do gráfico abaixo ilustrado pode-se verificar que a imobilidade constitui como principal aspecto levado em consideração na identificação de pacientes em riscos de desenvolver as escaras (92,9%), seguida da insuficiência sensorial motora com 7,1%.

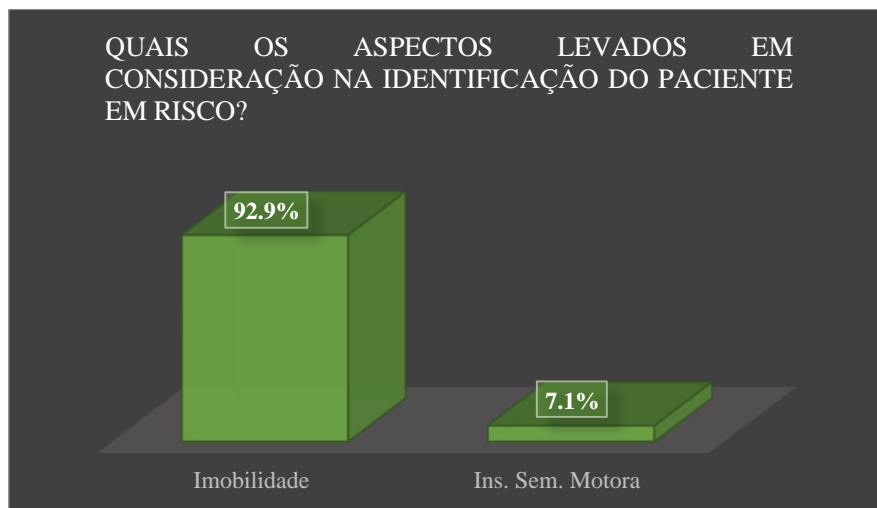


Gráfico 4: Identificação de pacientes em risco de desenvolvimento de escaras.

Fonte: A Autora 2023

8. Que cuidados são prestados aos pacientes com escara de decúbito nesta unidade hospitalar?

Quanto ao tratamento de pacientes que desenvolvem as escaras de decúbito, é realizado certos curativo e troca de posição dos pacientes, afirmam 78,6% dos inquiridos. Por sua vez 21,4%

dizem fazer-se apenas o manejo da humidade. Tanto uns quantos os outros dão a perceber que são prestados cuidados necessários aos doentes com escaras, assim ilustra o gráfico abaixo.

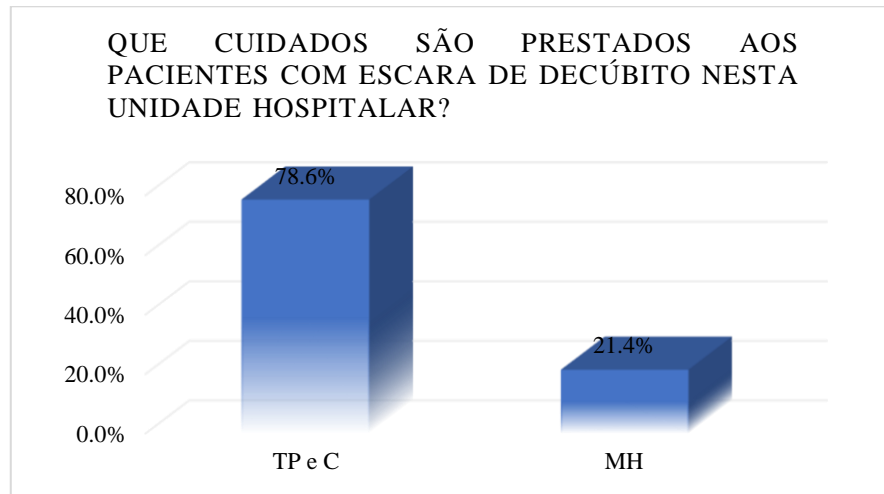


Gráfico 5: Cuidados prestados aos pacientes com escaras de decúbito.

