



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SUZAN KIRLLA FERNANDES LIRA

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO**

CUITÉ - PB

2015

SUZAN KIRLLA FERNANDES LIRA

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª Ms. Alana Tamar Oliveira de Sousa

CUITÉ- PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

L768c Lira, Suzan Kirlla Fernandes.

Conhecimento de profissionais de enfermagem da atenção primária à saúde sobre úlcera por pressão. / Suzan Kirlla Fernandes Lira. – Cuité: CES, 2015.

102 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Msc. Alana Tamar Oliveira de Sousa.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Úlcera por pressão. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 616-083.98

SUZAN KIRLLA FERNANDES LIRA

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Ms. Alana Tamar Oliveira de Sousa
Orientadora – CES/UAENFE

Prof^ª Ms. Glenda Agra
Membro examinador – CES/UAENFE

Prof^ª Ms. Amanda Haissa Barros Henriques
Membro examinador – CES/UAENFE

CUITÉ- PB

2015

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por proporcionar mais essa conquista em minha vida.

Aos meus pais, **Valdecir** e **Francisca**, meus maiores amores, exemplos a serem seguidos, fontes de incentivo. Obrigada pela confiança que sempre depositaram em mim! Amo muito vocês.

Aos meus irmãos, **Keily** e **Klairy**, pela união e companheirismo, desde pequenos, e até o envelhecer se Deus quiser. Ao meu sobrinho querido **Lucas**, que tanto amo.

À todos os meus **familiares** que contribuíram com o meu crescimento pessoal e profissional, com muito amor envolvido.

Ao meu namorado e amigo **Adriano**, presente em todos os momentos (inclusive nas aventuras para coletar os dados!), me incentivando e me dando forças para conquistar meus objetivos. Te amo!

À minha família de Picuí/PB, **Aliete**, **Chiquinho**, **Juninho**, **Aline**, **Flávio** e **Amanda**, que sempre me acolheram em sua casa, nesses anos de curso com muito carinho.

À minha orientadora prof^a **Alana Tamar** pela paciência e dedicação, aos conhecimentos a mim repassados, e por ser tão criteriosa, buscando alcançar sempre o melhor. Sem a Sr^a esse trabalho não se tornaria realidade!

À **banca examinadora** pelas contribuições que vieram a somar e enriquecer este trabalho. Muito obrigada!

Às amigas irmãs que conquistei em Cuité e que levarei para sempre em minha vida, **Pollyana Justino**, **Itacira Pedrosa**, **Ionara de Souza**, **Alanna Gama**, **Aline Araújo**, **Cristiane Andrade**, **Vanessa Dourado**, **Lívia Magalhães**, **Claudinéia Freitas**, **Martha Medeiros** e **Isabel Cristhina**, por todos os bons momentos que compartilhamos!

Agradeço a todas as **Enfermeiras e Auxiliares/Técnicas** de enfermagem da Atenção Básica do município de Cuité/PB pelo tempo, colaboração e participação na pesquisa.

*A gente tem que lutar para tornar possível o
que ainda é possível. Isto faz parte da tarefa
histórica de redesenhar e construir o mundo.*

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: A Úlcera por Pressão (UP) é um problema de ordem mundial que afeta diretamente pacientes acamados ou com algum grau de dificuldade na mobilização, e tem se tornado um desafio quanto à prevenção e ao tratamento, principalmente em pessoas debilitadas, incentivando pesquisas em todo o mundo. O enfermeiro possui um papel importante no cuidado ao paciente, inclusive quando se refere à prevenção e ao tratamento de feridas, pois possui maior contato com o mesmo, acompanhando o risco de desenvolvimento e a evolução da lesão, orientando e realizando o curativo. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento de profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Cuité-PB acerca da assistência ao paciente em risco ou com UP. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família do município de Cuité-PB. A população do estudo foi composta por 11 profissionais de enfermagem que atuam na Estratégia da Saúde da Família no município de Cuité-PB. Esses profissionais foram representados pelo enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem. A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2014 por meio da aplicação de um questionário com questões de múltipla escolha. Os dados obtidos foram apresentados quantitativamente e analisados à luz da literatura pertinente. **Resultados:** A análise do estudo evidenciou que os enfermeiros têm dificuldades para identificar as categorias das UP, em escolher os produtos a serem utilizados na limpeza, assim como na técnica a ser empregada nessa situação e também na escolha das coberturas a serem utilizadas na UP. As auxiliares/técnicas, além das dificuldades também apresentadas pelas enfermeiras, por vezes assistem os usuários de forma incompatível com seus deveres e capacidades técnicas, como nos casos de avaliação do usuário, realização de curativo complexo, desbridamento, escolha da cobertura, dentre outros. **Conclusão:** Tais resultados remetem a necessidade de capacitação desses profissionais de enfermagem através da realização de cursos na área de feridas e de treinamentos específicos para o acompanhamento de usuários em risco/ou com UP, buscando deste modo ofertar uma assistência de qualidade aos usuários, seus familiares e cuidadores.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão. Cuidados de Enfermagem. Papel do profissional de enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Pressure Ulcers (PU) is a world order issue that directly affects bedridden patients or with some degree of difficulty in mobilizing, and has become a challenge as the prevention and treatment, especially in debilitated people, encouraged research all over the world. The nurse plays an important role in patient care, even when it comes to prevention and treatment of wounds because it has greater contact with the patients, following the risk of development and the evolution of the injury, directing and performing the dressing.

Objectives: To evaluate the knowledge of nursing professionals of Primary Health Care (PHC) in the city of Cuité-PB about patient care at risk or with PU. **Methodology:** This is a descriptive research with a qualitative approach. The research was conducted in the Health of the Family Units in Cuité-PB. The study population consisted of 11 nurses who work in the Family Health Strategy in the city of Cuité-PB. These professionals were represented by the nurse, assistant or nurse technician. The data collection has occurred in November and December 2014 through a questionnaire with multiple-choice questions. The data were presented quantitatively and analyzed in the light of the relevant literature. **Results:** The study analysis showed that nurses have difficulties to identify the categories of PU, in choosing the products to be used for cleaning, as well as the technique to be used in this situation and also in the choice of toppings to be used in PU. Auxiliary / techniques has also the difficulties presented by the nurses, and sometimes assist users in a manner inconsistent with their duties and technical capabilities, as in the case of user evaluation, conducting complex healing, debridement, choice of coverage, among others. **Conclusion:** These results underscore the need for training of these nurses by conducting courses in the area of wounds and specific training for the users at risk monitoring / or with PU, looking for offer a quality service to users, their families and caregivers.

Keywords: Pressure Ulcer. Nursing Care. Role of the nursing professional. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	Perfil dos profissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde no município de Cuité-PB.....	23
TABELA 02	Estadiamento da UP conforme a NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) segundo as enfermeiras que atuam na Atenção Básica à Saúde no município de Cuité-PB.....	35
TABELA 03	Número de acertos sobre as medidas de prevenção de UP, segundo as respostas (verdadeiro ou falso) dos técnicos/auxiliares que participaram da pesquisa.....	37
TABELA 04	Número de acertos sobre as medidas de prevenção de UP, segundo as respostas (verdadeiro ou falso) das enfermeiras que participaram da pesquisa.....	38

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	Classificação das Úlceras por Pressão.....	08
FIGURA 02	Escala de Braden.....	12
FIGURA 03	Número de acamados no município de Cuité-PB, segundo as Unidades de Saúde da Família dos enfermeiros que participaram da pesquisa.....	26
FIGURA 04	Número de cadeirantes no município de Cuité-PB, segundo as Unidades de Saúde da Família dos enfermeiros que participaram da pesquisa.....	28
FIGURA 05	Números de usuários com Úlcera por Pressão no município de Cuité-PB, segundo as Unidades de Saúde da Família dos enfermeiros que participaram da pesquisa.....	30
FIGURA 06	Número referente às condutas utilizadas na realização do curativo, pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros.....	31
FIGURA 07	Número referente ao uso de escala de avaliação, segundo os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	40
FIGURA 08	Descrição e fotografia de Úlcera por Pressão categoria I.....	41
FIGURA 09	Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 01, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	42
FIGURA 10	Número referente às técnicas empregadas na realização da limpeza da UP da fotografia 01, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	43
FIGURA 11	Coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 01, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	44
FIGURA 12	Descrição e fotografia de Úlcera por Pressão categoria IV.....	45
FIGURA 13	Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 02, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e	

	enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	46
FIGURA 14	Número referente às técnicas utilizadas na realização da limpeza da UP na fotografia 02, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	47
FIGURA 15	Número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 02, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	48
FIGURA 16	Descrição e fotografia de Úlcera por Pressão categoria IV.....	49
FIGURA 17	Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 03, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	50
FIGURA 18	Número referente às técnicas utilizadas na realização da limpeza da UP da fotografia 03, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	51
FIGURA 19	Número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 03, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	52
FIGURA 20	Descrição e fotografia de Úlcera por Pressão categoria IV.....	53
FIGURA 21	Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 04, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	54
FIGURA 22	Número referente às técnicas utilizadas na realização da limpeza da UP da fotografia 04, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	55
FIGURA 23	Número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP	

	da fotografia 04, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	56
FIGURA 24	Descrição e fotografia de Úlcera por Pressão categoria inclassificável.....	56
FIGURA 25	Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 05, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	57
FIGURA 26	Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 05, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	58
FIGURA 27	Número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 05, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.....	59

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

PNAB – Programa Nacional de Atenção Básica

PHMB – Polihexametileno Biguanida

UP – Úlcera por Pressão

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1.	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	01
2.	OBJETIVOS.....	04
	Geral.....	05
	Específico.....	05
3.	REVISÃO DA LITERATURA.....	06
3.1.	Úlcera por pressão: fisiopatologia, classificação, fatores de risco, prevenção e tratamento.....	07
3.2.	Assistência de enfermagem ao paciente com úlcera por pressão na Atenção Primária à Saúde.....	14
4.	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	17
4.1.	Tipo de estudo.....	18
4.2.	Local da pesquisa.....	18
4.3.	População e amostra.....	18
4.4.	Instrumento de coleta de dados.....	19
4.5.	Procedimento de coleta de dados.....	19
4.6.	Análise dos dados.....	19
4.7.	Aspectos éticos da pesquisa.....	20
5.	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	21
5.1.	Perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa.....	22
5.2.	Usuários dependentes de cuidados no município de Cuité-PB.....	26
5.3.	Condutas dos profissionais de enfermagem na realização de curativos.....	31
5.4.	Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da Úlcera por Pressão.	34
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
	REFERÊNCIAS.....	63
	APÊNDICES.....	70
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	71
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENFERMEIRO.....	73
	APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.....	78
	APÊNDICE D – TERMO DE RESPONSABILIDADE.....	83
	ANEXOS.....	84
	ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	85
	ANEXO B – PARECER DO CEP.....	86



1 Considerações Iniciais

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

De acordo com a *National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel e Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014, p. 13) “a úlcera por pressão é caracterizada como uma lesão localizada na pele, e/ou tecido circunvizinho, geralmente em regiões de proeminência óssea, ocasionadas pela pressão ou pela junção desta com forças de torção”.

A úlcera por pressão (UP) é um problema de ordem mundial que afeta diretamente pacientes acamados ou com algum grau de dificuldade na mobilização, e tem se tornado um desafio quanto à prevenção e ao tratamento, principalmente em pessoas debilitadas, e por este motivo tem incentivado pesquisas em todo o mundo. A UP afeta a qualidade de vida, aumenta as chances de infecção, acarreta ônus aos serviços públicos, privados e aos pacientes e reduz a chance de recuperação quando concomitante a alguma enfermidade.

Nos últimos anos, a prevalência de UP tem se elevado em virtude do aumento da expectativa de vida populacional, associada aos avanços da medicina, que possibilitaram a sobrevivência de pacientes que, com doenças graves e fatais, passaram a ter doenças crônicas e lentamente debilitantes (JAUL, 2010). O aumento da quantidade de pessoas expostas aos agentes causadores da UP gerou uma alta incidência no número de casos da mesma (WADA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Um estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP), através do acompanhamento de 211 pacientes em risco de desenvolver UP, no período de três meses, observou a incidência de 39,8% desse tipo de lesão (ROGENSKI; SANTOS, 2005).

Segundo pesquisa realizada com 47 pacientes, entre 21 e 91 anos, que estavam sendo assistidos em ambiente domiciliar em um Distrito de Ribeirão Preto, pôde-se constatar que a maior incidência de UP ocorreu em idosos (76,6%), brancos (85%) e aqueles dependentes de cuidadores (91,5%); sendo as regiões corpóreas mais atingidas pela UP o trocânter (29,4%) e o calcâneo (23,5%) (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

Atualmente, no Brasil, há uma ausência significativa de estudos contendo dados estatísticos que retratem a incidência e prevalência da UP, dificultando assim o conhecimento e a real abrangência dessa problemática (MARTINS; SOARES, 2008).

O nível de risco dos pacientes desenvolverem UP deve ser investigado para serem implementadas ações de prevenção, assim como a prevalência dessas lesões e do quantitativo gasto com curativos, fazendo com que ocorra um planejamento para a melhora na assistência

em saúde, com redução do tempo de cicatrização e, conseqüentemente, do ônus para o paciente e serviço de saúde (LIMA; GUERRA, 2011).

Os fatores de risco para UP podem ser intrínsecos ou extrínsecos, e predispõem o paciente a longos períodos de isquemia induzida por pressão e/ou cisalhamento, diminuindo desta forma a capacidade de oxigenação tecidual (WADA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Em detrimento ao desconforto e ao sofrimento causados ao paciente já acometido pelas lesões, o tratamento das UP constitui grandes despesas financeiras, muito maiores do que as medidas preventivas, as quais se constituem principalmente de ações, manejos e materiais de custo consideravelmente menores que os de fins terapêuticos (ARAÚJO; ARAÚJO; CAETANO, 2011).

O Enfermeiro, por sua vez, possui um papel importante no cuidado ao paciente em risco ou com UP ativa, desenvolvendo um trabalho relevante quando se refere à prevenção e ao tratamento de feridas, pois possui maior contato com o mesmo, acompanhando o risco de desenvolvimento e a evolução da lesão, orientando e realizando o curativo (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Este profissional deverá realizar avaliações sistematizadas e continuadas no cuidado às feridas, proporcionando uma assistência qualificada, e assim, resultando em uma recuperação de maior eficácia e em menor tempo. A atualização do conhecimento por parte da equipe multiprofissional busca proporcionar ao paciente uma assistência de qualidade, promovendo o cuidado e o tratamento das lesões a nível sistêmico e local (CARNEIRO; SOUSA; GAMA, 2010). Para tanto, almejando a prevenção e tratamento de UP, a sistematização da assistência é realizada através das seguintes etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planos de cuidados de enfermagem e evolução de enfermagem (RODRIGUES; SOUZA; SILVA, 2008).

O surgimento de UP representa um sério problema de enfermagem, devido à sua associação com uma qualidade de assistência inferior, além de que, requer altos custos e maior tempo de assistência na realização do tratamento das regiões lesionadas, acentuando-se ainda mais quando há poucas ações voltadas para a prevenção, e também, devido à ausência de programas específicos referentes a essa temática (ROCHA; BARROS, 2007).

A assistência de enfermagem engloba o cuidado a UP como um assunto de grande importância. Em contrapartida, estudos mostram que a incidência e a prevalência a nível mundial de UP permanecem altas, deixando claro, a grande necessidade de desenvolver novas pesquisas, buscando o melhoramento de ações preventivas e dos tratamentos utilizados (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

Diante disso, a participação do profissional de enfermagem é extremamente importante na busca de novas formas de cuidar, baseadas no processo de construção da realidade individual e subjetiva de cada paciente com ferida, visando à melhoria da qualidade da assistência ofertada (CARNEIRO; SOUSA; GAMA, 2010).

O interesse em abordar essa temática no referido estudo emergiu ao longo da disciplina Estágio Supervisionado I, realizada na atenção primária à saúde do município de Cuité/PB, através do contato direto com profissionais que realizam o cuidado a pacientes que desenvolveram UP e da visualização das técnicas empregadas na execução dessa assistência, as quais geraram questionamentos acerca dessas práticas, buscando por meio desse estudo, analisá-las e compará-las com as descritas na literatura atual. Além disso, nota-se que embora não existam dados e nenhum estudo comprovando a alta incidência da UP em Cuité/PB, pode-se perceber pela quantidade de idosos acamados atendidos pelas Unidades de Saúde da Família, que há um grande número de pessoas no referido município que desenvolveram ou que estão em risco de apresentar UP, sendo assim imprescindível um olhar crítico voltado para essa linha de cuidado.

Nesse sentido, esta pesquisa visa contribuir para a melhoria na assistência de enfermagem a esses pacientes em risco ou que já desenvolveram UP, por meio da apresentação desse estudo à comunidade acadêmica e profissional do referido município para que possam, a partir dos dados levantados, implementar mudanças de melhoria que se adequem às reais necessidades do ser cuidado. Além disso, se propõe a divulgação também por meio de revista científica e em eventos da área para que outros profissionais possam se guiar para desenvolver pesquisas e ações conforme o contexto em que se apresentem.



2 Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento de profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Cuité – PB acerca da assistência ao paciente em risco ou com Úlcera por Pressão (UP).

2.2 Objetivos Específicos

- Averiguar o conhecimento de profissionais de enfermagem da APS de Cuité-PB acerca das medidas de prevenção de UP;
- Descrever as técnicas e as coberturas utilizadas na realização de curativos em UP por esses profissionais;
- Investigar as condutas de profissionais de enfermagem conforme as características das lesões;
- Comparar as condutas realizadas pelos profissionais de enfermagem com a literatura pertinente.



3 Revisão da Literatura

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Úlcera por Pressão: fisiopatologia, classificação, fatores de risco, prevenção e tratamento.

As úlceras por pressão (UP) são compreendidas como lesões na pele oriundas da compressão não aliviada de regiões que contém proeminências ósseas e que promovem consequências a nível sistêmico e socioeconômico (ARAÚJO; ARAÚJO; CAETANO, 2011).

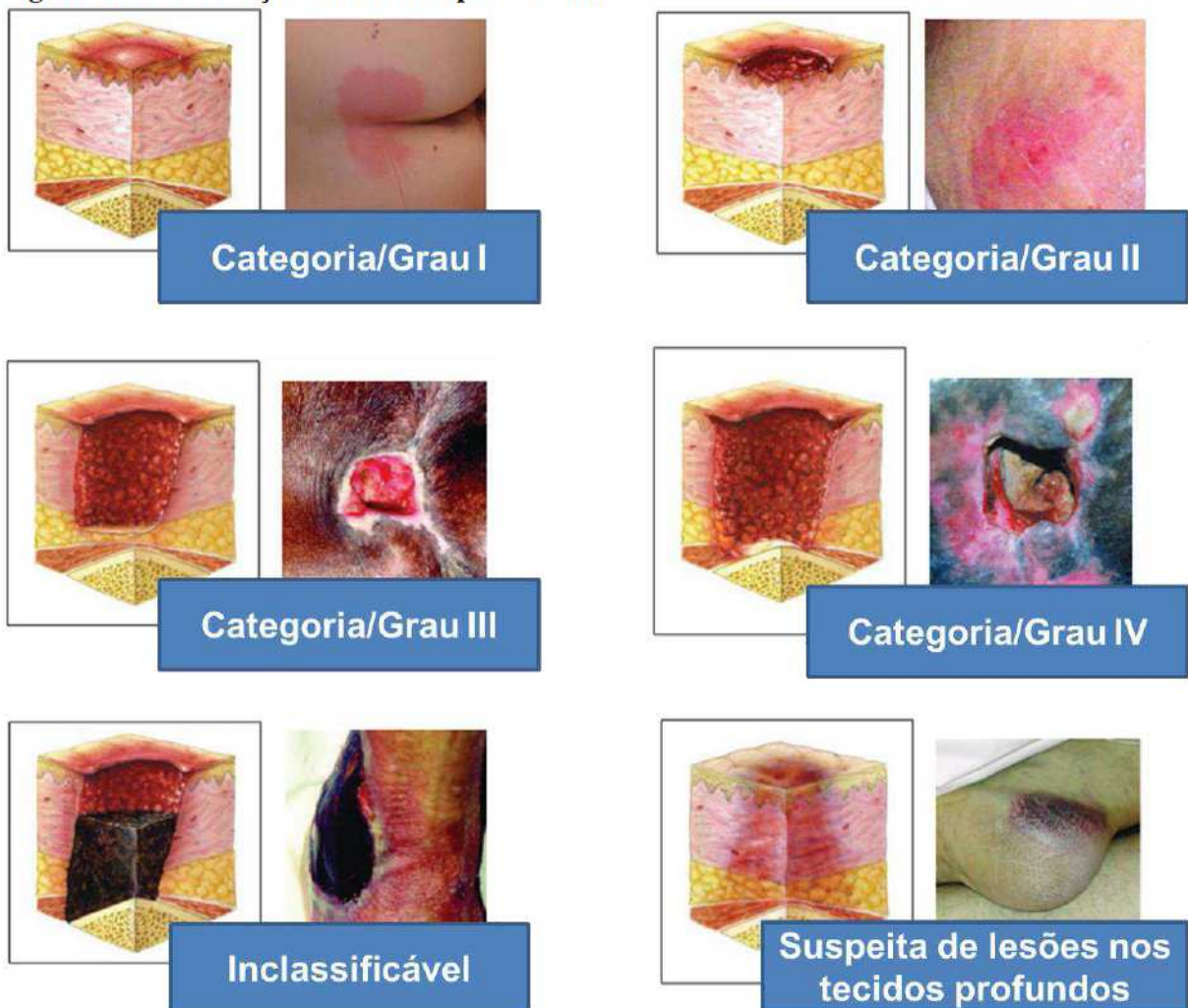
A ocorrência da UP dá-se quando a pressão intersticial é maior que a pressão intracapilar (>32mmHg) gerando uma deficiência de perfusão capilar, impossibilitando assim o carreamento de nutrientes ao tecido. Quando a pressão é mantida por um tempo maior do que o necessário à recuperação do tecido frente à isquemia, ocasiona lesão no mesmo (WADA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Segundo a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA) (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014) as UP podem ser classificadas em:

- **Categoria I - Eritema não branqueável:** Pele íntegra com hiperemia não branqueável em região frequentemente de proeminência óssea. Em pele de coloração escura o branqueamento pode não ser visualizado; a sua cor pode ser diferente da pele circunvizinha.
- **Categoria II - Perda parcial da espessura da pele:** Perda parcial da espessura da dérmica se apresenta como uma lesão superficial com leito vermelho – rosa sem a presença de esfacelo. Pode também apresentar-se como uma bolha fechada ou aberta, preenchida por exsudato seroso.
- **Categoria III - Perda total da espessura da pele:** Perda total da espessura do tecido. Pode ser visualizada a gordura subcutânea, entretanto não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode apresentar esfacelo, mas não há impedimento da identificação da profundidade dos tecidos lesionados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.
- **Categoria IV - Perda total da espessura dos tecidos:** Perda total da espessura tecidual com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado e ou necrosado. Frequentemente são cavidades e com a presença de fistulas.