Fonte: A Autora 2023

9. Qual o intervalo de troca de posição aos pacientes com Escaras de decúbito?

Esta questão objectivou apurar junto daqueles cuidam dos casos de TVM com escaras de decúbito, o intervalo de tempo de troca de posição dos doentes visto que este factor é muito crucial uma vez que as escaras são desenvolvidas em muitos casos por pressão que o corpo exerce sobre o leito por um período longo. Ao que se apurou junto dos inquiridos é de que o tempo varia de 2 horas a 4 horas, sendo que os afirmam ser de 4 horas são a maioria com 71,4% seguidos de 3 horas com 21,4% e de 2 horas apenas com 7,1%. Partindo destas percentagens pode-se perceber que o intervalo de tempo para troca de posição dos pacientes é demasiado longo seja de 3 ou 4 horas, esta situação propicia riscos de desenvolvimento de escaras.

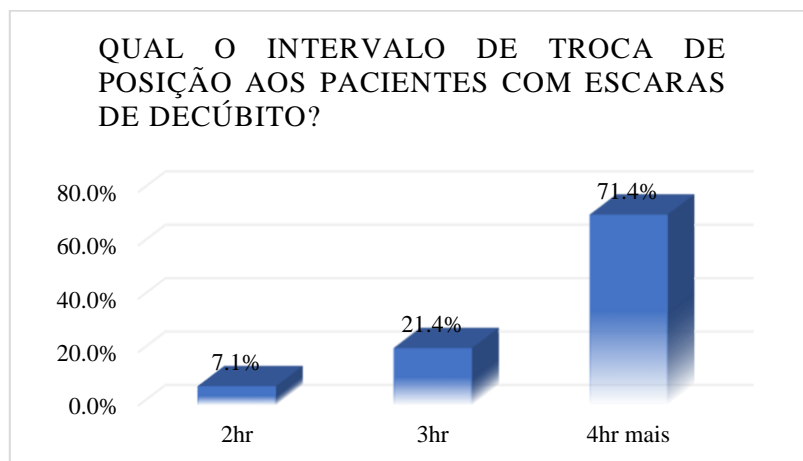


Gráfico 6: Intervalo de troca de posição.

Fonte: A Autora 2023

10. São efectivadas as medidas de prevenção?

As medidas de prevenção visam a não ocorrência de situações graves. Assim apurou junto dos inquiridos na cirurgia II do HCN que fazem parte das medidas de prevenção o alívio da pressão aos doentes acamados. Portanto é possível perceber-se que apesar desta medida de prevenção ser efectivada, mas são deixadas de fora outras como: estímulo do movimento, fisioterapia, cuidados da pele e entre outras.

11. Que aspectos são levados em conta na Avaliação da lesão por pressão?

A epitelização constitui aspecto levado em conta para a avaliação da lesão por pressão, ou seja, escaras de decúbito, consistindo em avaliar o comportamento da pele no lugar que sofre a pressão. Para os inquiridos este aspecto facilita o apuramento da veracidade, se se trata de uma escara ou não.

12 Têm tido formações/capacitações em matéria de cuidados de pacientes com Escaras de decúbito?

Infelizmente a resposta desta questão foi NÃO. Os objectivos de uma capacitação são de propiciar a oportunidade de aquisição de mais conhecimentos para execução de uma determinada tarefa. É uma actualização dos saberes. Ao que foi apurado junto dos 15 inquiridos é de que não há capacitação ou reciclagem dos conhecimentos em matéria de cuidados aos doentes que desenvolvem escaras. Esta situação abre espaço para a ocorrência de falhas nos cuidados e tratamentos destes pacientes.

4.1. Relato de casos

Caso A sexo M

23 de Julho de 2022

Queda livre na árvore, coluna vertebral sofrida, internado no hospital distrital de Memba depois transferido para Hospital Distrital de Nacala. No dia 27 de Julho transferido para o HCN. Mudança de posição frequente.

Caso B sexo F

12 de Agosto 2022

Queda no rio durante a natação seguida de acidente de viação e por fim queda livre o que resultou em músculos prendidos. Hospitalizado e contraiu lesão por pressão por conta de

demora de troca de posição no leito da cama. Tem dificuldades em fazer necessidades básicas e tem mobilidade ausente, mas tem sido feito curativos

4.1. Discussão de resultados

Os casos aqui apresentados deixam claro que pacientes com TVM são internados no HCN concretamente na cirurgia II que em alguns dos casos resultam em escaras de decúbito e noutros não. Dos que resultam em lesões de pressão, cabe fazer-se uma análise quanto a sua origem, factores de risco, classificação, tratamentos e medidas de prevenção.

No gráfico da questão 7 pode-se verificar que a imobilidade constitui como principal aspecto levado em consideração na identificação de pacientes em riscos de desenvolver as escaras (92,9%), seguida da insuficiência sensorial motora com 7,1%, ficando de fora outros aspectos como: Insuficiência nutricional, Incontinência e Inactividade tal como explica Cruz, (2015, p.92), que o paciente em risco de desenvolver lesão por pressão é identificado pelo enfermeiro utilizando 5 factores escolhidos por enfermeiros da internação denominados “5 is”. Por sua vez Borghardt, (2015, p.27) recomenda a utilização da Escala de Braden que é um instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão. Para este autor esta escala apresenta uma sensibilidade maior e é mais específica, oferecendo maior eficiência na avaliação.

Apesar da imobilidade constituir aspecto principal levado em conta para a identificação dos pacientes com risco de desenvolvimento de escaras, pode-se perceber que não é usada ou mesmo conhecida a escala de Braden, o que de certa forma pode dificultar a identificação de outros pacientes com riscos de desenvolvimento de outras lesões, como defende Cambell (1985, p.65), ao afirmar que a existência de inúmeras ulcerações cutâneas e suas variedades etiológicas e semelhanças clínicas podem dificultar a identificação e classificação da úlcera por pressão pelos enfermeiros. O conhecimento das características clínicas dessas alterações cutâneas é de extrema importância para o diagnóstico e conduta correcta, em que pese o impacto em demora na cicatrização da úlcera até aumento da probabilidade de infecções, tempo de internação, entre outros.

Diante deste cenário e levando em consideração das ideias dos autores acima citados pode-se aferir que *“A falta de identificação e classificação das escaras de decúbito pode dificultar o tratamento e reduzir a melhoria dos pacientes na Cirurgia II do Hospital Central de Nampula”* [H1].

Uma das situações mais críticas durante o internamento é o longo período de leito hospitalar, principalmente quando o doente se encontra na mesma posição. Este cenário tem sido originado pela incapacidade de movimentação e de insuficiência sensorial coadjuvado cm outros factores.

De acordo com os dados da questão 9, percebe-se que o tempo de permanência na mesma posição de um paciente acamado é tão longo chegando a passar mais de 4 horas do que o previsto segundo critérios estabelecidos como recomenda a NPUAP (2007, p.34) que deve-se realizar mudanças de decúbito a cada 2-3 horas; Utilizar dispositivos de alívio de pressão tais como: colchões especiais (colchão pneumático), travesseiros, almofadas de gel; Aumentar a superfície de apoio na região onde está sendo exercida a pressão, entre outras. Isto leva a crer que “*A não efectivação dos cuidados aos pacientes com Escaras de decúbito, influencia na demora da recuperação dos pacientes de TVM Cirurgia II do Hospital Central de Nampula*” [H2], como também “*A inobservância das medidas de prevenção dos factores de risco, pode estar a contribuir para a ocorrência de casos de escaras de decúbito nos pacientes com TVM no HCN*” [H3], assim como defende DEF (1996, p.15), afirmando que diante da percepção sensorial, mobilidade e actividade prejudicada deve-se: Manter pacientes de risco em superfície de redistribuição de pressão (**Nível de evidência A**); Pacientes que não toleram reposicionamento frequente deverão, preferencialmente, estar sob superfícies de apoio dinâmico (**Nível de evidência B**), entre outras.

CONCLUSÃO

As úlceras de pressão são lesões cutâneas que surgem em resposta à falta de irrigação sanguínea adequada à agressão à pele que recobre a proeminência óssea nas zonas em que foi comprimida, friccionada ou arrastada contra uma cama, uma cadeira de rodas, uma tala ou outra estrutura rígida durante período prolongado. Esses tipos de lesões mais comuns em pacientes acamados representam grande ameaça ao indivíduo, pois, além de causar desconforto, geram uma série de distúrbios no organismo, como a perda significativa de proteínas orgânicas, fluidos e electrólitos. Isso pode levar a um quadro de debilidade progressiva com conseqüente baixa na resistência imunológica, o que pode possibilitar a entrada de microorganismos nocivos, como, por exemplo, estreptococos, estafilococos e *Escherichia coli*. Quando não fatais, essas infecções prolongam a doença e aumentam os dias de internação do paciente.