- **Inclassificáveis:** Perda total da espessura tecidual, na qual a visualização da profundidade atual da úlcera encontra-se impedida em virtude da presença de tecido necrosado (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida.
- **Suspeita de lesões nos tecidos profundos:** Região vermelha escura ou arroxeadada localizada em pele íntegra e descorada ou bolha preenchida com sangue, ocasionada por lesão no tecido mole subjacente através da pressão e ou forças de torção. Ao redor da área pode ter tecido mais doloroso, firme, mole, úmido, quente ou frio se comparado ao tecido circunvizinho.

Figura 01: Classificação das Úlceras por Pressão.



Fonte: NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014.

Os fatores de risco para o aparecimento de UP são aqueles que expõem a pessoa a longos períodos de isquemia em virtude da pressão, ocasionando desta forma a redução da capacidade de recuperação tecidual da lesão isquêmica. Podem ser classificados em fatores

intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são aqueles pertencentes a própria pessoa, e incluem situações locais e sistêmicas de risco para a UP, tais como idade, condição nutricional, mobilidade prejudicada e doenças; já os extrínsecos são aqueles advindos do ambiente, externos ao paciente. Neste grupo, os fatores de risco de maior relevância são a pressão de contato sobre a proeminência óssea e as forças de cisalhamento (WADA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

O objetivo principal dos profissionais responsáveis pela oferta do cuidado ao paciente em risco de desenvolver a UP é a prevenção. Essa abordagem preventiva deve ser multidisciplinar e inicia-se com a detecção precoce dos pacientes em risco, devendo abranger a equipe de cuidadores, além dos familiares envolvidos e do próprio paciente. As principais medidas aplicadas são: métodos de distribuição da pressão, mudança periódica de posição, controle da incontinência (urinária e/ou fecal), cuidados com a pele e avaliação nutricional (LUZ; FRAGA; URBAN, 2010).

A NPUAP, a EPUAP e a PPPIA (2014) desenvolveram diretrizes de previsão, prevenção e tratamento das UP, as quais são fundamentadas nas pesquisas existentes e nas opiniões de especialistas, e têm sido amplamente utilizadas em diversos países para nortear o desenvolvimento de padrões de qualidade para a prática. As diretrizes são:

- **Avaliação do risco:** devem-se considerar para avaliação todas as pessoas que são acamadas ou cadeirantes ou aquelas que não possuem capacidade de se reposicionar; utilizar uma metodologia válida e eficaz, por meio da utilização de uma escala, garantindo uma avaliação sistemática dos fatores de risco de forma individual; orientar tratamentos preventivos específicos; modificar a assistência de acordo com as necessidades individuais; implementar um plano de prevenção específico;
- **Avaliação da pele:** deve-se realizar avaliação diária de toda a pele do paciente, atentando para os pontos de pressão; individualizar frequência do banho, dependendo da necessidade de cada pessoa; utilizar um agente de limpeza suave; evitar água quente e fricção em excesso; usar hidratante após o banho; atentar para incontinências urinárias e intestinais limpando a pele sempre que necessário e utilizar uma barreira tópica para proteger a pele; selecionar lenços ou fraldas absorventes e proporcionar uma secagem rápida da superfície da pele; diminuir os fatores ambientais que ocasionam o ressecamento da pele, como, por exemplo, baixa umidade e ar frio; evitar massagens nas regiões de proeminências ósseas. Vale ressaltar que em todas as avaliações devem-se

incluir temperatura da pele, presença de edema e alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante; avaliação da dor deve fazer parte da avaliação da pele, com escala fidedigna, incluindo natureza, intensidade e duração da mesma. Se a pessoa for capaz de responder com confiabilidade, pedir-lhe que identifique eventuais áreas de desconforto ou de dor;

- **Nutrição para a prevenção das úlceras de pressão:** identificar e corrigir fatores que possam prejudicar a ingestão proteica; avaliar a necessidade de suplementação nutricional; estimular a ingestão hídrica do paciente; administrar polivitamínicos com minerais de acordo com prescrição médica;
- **Reposicionamentos para a prevenção das úlceras de pressão e superfícies de apoio:** reposicionar as pessoas conforme a avaliação individual e os dispositivos de alívio; considerar a postura adequada, distribuição de peso, equilíbrio, estabilidade e redistribuição de pressão ao posicionar pessoas em cadeiras ou cadeiras de rodas; Instruir as pessoas restritas à cadeira, que são capazes de mudar de posição que o faça a cada 15 minutos; anotar cada mudança de posição; colocar pessoas em risco em colchão de redistribuição da pressão e utilizar superfícies como almofada de cadeira; utilizar dispositivos de redistribuição da pressão na sala de cirurgia para as pessoas avaliadas como alto risco para o desenvolvimento de UP; utilizar dispositivos de elevação, buscando mover as pessoas em vez de arrastá-las durante as transferências e mudanças de decúbito; usar travesseiros ou almofadas de espuma para manter as proeminências ósseas protegidas; manter a cabeceira da cama em ou abaixo de 30° ou com o menor grau de elevação de acordo com a condição clínica do paciente; aplicar um programa de reabilitação para manter ou melhorar a situação de mobilidade / atividade.
- **Educação:** implementar programas de educação de prevenção de UP, de forma sistematizada e abrangendo todos os níveis de profissionais de saúde, pacientes, familiares e cuidadores; informar sobre a etiologia e os fatores de risco para UP, instrumentos de avaliação de risco e suas aplicações, avaliação da pele, escolha e utilização de superfícies de apoio, suporte nutricional, programa para um bom funcionamento intestinal; para casos de incontinência fecal e urinária, desenvolvimento e implementação de programas individualizados de cuidados com a pele, demonstração do posicionamento

para diminuir o risco de ruptura do tecido, registro preciso dos dados, inclusão de mecanismos de avaliação da eficácia do programa na prevenção de UP.

Deve-se analisar se o instrumento de escolha para mensurar o risco de desenvolvimento de UP é eficaz e fácil de manusear, para que a equipe de enfermagem identifique de forma correta, quais pacientes se encontram em risco de desenvolver a lesão, evitando assim um tratamento desnecessário (ROCHA; BARROS, 2006).

Diversas escalas se encontram disponíveis para mensuração de risco de UP, sendo as mais utilizadas as de Waterlow e de Braden, as quais são validadas para a língua portuguesa. A Escala de Waterlow foi desenvolvida por Waterlow, em 1985, e inclui maior número de variáveis, dentre elas, o estado nutricional traduzido pela avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC) e apetite, além de algumas características da pele. A Escala de Braden foi desenvolvida por Bergstrom (e colaboradores) , em 1987, e almeja a melhora nas estratégias de prevenção e, com isso, redução da incidência de UP (SERPA; SANTOS, 2008).

A Escala de Braden (Figura 02) engloba seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção ou cisalhamento, as quais têm por objetivo avaliar os diversos fatores de risco para o desenvolvimento das UP (ROGENSKI; KURCGANT, 2012). Segundo Matos (2010), o nível de pontuação tem valores entre 4 e 23, onde de 16-23 aponta pequeno risco para desenvolvimento de úlcera por pressão; de 11-15, percebe-se um moderado risco; e de 6-10 é considerada uma pontuação de risco elevado.

Figura 02: Escala de Braden.

Escala de Braden				
	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	4 Pontos
Percepção sensorial: habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto	Completamente limitado: não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquivava ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	Muito limitado: responde a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	Levemente limitado: responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.	Nenhuma limitação: responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade: grau ao qual a pele está exposta à umidade	Constantemente úmido: a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. a umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado.	Muito úmida: a pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão.	Ocasionalmente úmida: a pele está ocasionalmente durante o dia úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.	Raramente úmida: a pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.
Atividade física: grau de atividade física	Acamado: mantém-se sempre no leito.	Restrito à cadeira: habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não aguenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de roda.	Caminha ocasionalmente: caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.	Caminha frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.
Mobilidade: habilidade de mudar e controlar as posições corporais	Completamente imobilizado: não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.	Muito limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades no entanto é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sem ajuda.	Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Nenhuma limitação: faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência.
Nutrição: padrão usual de ingestão alimentar	Muito pobre: nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 da comida oferecida. Come 2 porções de proteína ou menos por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta de líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias.	Provavelmente inadequado: raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.	Adequado: come mais da metade da maior parte das refeições. Ingerir um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais.	Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.
Fricção e cisalhamento	Problema: necessita assistência moderada ou máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para frequente reposição do corpo. Espasmos, contrações leva a uma fricção constante.	Potencial para o problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.	Nenhum problema aparente: movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira.	
Total de pontos				

Fonte: Xelegati, 2010.

É importante atentar para a continuidade da realização de avaliação de risco em pacientes que já apresentam UP, uma vez que, pode-se prevenir o aparecimento da mesma em outras regiões (GOMES et al., 2011).

Nesse contexto, pode-se perceber que medidas preventivas relacionadas às UP são de grande importância, em especial para os pacientes críticos e dependentes. Com o objetivo da efetivação da prevenção das UP, é necessária a promoção de uma capacitação adequada de uma equipe multidisciplinar, juntamente com o apoio financeiro das instituições de saúde, ofertando treinamento e materiais adequados (LUZ; FRAGA; URBAN, 2010).

Quando os métodos de prevenção da UP não forem suficientes, deve-se buscar pelas melhores formas de tratamento, de acordo com a disponibilidade de materiais e com a lesão. Os métodos terapêuticos existentes podem ser empregados a nível sistêmico, objetivando a melhoria do estado nutricional e a diminuição da infecção; o tratamento conservador, utilizado no início do aparecimento das UP; e o tratamento a nível local, o qual envolve a limpeza cirúrgica, aplicação de curativos e coberturas (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

O tratamento local da UP dá-se de acordo com os seguintes passos (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014):

- Avaliação da lesão quanto ao tempo de existência da mesma e de acordo com sua classificação, promovendo a seleção adequada dos produtos que serão utilizados;
- Mensuração da lesão, o que permite avaliar e registrar a evolução da ferida em seu processo de cicatrização;
- Realização de curativo que proporcione conforto ao paciente;
- Limpeza da UP, utilizando soro fisiológico morno em jato para irrigar a lesão, e a temperatura em torno de 37°C;
- Desbridamento, que permite a remoção dos tecidos desvitalizados e aderidos, que pode ser realizado através dos seguintes métodos: mecânico (força mecânica, como por exemplo: utilizar gaze contendo soro fisiológico na lesão, e retirar quando estiver seca); autolítico (dá-se na presença da umidade, a qual ativa as células que realizam fagocitose e enzimas proteolíticas da pessoa, através de coberturas como hidrogel e hidrocolóide); enzimático (utiliza enzimas advindas do meio externo ao organismo, a fim de realizar a lise do tecido necrosado, como por exemplo, o uso da Colagenase); osmótico (por meio de produtos com característica osmolar, que equilibram a quantidade de umidade na lesão com exsudato, como por exemplo, o uso do Alginato); método com instrumental cortante (requer uso de instrumentais cirúrgicos), o qual pode ser: conservador - método de escolha para remoção de tecido aderente inviável por instrumental cortante, restrito até a fáscia; não há

necessidade de anestesia, pode ser realizado por enfermeiro, médico não cirurgião; ou cirúrgico - método seletivo de remoção de grande área de tecido aderente inviável, por instrumental cortante, que não se restringe até a fáscia; há necessidade de anestesia, realizado apenas por médico cirurgião (MATOS et al., 2010).

3.2 Assistência de enfermagem ao paciente em risco/com úlcera por pressão na atenção primária.

A UP ainda é considerada um problema grave, especialmente em pessoas idosas e pacientes com doenças crônico-degenerativas, tornando-se indispensável investigar como a assistência de acompanhamento desse tipo de lesão está sendo conduzidos pelos profissionais de enfermagem, por meio da análise das publicações de artigos científicos abordando este tema (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aponta que a ampliação da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos domicílios tem por objetivo a aproximação e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais da área de saúde, a comunidade e demais níveis de atenção, a fim de obter uma atuação eficaz para os problemas de saúde. Nesse sentido, desde a implantação da ESF, equipes multiprofissionais vêm sendo disponibilizadas como suporte, passando orientações e participando do cuidado domiciliar aos acamados e/ou às pessoas com restrição de mobilidade física (BRASIL, 2006).

A assistência domiciliar conduzida pelos enfermeiros da ESF surge como uma das estratégias de atenção à saúde já embasadas em alguns países desenvolvidos, as quais apresentam rápido crescimento no Brasil. Esse método de assistência teve início como uma das ações programadas para famílias que tinham em suas residências, idosos acamados apresentando sequelas de doenças crônico degenerativas, terminais e pós cirúrgicas. Percebe-se que quanto maior o grau de dependência do idoso, maior pode ser a necessidade de cuidados ao mesmo (MORAES et al., 2012).

O profissional de enfermagem que integra a equipe multiprofissional de saúde e atua na liderança da equipe de enfermagem tem o dever de gerenciar a assistência, a qual se destaca com a tomada de decisão, e que possibilita a escolha da melhor prática de cuidado a ser ofertada ao paciente enfermo. Todavia, para se alcançar uma prática de qualidade, faz-se necessário que as ações de cuidado estejam cientificamente embasadas na melhor evidência clínica, para que possa proporcionar o aprimoramento dos recursos humanos disponíveis e a diminuição de custos à instituição (SOUZA et al., 2010).

É de responsabilidade dos profissionais de enfermagem que a recuperação do cliente aconteça de maneira rápida e menos traumática possível, por isso cabe a eles orientá-los e ensiná-los (CARNEIRO; SOUSA; GAMA, 2010). Assim, o paciente dependente, em risco ou com UP, e o seu cuidador devem ser envolvidos no cuidar por meio da orientação.

A implantação de um protocolo de UP significa uma decisão estratégica de fortalecimento das melhores práticas assistenciais. Essa medida, liderada pelo enfermeiro, demonstra um esforço da equipe de enfermagem e do cuidador informal. O protocolo de UP é um instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Na medida em que o cuidado de enfermagem tem importância no indicador de qualidade é reduzida a incidência de UP (MORAES, 2011).

Na assistência ao paciente em risco ou com UP, o profissional de enfermagem deve apurar informações como: idade, doenças de base, avaliação nutricional, anemia, uso de medicamentos, história anterior de integridade da pele prejudicada, presença de edemas e/ou infecção, aparecimento de bolhas em região de proeminência óssea, elasticidade de pele, sensibilidade e motricidade, incontinência do trato urinário e intestinal (RODRIGUES; SOUZA; SILVA, 2008).

No contexto de uma assistência qualificada, o profissional atua em nível de prevenção. Neste sentido, a avaliação de risco é um mecanismo eficaz na prevenção das UP e a literatura destaca a importância desse tipo de método para guiar as ações de enfermagem, seja em relação à utilização adequada e racional das medidas de prevenção ou na busca da redução dos custos com o tratamento e diminuição do sofrimento e dor dos pacientes, melhorando a qualidade da assistência de enfermagem. O uso desses métodos deve sempre estar atrelado ao julgamento clínico do enfermeiro, para que a implementação de ações de enfermagem sejam de acordo com o risco de cada paciente (ROCHA; BARROS, 2007).

De acordo com Medeiros, Lopes e Jorge (2009), foram observadas recomendações de modo preventivo empregadas por alguns enfermeiros em sua prática diária na detecção precoce e para evitar o surgimento de UP. As intervenções de enfermagem relacionadas com a prevenção da UP são:

- Atenção à integridade da pele;
- Utilizar de emolientes para hidratação;
- Fazer uso de dispositivos para a incontinência urinária e reeducação vesical;
- Posicionamento no leito;
- Observação da pele do pênis diariamente (ao usar sonda vesical);

- Cuidados higiênicos;
- Alimentação rica em vitaminas e proteínas aos primeiros sinais de UP;
- Atentar para a idade do paciente e a condição clínica do mesmo.

Sugere-se no estudo feito por Carneiro, Sousa e Gama (2010) que os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde incentivem a atualização dos profissionais de sua equipe, com supervisão, capacitação permanente, almejando a melhora da qualidade da assistência oferecida aos clientes em risco ou com lesões, tendo em vista que o processo cicatricial depende não apenas de fatores internos e externos anteriormente referidos, mas também do estado emocional, da nutrição adequada e do estado imunológico satisfatório, atentando ainda, que o cuidado não está focado somente na lesão, e sim na relação da ferida com o corpo.

Frente a grande importância socioeconômica da UP, sua dificuldade terapêutica e a grande incidência à nível de mundo, deve-se haver uma motivação referente a realização de esforços científicos de toda a equipe de saúde, em busca de uma melhoria nas técnicas preventivas e de tratamentos mais eficazes (CAMPOS; ROSSI, 2010), tornando deste modo, o presente estudo relevante, o qual contribui de forma positiva para assistência de enfermagem as UP.



4 Aspectos Metodológicos

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. O estudo descritivo tem como função descrever, classificar, comparar, interpretar e avaliar situações de determinadas populações ou fenômenos, através de métodos padrão de coleta de dados, como por exemplo, questionários e a observação sistemática (GIL, 2010); já o estudo quantitativo frequentemente quantifica relações entre variáveis – a variável independente ou preditiva e a variável dependente ou resultado (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Estratégia de Saúde da Família do município de Cuité-PB.

O município de Cuité-PB está localizado no Estado da Paraíba (Brasil), situado na mesorregião do Agreste paraibano e microrregião do Curimataú Ocidental, fundado no ano de 1768, e se localiza a 235 km de João Pessoa, capital do Estado. De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano 2010, sua população é de 19.978 habitantes. Área territorial de 741,840 km² (IBGE, 2010). Segundo o IBGE (2014), estima-se que a população nesse mesmo ano seria de 20.312 habitantes.

O município é composto por nove Estratégias de Saúde da Família (ESF), onde cinco são distribuídas na zona urbana do município, e quatro na zona rural.

4.3 População e amostra

Segundo Gil (2010) população é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Enquanto a amostra é subconjunto desse universo, a amostra deve ser obtida de uma população específica e homogênea por um processo probabilístico aleatório, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características do mesmo.

A pesquisa intitulada “Conhecimento de Profissionais de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde sobre Úlcera por Pressão” apresenta uma população de dezoito participantes, sendo estes, profissionais representados por enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem. Todos os profissionais foram convidados a participarem da pesquisa, contudo,

três enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem recusaram o convite, assim a amostra foi de onze profissionais, sendo seis enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem. Para inclusão na amostra foi necessário que os profissionais atuassem em áreas que apresentavam pacientes em risco ou com úlcera por pressão (UP).

4.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2014 e ocorreu por meio da aplicação de um instrumento semiestruturado; conforme Lakatos e Marconi (2009) é “quando há um roteiro de tópicos relativos ao problema a ser estudado e o entrevistador tem liberdade de fazer as perguntas que quiser, sobre razões, motivos, esclarecimentos.” Assim esse processo de entrevista semiestruturada, permite esclarecer o tema abordado, seguindo um caminho pré-estabelecido. Nesse sentido, o instrumento foi elaborado com base no Guia da NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014), contendo questões de múltipla escolha, abordando, como por exemplo, medidas preventivas de UP, classificação das mesmas, condutas dos profissionais de enfermagem frente à UP, entre outras; provendo desta forma dados relevantes para análise e discussão da temática junto à literatura.