Em pessoas normais, sem comprometimento vascular, observa-se que a pele é ricamente vascularizada. O grande aporte sanguíneo nesse tecido é suficiente para suprir a demanda de oxigênio necessária para o bom desempenho das células encontradas em todas as camadas. Se, por qualquer motivo, essa irrigação sanguínea for interrompida por mais de duas horas, o tecido passa a sofrer um mecanismo de hipoxia com conseqüente morte tecidual. As células encontradas na epiderme são as primeiras a serem lesadas já que o fluxo sanguíneo que as supre é normalmente precário. Uma das causas mais frequentes do comprometimento da irrigação sanguínea da pele é a pressão.

O diagnóstico das lesões é clínico e geralmente não oferece grandes dificuldades e o principal ponto do tratamento é a mudança periódica de decúbito, com alívio da pressão no local da lesão.

A prevenção acaba sendo o principal foco dos profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente. A abordagem preventiva deve ser multidisciplinar e tem início na identificação precoce dos pacientes susceptíveis, devendo abranger a equipe cuidadora, além dos familiares envolvidos e do próprio paciente, quando possível. Mecanismos de distribuição da pressão, mudança periódica de posição, controle da incontinência, cuidados com a pele e nutrição são as principais medidas envolvidas

Feito o estudo, conclui-se que o HCN certamente na cirurgia II tem se feito um trabalho com vista a eliminar este mal de lesões por pressão. Nota-se também a falta de observância de algumas medidas de prevenção de riscos de desenvolvimento das escaras assim como falta de reciclagens dos profissionais que lidam com estes casos de forma a melhorar e aprimorar os cuidados prestados aos pacientes de TVM que dão entrada naquela unidade hospitalar. Contudo,

verificou-se o empenho da equipa de enfermeiros alocados naquele sector que tudo fazem para que os doentes se sintam bem tratados e assim melhorem a sua saúde. Por último ficam algumas recomendações:

Ao MISAU

Criar junto com a entidade de viação estratégias que visem a redução de acidentes de viação de forma a diminuir os casos de TVM nos hospitais. Estas medidas deve envolver a conscientização da sociedade por meio de palestras entre outros eventos promovidos ao nível nacional.

Ao HCN

Sempre que possível dar toda a assistência necessária ao pacientes de TVM com riscos de desenvolvimento de lesões por pressão através da observância das medidas preventivas como a troca de decúbito regularmente em cada 2 horas, manejo da humidade, etc., assim como a realização de alguns treinamentos para todos profissionais da área.

À sociedade

Sempre que possível acatar e obedecer as regras de transito e de outras medidas estabelecidas pelas entidades de viação de forma a reduzir os casos de TVM, já que estes constituem causa principal para a ocorrência de escaras de decúbito.

À comunidade académica

Promover estudos, fóruns de debates sobre TVM e suas causas de forma a disseminar a informação, criando em cada ser um espírito de responsabilidade para com a vida humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berecek, K. H. (1975). *Etiology of decubitus ulcers*.

Bruner, L. S. Suddarth, D. S. (1993). *Tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 7ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Campbell, R. M. Delgado, J. P. (1985). *The pressure sore*. In: *Reconstructive plastic surgery*. 2nd. Philadelphia.

Campbell, S. (2000). *Physical therapy for children*. Second Edition Saunders Company

Chou LW, Lee SC, Johnston TE. (2008). *The effectiveness of progressively increasing stimulation frequency and intensity to maintain paralyzed muscle force during repetitive activation in persons with spinal cord injury*, Arch Phys Med Rehabil.

Cruz DM. (2015). *Do risco ao desenvolvimento de úlceras por pressão: a realidade de um serviço de medicina*.

Declair, V. (1995). *Efeito dos triglicéris de cadeia média (TCM) na aceleração do processo de cicatrização*. *Suprimentos & Serviços Hospitalares*.

DEF (1995). *Dicionário de Especialidades Farmacêuticas*. Rio de Janeiro: JBM, Wellcome. Publicações Científicas.

DeVivo MJ, Krause Mj, Lammertse DP. (1999). *Recent trends in mortality and cause of death among persons with spinal cord injury*, *Archive of physical medicine and rehabilitation*.