4.5 Procedimento de coleta de dados

Primeiramente, o contato com os profissionais de enfermagem da APS de Cuité-PB ocorreu por meio de ligações telefônicas, onde a temática do estudo foi exposta e os mesmos puderam informar se gostariam de participar da pesquisa. De acordo com os profissionais que foram favoráveis a contribuir com o estudo, horários foram marcados de acordo com a disponibilidade dos mesmos, em seus respectivos locais de trabalho, e o tempo de aplicação do questionário durou de 20 a 40 minutos.

4.6 Análise dos dados

Os dados obtidos nos questionários foram analisados quantitativamente por meio da construção de planilhas de dados no software Excel – 2007. A análise estatística descritiva ocorreu por meio da construção de tabelas de frequências simples e gráficos. Os dados encontrados foram confrontados com a literatura pertinente a fim de identificar as ações corretas ou incorretas realizadas pelos profissionais quanto à prevenção e tratamento das UP.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

No que se refere às considerações éticas, a presente investigação foi norteada pelo Código de Ética dos Enfermeiros – Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007), como também pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, no cenário brasileiro, contemplados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde (MS) que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Assim, os participantes da pesquisa foram orientados quanto à participação voluntária, ao anonimato, à desistência em qualquer momento da pesquisa, presença de riscos e/ou desconfortos imprevisíveis, bem como à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). Vale salientar que o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o parecer foi aprovado com CAAE: 35189414.2.0000.5175.



5 Resultados e Discussão

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção serão apresentados e discutidos o perfil socioeconômico das participantes da investigação, bem como o número de usuários dependentes de cuidados no município de Cuité-PB, as condutas dos profissionais de enfermagem na realização de curativos e o conhecimento desses profissionais acerca da prevenção e do tratamento da úlcera por pressão.

5.1 Perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa

A seguir, na Tabela 01, será apresentado o perfil socioeconômico e profissional dos técnicos/auxiliares e enfermeiras que participaram da pesquisa.

Tabela 01: Perfil dos profissionais que atuam na Atenção Básica no município de Cuité-PB.

Variáveis	Técnico/Auxiliar		Enfermeira	
	f	%	f	%
Sexo				
Masculino	-	0,0	-	0,0
Feminino	5	100,0	6	100,0
Faixa Etária				
26 I--- 35	4	80,0	3	50,0
35 I---I 44	1	20,0	2	33,3
Não informou	-	0,0	1	16,6
Renda Familiar				
01 salário I--- 03 salários	5	100,0	1	16,6
03 salários I---I 04 salários	-	0,0	3	50,0
Não informou	-	0,0	2	33,3
Faixa de Tempo de Atuação na Atenção Primária				
< 1 ano	-	0,0	3	50,0
1 ano I--- 5 anos	2	40,0	1	16,6
5 anos I--- 10 anos	2	40,0	1	16,6
10 anos I--- 15 anos	-	0,0	1	16,6
15 anos I---I 20 anos	1	20,0	-	0,0
Faixa de Tempo que trabalha na Atual Unidade de Saúde da Família				
< 1 ano	2	40,0	3	50,0
1 ano I--- 3 anos	-	0,0	1	16,6
3 anos I---I 6 anos	3	60,0	2	33,3
Instituição de Formação				
Pública	-	0,0	3	50,0
Privada	5	100,0	3	50,0
Faixa de Tempo de Conclusão do Curso				
1994 I--- 1999	1	20,0	-	0,0
1999 I--- 2004	1	20,0	-	0,0
2004 I--- 2009	3	60,0	2	33,3
2009 I---I 2014	-	0,0	4	66,6
Curso de Capacitação da Área de Feridas				
Sim	3	60,0	1	16,6
Não	2	40,0	5	83,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Pode-se observar que os profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa caracterizam-se por pertencerem em seu total ao sexo feminino: 11 (100 %).

Estudo realizado por Myiasaki (2009) abordando o conhecimento das recomendações para a prevenção de UP por meio da equipe de enfermagem envolveu 386 participantes e foi perceptível a prevalência do sexo feminino, uma vez que 85% dos profissionais da amostra foi composta por mulheres.

O estudo de Padilha, Vaghetti e Brodersen (2006) discute que a mulher moderna faz sua escolha profissional embasada na história familiar e nos aspectos socioculturais que vivenciou, e expõe a necessidade que as mesmas têm, em nível de integração social, de exercer papéis femininos, como no caso do exercício da enfermagem, os mesmos atuam como modelos de comportamento, de ser mulher e de ser enfermeira.

Em relação à faixa etária das profissionais, nota-se que quatro (80%) técnicas de enfermagem tinham entre 26 a 34 anos, e uma (20%) tinha idade entre 35 a 44 anos, enquanto que três (50%) das enfermeiras tinham de 26 a 34 anos, duas (33,3%) de 35 a 44 anos e uma (16,6%) não informou sua faixa etária.

Em estudo desenvolvido por Oliveira e Tavares (2010) na atenção primária, foi possível verificar que 100% dos entrevistados eram mulheres, e estavam entre as faixas etárias de 23 a 27 anos (66%) e de 33 a 38 anos (34%). Estes dados permitem alcançar a conclusão de que há uma maior participação feminina na área da enfermagem, e ainda, que há uma população mais jovem na Estratégia Saúde da Família (ESF), local que tem tido grande abertura para profissionais recém-formados.

No que se refere à remuneração, todas as técnicas de enfermagem recebem em média de um a dois salários mínimos, enquanto que a maioria, três (50%), das enfermeiras recebe de três a quatro salários.

Pode-se perceber que a renda das profissionais que participaram é relativamente baixa, esse fator expõe a falta de reconhecimento e de investimentos voltados à área da saúde por parte dos governantes, favorecendo uma carga de trabalho alta e um retorno financeiro mínimo podendo gerar desestímulo na realização do trabalho em questão, falta de tempo e diminuição da capacidade física e psicológica, em virtude de adesão a outros vínculos empregatícios para ofertar uma melhor qualidade de vida a sua família.

Quanto ao tempo que trabalham na Atenção Primária à Saúde, pode-se observar que duas (40%) técnicas estão de um a quatro anos nessa área, duas (40%) estão de cinco e nove anos e apenas uma (20%) de 15 a 20 anos. Destacou-se que dentre as enfermeiras pesquisadas, a maioria, três (50%), atua na atenção primária há menos de um ano e apenas uma (16,6%) está de 10 a 14 anos nesse nível de atenção.

Sobre o período de tempo que as profissionais atuam nas respectivas USF (Unidades Saúde da Família) quando a pesquisa foi realizada, duas (40%) estão há menos de um ano na unidade e três (60%) estão de três a seis anos. Metade, três (50%), das enfermeiras que participaram da pesquisa, está há menos de um ano na USF atual, uma (16,6%) atua na USF de um a dois anos e, e ainda duas (33,3%) trabalham na USF entre três e seis anos.

Pode-se observar que quanto maior o tempo que os profissionais atuam na unidade maior é o vínculo gerado com a comunidade de sua área de abrangência. Deve-se promover a criação de vínculo, embasada na confiança, envolvendo o profissional, o usuário e sua família, desta forma, aproximando os mesmos da ESF e de sua equipe.

Faz-se necessário que o enfermeiro execute ações, tanto na assistência quanto na gerência, buscando desenvolver, promover, projetar e gerar vínculo com o usuário, com respeito, e preservando a sua autonomia (BARATIERE; MANDÚ; MARCON, 2012).

No presente estudo, em relação à formação profissional pode-se observar que todas as técnicas concluíram o Curso Técnico em Enfermagem em instituições particulares, sendo uma de 1994 a 1998, uma entre 1999 a 2003 e três concluíram o curso entre 2004 e 2008.

Observa-se que em relação ao tempo de conclusão de curso das técnicas de enfermagem que todas as participantes da pesquisa concluíram suas formações há mais de cinco anos, tendo uma concluído o curso há 20 anos, demonstrando, dessa forma, a importância da realização de cursos de capacitação. Com o passar dos anos, os conhecimentos adquiridos tendem a se defasar, sendo assim, necessária a busca e a realizações de novos estudos e cursos, para que as técnicas de enfermagem possam obter conhecimentos atualizados sobre as práticas e assistências que devem ofertar junto aos usuários.

Metade, três (50%), das Enfermeiras concluiu o Curso Superior de Enfermagem em instituição pública de ensino, tendo duas (33,3%) concluído entre 2004 a 2008, e a maioria, quatro (66,6%), concluído entre 2009 a 2014.

É possível observar no estudo realizado por Marqui et al. (2010), que as equipes de USF possuem uma formação profissional recente, que varia de um a cinco anos. Essa caracterização pode contribuir para a melhora do serviço, levando em conta as possíveis mudanças indicadas pelas novas grades curriculares dos cursos de graduação em saúde.

Dentre o total de participantes da pesquisa, três (60%) técnicas de enfermagem declararam ter realizado curso na área de feridas, enquanto duas (40%) relataram não ter essa capacitação. Somente uma (16,6%) informou ter participado de curso na área em questão, em detrimento de cinco (83,3%) que não participaram. Os dados expostos anteriormente remetem a necessidade da participação dessas profissionais em cursos e atualizações nessa área, a fim de aprimorar as técnicas em relação aos cuidados com usuários em risco ou/com UP.

Frequentemente o enfermeiro realiza a assistência aos usuários com lesões cutâneas, colocando em prática medidas preventivas, de avaliação e planejamento, e também, por meio da realização do tratamento de feridas. Em virtude disso esse profissional da saúde tem

necessidade de ser preparado ainda durante a graduação para atuar nesse tipo de cuidado (SALOMÉ; ESPOSITO, 2008).

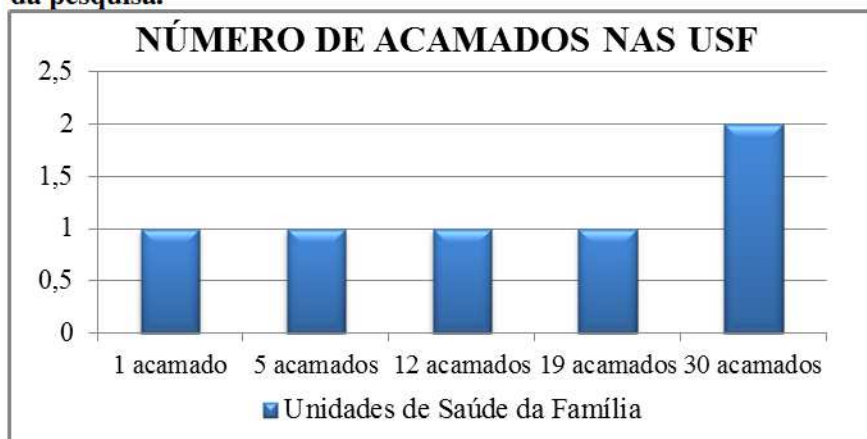
Após a realização da graduação, é imprescindível que os profissionais de enfermagem continuem na busca pelo conhecimento e desenvolvimento de habilidades, participando de cursos de pós-graduação, qualificações e/ou aperfeiçoamentos em serviço, porque os mesmos irão influenciar diretamente no processo de educação permanente em saúde e assim possibilitar o aperfeiçoamento de outros profissionais, desenvolvendo deste modo uma maior capacidade reflexiva e uma posição que edifica o conhecimento, nos mais diversos contextos, onde possam atuar (AZEVEDO et al., 2014).

A realização de um curativo é uma prática reflexiva e não mecânica, requer embasamento teórico sobre a anatomia e fisiologia da pele, dos produtos disponíveis e daqueles que são padronizados pelo serviço. O cuidado da lesão cutânea abrange fisicamente e psicologicamente a pessoa e não deve ser realizada somente de forma técnica, pois se trata de uma relação humana (SALOMÉ; ESPOSITO, 2008).

5.2 Usuários dependentes de cuidados no município de Cuité-PB

Na Figura 03 está apresentado o número de acamados no município de Cuité-PB, segundo as Unidades de Saúde da Família (USF) das enfermeiras participantes da pesquisa.

Figura 03: Número de acamados no município de Cuité-PB, segundo as Unidades de Saúde da Família dos enfermeiros que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Através da Figura 03 pode-se observar um número bastante elevado de usuários acamados nas USF das enfermeiras que fizeram parte do estudo, atentando para duas (33,3%) unidades que possuíam cada uma, no momento da pesquisa 30 usuários restritos ao leito, uma

(16,6%) unidade contendo 19 acamados, uma (16,6%) unidade com 12, e somente uma (16,6%) unidade com um usuário acamado.

A partir desses dados, pode-se analisar que esses fatos se devem a um maior percentual de idosos fragilizados e com restrição ao leito, identificados e assistidos pelos profissionais de enfermagem.

Mundialmente, a dinâmica do crescimento populacional está acontecendo em meio a diferentes fases. Juntamente com a transição epidemiológica, tem como consequência o envelhecimento populacional, considerado o principal fenômeno demográfico do século XX, o qual tem acarretado em uma reorganização do Sistema de Saúde, uma vez que a população inspira cuidados, os quais são um desafio frente às enfermidades crônicas que os acometem, além de sofrerem déficits nos últimos anos remanescentes de suas vidas (NASRI, 2008).

Em estudo realizado por Cavalcante et al. (2010) foi identificado um elevado índice de cadastros de idosos nas unidades de saúde, todavia, poucos prontuários traziam informações pertinentes sobre a presença de lesões cutâneas. Em detrimento das informações dos prontuários que não especificavam o agravo, durante a visita pôde-se observar a presença de feridas. Verificou-se, desse modo, a ausência de informações referentes ao estado de saúde dos usuários por parte da equipe que realizava a assistência aos mesmos.

No âmbito do cuidar de enfermagem à pessoa idosa domiciliada e com cadastro em USF são feitas realizadas consultas, além de visitas domiciliares, as quais abrangem quesitos relacionados às alterações na funcionalidade dos usuários. O enfermeiro deve fazer uso de ferramenta adequada para o cuidado a essas pessoas, com olhar atento, de modo que possa analisar mudanças advindas do processo de envelhecimento, adequadamente. Com o avançar da idade, elevam-se as probabilidades da ocorrência de déficits funcionais e de mobilidade (SANTOS et al., 2013).

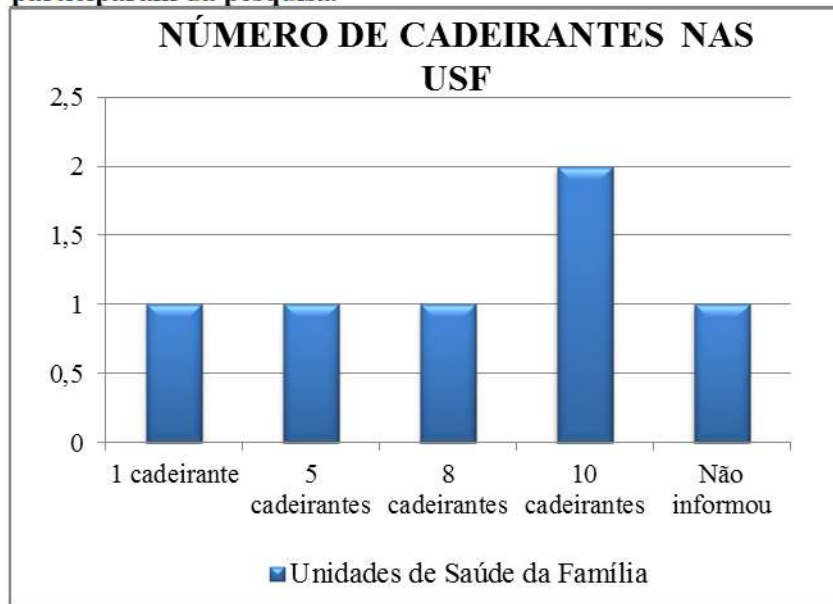
Nesse sentido, a partir da ampliação da Atenção Básica (AB), os profissionais das USF, em especial o enfermeiro, tem uma melhor oportunidade para conhecer o perfil dos idosos acamados, seus níveis socioeconômicos e os locais onde habitam; verificar o conhecimento e as práticas realizadas por parte dos cuidadores; o grau de dependência e de comprometimento do usuário; assim como as complicações de morbidades crônicas alojadas (FIGUEIREDO et al., 2008).

Devido ao crescente índice de envelhecimento populacional, ao número aumentado de idosos acamados, vulneráveis, com elevado grau de dependência, e conseqüentemente, diversas necessidade básicas prejudicadas, é fundamental a construção de conhecimentos que almejem indicar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes dentre esses usuários, para

que por meio deles exista a possibilidade de implementação de um plano de intervenção e propagação de cuidados eficazes, com a capacidade de promover o bem-estar e a melhora na qualidade de vida dessas pessoas (FIGUEIREDO et al., 2008).

Na Figura 04 está apresentado o número de cadeirantes no município de Cuité-PB, segundo as Unidades de Saúde da Família (USF) dos enfermeiros que participaram da pesquisa.

Figura 04: Número de cadeirantes no município de Cuité, segundo as Unidades de Saúde da Família dos enfermeiros que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Observa-se através da Figura 04 que em todas USF possuem cadeirantes em sua área de abrangência. Destacam-se duas (33,3%) unidades que possuem dez cadeirantes, uma (16,6%) unidade com oito cadeirantes, uma (16,6%) unidade com cinco, e apenas uma (16,6%) unidade com um cadeirante. Uma enfermeira não informou a quantidade de cadeirantes em sua área.

Nesse contexto, fica evidente a importância da assistência de enfermagem com a realização de um cuidado focado na prevenção e promoção da saúde, principalmente em relação ao aparecimento de UP, uma vez que as restrições de locomoção e mudança de decúbito que essas pessoas possuem as tornam mais propensas a adquirirem essas lesões devido à pressão que sofrem diariamente com o uso da cadeira de rodas, principalmente nas tuberosidades isquiáticas (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida são aspectos importantes na predominância de morbidades crônicas e incapacitantes, e se as mesmas não forem tratadas corretamente e acompanhadas durante o passar dos anos, colaboram para o

aparecimento de complicações, as quais fazem com que as pessoas se tornem cada vez mais dependentes de outrem. Dito isto, é de responsabilidade do profissional da área da saúde explicitar ao usuário as informações pertinentes sobre a enfermidade e possíveis complicações, orientando quanto aos hábitos de vida saudáveis e realizando acompanhamentos frequentemente a fim de promover a saúde e prevenir enfermidades (CAVALCANTE et al., 2010).

Em estudo realizado foi evidenciado que pacientes acamados e cadeirantes são na maioria idosos, caracterizados com idade acima de 70 anos, apresentando-se vulneráveis para o desenvolvimento de UP, fragilizados por enfermidades variadas, além de possuírem condições crônicas instaladas, influenciando deste modo na diminuição da capacidade funcional, e por isso, inspirando cuidados, além da dependência de cuidadores (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

Muitas vezes os usuários são totalmente dependentes de seus cuidadores, principalmente no que se refere à mudança de decúbito, cuidados com a pele, alimentação, higiene pessoal, dentre outros. Nesse sentido, percebe-se a necessidade, dos profissionais de enfermagem promoverem educação em saúde sobre os riscos de UP, juntamente com o usuário e sua família, buscando passar orientações aos mesmos de como evitá-las e ofertar o cuidado utilizando práticas corretas embasadas na literatura.

Uma vez que acomete números importantes de idosos do país, as lesões cutâneas são parte de uma problemática epidemiológica grave, que deve ser tratada com atenção exclusiva, por meio dos profissionais de saúde, fazendo uso de cuidados multidisciplinares, possibilitando uma diminuição do número de agravos e de eventuais desencadeadores desse processo, melhora na qualidade de vida das pessoas em questão, além de demonstrar eficácia dos serviços de saúde, especialmente na atenção primária (CAVALCANTE et al., 2010).

Na Figura 05, destacado logo a seguir, está apresentado os números de usuários com Úlcera por Pressão no município de Cuité-PB, segundo nas USF dos enfermeiros participantes da pesquisa.

Figura 05: Números de usuários com Úlcera por Pressão no município de Cuité-PB, segundo as Unidades de Saúde da Família dos enfermeiros que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Conforme o que está sendo exposto na Figura 05, existe uma (16,6%) USF que não possui nenhum usuário com UP, três (50%) com um usuário acometido, uma (16,6%) com dois usuários apresentando a lesão, e uma (16,6%) outra com quatro usuários que sofrem com UP.

Pode-se analisar que apesar do quantitativo elevado de acamados e cadeirantes no município, anteriormente apresentado, o número dos usuários que estão acometidos com UP é relativamente baixo nas USF das enfermeiras participantes do estudo.

Segundo dados informados pela enfermeira responsável pelo programa Melhor em Casa no município de Cuité-PB, existem atualmente 83 usuários cadastrados, dos quais todos são idosos. A Enfermeira desse serviço relatou que no momento não possui nenhum usuário com UP, e que são passadas orientações aos cuidadores para a prevenção da UP.

Nesse sentido, apesar do elevado quantitativo de pessoas dependentes no município, os profissionais de saúde estão implementando medidas de prevenção de UP para esses usuários em risco, tendo na figura do cuidador um grande aliado, uma vez que os dados informados no quantitativo de dependentes, mesmo que divergentes, demonstram pouca pessoas com UP.

Segundo Diniz et al. (2014) o processo desenvolvido para o tratamento da UP mostrou que no contexto domiciliar, é de suma importância prover segurança e comprometimento na relação entre o cuidador e os familiares do usuário, a fim de oferecer continuidade aos cuidados propostos pelo enfermeiro, tendo o mesmo a responsabilidade de realizar avaliação

do paciente de forma holística, elaborando o planejamento do seu tratamento tópico e orientando quanto às ações de prevenção de novas UP.

O profissional deve ter conhecimento acerca da fisiopatologia da UP, para que execute os procedimentos corretos, a fim de preveni-la e se necessário tratá-la, com empenho, com vistas a proporcionar uma assistência qualificada, almejando a diminuição de novos casos (ROLIM et al., 2013).

É necessário que o Enfermeiro ponha em prática o raciocínio crítico e clínico, os quais norteiam a realização da avaliação de desenvolvimento de UP no exame clínico. O profissional realiza a coleta de informações a partir da anamnese, informações que dizem respeito às condições de saúde, dados socioculturais, histórico familiar e de seu trabalho. Conseqüentemente, o eixo da assistência de enfermagem deverá estar traçado buscando dados para identificar as necessidades do usuário, através da construção de um plano de cuidados, executando ações e analisando os resultados, configurando, desta forma, a sistematização da assistência de enfermagem (DINIZ et al., 2014).

5.3 Condutas dos profissionais de enfermagem na realização de curativos

Na Figura 06 estão apresentadas as condutas utilizadas na realização do curativo pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Essas informações foram repassadas por aqueles quando questionados acerca de cada momento específico.

Figura 06: Número referente às condutas utilizadas na realização do curativo, pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Pode-se observar na Figura 06, que dentre as ações executadas em um curativo, uma (16,6%) enfermeira realiza o curativo, três (50%) realizam desbridamento, cinco (83,3%) avaliam o curativo e uma (16,6%) escolhe a cobertura, segundo informaram as

técnicas/auxiliares de enfermagem. Dentre as técnicas e auxiliares, duas (40%) afirmaram realizar o curativo e ter o acompanhamento da enfermeira, duas (40%) realizam desbridamento, quatro (80%) avaliam a lesão cutânea e duas (40%) escolhem a cobertura da ferida.

Percebe-se claramente a incompatibilidade ética e legal realizada por parte desses profissionais, já que as enfermeiras delegam às técnicas e auxiliares atividades de alta complexidade como avaliação, escolha da cobertura e desbridamento.

A pele é um órgão extremamente complexo que reveste o corpo humano e por isso exerce várias funções como termorregulação, excreção, metabolismo pela síntese de vitamina D e proteção contra invasão de micro-organismos. É subdividida em epiderme, derme e tecido subcutâneo. Por baixo da pele está a fáscia muscular, o músculo, ossos e tendões. Cada tecido se apresenta com coloração e consistências diferentes (BRASIL, 2002).

O enfermeiro, durante sua formação mínima de 4.000 horas, estuda a pele em várias disciplinas como anatomia, histologia, biologia celular, patologia, fisiologia, semiologia e semiotécnica da enfermagem, dentre outras. O conhecimento sobre curativos advém de disciplina específica, atualmente oferecida por muitas universidades, além do contato com várias outras que abordam o cuidado de pessoas com lesão durante todo o curso, presente desde a atenção primária até à terciária. Esse conhecimento é primordial para cuidar de um órgão tão complexo.

Não obstante, de acordo com a Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional de Enfermagem, orienta em seu Artigo 11º, que cabe ao Enfermeiro, privativamente, consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (COFEN, 2012).

Ainda de acordo com esta mesma Lei, no Artigo 12º, é possível observar que o Técnico de Enfermagem deve exercer atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento e na programação da assistência de Enfermagem, executa ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro (Art. 12 desta Lei).

Com relação ao Auxiliar de Enfermagem, este exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, executar ações de

tratamento simples, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e participar da equipe de saúde.

Ainda em conformidade com a Lei 7.498/86, no Artigo 15, fica estabelecido que as atividades do técnico e auxiliar de enfermagem somente podem ser desempenhadas em instituições de saúde públicas e privadas, e em programas de saúde, praticadas sob orientação e supervisão direta do Enfermeiro.

Diante do exposto, é função privativa do enfermeiro realizar a consulta e a prescrição de enfermagem, assim como a avaliação da ferida e a escolha da cobertura dessas lesões. Além disso, o desbridamento é um procedimento de alta complexidade que requer conhecimento da diferenciação dos tecidos saudáveis e desvitalizados, evitando, dessa forma, alguma conduta iatrogênica para o paciente.

Ademais, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução COFEN nº 311/2007, na Seção I, das relações com a pessoa, família e coletividade, seguem-se as responsabilidades e deveres (COFEN, 2012).

Art. 10 – Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade.

Art. 12 – Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 13 – Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 14 – Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Considerando que para o tratamento de feridas o Enfermeiro realiza a troca de curativos, desde uma ferida simples à complexa, avalia a lesão, escolhe a cobertura ideal, realiza o desbridamento, orienta o paciente sobre a fisiopatologia de sua doença e os cuidados necessários para o restabelecimento de sua saúde, e, sobretudo, como parte integrante de uma equipe multidisciplinar, encaminha para outros profissionais e supervisiona o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem, o Enfermeiro **jamais** pode delegar suas atividades privativas a outro profissional. Isso se configura em uma negligência e fere a Lei do exercício profissional e o código de ética.







Em contrapartida, o técnico/auxiliar que aceita realizar um curativo complexo sem a supervisão do enfermeiro, escolher uma cobertura ou realizar um desbridamento, desempenha uma atividade que não é de sua competência e corre o risco de causar uma assistência com imperícia porque não está preparado cientificamente nem **legalmente** para tais atividades.

5.4 Conhecimento de profissionais de enfermagem acerca da Úlcera por Pressão

No que concerne ao conhecimento desses profissionais, foram apresentadas questões para identificação do estadiamento da UP apenas para o enfermeiro, outras de identificação de situações de risco para o desenvolvimento da lesão e a escolha do produto para limpeza, a técnica deste procedimento e a cobertura indicada, conforme as fotografias. Essas outras questões foram aplicadas para os técnicos/auxiliares e enfermeiros.

Com relação ao estadiamento da UP conforme a NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) foram apresentadas várias fotografias de UP e a classificação estava disposta abaixo das lesões para que o enfermeiro pudesse fazer uma correlação.

Tabela 02: Classificação da UP conforme a NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) segundo as enfermeiras que atuam na Atenção Básica do município de Cuité-PB.

Resposta correta	Fotografia	Respostas dos Enfermeiros	f	%
Perda parcial da espessura da pele - Categoria 2		Categoria 1	01	16,6
		Categoria 2	02	33,3
		Categoria 3	01	16,6
		Categoria 4	01	16,6
Perda total da espessura dos tecidos - Categoria 4		Categoria 4	02	33,3
		Inclassificável	03	50,0
Inclassificável		Categoria 2	01	16,6
		Categoria 3	01	16,6
		Categoria 4	01	16,6
		Suspeita de lesões nos tecidos profundos	02	33,3
Suspeita de lesões nos tecidos profundos		Categoria 2	01	16,6
		Categoria 3	03	50,0
		Categoria 4	01	16,6
Eritema não branqueável - Categoria 1		Categoria 1	05	83,3
Perda total da espessura da pele - Categoria 3		Categoria 2	02	33,3
		Categoria 3	02	33,3
		Suspeita de lesões nos tecidos profundos	01	16,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Pode-se observar na Tabela 02 que os itens que tiveram maior índice de acertos foram as categorias 1 com cinco (83,3%) acertos e as categorias 2, 3 e 4 com dois (33,3%) acertos cada. As categorias: Inclassificáveis e Suspeita de lesões nos tecidos profundos não obtiveram nenhuma porcentagem de acerto. Das seis enfermeiras que participaram da pesquisa, uma não respondeu à questão referente as classificações das UP.

Diante das respostas, percebe-se a necessidade de atualização das enfermeiras no que concerne à classificação da UP. A falta de padronização na classificação gera confusão na

assistência porque dificulta a linguagem entre os profissionais de qual é verdadeiramente a categoria da úlcera.

Em estudo realizado por Myiazaki (2009) permite observar em relação à classificação da UP os profissionais obtiveram acertos menores que 60% em três itens do teste, e em uma questão os auxiliares/técnicos tiveram maior porcentagem de acerto (57,6%) em detrimento dos enfermeiros, que acertaram 54,4%.

O estudo de Fernandes, Caliri e Haas (2008) mostrou que em quatro questões os enfermeiros acertaram 100% no que se diz respeito à classificação das úlceras (I, II, e IV). Todavia, obtiveram baixo índice de acerto (28,6%) em dois quesitos, tendo em destaque a deficiência de acerto em relação ao conhecimento no item sobre a presença de dor na UP categoria II.

A não padronização da linguagem para o estadiamento fragmenta o cuidado, torna a comunicação comprometida porque não há um entendimento do todo, por todos os envolvidos nesse cuidado. Essa problemática pode até mesmo causar uma negligência no cuidado ou erro de conduta, quando não se descreve a seriedade de uma úlcera e esta é subestimada, podendo levar até mesmo o paciente à morte por uma sepse.

A seguir, na Tabela 03, que é descrita logo a seguir, será apresentado o número de acertos sobre as medidas de prevenção de UP, segundo as respostas (verdadeiro ou falso) dos técnicos/auxiliares que participaram da pesquisa.

Tabela 03: Número de acertos sobre as medidas de prevenção de UP, segundo as respostas (verdadeiro ou falso) dos técnicos/auxiliares que participaram da pesquisa.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE UP Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	nº de acertos	
	n	%
1. Devem-se considerar para avaliação todas as pessoas que são acamadas ou cadeirantes ou aquelas que não possuem capacidade de se reposicionar – VERDADEIRO	05	100,0
2. Deve-se realizar massagens nas regiões de proeminências ósseas com risco de úlcera por pressão para estimular a circulação - FALSO	02	40,0
3. O frio ou calor excessivo favorecem a abertura de úlcera por pressão em pacientes acamados – VERDADEIRO	05	100,0
4. Pessoas restritas ao leito devem ser reposicionadas pelo menos a cada duas horas – FALSO	05	100,0
5. A cabeceira da cama deve ser mantida acima de 30° ou com o maior grau de elevação de acordo com a condição clínica do paciente para que ele fique bem ereto – FALSO	01	20,0
6. Deve-se atentar para incontinências urinárias e intestinais limpando a pele sempre que necessário com água quente – FALSO	01	20,0
7. O eritema que não branqueia ao alívio da pressão não é considerado lesão porque a pele não está rompida – FALSO	01	20,0
8. O uso do colchão piramidal dispensa a mudança de decúbito- FALSO	01	20,0
9. A pele seca e excessivamente úmida são fatores de risco para a úlcera por pressão em pacientes acamados – VERDADEIRO	05	100,0
10. As luvas cheias de água são indicadas para evitar úlcera por pressão em calcâneos quando não há outros dispositivos de prevenção- FALSO	03	60,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A partir dos dados expostos na Tabela 03, pode-se analisar que os técnicos/auxiliares de enfermagem sabem da necessidade de avaliar todo paciente em risco de desenvolver UP, que o frio ou calor excessivo favorecem a abertura de UP em pacientes acamados, que a pele seca e excessivamente úmida são fatores de risco para UP nessas pessoas e que as luvas cheias de água não são indicadas para evitar UP em calcâneos.

Contudo, pode-se analisar que seis (50%) questões tiveram uma porcentagem inferior a 50% de acertos, evidenciando a falta de conhecimento por parte desses profissionais sobre as medidas a serem tomadas para a prevenção de UP e a necessidade de cursos de capacitação na área de feridas, para que possam corretamente orientar os usuários e seus familiares em relação a esses cuidados.

A mudança do paciente não é mais a cada duas conforme o protocolo anterior da EPUAP e NPUAP (2009) e conforme todas as técnicas/auxiliares responderam, porém deve ser realizado a depender da avaliação de vários fatores como a superfície de apoio de redistribuição da pressão em uso, a tolerância tecidual, o nível de atividade e mobilidade, a condição clínica geral, os objetivos gerais do tratamento, a condição da pele e o conforto.

Assim, dependendo desses elementos, o reposicionamento do paciente deve ser realizado antes ou após duas horas.

A seguir, na Tabela 04, será apresentado o número de acertos sobre as medidas de prevenção de UP, segundo as respostas (verdadeiro ou falso) dos enfermeiros que participaram da pesquisa.

Tabela 04: Número de acertos sobre as medidas de prevenção de UP, segundo as respostas (verdadeiro ou falso) das enfermeiras que participaram da pesquisa.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE UP Enfermeiros	nº de acertos	
	n	%
1. Devem-se considerar para avaliação todas as pessoas que são acamadas ou cadeirantes ou aquelas que não possuem capacidade de se reposicionar – VERDADEIRO	06	100,0
2. Deve-se realizar massagens nas regiões de proeminências ósseas com risco de úlcera por pressão para estimular a circulação - FALSO	01	16,6
3. O uso do colchão piramidal dispensa a mudança de decúbito - FALSO	06	100,0
4. A utilização da escala de Braden auxilia a identificar os pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão - VERDADEIRO	05	83,3
5. A cabeceira da cama deve ser mantida acima de 30° ou com o maior grau de elevação de acordo com a condição clínica do paciente para que ele fique bem ereto – FALSO	05	83,3
6. Deve-se atentar para incontinências urinárias e intestinais limpando a pele sempre que necessário com água quente - FALSO	04	66,6
7. O eritema que não branqueia ao alívio da pressão não é considerado lesão porque a pele não está rompida - FALSO	06	100,0
8. O indicadores nutricionais como anemia, hemoglobina e albumina sérica são importantes na avaliação de risco - VERDADEIRO	06	100,0
9. A pele seca e excessivamente úmida são fatores de risco para a úlcera por pressão em pacientes acamados - VERDADEIRO	06	100,0
10. As luvas cheias de água são indicadas para evitar úlcera por pressão em calcâneos quando não há outros dispositivos de prevenção - FALSO	03	50,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na Tabela 04, é possível verificar que as enfermeiras que participaram da pesquisa tem conhecimento da importância de realizar a avaliação de risco de UP em todas as pessoas que possam ter algum tipo de restrição de mobilidade e também que o uso do colchão piramidal não substitui a realização da mudança de decúbito, fatores bastante relevantes para a prevenção de UP.

Pode-se observar que a maioria das enfermeiras considera que a escala de Braden é um instrumento que favorece a identificação e avaliação de pessoas em risco de desenvolver UP, além da cabeceira da cama não ser mantida acima de 30°, evitando desta forma o cisalhamento, fator esse que contribui para o aparecimento desse tipo de lesão.

Verifica-se a partir dos dados coletados que mais da metade das enfermeiras informaram que a higienização da pele não deverá ser realizada com água quente, a mesma em temperaturas elevadas irá causar lesões na pele das pessoas, sendo assim, caracterizada como um fator de risco para UP.

As enfermeiras participantes da pesquisa têm conhecimento que já existe lesão no estágio do eritema não branqueável ao alívio da pressão, mesmo sem rompimento da pele. Todas julgaram os indicadores nutricionais importantes para a avaliação de risco e também que a pele seca e excessivamente úmida são fatores de risco para UP.

Segundo os dados encontrados na Tabela anterior (03), é possível analisar que somente uma questão obteve porcentagem de acerto menor que 50%, e três questões contendo 50% de acertos. Em detrimento ao resultado dos percentuais de acerto das técnicas (Tabela 02), as enfermeiras tiveram mais sucesso em suas respostas, demonstrando um conhecimento mais abrangente sobre as medidas de prevenção de UP.

Segundo a NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014), no desenvolvimento da avaliação de risco e das medidas preventivas de UP deve-se atentar para:

- Os sujeitos que se encontram restritos ao leito ou a cadeira de rodas, os quais estão em risco de desenvolver UP;
- A contra-indicação de massagens na presença de inflamação aguda e onde possa haver a probabilidade de déficit na função circulatória ou em regiões cutâneas fragilizadas;
- A pele íntegra, porém com vermelhidão que não branqueia em região geralmente de proeminência óssea são consideradas UP categoria I;
- Deve ser realizado o reposicionamento Da pessoa usando 30° na posição de semi-Fowler ou na posição dorsal e inclinação de 30° para posições laterais (de forma a variar o lado direito, esquerdo e dorsal), caso a pessoa e sua situação clínica tolere estas posições. Posturas que aumentem a pressão, como por exemplo, Fowler acima dos 30° ou a posição de decúbito lateral a 90° ou a posição de semi-deitado devem ser evitadas;
- A frequência do reposicionamento da pessoa deve levar em conta o tipo de colchão, naqueles que não possuem sistema de distribuição de pressão, a pessoa deverá ser mudado de decúbito mais frequentemente do que quando se encontra em um colchão que não possui esse sistema. Essas mudanças de posições vão depender das características das superfícies de apoio;
- Usar hidratantes para a pele seca, buscando diminuir os riscos de lesões cutâneas;

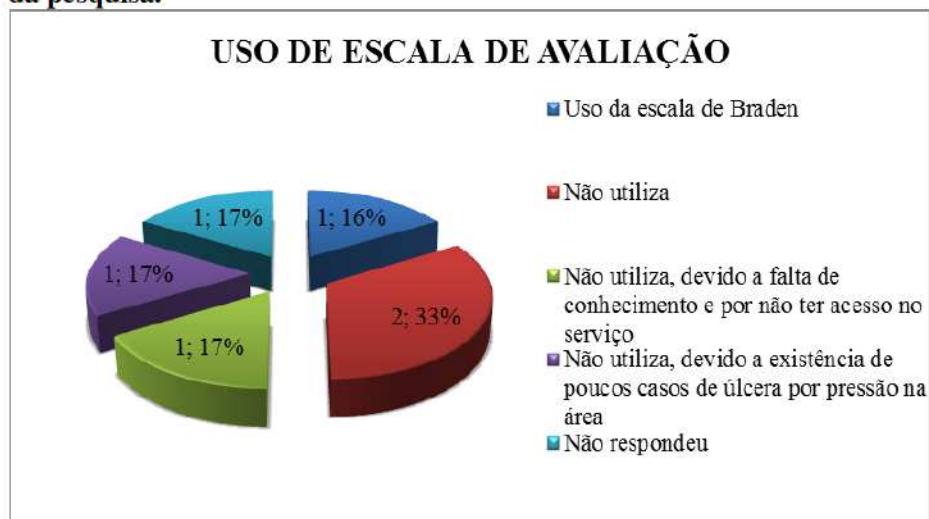
- Promover a proteção da pele em relação à umidade excessiva, utilizando produtos que auxiliem no controle da mesma, e consequentemente reduzindo o risco de UP;
- O uso de pele de carneiro sintética deve ser evitado, assim como dispositivos recortados em forma de anel ou/e luvas cheias de água;
- Fazer uso de escala de predileção de risco a fim de identificar as pessoas em risco de desenvolver UP.

São fatores de risco para prevenção de UP: mudança de decúbito conforme a necessidade de cada paciente, o tipo da superfície de apoio usado para pacientes inconscientes, a higiene pessoal dos mesmos, assim como cuidados relacionados a incontinência urinária (LIMA; GUERRA, 2011).

Nesse contexto, levando em conta os fatores de risco modificáveis da UP, a implementação de medidas preventivas é o modo mais eficaz para a manutenção da pele íntegra, sendo assim, de grande importância à utilização de métodos de prevenção e de avaliação dos fatores de risco (COELHO et al., 2012).

Na Figura 07 está apresentado o número referente ao uso de escala de avaliação, segundo os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 07: Número referente ao uso de escala de avaliação, segundo os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Verifica-se que na Figura 07 apenas um (17%) enfermeiro que participou da pesquisa declarou fazer uso de escala de avaliação de risco, no caso, a de Braden, duas (33%) informaram que não utilizavam nenhum tipo de escala, uma (17%) não utilizava devido a falta de conhecimento e por não ter acesso a essa ferramenta no serviço e uma (17%) não utilizava

devido a existência de poucos casos de UP em sua área. Esses valores vão contra os valores obtidos nas Tabelas 02 e 03, em que 100% dos profissionais afirmam a necessidade de avaliar todas as pessoas que são acamadas ou cadeirantes ou aquelas que não possuem capacidade de se reposicionarem.

Em estudo desenvolvido por Chayamiti e Caliri (2010), em relação ao uso das escalas de predileção de risco, grande parte dos participantes não utilizava as mesmas, apesar de 70% das pessoas apresentarem risco para desenvolver UP.