DeVivo MJ. (2002). *Epidemiology of Traumatic Spinal Cord Injury*, In: Kirshblum S et al, eds *Spinal Cord Medicine*. Vol 1. Baltimore, Md: Lippincott Williams & Wilkins.

Dias, A. et al. (1991). *Manual de paraplégicos e de tetraplégicos*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Ditunno JF, Young W, Donovan WH, Creasey G. (1994). *The international standards booklet for neurological and functional classification of spinal cord injury*, American Spinal Injury Association. Paraplegia.

Gil, C. António (2002). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 4. Ed. São Paulo.

Glass, C. (1999). *Spinal cord injury: impact and coping*. Leicester: The british psychological society.

- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo.
- Kirshblum SC, (2000). *Levels of spinal cord injury and predictors of neurologic recover*, *Phys Med Rehabil Clin*.
- Knoll (1996). *Bula da pomada Iruxol*. Rio de Janeiro.
- Lakatos, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade (1995). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas.
- Lowtman, P. (1979). *Pressure sores prevalence - A survey of sores in orthopedic patients*. *Nursing Times*.
- Lowtman, P. (1979). *Pressure sores prevalence - survey of sores in orthopedic patients*. *Nursing Times*.
- Malagutti, W. (2010). *Curativo, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. São Paulo.
- Marconi, A. Andrade; Lakatos, M. Eva (2003). *Fundamentos de Metodologia científica - 5ª ed*, São Paulo.
- Marconi. A. Andrade; Lakatos, M. Eva (2001) *Técnicas de pesquisas*. São Paulo.
- Marinho, A. M. (1985). *Úlceras de pressão em pacientes com problemas traumatoortopédicos: implicações para a enfermagem relacionadas com os recursos de prevenção*. Rio de Janeiro.
- Martins, T. et al. (1996). *Tratamento de feridas*. *Nursing*.
- Maurice, Victor MD, (2002). *Principios de Neurologia de Adams y Victor*. 7ª Ed. México.
- Merck (1996). *The Merck index* 12ªed.
- Michaelis LS, Braakman R. (1976). *Current terminology and classification of injury of spine and spinal cord*. New York.
- NPUAP (2014). *National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers*.
- Pfautler, M. (1968). *Flotation displacement and decubitus ulcers*. *Nursing*.
- Pfautler, M. (1968). *Flotation displacement and decubitus ulcers*.
- Qaseem A, et al. (2015). *Treatment of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline from the American College of physician's treatment of pressure ulcers*.

Ruiz, João A. (1996). *Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas.

Smith, BM et al. (2007). *Acute respiratory tract infection visits of veterans with spinal cord injuries and disorders: rates, trends, and risk factors*.

Snowden, D. *A basic guide to nursing care*. Nursing Mirror.

Sousa, Alesandra Saraiva de (2008). *Manual de trabalhos científicos* 2ª Ed. Rio de Janeiro.

Tator CH, et al. (1993). *Changes in epidemiology of acute spinal cord injury from 1947 to 1981, Surge Neurol*.

Van Langeveld SA, , et al. (2008). *Development of a classification of physical, occupational, and sports therapy interventions to document mobility and self-care in spinal cord injury rehabilitation*.

Vasconcelos JMB. (2014). *Construção, utilização e avaliação dos efeitos de protocolo de prevenção de úlceras por pressão em Unidade de Terapia Intensiva*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

APÊNDICE

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA-Á POLITÉCNICA

Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala

ISPUNA

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS DA CIRURGIA II DO HCN

Bom-dia / Boa tarde. Sou _____, estudante do curso de _____no. _____ . Pretendo obter algumas informações com o senhor/a através de um inquérito que estou levando a cabo acerca da: **Incidência de escaras de decúbito em pacientes com traumatismo vertebro medular (TVM) no sector de cirurgia II do Hospital Central de Nampula** no período de Fevereiro de 2020 a Fevereiro de 2022.

Agradeça a sua colaboração, respondendo as questões abaixo indicada.

A entrevista é anónima e garanto total sigilo no tratamento das respostas.