Esse fato promove a reflexão sobre a ausência de preparo adequado e de práticas de medidas de prevenção, por parte dos profissionais. Os resultados apontam a necessidade de promoção de medidas educativas para que enfermeiros possam desenvolver medidas de intervenção que incluam métodos de prevenção, a terapêutica utilizada e a recuperação do paciente.

A seguir serão apresentadas algumas UP's e as respostas que os técnicos/auxiliares e enfermeiros colocaram diante da escolha do produto de limpeza, a técnica de limpeza adequada e a cobertura indicada para cada lesão.

Figura 08: Descrição e fotografia de Úlcera por Pressão categoria I.

Úlcera por Pressão Categoria I: A fotografia 01 é um **eritema não branqueável**: Pele íntegra com hiperemia não branqueável em região frequentemente de proeminência óssea; a sua cor pode ser diferente da pele circunvizinha.



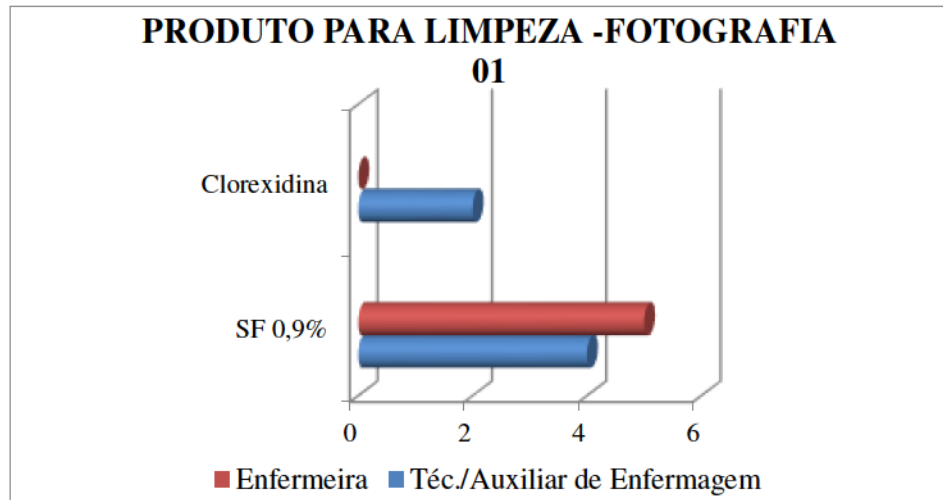
Fotografia 01

Fonte: Google Imagens, 2015.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na Figura 08 está representado o número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 01, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 09: Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 01, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



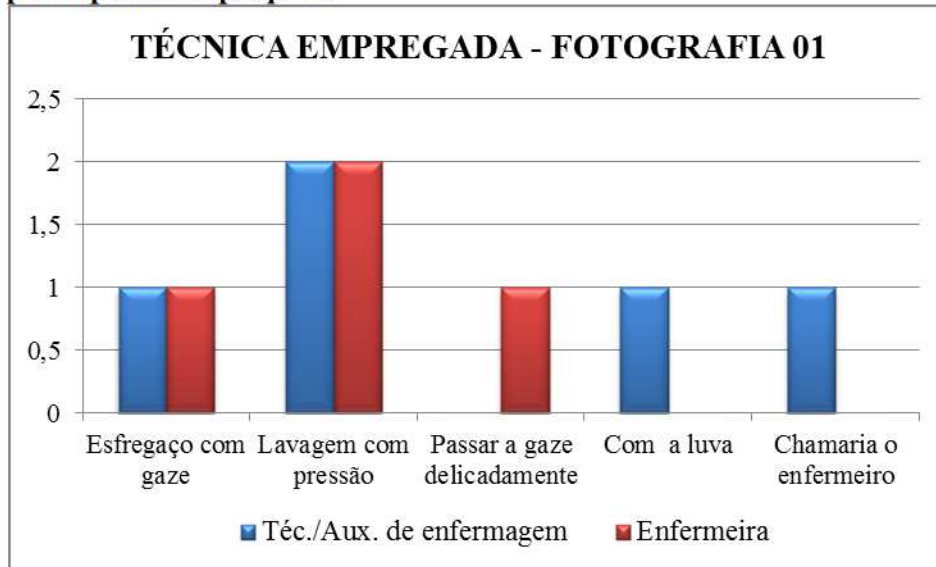
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Em relação aos produtos utilizados na limpeza da UP exposta na fotografia 01 é possível verificar que cinco (83,3%) enfermeiras utilizariam SF 0,9%. Já duas (40%) técnicas informaram que escolheriam clorexidina e quatro (80%) higienizariam com SF 0,9%. Uma enfermeira não respondeu a essa questão.

Pode-se observar que apesar da pele não estar rompida nenhum profissional informou que realizaria a limpeza com água de torneira. Nesta situação era satisfatório implementar a limpeza utilizando apenas a água e sabonete de banho do próprio paciente. Conforme a orientação da NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) a pele deve ser mantida limpa e hidratada a fim de evitar danos ao estrato córneo.

Na Figura 10 está representado o número referente às técnicas empregadas na realização da limpeza da UP da fotografia 01, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 10: número referente às técnicas empregadas na realização da limpeza da UP da fotografia 01, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Sobre a técnica utilizada na limpeza da UP da fotografia 01 é possível analisar que uma (16,6%) enfermeira informou que executava a técnica com a gaze delicadamente na região afetada, duas (33,3%) realizariam lavagem com pressão e três (50%) fariam esfregaço com gaze. Quanto às técnicas/auxiliares de enfermagem, uma (20%) declarou que chamaria a enfermeira da ESF para escolher a técnica de limpeza correta, uma (20%) afirmou que utilizaria apenas luvas no procedimento, duas (40%) fariam lavagem com pressão e uma (20%) realizaria esfregaço com gaze.

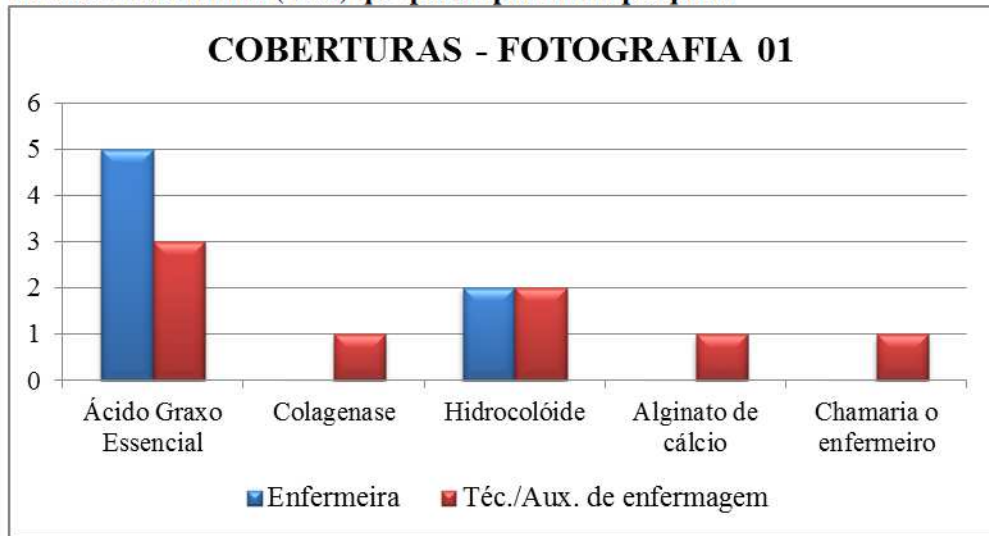
No caso da fotografia 01 não deve ser realizado o esfregaço com gaze devido ao estado da pele, a qual se encontra fragilizada, o que poderia favorecer a progressão da UP (EPUAP; NPUAP, 2009). A limpeza da ferida deve ser realizada utilizando algodão úmido em água ou lençinhos higiênicos à base de lanolina (CARVALHO, 2012), ou mesmo a mão enluvada delicadamente, durante o banho, buscando não romper o tecido lesionado.

Nesse caso, a troca de fraldas necessita ser realizada na medida em que as mesmas apresentem-se saturadas para evitar o retorno da umidade para a pele. (CARVALHO, 2012)

A atitude de chamar a enfermeira é correta para escolher a técnica a ser empregada na limpeza da UP, pois a mesma tem conhecimento técnico-científico mais aprofundado e poderá avaliar e prescrever a técnica mais adequada a ser utilizada dependendo de cada lesão.

Na Figura 11 está representado o número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 01, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 11: Coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 01, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Em relação às coberturas utilizadas na fotografia 01 foi possível verificar que duas (33,3%) enfermeiras utilizariam hidrocolóide e cinco (83,3%) cobririam com Ácido Graxo Essencial (AGE). Uma (20%) técnica chamaria a enfermeira para escolher a cobertura, uma (20%) usaria alginato de cálcio, duas (40%) utilizariam hidrocolóide, uma (20%) usaria colagenase e três (60%) fariam uso de AGE. O alginato de cálcio e a colagenase não têm indicação para pele íntegra (CARVALHO, 2012). Os tratamentos que poderiam ser implementados para a UP categoria I são: a mudança de decúbito, AGE, creme barreira, aliviador de pressão, placa de hidrocolóide e filme de poliuretano.

O Ácido Graxo Essencial (AGE) é importante para a manutenção da integridade da pele e da barreira de água; é bem absorvido quando aplicado em pele íntegra, forma uma película protetora, previne lesões, tem alta capacidade hidratante, além de proporcionar nutrição celular local (BRASIL, 2009; FRANCO; GONÇALVES, 2008).

Quanto ao creme barreira, seria outro produto que poderia ser aplicado na UP categoria I, se a pele estiver fragilizada ou em bordas maceradas. É um produto composto à base de glicerol, silicone, óleo mineral e petrolatum e protege o estrato córneo, restaura o pH da pele, protege contra irritação da pele, suavizando quando está sensível ou macerada. Por ser hidrófago, devido a sua composição oleosa, impede a irritação da pele por agentes externos ao mesmo tempo em que mantém a hidratação natural da pele (COLOPLAST, 2015). Vale ressaltar que a composição pode variar dependendo do fabricante.

O aliviador de pressão, importante dispositivo para pacientes com contraindicação para a mudança de decúbito, é composto por uma placa de hidrocolóide que fica em contato

com a pele, adesivo microporoso e anéis de espuma de polietileno. Pode ser encontrado nos tamanhos de 7cm para o calcâneo, 10 cm e 15cm. Deve ser trocado em até sete dias ou antes se os anéis estiverem danificados ou houver sujidade (COLOPLAST, 2015).

Os hidrocolóides estimulam o crescimento de novos vasos, tecido de granulação e protege as terminações nervosas, além de proporcionar uma barreira de proteção contra traumas, bactérias e outros agentes externos, e ainda mantêm o isolamento térmico (BRASIL, 2009).

O filme de poliuretano é um curativo estéril composto por uma película de poliuretano, encoberto por adesivo hipoalergênico. O mesmo não adere à superfície umedecida da lesão e possui uma cobertura fina, transparente (permite visualizar a UP), semipermeável e não possui ação absorvente. A umidade natural proporciona hidratação e consequentemente a diminuição formação de crosta, estimulando deste modo a epitelização. Poderá atuar como barreiras para bactérias e vírus, de acordo com a sua permeabilidade. Pode permanecer sobre a lesão por vários dias, tendo assim uma frequência de trocas diminuída, além de poder ser utilizado como curativo secundário. Seu uso é indicado em UP grau I, superficiais com drenagem mínima de exsudato (BRASIL, 2009).

No caso da realidade deste município, a indisponibilidade de tais produtos remete o cuidado apenas à limpeza da área e mudança de decúbito.

A seguir está apresenta a conduta para uma UP em categoria IV.

Figura 12: Descrição e fotografia de Úlcera por Pressão categoria IV.

Úlcera por Pressão Categoria IV: A fotografia 02 é uma **Perda total da espessura dos tecidos**: Comprometimento da espessura tecidual com exposição de ossos, tendões ou músculos. Pode apresentar tecido desvitalizado e/ou necrosado. Frequentemente são cavitadas e com a presença de fistulas.



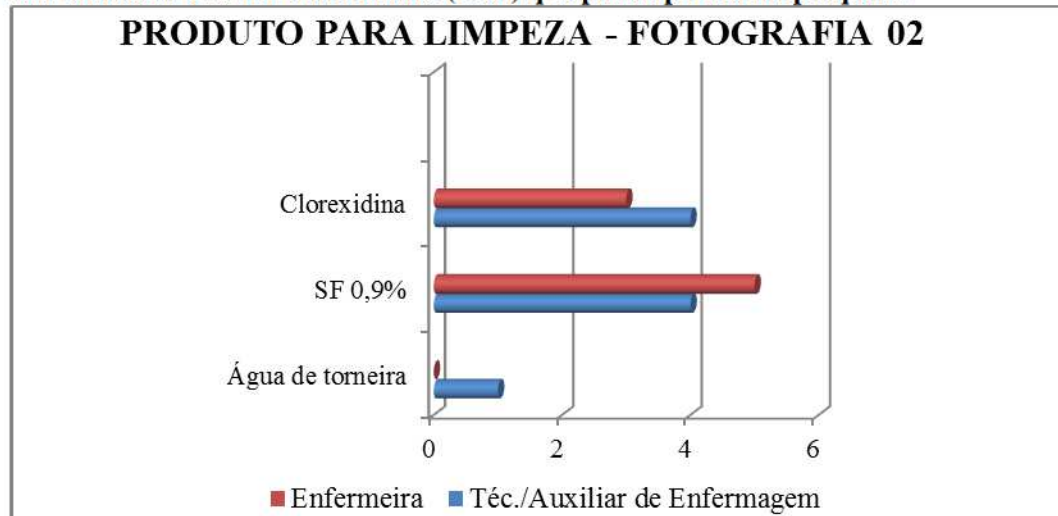
Fotografia 02

Fonte: Google Imagens, 2015.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na Figura 13 está representado o número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 02, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 13: Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 02, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Em relação aos produtos utilizados para limpeza conforme a Figura 13, três (50%) enfermeiras declararam utilizar a clorexidina e cinco (83,3%) a solução fisiológica a 0,9%. Quatro (80%) técnicas fariam uso da clorexidina, quatro (80%) da solução fisiológica a 0,9% e uma (20%) de água de torneira.

No caso exposto pode-se verificar que a clorexidina, foi um antisséptico bem citado, porém ainda há controvérsias na literatura sobre o uso desse produto (ATIYEH; DIBO; HAYEK, 2009). A solução fisiológica a 0,9% morna é o produto de escolha para limpar feridas, porque é isotônico e não citotóxico (QUEIRÓS et al., 2013). A água de torneira, apesar de ser indicada para lesão pela literatura por ser de baixo custo, acessível e efetiva na limpeza, deve ser usada com cautela (QUEIRÓS et al., 2013) principalmente no município da pesquisa, na qual a mesma tem a coloração escura e é muito salobra. Assim, a autora desse trabalho contraindica a água de torneira de Cuité-PB e, baseada na literatura, orienta, pelo menos, o uso da água própria para ingestão para a limpeza de feridas, porque deve ser uma água bem tratada.

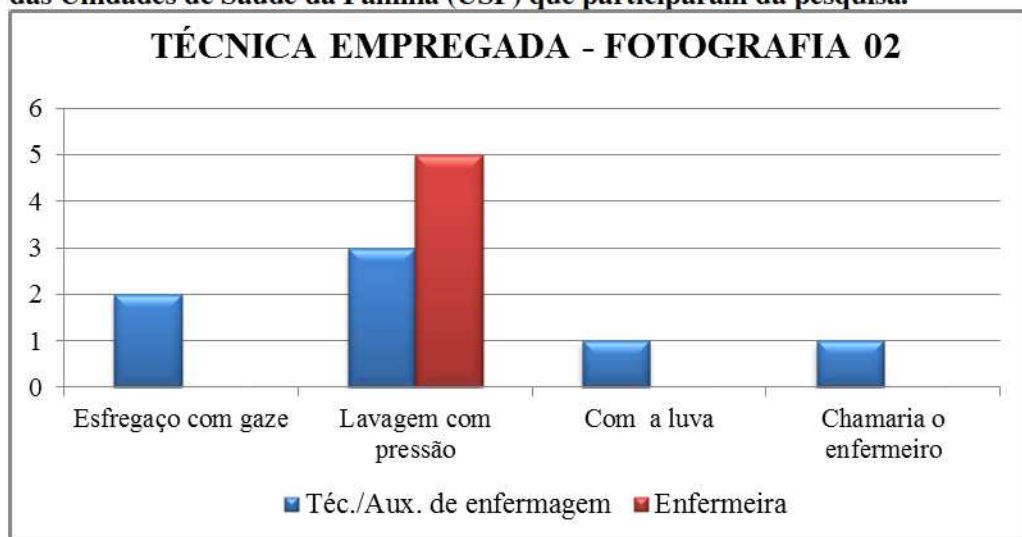
Os antissépticos são agentes tópicos com capacidade antimicrobiana, que podem destruir, inibir ou reduzir o número de microrganismos. Quando utilizados de maneira inadvertida pode promover resultados maléficos ao leito da lesão e gerar um microambiente semelhante aos encontrados em feridas crônicas. Contudo, se aplicados em período e concentrações adequadas, algumas classes de antissépticos podem trazer resultados favoráveis ao processo de cicatrização (ATIYEH; DIBO; HAYEK, 2009). A maior dificuldade, no entanto, é dosar que tempo e concentrações seriam essas.

Pesquisa realizada com ratos *Wistar* utilizando a clorexidina, solução fisiológica e água de torneira em feridas agudas encontrou que a clorexidina apresentou efeito inibitório sobre o processo de cicatrização, com tecido de granulação pálido e maior mortalidade. Não houve diferença significativa entre o grupo que usou solução fisiológica e água de torneira (SALAMI; IMOSEMI; OWOEYE, 2006).

Outra pesquisa aplicando clorexidina em culturas de fibroblastos identificou que a inibição ou migração e proliferação celular dependem da dose desse antisséptico, concluindo que quando o desbridamento do leito da ferida não é suficiente para reduzir as cargas bacterianas, a aplicação de antissépticos de largo espectro talvez seja indicado, podendo ser a sulfadiazina de prata ou clorexidina (THOMAS et al., 2009). Assim, não há consenso sobre o uso de antissépticos para a limpeza de feridas, mas o guia da NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) considera a utilização de uma técnica asséptica quando a pessoa, a ferida ou o ambiente de cicatrização da ferida estiverem comprometidos, podendo ser a clorexidina.

Na Figura 14 está representado o número referente às técnicas utilizadas na realização da limpeza da UP na fotografia 02, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 14: Número referente às técnicas utilizadas na realização da limpeza da UP na fotografia 02, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

As técnicas de higienização que devem ser implementadas são: Lavagem com pressão, por meio de frasco perfurado, onde é necessário realizar a desinfecção do frasco de soro fisiológico com álcool a 70°; utilizando seringa com agulha ou a sonda acoplada a seringa na presença de túneis (Seringa de 20ml com agulha 40x12).

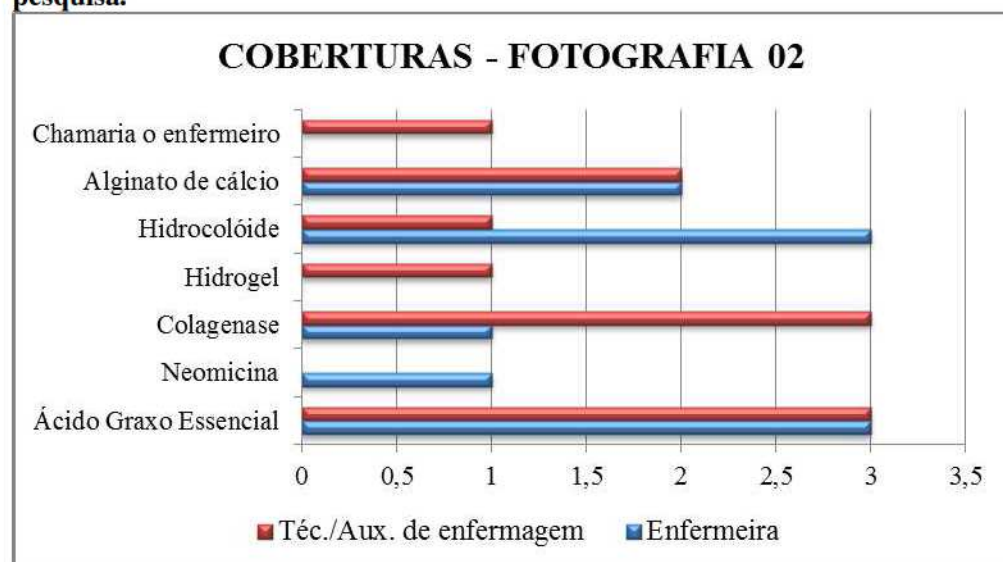
Deve-se higienizar as UP com cautela em caso de tunelizações/cavitações. A solução de limpeza deve ser aplicada com pressão suficiente para limpar a lesão sem prejudicar os tecidos e também sem carrear bactérias para a mesma, além de realizar a limpeza da pele perilesional (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

A solução de limpeza deve ser aplicada várias vezes e com pressões variadas até a completa retirada das sujidades e dos microrganismos. Para lesões com tecido de granulação, considera-se adequada a pressão hidráulica entre 8 a 15 psi (libra/polegada) que é conseguida com o uso da seringa de 20ml acoplada à agulha calibre 18 (40x12) que obtém pressão de 9,5 psi ou o frasco de solução salina perfurado com a agulha do mesmo calibre. Para tecido desvitalizado, o esfregão com a gaze é mais indicado. (YAMADA, 2003).

A luva não tem propriedade de remover a sujidade. É correto chamar o enfermeiro em caso de dúvidas sobre a técnica a ser realizada na limpeza da UP.

Na Figura 15 está representado o número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 02, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) participantes da pesquisa.

Figura 15: Número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 02, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na Figura 15 nota-se que duas (33,3%) enfermeiras utilizariam alginato de cálcio na cobertura da UP da fotografia 02, três (50%) usariam hidrocolóide, uma (16,6%) utilizaria a neomicina e três (50%) o AGE. Dentre as técnicas, uma (20%) chamaria a enfermeira para

escolher a cobertura, duas (40%) utilizariam alginato de cálcio, uma (20%) hidrocolóide, uma (20%) hidrogel, três (60%) colagenase, três (60%) AGE.

Nesse tipo de lesão, pode ser utilizado o alginato de cálcio, que ajuda a preencher as cavidades; hidrogel para hidratação do leito da ferida para favorecer a angiogênese; colagenase indicada sobre o esfacelo; AGE pode ser utilizado na falta de outro produto, mas não preenche a ferida tão rápido quando o alginato, no entanto promove a hidratação e angiogênese.

O alginato de cálcio age na realização da hemostasia, na imobilização e retenção das bactérias na tela das fibras, além de ter capacidade absorvente. Este tipo de cobertura é de caráter desbridante. Antes de ser utilizado tem aspecto seco, já quando as fibras de alginato entram em contato com o meio líquido, ocorre uma troca iônica entre os íons cálcio do curativo e os íons de sódio da lesão, transformando as fibras de alginato em um gel, fibrinoso, que não adere à lesão, e que mantém o meio úmido favorável para a recuperação da integridade da pele (BRASIL, 2009).

É importante considerar a utilização de hidrogel amorfo em UP que não estejam infectadas e que tenham tecido de granulação (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

O uso de antibiótico no leito da ferida é contraindicado pelo consenso mundial, porque causa resistência das bactérias e atua só a nível superficial. Assim, deve-se controlar a utilização de antibióticos diretamente nas UP infetadas, salvo exceções, onde os benefícios às pessoas superem os efeitos adversos causados pelos mesmos, uma vez que poderão desencadear uma resistência a antibióticos (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

A seguir está apresentada a conduta para uma UP inclassificável.

Figura 16: Descrição e fotografia de Úlcera por Pressão categoria IV.

Úlcera por Pressão: Fotografia 03 é uma **Inclassificável**: comprometimento total da espessura da pele, a visualização da profundidade da UP se encontra impedida em virtude da presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida.



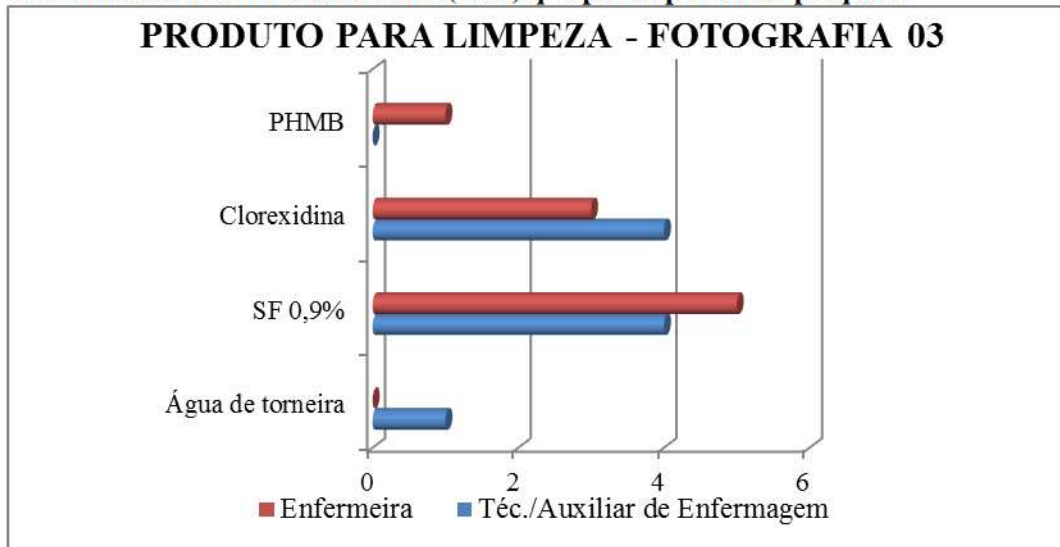
Fotografia 03

Fonte: Google Imagens, 2015.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na Figura 17 está representado o número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 03, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 17: Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 03, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Segundo a Figura 17, uma (16,6%) enfermeira usaria o PHMB (Polihexametileno Biguanida) na limpeza da UP, três (50%) clorexidina e cinco (83,3%) solução fisiológica a 0,9%. Quatro (80%) técnicas utilizariam clorexidina, quatro (80%) SF 0,9% e uma (20%) água de torneira.

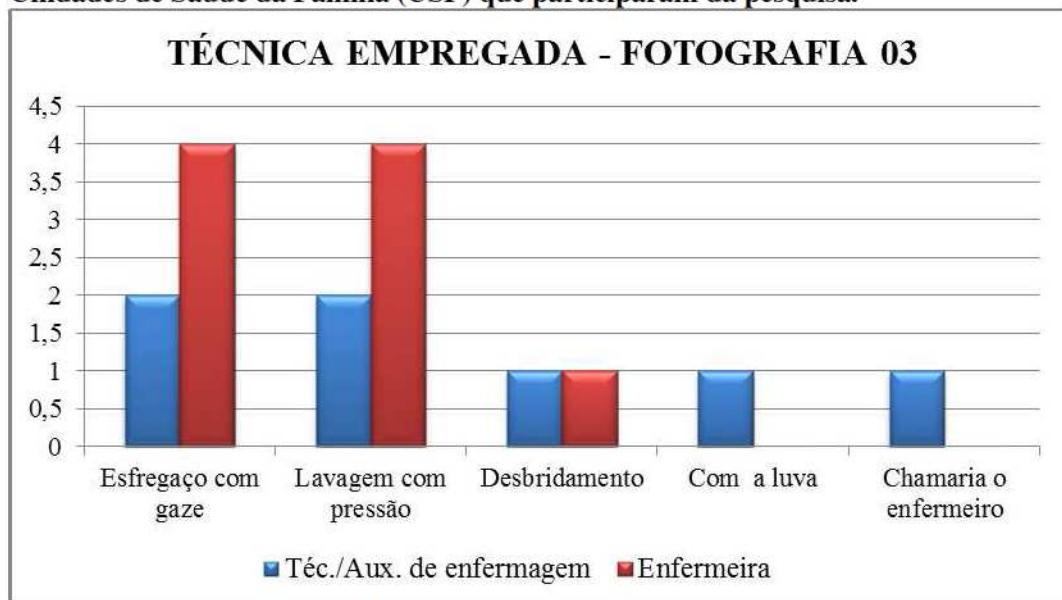
Pode-se analisar que na limpeza da UP da fotografia 03 o uso da clorexidina aquosa ou degermante são indicadas (fazendo a retirada da última). O SF 0,9% e o PHMB também podem ser utilizados. O uso de antisséptico pode ser empregado se houver sinais flogísticos, como é o caso da UP da fotografia. A água de torneira não é indicada na realização da limpeza dessa lesão, em virtude do tipo do tratamento da água do município ser desconhecido e também da mesma ter coloração escura e ser salobra.

A partir do estudo de Santos e Silva (2009) através de uma análise da revisão da literatura, pode-se constatar que o uso da polihexanida no tratamento de lesões cutâneas colonizadas/contaminadas é eficaz e confere condições favoráveis à cicatrização; é observada uma redução no tempo de cicatrização e uma redução expressiva dos sinais flogísticos e/ou de infecção/colonização; proporciona controle mais efetivo de odores, não é doloroso à aplicação e/ou remoção, não promove irritabilidade cutânea e/ou alergias e é fortemente indicada para o tratamento de lesões crônicas e de difícil cicatrização.

Deve-se levar em conta a utilização de antissépticos com agentes surfactantes e/ou antimicrobianos para higienizar as UP com sujidades, infecções confirmadas, suspeitas de infecção ou suspeitas de níveis elevados de proliferação de bactérias (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

Na Figura 18 está representado o número referente às técnicas utilizadas na realização da limpeza da UP da fotografia 03, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 18: Número referente às técnicas utilizadas na realização da limpeza da UP da fotografia 03, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A Figura 18 traz os seguintes números quanto às técnicas para a realização da limpeza: uma (16,6%) enfermeira faria desbridamento, quatro (66,6%) lavariam com pressão e quatro (66,6%) utilizariam esfregaço com gaze. Uma (20%) técnica chamaria a enfermeira para escolher a cobertura, uma (20%) utilizaria apenas luvas, uma (20%) faria desbridamento, duas (40%) lavariam com pressão e duas (40%) fariam esfregaço com gaze.

O desbridamento instrumental conservador (remover com a lâmina do bisturi quase todo o tecido necrosado) e o enzimático ou químico ou os dois combinados são indicados para necrose por coagulação, além do esfregaço com gaze. Não é indicado lavagem com pressão, pois não remove o tecido necrosado, assim como as luvas.

O desbridamento conservador é um método seletivo de retirada de tecido aderente inviável, utilizando instrumento cortante, tendo seu limite de corte até a fáscia; o uso de anestesia não é necessária, pode ser realizado pelo enfermeiro ou médico não cirurgião (MATOS, 2010).

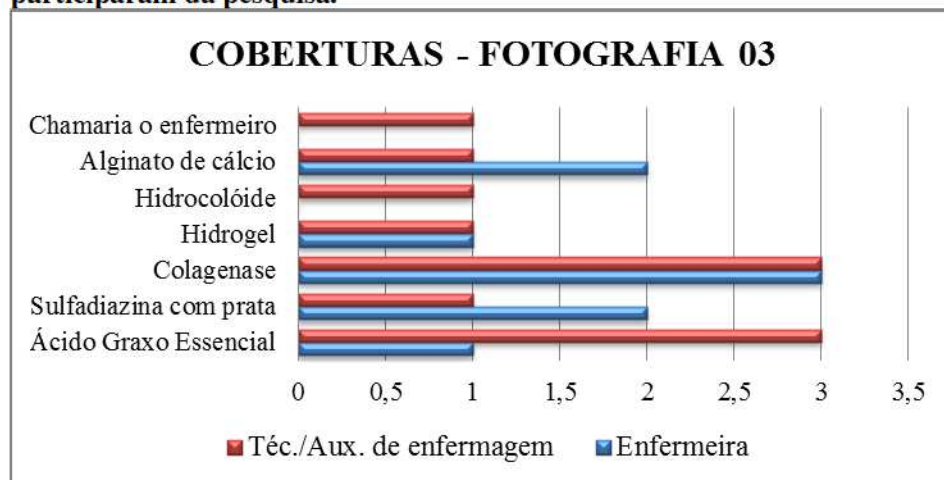
O desbridamento enzimático é caracterizado pela atuação de enzimas que decompõem o tecido necrosado (FRANCO; GONÇALVES, 2008). De acordo com o tipo de tecido da lesão é realizada a escolha da enzima a ser aplicada. Coloca-se a enzima diretamente nas áreas

com tecido necrótico, evitando desta forma lesão dos tecidos saudáveis. Esse tipo de desbridamento não deve ser feito em pessoas com distúrbios de coagulação e deve ser usado cuidadosamente em pessoas com infecção, câncer e úlceras cavitárias com exposição de nervos (BRASIL, 2002).

É recomendável a utilização de colagenase em UP estágio II, III e IV, que apresentem tecido necrosado, após realização de técnica de desbridamento, com troca de curativo de uma a duas vezes ao dia, em um período de 4 a 12 semanas (ROSA et al., 2012). Vale ressaltar que se a úlcera de calcâneo estiver com necrose de coagulação sem sinais flogísticos, com base seca, sem flutuação, indica-se não debridar, pois a mesma servirá como cobertura da lesão (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014)

Na Figura 19 está representado o número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 03, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 19: Número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 03, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Sobre as coberturas que seriam utilizadas de acordo com a Figura 19, duas (33,3%) enfermeiras aplicariam alginato de cálcio, uma (16,6%) usaria o hidrogel, três (50%) a colagenase, duas (33,3%) sulfadiazina de prata e uma (16,6%) utilizaria o AGE. Uma (20%) técnica chamaria a enfermeira para escolher a cobertura, uma (20%) usaria o alginato de cálcio, uma (20%) o hidrocolóide, uma (20%) o hidrogel, três (60%) a colagenase, uma (20%) a sulfadiazina de prata e três (60%) aplicariam o AGE.

O hidrocolóide é contraindicado devido ao tecido necrosado espesso (BRASIL, 2009). O hidrogel não é indicado porque o desbridamento autolítico é muito lento (FRANCO;

GONÇALVES, 2008), nesse caso é necessário um desbridamento mais agressivo. O uso do alginato não é indicado, uma vez que requer exsudato de moderado a abundante para agir (BRASIL, 2009) (FRANCO; GONÇALVES, 2008). O AGE não tem poder de desbridar. A colagenase é indicada em virtude do seu poder de desbridamento enzimático (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

A colagenase tem em suas propriedades enzimas que atuam na degradação do colágeno (desbridamento enzimático) e é indicada para feridas que contenham tecidos inviáveis. Deve-se colocar a pomada somente no local a ser desbridado, juntamente com gaze seca. A troca desse tipo de curativo deve ser realizada a cada 24 horas (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

Deve-se cogitar o uso da sulfadiazina de prata em UP altamente contaminadas ou infectadas até que seja realizado o desbridamento definitivo (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

A seguir está apresentada a conduta para uma UP em categoria IV.

Figura 20: Descrição e fotografia de úlcera por pressão categoria IV.

Úlcera por Pressão Categoria IV: A fotografia 04 é uma **Perda total da espessura dos tecidos**. Expõe estrutura óssea, dos tendões ou dos músculos. Pode haver em alguns locais da lesão tecido desvitalizado (úmido) ou necrose (seca). Frequentemente tem tunelamentos e fistulas.



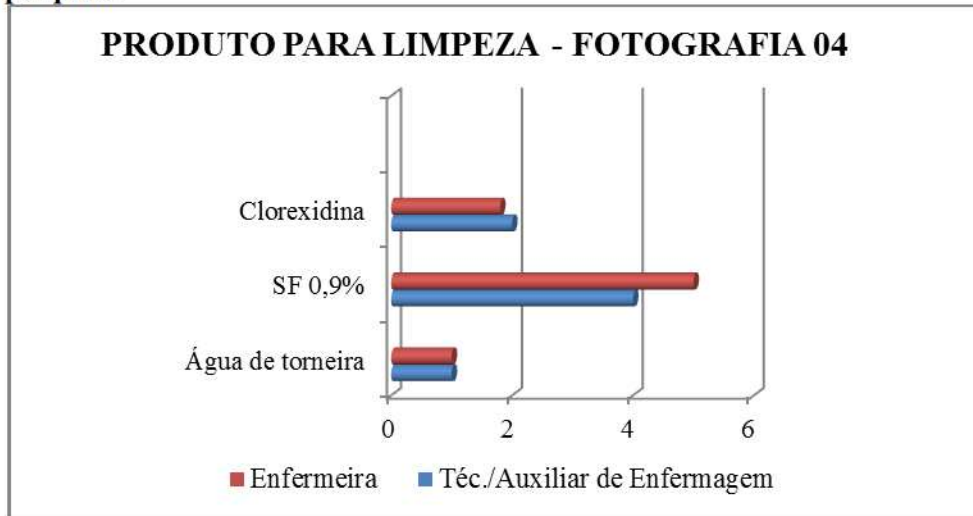
Fotografia 04

Fonte: Google Imagens, 2015.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na Figura 21 está representado o número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 04, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiras das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 21: Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 04, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

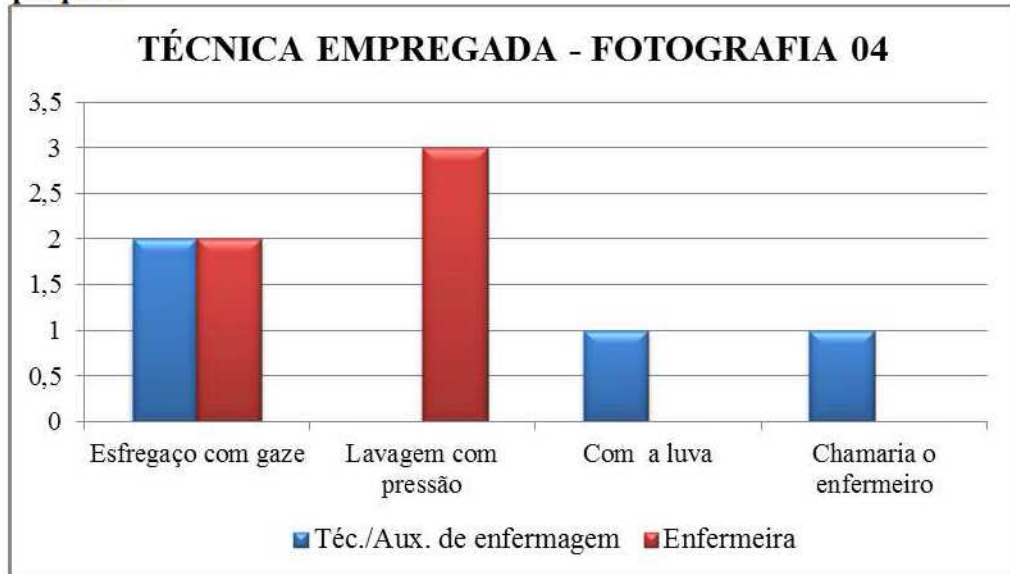


Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Segundo os dados da Figura 21, duas (33,3%) enfermeiras realizariam a limpeza da UP com clorexidina, cinco (83,3%) com SF 0,9% e uma (16,6%) com água de torneira. Duas (40%) técnicas usariam clorexidina, quatro (80%) utilizariam solução fisiológica a 0,9% e uma (20%) água de torneira. Conforme explicado anteriormente, a limpeza ideal seria com solução fisiológica a 0,9%.

Na Figura 22 está representado o número referente às técnicas utilizadas na realização da limpeza da UP da fotografia 04, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 22: Número referente às técnicas utilizadas na realização da limpeza da UP da fotografia 04, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

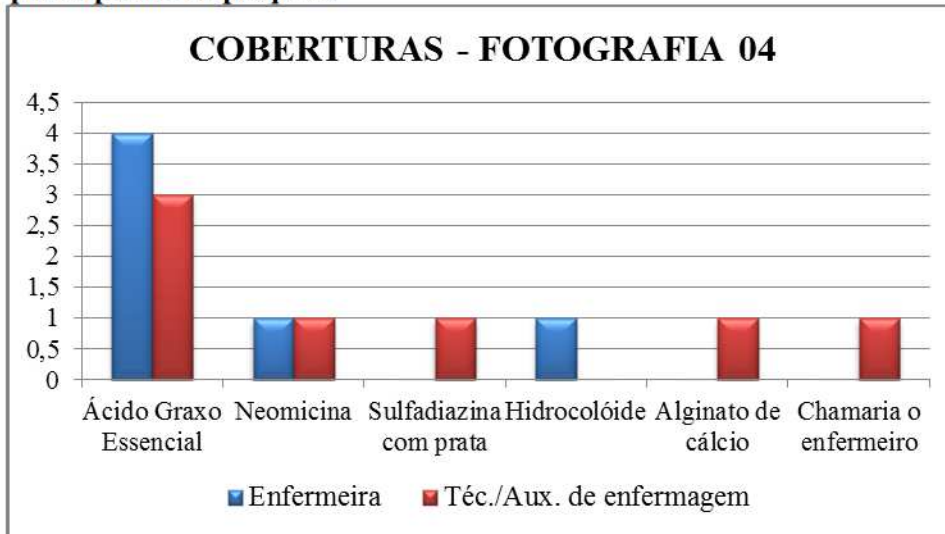
De acordo com a Figura 22, a qual se refere a técnicas de limpeza da UP, três (50%) das enfermeiras informaram que realizariam lavagem com pressão e duas (33,3%) fariam a técnica utilizando esfregaço com gaze. Uma (20%) técnica chamaria a enfermeira para decidir qual o tipo de procedimento faria para a limpeza da UP, uma (20%) utilizaria luva e duas (40%) fariam esfregaço com gaze.

Conforme a característica do leito da lesão, que se encontra com tecido de granulação rosado, a úlcera necessita apenas de uma limpeza sem agressão, utilizando lavagem com pressão por meio de frasco perfurado para não agredir o tecido de granulação (YAMADA, 2003).