1. A quanto tempo trabalha nesta cirurgia?

1 a 3 anos

3 a 5 anos

5 anos ou
mais

2. Nos seus trabalhos tem assistido pacientes com Traumatismo Vertebro-Medular (TVM)?

Sim

Não

3. Quais as causas do TVM mais frequentes, os pacientes apresentam?

Acidentes de viação

Osteoporose

Espondilose cervical ou lombar.

4. Os pacientes com TVM têm desenvolvidos escaras de decúbito?

Sim

Não

5. Desses casos na sua maioria são pacientes acamados ou em cadeiras de roda?

Acamados Em cadeira de rodas

6. Que factores de risco fazem com que ocorram casos de Escaras de decúbito nos tais pacientes?

Tolerância tecidual	<input type="checkbox"/>	Humidade	<input type="checkbox"/>
Alterações cutâneas	<input type="checkbox"/>	Pressão (intensidade e duração)	<input type="checkbox"/>
Déficit Nutricional	<input type="checkbox"/>	Fricção	<input type="checkbox"/>
Hipotensão/Perfusão tecidual	<input type="checkbox"/>	Cisalhamento	<input type="checkbox"/>
Idade	<input type="checkbox"/>		
Mobilidade reduzida	<input type="checkbox"/>		
Sensibilidade reduzida	<input type="checkbox"/>		
Peso corpóreo	<input type="checkbox"/>		
Drogas	<input type="checkbox"/>		
Diminuição do nível de consciência	<input type="checkbox"/>		
Dor	<input type="checkbox"/>		

7. Quais os aspectos levados em consideração na identificação do paciente em risco?

Insuficiência sensorial e motora	<input type="checkbox"/>
Insuficiência nutricional	<input type="checkbox"/>
Incontinência	<input type="checkbox"/>
Inactividade	<input type="checkbox"/>
Imobilidade	<input type="checkbox"/>

8. Que cuidados são prestados aos pacientes com escara de decúbito nesta unidade hospitalar?

Troca de posição	<input type="checkbox"/>
Manejo da humidade	<input type="checkbox"/>
Realização de curativo	<input type="checkbox"/>
Manejo do Posicionamento	<input type="checkbox"/>

9. Qual o intervalo de troca de posição aos pacientes com Escaras de decúbito?

2 horas

3 horas

4 horas ou mais

10. São efectivadas as medidas de prevenção?

Sim

Não

Se sim, quais são?

Alívio da pressão

Controlo da nutrição inapropriada

Estímulo do movimento

Fisioterapia

Manejo da fricção e cisalhamento

Cuidados da pele

Avaliação da pressão

11. Que aspectos são levados em conta na Avaliação da lesão por pressão?

Epitelização

Granulação

Desvitalização

Necrose

12. Têm tido formações/capacitações em matéria de cuidados de pacientes com Escaras de decúbito?

Sim

Não

Obrigado pela atenção e disponibilidade dispensada!

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA-Á POLITÉCNICA

Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala

ISPUNA

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO ADMINISTRATIVA DA CIRURGIA II DO HCN

Bom-dia / Boa tarde. Sou _____, estudante do curso de _____no. _____ . Pretendo obter algumas informações com o senhor/a através de um inquérito que estou levando a cabo acerca da: **Incidência de escaras de decúbito em pacientes com traumatismo vertebro medular (TVM) no sector de cirurgia II do Hospital Central de Nampula** no período de Fevereiro de 2020 a Fevereiro de 2022.

Agradeça a sua colaboração, respondendo as questões abaixo indicada.

A entrevista é anónima e garanto total sigilo no tratamento das respostas.

1. A quanto tempo trabalha nesta unidade hospitalar?

1 a 3 anos

3 a 5 anos

5 anos ou mais

2. Sabe-se que o sector da cirurgia II recebe atende casos de traumatismo vertebro-medular.

Em média quantos casos são assistidos em 1 mês? _____

3. Os pacientes de TVM têm desenvolvido escaras de decúbito?

Sim

Não

a) Se sim, em média quantos casos? _____

b) Na sua maioria são doentes acamados ou em cadeira de rodas?

Acamados

Em cadeira de rodas

4. São observadas as medidas de prevenção das escaras de decúbito?

Sim

Não

5. Como são os cuidados alimentares destes pacientes?

6. Têm existido formações/capacitações em matéria de cuidados de pacientes com Escaras de decúbito?

Sim Não

Obrigado pela atenção e disponibilidade dispensada!