O esfregaço com gaze é contraindicado para não ferir o tecido vivo. As luvas não são indicadas, pois o látex não tem poder de remoção de sujidade. A conduta da técnica em chamar a enfermeira sempre será correta.

Na Figura 23 está representado o número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 04, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das USF participantes da pesquisa.

Figura 23: Número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 04, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na Figura 23 é possível verificar que uma (16,6%) enfermeira utilizaria hidrocolóide como cobertura da UP, uma (16,6%) aplicaria neomicina e quatro (66,6%) faria o uso de AGE. Uma (20%) técnica chamaria a enfermeira para escolher a cobertura adequada, uma (20%) usaria alginato de cálcio, uma (20%) sulfadiazina de prata, uma (20%) neomicina e três (60%) AGE.

O hidrocolóide é indicado desde que realizada a tricotomia da região perilesional, pois permite o preenchimento e epitelização da ferida (BRASIL, 2009). O AGE é indicado, pois hidrataria e permitiria a epitelização. O alginato de cálcio seria indicado se a lesão tivesse exsudato de moderado a abundante, que não é o caso dessa lesão (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

A seguir será apresentada a conduta para uma UP Inclassificável.

Figura 24: Descrição e fotografia de úlcera por pressão categoria inclassificável.

Úlcera por Pressão Categoria **Inclassificável**: A fotografia 05 é uma Perda total da espessura dos tecidos. A base da UP está coberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida, impossibilitando a verificação de sua real classificação.



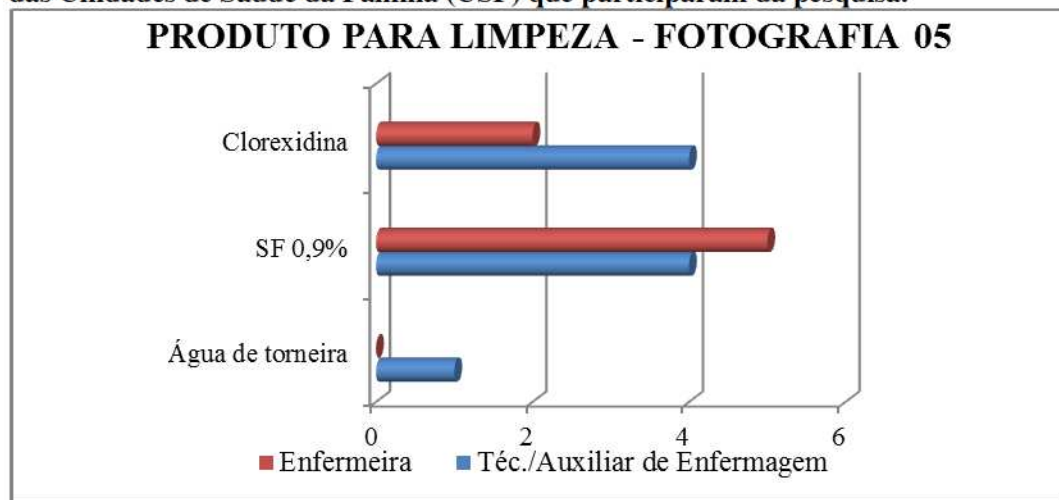
Fotografia 05

Fonte: Google Imagens, 2015

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na Figura 25 está representado o número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 05, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 25: Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 05, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



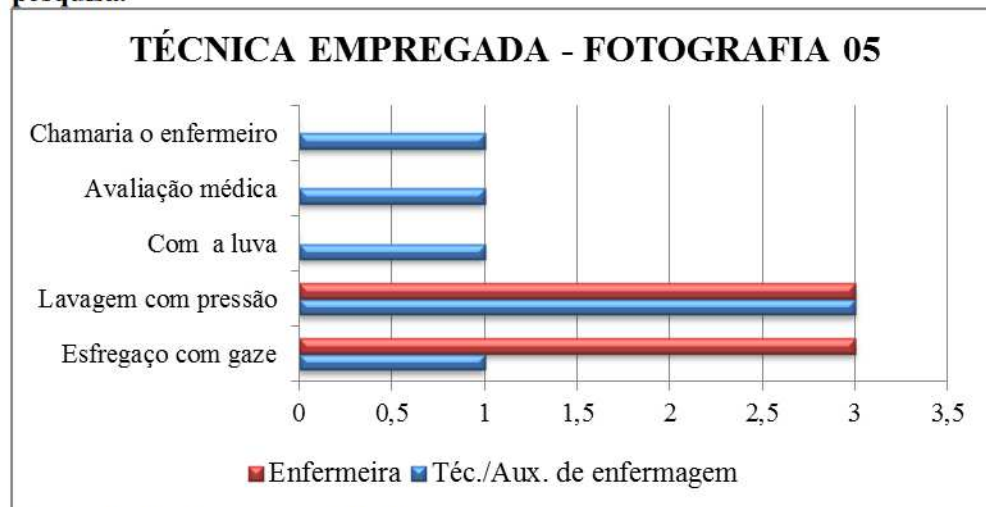
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com a Figura 25 é possível verificar que duas (33,3%) enfermeiras optaram por realizar a limpeza da UP utilizando clorexidina e cinco (83,3%) utilizariam SF 0,9%. Quatro (80%) técnicas informaram que higienizariam a UP com clorexidina, quatro (80%) usariam solução fisiológica a 0,9% e uma (20%) faria a limpeza com água de torneira.

Devido à pele fragilizada e a presença de tecido necrosado, indica-se a realização da limpeza com SF 0,9% ou PHMB também pode ser utilizado. Destaca-se a importância de secar bem a pele fragilizada para evitar danos adicionais (NPUAP; EPUAP; PPIA, 2014).

Na Figura 26 está representado o número referente às técnicas empregadas na realização da limpeza da UP da fotografia 05, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 26: Número referente aos produtos utilizados na realização da limpeza da UP da fotografia 05, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Observando a Figura 26 observa-se que três (50%) enfermeiras usariam a técnica de lavagem com pressão para limpar a UP e que três (50%) fariam esfregaço com gaze nesse procedimento. Uma (20%) técnica chamaria a enfermeira para decidir a técnica a ser utilizada, uma (20%) pediria uma avaliação médica, uma (20%) utilizaria luvas, três (60%) realizariam lavagem com pressão e uma (20%) esfregaço com gaze.

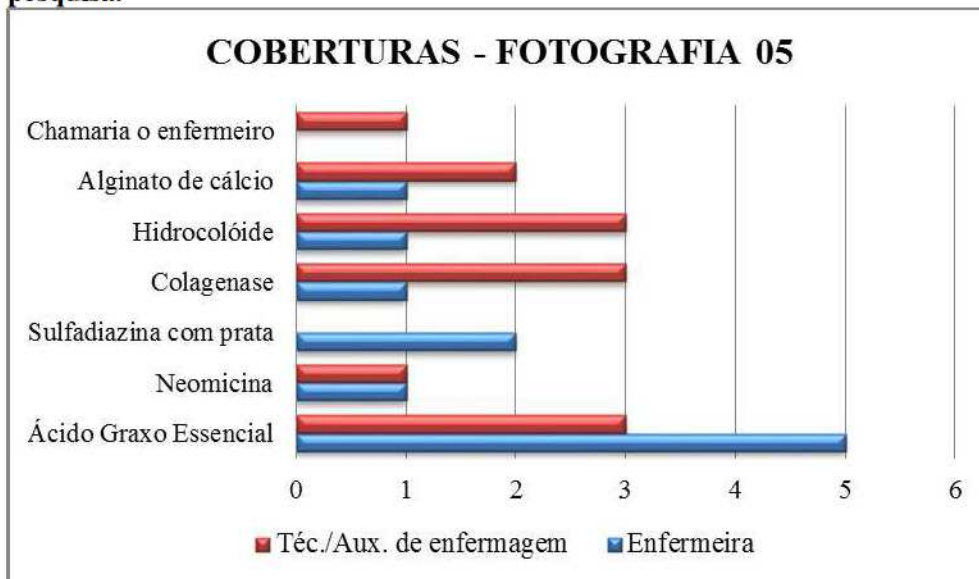
A avaliação médica não é necessária, uma vez que não há sinais de infecção e por isso a enfermeira fica totalmente capacitada para avaliar e tomar conduta necessária.

Deve-se realizar esfregaço com gaze e desbridamento autolítico, se o esfacelo for pouco espesso ao toque ou o enzimático se o tecido for mais rígido.

O desbridamento autolítico é uma técnica natural que ocorre em meio úmido, ativando as células fagocíticas e enzimas proteolíticas da própria pessoa. Pode-se utilizar esse método a partir coberturas como hidrogel e hidrocolóide. Este processo é indicado quando não há urgência de drenagem ou retirada de tecido inviável, pois é lento e não pode ser utilizado em lesões infectadas e colonizadas (MATOS, 2010).

Na Figura 27 está representado o número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 05, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.

Figura 27: Número referente às coberturas utilizadas realização do curativo da UP da fotografia 05, segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) que participaram da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Sobre a cobertura escolhida para a UP, podemos observar na Figura 27 que uma (16,6%) enfermeira utilizaria alginato de cálcio, uma (16,6%) usaria hidrocolóide, uma (16,6%) cobriria com colagenase, duas (33,3%) utilizariam sulfadiazina de prata, uma (16,6%) usaria neomicina e cinco (83,3%) fariam uso de AGE. Uma (20%) técnica chamaria a enfermeira para a escolha da cobertura, duas (40%) utilizariam alginato de cálcio, três (60%) usariam o hidrocolóide, três (60%), a colagenase, uma (20%), a neomicina e três (60%) cobriria com AGE.

É indicado o uso da colagenase para realizar o desbridamento enzimático, buscando a eliminação do esfacelo presente na lesão (BRASIL, 2009) (FRANCO; GONÇALVES, 2008), e do hidrogel, o qual favorece a umidificação da lesão e um desbridamento autolítico (FRANCO; GONÇALVES, 2008). O AGE apenas hidrata a lesão, mas não consegue remover o tecido necrosado (BRASIL, 2009) (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

Os profissionais de enfermagem devem buscar o desenvolvimento de ações que viabilizem a melhor forma de prevenir as UP's, assim como a de tratá-las, levando em conta os produtos, as técnicas e as coberturas, propostos pela literatura atual acerca dessa temática, buscando um aperfeiçoamento contínuo de toda a equipe, visando dessa forma, à oferta e a manutenção de um cuidado mais eficiente, além de uma recuperação mais rápida das pessoas acometidas pela UP.



6 Considerações Finais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento sobre as Úlceras por Pressão (UP) e as condutas utilizadas na sua avaliação e tratamento são fatores decisivos para uma assistência de enfermagem qualificada, para os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, os quais assistem usuários em risco e/ou com UP.

Com base no estudo realizado pôde-se verificar que na Atenção Primária à Saúde do município de Cuité/PB há um grande quantitativo de usuários acamados e cadeirantes, fator esse que serve de alerta para a importância da educação em saúde abordando medidas preventivas relacionadas à UP, voltadas para os usuários, seus familiares e cuidadores.

Pode-se observar que as escalas de predileção de risco de UP não são utilizadas pela maioria das enfermeiras que participaram do estudo, impossibilitando, dessa forma, a identificação de usuários em risco de desenvolver essas lesões cutâneas. Contudo, o número de usuários dos ESFs dos enfermeiros pesquisados apresenta um quantitativo baixo de pessoas acometidas pela UP, sendo esse um fator positivo encontrado na pesquisa.

A partir do estudo realizado pode-se notar que, de um modo geral, as enfermeiras e auxiliares/técnicas de enfermagem apresentam déficit de conhecimentos e técnicas para cuidar de pessoas em risco e/ou com UP.

A análise evidenciou que os enfermeiros têm dificuldades para identificar as categorias das UP, escolher os produtos a serem utilizados na limpeza, assim como a técnica a ser empregada nessa situação e também na escolha das coberturas a serem utilizadas na UP. As auxiliares/técnicas, além das dificuldades também apresentadas pelas enfermeiras, por vezes assistem os usuários de forma incompatível com seus deveres e capacidades técnicas, como nos casos de avaliação do usuário, realização de curativo complexo, desbridamento, escolha da cobertura, dentre outros.

Tais resultados remetem à necessidade de capacitação desses profissionais de enfermagem através da realização de cursos na área de feridas e de treinamentos específicos para o acompanhamento de usuários em risco/ou com UP, buscando deste modo ofertar uma assistência de qualidade aos usuários, seus familiares e cuidadores.

Esta pesquisa apresentou algumas limitações como a não participação de todas as profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde de Cuité-PB e a necessidade de investigar quais ações de prevenção e avaliação são implementadas por elas. Contudo, todas as participantes externaram interesse em participar de uma palestra acerca do assunto e tais

lacunas podem ser exploradas na ocasião oportuna, momento que será marcado com a concluinte e a orientadora do trabalho.

Espera-se que esta temática não se restrinja apenas ao meio acadêmico, ao contrário, esta pesquisa apenas lançou meios de entendimento e discussão sobre essa problemática. Nesse contexto, sugere-se a construção de estudos para o estabelecimento de um protocolo de prevenção e tratamento de UP na Atenção Primária à Saúde de Cuité-PB, de modo que contribua para o engrandecimento da enfermagem, e indiretamente, do usuário que está sob nossos cuidados.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, T. M; ARAUJO, M. F. M; CAETANO, J. A. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 695-700, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- ARAUJO, T. M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 671-6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a07v64n4.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2014.
- ATIYEH, B.S; DIBO, S.A; HAYEK, S.N. Wound cleansing, topical antiseptics and wound healing. **International Wound Journal**, v. 6, n. 6, p. 420–430, 2009. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/40849947_Wound_cleansing_topical_antiseptics_and_wound_healing>. Acesso em: 21 fev. 2015.
- AZEVEDO, I. C. et al. Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 2, p. 119-127, 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/05-artigo-conhecimento-de-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia-sobre-avaliacao-e-tratamento-de-feridas-oncologicas.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2015.
- BARATIERI, T; MANDU, E. N. T; MARCON,S. S. Compreensão de Enfermeiros sobre Vínculo e Longitudinalidade do Cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Ciência y enfermería**, v. 18, n. 2, p. 11-22, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 21 fev. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 648, de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. Série cuidados paliativos/ Ministério da Saúde. – Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2009. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf>. Acesso em 19 fev. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e traumáticas**. Brasília: 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2015.
- CAMPOS, L. L. R; ROSSI, V. E. C. Prevenção e tratamento de úlcera de pressão. **Conexão ciência [Online]**, v. 5, n. 1, p. 1-13, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uniformg.edu.br:21011/periodicos/index.php/testeconexaociencia/article/view/63>>. Acesso em: 29 mai. 2014.
- CARNEIRO, C. M; SOUSA, F.B; GAMA, F.N. Tratamento de feridas: Assistência de Enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 3, n. 2, p. 494-505, 2010. Disponível em:

<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/03-tratamento-de-ferias-assistencia-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2014.

CARVALHO, E. S. de S. **Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática profissional**. Salvador: Atualiza Editora; 2012.

CAVALCANTE, A. M. R. Z. et al. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 727-35, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8425>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

COÊLHO, A.D.A. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 3, p. 639-49, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/731>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

COFEN. **Lei 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. [Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 22 fev. 2015.

COFEN. **Resolução nº 311/07. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. [Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 22 fev. 2015.

COLOPLAST. **Produto para feridas**. Disponível em: <www.coloplast.com.br>. Acesso em: 20 de fev. de 2015.

COSTA, J. N; LOPES, M. V. O. Revisão sobre úlceras por pressão em portadores de lesão medular. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 4, n. 1, p. 109-115, 2003. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/875>>. Acesso em: 21 fev 2015.

CHAYAMITI, E. M. P. C; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2014.

DINIZ, I.V. et al. Manejo do Enfermeiro em Úlceras por Pressão Infectada no Ambiente Domiciliar. **Revista de Enfermagem UFPE On-Line**, v. 8, n. 1, p. 121-7, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5032/8341>>. Acesso: 21 fev. 2015.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Disponível em: <<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/international-pressure-ulcer-guidelines/>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 305-11, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-71002008000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 fev. 2015.

FIGUEIREDO, M. L. F. et al. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 464-469, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2015.

FRANCO, D.; GONÇALVES, L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 35, n. 3, p. 203-206, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n3/a13v35n3.pdf>>. Acesso em 21 fev. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

GOMES, F. S. L. et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 2, p. 313-18, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mai. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250510>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

JAUL, E. Assessment and management of pressure ulcers in the elderly. **Drugs Aging**, v. 27, n. 4, p. 311-25, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20359262>>. Acesso em 09 mar. 2014.

LAKATOS, E. M. MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2009.

LIMA, A. C. B.; GUERRA, D. M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 267-277, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100029>. Acesso em: 09 mar. 2014.

LUZ, S. R. et al. Úlceras de pressão. **Geriatrics & Gerontologia**, v. 4, n. 1, p. 36-43, 2010. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero1/artigo06.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2014.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-61,

2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2015.

MARTINS, D. A; SOARES, F. F. R. Conhecimento sobre Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão entre Trabalhadores de Enfermagem em um Hospital de Minas Gerais. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 83-7, 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/11956>>. Acesso em 21 fev. 2015.

MATOS, A.G. et al. **Protocolos de Enfermagem. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Hemorio. 1. ed. 2010. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Protocolo_ulcera.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2014.

MEDEIROS, A. B. F; LOPES, C. H. A. F; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 43, n. 1, p. 223-8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2014.

MIYASAKI, M.Y. **Conhecimento das recomendações para a prevenção da úlcera por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital universitário**. 118p (Dissertação). Universidade de São Paulo. Programa de Pós Graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Mestrado em Enfermagem. 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07102009-145047/pt-br.php>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

MORAES, G. L. A.; **Adaptação e validação de protocolo para prevenção de úlcera por pressão em idosos assistidos no domicílio**. 122p (Tese). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Doutorado em Enfermagem. 2011. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2089>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

MORAES, G. L. A. et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. número especial 1, p. 7-12. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_02.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2014.

MORAIS, G. F. C; OLIVEIRA, S. H. S; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 98-105, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2014.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n (supl 1), p. s4-s6, 2008. Disponível em: <http://prattein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento_popu.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2015.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014. Disponível em:

<<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

OLIVEIRA, J. C. A; TAVARES, D.M.S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-81, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 fev. 2015.

PADILHA, M. I. C. S; VAGHETTI, H. H; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 2, p. 292-300, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br:8080/handle/1/1572>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

PINHEIRO, G. M. L; ALVAREZ, A. M; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2.105-2.115, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2015.

QUEIRÓS, P. et al. The effectiveness of cleansing solutions for wound treatment: a systematic review protocol. **The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v. 11, S.I, n. 5, p. 169 - 181, 2013. Disponível em: <<http://www.joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/527>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

ROCHA, A. B. L; BARROS, S. M. O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 43-50, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2014.

RODRIGUES, M. M; SOUZA, M. S; SILVA, J. L. Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. **Cogitare enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 566-576, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=520942&indexSearch=ID>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

ROGENSKI, N. M. B; KURCGANT, P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1. 7 telas, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mai. 2014.

ROGENSKI, N. M. B; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p.474-80, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2014.

ROLIM, J. A. et al. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p.

148-57, 2013. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/336>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

ROSA, T. J. S. et al. Ulceras por pressão: tratamento. **Acta Fisiátrica**, v. 20, n. 2, p. 106 a 111, 2013. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=506>. Acesso em: 21 fev. 2015.

SALAMI, A. A; IMOSEMI, I. O; OWOEYE, O. O. A Comparison of the Effect of Chlorhexidine, Tap Water and Normal Saline on Healing Wounds. **International Journal of Morphology**, Temuco, v. 24, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022006000500025&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2015.

SALOMÉ, G. M; ESPÓSITO, V. H. C. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 822-7, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a05v61n6>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

SANTOS, E. J. F; SILVA, M. A. N. C. G. M. M. Tratamento de feridas colonizadas/infetadas com utilização de polihexanida. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIII, n. 4, 2011. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2015.

SANTOS, S.S.C. et al. (In)dependência na realização de atividades básicas de vida diária em pessoas idosas domiciliadas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 3, p. 579-87, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1180>>. Acesso em: 21 fev. 2014.

SERPA, L. F; SANTOS, V. L. C. G. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 367-9, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a22v21n2.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2014.

SOUZA, T. S. et al. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 470-6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mai. 2014.

SOUZA, V. D; DRIESSNACK, M; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para Enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2014.

THOMAS, G.W; RAEL, L.T; BAR-OR, R; SHIMONKEVITZ, R; MAINS, C.W; SLONE, D.S; CRAUN, M.L; BAR-OR, D. Mechanisms of delayed wound healing by commonly used antiseptics. **The journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care**, v. 66, n. 1, p. 82-

90, 2009. Disponível em: < <http://home.comcast.net/~jasoncillo/Antiseptics.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

XELEGATI, R. **Desenvolvimento de um ambiente virtual de aprendizagem sobre gerenciamento em eventos adversos nos serviços de enfermagem**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27092010-162213/>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

YAMADA, B. F. A. O processo de limpeza de feridas. In: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multidisciplinar no tratamento de feridas**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003. cap. 6, p. 45-67.

WADA, A; TEIXEIRA NETO, N; FERREIRA, M. C. Úlceras por pressão. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 3/4, p. 170-7, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46293>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Conhecimento de Profissionais de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde sobre Úlcera por Pressão.

Pesquisadora Responsável: Prof^a Ms. Alana Tamar Oliveira de Sousa.

Orientanda concluinte do curso de graduação em enfermagem: Suzan Kirlla Fernandes Lira.

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa intitulada “Conhecimento de Profissionais de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde sobre Úlcera por Pressão” está sendo desenvolvida como um trabalho de conclusão de curso de enfermagem da aluna Suzan Kirlla Fernandes Lira. A referida estudante está concluindo o seu curso na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité-PB e este trabalho está sob a orientação da Prof^a Ms. Alana Tamar Oliveira de Sousa.

A pesquisa tem o objetivo geral de avaliar o conhecimento de profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde do município de Cuité – PB acerca da assistência ao paciente em risco ou com Úlcera por Pressão (UP).

Com essa investigação, propõe-se provocar uma reflexão acerca do cuidado ofertado através dos Profissionais de Enfermagem e, visto que, são os que mantêm contato contínuo com o paciente no referido setor para promover uma assistência de qualidade.

Solicitamos sua colaboração para responder a um questionário acerca da sua metodologia empregada na Assistência de Enfermagem ao paciente em risco ou com Úlcera por Pressão. Esta entrevista pode durar cerca de 20 minutos.

Solicito o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, garantindo o seu anonimato nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que a pesquisadora achar conveniente. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa pode oferecer riscos e/ou desconfortos, do tipo constrangimento ou outro imprevisível.

Assim, esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não receberá pagamento para isto, não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Caso o(a) Sr. (a) consinta, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos sua colaboração.

Contato com o (a) pesquisador (a) responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, favor ligar para a pesquisadora:

Pesquisadora responsável: Prof^a Ms. Alana Tamar Oliveira de Sousa

Telefones: (83) 8817-8063 / (83) 9632-0305

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: (esses dados serão preenchidos após o encaminhamento da Plataforma Brasil para o CEP escolhido pelo sistema)

Horário de funcionamento:

Coordenadora:

CONSENTIMENTO

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que estou recebendo uma cópia desse documento.

Cuité____/_____/_____

Assinatura do (a) voluntário (a) da pesquisa

Prof^ª Ms. Alana Tamar Oliveira de Sousa
Orientadora da Pesquisa

Suzan Kirlla Fernandes Lira
Orientanda concluinte do curso de graduação em enfermagem

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

APÊNDICE B
Instrumento de Coleta de Dados
Enfermeiro

1. IDENTIFICAÇÃO E PERFIL SOCIOECONÔMICO

Código do participante: _____ **Idade:** _____ **Sexo:** M() F()

Renda Familiar _____

Unidade Básica de Saúde: _____

Tempo em que trabalha na Atenção Básica: _____ Nesta UBS: _____

Número de usuários acamados em sua área: _____ Cadeirantes: _____

Quantos usuários com úlcera por pressão: _____

Enfermeiro:

Instituição na qual concluiu a graduação: _____ Ano de conclusão: _____

Curso de Pós Graduação: _____

Especialização: _____ Instituição: _____

Ano: _____

Mestrado: _____ Instituição: _____

Ano: _____

Doutorado: _____ Instituição: _____

Ano: _____

Cursos de capacitação:

_____ Instituição: _____

Ano: _____

_____ Instituição: _____

Ano: _____

_____ Instituição: _____

Ano: _____

_____ Instituição: _____

Ano: _____

_____ Instituição: _____

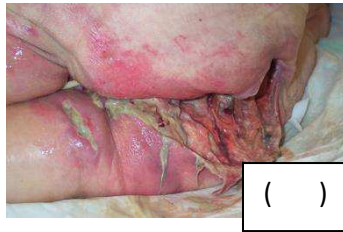
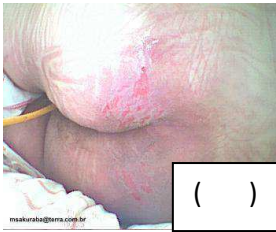
Ano: _____

2. QUESTIONÁRIO REFERENTE AOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Quais os produtos/materiais que você dispõe para realizar curativos:

Quais as coberturas disponíveis em seu serviço para cuidar de feridas:

2. 1. Coloque o estágio da Úlcera por Pressão conforme a *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, *European Pressure Ulcer Advisory Panel* e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014):



- (1) Eritema não branqueável:
 (2) Perda parcial da espessura da pele
 (3) Perda total da espessura da pele
 (4) Perda total da espessura dos tecidos
 (5) Inclassificáveis
 (6) Suspeita de lesões nos tecidos profundos

2.2. Com relação às medidas de prevenção da Úlcera por pressão, marque V (verdadeiro) e F (falso):



1. () Devem-se considerar para avaliação todas as pessoas que são acamadas ou cadeirantes ou aquelas que não possuem capacidade de se reposicionar.
2. () Deve-se realizar massagens nas regiões de proeminências ósseas com risco de úlcera por pressão para estimular a circulação.
3. () O uso do colchão piramidal dispensa a mudança de decúbito.
4. () A utilização da escala de Braden auxilia a identificar os pacientes em risco de desenvolver Úlcera por Pressão.
5. () A cabeceira da cama deve ser mantida acima de 30° ou com o maior grau de elevação de acordo com a condição clínica do paciente para que ele fique bem ereto.
6. () Deve-se atentar para incontinências urinárias e intestinais limpando a pele sempre que necessário com água quente.




7. () O eritema que não branqueia ao alívio da pressão não é considerado lesão porque a pele não está rompida.
8. () O indicadores nutricionais como anemia, hemoglobina e albumina sérica são importantes na avaliação de risco.
9. () A pele seca e excessivamente úmida são fatores de risco para a Úlcera por Pressão em pacientes acamados.
10. () As luvas cheias de água são indicadas para evitar Úlcera por Pressão em calcâneos quando não há outros dispositivos de prevenção.

2.3 O(a) Senhor(a) utiliza alguma escala de avaliação para prevenção de úlcera por pressão? Sim () qual: _____

Não () Por quê? _____

2.4 Conforme as úlceras abaixo, como o(a) Senhor(a) realizaria a limpeza e qual a cobertura que você aplicaria?

Úlcera por Pressão	Modo de realizar a limpeza (marcar as duas colunas)		Cobertura
	Produto	Técnica	Pode escolher mais de uma
	<input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: _____ _____	<input type="checkbox"/> ácido graxo essencial <input type="checkbox"/> pomada de neomicina <input type="checkbox"/> sulfadiazina de prata <input type="checkbox"/> colagenase <input type="checkbox"/> hidrogel <input type="checkbox"/> hidrocoloide <input type="checkbox"/> alginato de cálcio
	<input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: _____ _____	<input type="checkbox"/> ácido graxo essencial <input type="checkbox"/> pomada de neomicina <input type="checkbox"/> sulfadiazina de prata <input type="checkbox"/> colagenase <input type="checkbox"/> hidrogel <input type="checkbox"/> hidrocoloide <input type="checkbox"/> alginato de cálcio

	<input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> ácido graxo essencial <input type="checkbox"/> pomada de neomicina <input type="checkbox"/> sulfadiazina de prata <input type="checkbox"/> colagenase <input type="checkbox"/> hidrogel <input type="checkbox"/> hidrocoloide <input type="checkbox"/> alginato de cálcio
	<input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> ácido graxo essencial <input type="checkbox"/> pomada de neomicina <input type="checkbox"/> sulfadiazina de prata <input type="checkbox"/> colagenase <input type="checkbox"/> hidrogel <input type="checkbox"/> hidrocoloide <input type="checkbox"/> alginato de cálcio
	<input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> ácido graxo essencial <input type="checkbox"/> pomada de neomicina <input type="checkbox"/> sulfadiazina de prata <input type="checkbox"/> colagenase <input type="checkbox"/> hidrogel <input type="checkbox"/> hidrocoloide <input type="checkbox"/> alginato de cálcio

Gostaria de participar de uma palestra sobre úlcera por pressão? Sim Não

APÊNDICE C
Instrumento de Coleta de Dados
Técnico/Auxiliar de enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO E PERFIL SOCIOECONÔMICO

Código do participante: _____ **Idade:** _____ **Sexo:** M() F()

Renda Familiar _____

Unidade Básica de Saúde: _____

Tempo em que trabalha na Atenção Básica: _____ Nesta UBS: _____

Técnico/Auxiliar de enfermagem

Instituição na qual concluiu o curso: _____ Ano de conclusão: _____

Cursos de capacitação:

_____	Instituição: _____	Ano: _____
_____	Instituição: _____	Ano: _____
_____	Instituição: _____	Ano: _____
_____	Instituição: _____	Ano: _____
_____	Instituição: _____	Ano: _____

2. QUESTIONÁRIO REFERENTE AOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Quais os produtos/materiais que você dispõe para realizar curativos:

Quais as coberturas disponíveis em seu serviço para cuidar de feridas:

O enfermeiro sempre acompanha você no(a):

- () realização do curativo
- () desbridamento
- () avaliação
- () escolha da cobertura
- () o enfermeiro nunca me acompanha

Ou


O enfermeiro que sempre realiza:



- () o curativo
- () desbridamento
- () avaliação
- () escolha da cobertura



2.1. Com relação às medidas de prevenção da Úlcera por Pressão, marque V (verdadeiro) e F (falso):

1. () Devem-se considerar para avaliação todas as pessoas que são acamadas ou cadeirantes ou aquelas que não possuem capacidade de se reposicionar.
2. () Deve-se realizar massagens nas regiões de proeminências ósseas com risco de Úlcera por Pressão para estimular a circulação.
3. () O frio ou calor excessivo favorecem a abertura de Úlcera por Pressão em pacientes acamados.
4. () Pessoas restritas ao leito devem ser reposicionadas pelo menos a cada duas horas.
5. () A cabeceira da cama deve ser mantida acima de 30° ou com o maior grau de elevação de acordo com a condição clínica do paciente para que ele fique bem ereto.
6. () Deve-se atentar para incontências urinárias e intestinais limpando a pele sempre que necessário com água quente.
7. () o eritema que não branqueia ao alívio da pressão não é considerado lesão porque a pele não está rompida.
8. () O uso do colchão piramidal dispensa a mudança de decúbito.
9. () A pele seca e excessivamente úmida são fatores de risco para a úlcera por pressão em pacientes acamados.
10. () As luvas cheias de água são indicadas para evitar Úlcera por Pressão em calcâneos quando não há outros dispositivos de prevenção.

2.4 Conforme as úlceras abaixo, como o(a) Senhor(a) realizaria a limpeza e qual a cobertura que você aplicaria?

Úlcera por Pressão	Modo de realizar a limpeza (marcar as duas colunas)		Cobertura
	Produto	Técnica	
	<input type="checkbox"/> Chamaria o(a) enfermeiro(a) para escolher Ou		<input type="checkbox"/> Chamaria o(a) enfermeiro(a) para escolher Ou escolheria <input type="checkbox"/> ácido graxo essencial <input type="checkbox"/> pomada de neomicina <input type="checkbox"/> sulfadiazina de prata <input type="checkbox"/> colagenase <input type="checkbox"/> hidrogel <input type="checkbox"/> hidrocoloide <input type="checkbox"/> alginato de cálcio
	<input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: _____ _____	

	<p><input type="checkbox"/> Chamaria o(a) enfermeiro(a) para escolher</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/> </td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/>	<p><input type="checkbox"/> Chamaria o(a) enfermeiro(a) para escolher</p> <p>Ou escolheria</p> <input type="checkbox"/> ácido graxo essencial <input type="checkbox"/> pomada de neomicina <input type="checkbox"/> sulfadiazina de prata <input type="checkbox"/> colagenase <input type="checkbox"/> hidrogel <input type="checkbox"/> hidrocoloide <input type="checkbox"/> alginato de cálcio
<input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/>			
	<p><input type="checkbox"/> Chamaria o(a) enfermeiro(a) para escolher</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/> </td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/>	<p><input type="checkbox"/> Chamaria o(a) enfermeiro(a) para escolher</p> <p>Ou escolheria</p> <input type="checkbox"/> ácido graxo essencial <input type="checkbox"/> pomada de neomicina <input type="checkbox"/> sulfadiazina de prata <input type="checkbox"/> colagenase <input type="checkbox"/> hidrogel <input type="checkbox"/> hidrocoloide <input type="checkbox"/> alginato de cálcio
<input type="checkbox"/> Água de torneira <input type="checkbox"/> Solução fisiológica <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> PHMB <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Esfregaço com gaze <input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/>			

	<p><input type="checkbox"/> Chamaria o(a) enfermeiro(a) para escolher</p> <p>Ou</p> <p><input type="checkbox"/> Água de torneira</p> <p><input type="checkbox"/> Solução fisiológica</p> <p><input type="checkbox"/> PVPI</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina</p> <p><input type="checkbox"/> PHMB</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Esfregação com gaze</p> <p><input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Chamaria o(a) enfermeiro(a) para escolher</p> <p>Ou escolheria</p> <p><input type="checkbox"/> ácido graxo essencial</p> <p><input type="checkbox"/> pomada de neomicina</p> <p><input type="checkbox"/> sulfadiazina de prata</p> <p><input type="checkbox"/> colagenase</p> <p><input type="checkbox"/> hidrogel</p> <p><input type="checkbox"/> hidrocoloide</p> <p><input type="checkbox"/> alginato de cálcio</p>
	<p><input type="checkbox"/> Chamaria o(a) enfermeiro(a) para escolher</p> <p>Ou</p> <p><input type="checkbox"/> Água de torneira</p> <p><input type="checkbox"/> Solução fisiológica</p> <p><input type="checkbox"/> PVPI</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina</p> <p><input type="checkbox"/> PHMB</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Esfregação com gaze</p> <p><input type="checkbox"/> Lavagem com pressão por meio de seringa e agulha ou frasco da solução perfurado</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Chamaria o(a) enfermeiro(a) para escolher</p> <p>Ou escolheria</p> <p><input type="checkbox"/> ácido graxo essencial</p> <p><input type="checkbox"/> pomada de neomicina</p> <p><input type="checkbox"/> sulfadiazina de prata</p> <p><input type="checkbox"/> colagenase</p> <p><input type="checkbox"/> hidrogel</p> <p><input type="checkbox"/> hidrocoloide</p> <p><input type="checkbox"/> alginato de cálcio</p>

Gostaria de participar de uma palestra sobre úlcera por pressão? Sim Não

APÊNDICE D

Universidade Federal de Campina Grande
Unidade Acadêmica de Saúde
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo assinados, respectivamente, pesquisadora responsável e orientanda da pesquisa intitulada: “Conhecimento de Profissionais de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde sobre Úlcera por Pressão” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, a nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos questionários correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após seu término.

Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ou ainda, as Curadorias envolvidas na presente pesquisa, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ao CEP qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Cuité, 10 de junho de 2014.

Alana Tamar Oliveira de Sousa
Orientadora Responsável pela Pesquisa

Suzan Kirlla Fernandes Lira
Orientanda da Pesquisa

ANEXOS



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Cuité
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 11.404.674/0001-78 - Rua Francisco Theodoro da Fonseca S/Nº- 58175-000
E-MAIL: saudecuite@hotmail.com


ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DE CUITÉ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

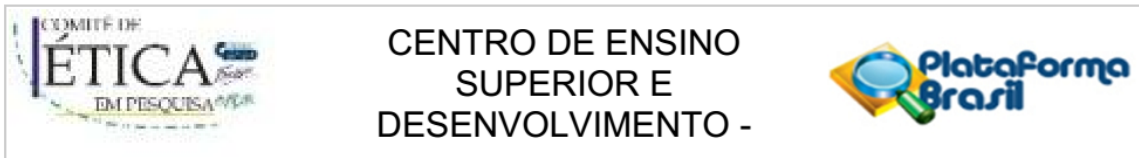
Eu, **Gentil Venâncio Palmeira Filho**, Secretário (a), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO”**, que será realizada nas Unidades Básicas de Saúde do município de Cuité nos meses de agosto/setembro de 2014, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora Profª Ms. Alana Tamar Oliveira de Sousa e colaboradora Suzan Kirlla Fernandes Lira, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Cuité, 10 de junho de 2014.


Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde

Secretário (a) de Saúde do Município.

**ANEXO B
PARECER DO CEP**



**CENTRO DE ENSINO
SUPERIOR E
DESENVOLVIMENTO -**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO

Pesquisador: Alana Tamar Oliveira de Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35189414.2.0000.5175

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 819.804

Data da Relatoria: 12/11/2014

Apresentação do Projeto:

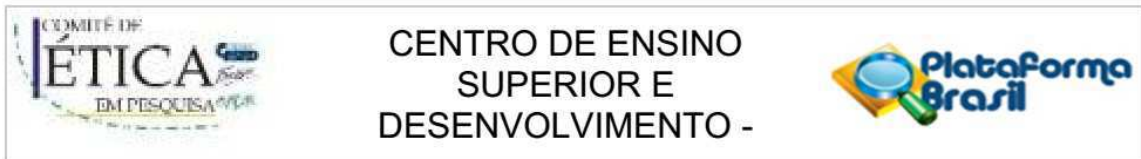
A úlcera por pressão (UP) é um problema de ordem mundial que afeta diretamente pacientes acamados ou com algum grau de dificuldade na mobilização, e tem se tornado um desafio quanto à prevenção e ao tratamento, principalmente em pessoas debilitadas, o que tem incentivado pesquisas em todo o mundo. A UP afeta a qualidade de vida, aumenta as chances de infecção, acarreta ônus aos serviços públicos, privados e aos pacientes e reduz a chance de recuperação quando concomitante a alguma enfermidade. Nos últimos anos a prevalência de UP tem se elevado em virtude do aumento da expectativa de vida populacional, associada aos avanços da medicina, que possibilitaram a sobrevivência de pacientes que, com doenças graves e fatais, passaram a ter doenças crônicas e lentamente debilitantes (JAUL, 2010). O aumento da quantidade de pessoas expostas aos agentes causadores da UP gerou uma alta incidência no número de casos da mesma (WADA, TEIXEIRA; FERREIRA, 2010). Um estudo realizado no Hospital Universitário da USP, realizado por meio do acompanhamento de 211 pacientes em risco de desenvolver UP, no período de 3 meses, observou-se 39,8% de incidência desse tipo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento de profissionais de enfermagem da atenção primária do município de

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 819.804

Cuité – PB acerca da assistência ao paciente em risco ou com úlcera por pressão (UP).

Objetivo Secundário:

- Identificar as medidas de prevenção de UP implementadas pelos profissionais de enfermagem da atenção primária de Cuité;
- Descrever as técnicas e as coberturas utilizadas na realização de curativos em UP por esses profissionais;
- Investigar as condutas de profissionais de enfermagem conforme as características das lesões;
- Comparar as condutas realizadas pelos profissionais de enfermagem com a literatura pertinente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa pode oferecer riscos e/ou desconfortos, do tipo constrangimento, interferência no tempo de seu trabalho ou outro imprevisível. Por isso, o participante deverá informar a data e horário que seja mais oportuno para o mesmo, conforme acertado por meio de contato prévio da pesquisadora em seu ambiente de trabalho.

Benefícios:

Com essa investigação, propõe-se provocar uma reflexão acerca do cuidado ofertado através dos Profissionais de Enfermagem e, visto que, são os que mantêm contato contínuo com o paciente no referido setor para promover uma assistência de qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, que será desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família do município de Cuité-PB. A população do estudo será composta por 18 profissionais de enfermagem que atuam na Estratégia da Saúde da Família no município de Cuité-PB. Esses profissionais podem ser representados pelo enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem. Para inclusão na amostra será necessário que os profissionais atuem em áreas que tenham pacientes em risco ou com úlcera por pressão (UP).

Do ponto de vista ético o projeto está de acordo com o que preconiza a resolução 466/12.

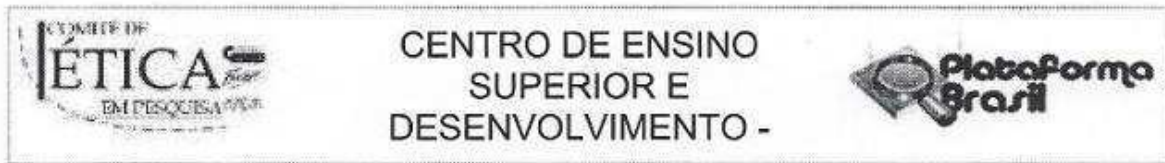
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos estão adequados.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 819.804

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise verifica-se que o projeto não apresenta pendências. Dessa forma somos do parecer APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi avaliado e APROVADO por AD-REFERENDUM. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados, ao término do estudo deverá enviar relatório final da pesquisa para o CEP – CESED.

CAMPINA GRANDE, 06 de Outubro de 2014

Assinado por:
Rosana Farias Batista Leite
(Coordenador)