ESTE ESTUDO ESTÁ INSERIDO NA
LINHA DE PESQUISA:

Fundamentação teórica, metodológica
e tecnológica do processo de cuidar
em enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Úlcera de pressão: a clarificação do conceito e estratégias
para divulgação do conhecimento na literatura de
enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação, Área de Enfermagem Fundamental, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientanda: Soraia Assad Nasbine Rabeh

Orientadora: Maria Helena Larcher Caliri, Professora Doutora junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo

RIBEIRÃO PRETO

2001

Disse-lhe Jesus: “Se podes alguma coisa!... Tudo é possível ao que crê.”

Marcos – 9, 23

Homenagem especial

À Trindade Santa, pelos dons da vida, do serviço e do amor.

À Prof.^a Dra. Maria Helena Larcher Caliri, minha querida mestra, orientadora, que tanto se empenhou para que eu pudesse realizar esse trabalho. Que Deus a abençoe.

A minha amiga Fernanda Tonello (Irmã Renata) pela partilha de todos os momentos e pelas orações.

Dedicatória

Dedico este trabalho, aos meus pais, Jamilia e Mohamed, por me trazerem à vida, pelas grandes lições e por manifestarem sempre apoio e crédito aos meus esforços. Amo vocês!

Ao Yussif, meu esposo, pela compreensão, solicitude e dedicação a mim e aos nossos filhos. Minha eterna gratidão e amor!

Ao Nasser e ao Seme, filhos tão especiais, que de forma surpreendente e resignada souberam compreender a minha ausência. Vocês são a minha vida.

Agradecimento Especial

À Hilda Russini, minha amiga, por ter colaborado de diferentes formas, apoiando-me incondicionalmente. Muito obrigada!

Ao Pedro Augusto Munari Jr., que tanto se esmerou para me auxiliar nos momentos de intenso trabalho.

À minha sobrinha, Sálua, que sempre esteve disponível para as minhas necessidades.

Agradecimentos

A todos que de alguma forma colaboraram para que pudesse realizar o meu sonho.

Aos meus irmãos Fátima, Samir e Samira, por todo afeto, disponibilidade e apoio.

A toda minha família, em especial à tia Raya, que sempre me apoiou e torceu para que eu alcançasse esse propósito.

Ao Centro Universitário Barão de Mauá, pelo apoio e incentivo.

À coordenadora do curso de enfermagem Prof^a. Ms. Joyce Maria W. Gabrielli pela compreensão e solidariedade.

À Prof^a. Dra. Nilza Tereza Rotter Pelá pelos ensinamentos e oportunidades de crescimento profissional.

À Prof^a. Dra. Tokico M. Moriya pelas experiências compartilhadas.

Aos meus queridos amigos: Ana Maria Sertori Durão, Cristine Isaac Cunha, Adílson Cunha, Lucieli P. Chaves, Celso Motta, Mônica Dilene, Maria Paula Siqueira Castro, e Meire Elizabete Santana.

Aos colegas do departamento de enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá.

À bibliotecária Bernadete pela orientação amiga e competente.

Às funcionárias da sala de leitura Glete de Alcântara Deolinda e Lourdes pelo auxílio, paciência e dedicação.

À Prof^a. Dra. Ana Emília Pace, à Prof^a. Dra. Denise de Angelo e à Dra. Maria Célia Dalri pelas sugestões que muito enriqueceram o nosso trabalho.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de Quadros

Lista de Figuras

Resumo

Abstract

Resumen

APRESENTAÇÃO i

1- INTRODUÇÃO 01

2- PRESSUPOSTO E OBJETIVOS DA PESQUISA 13

3- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 15

3.1- Tipo de Estudo 16

3.2- Referencial metodológico 16

3.3- Levantamento bibliográfico 20

3.4- Coleta de dados 23

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO 24

4.1- Universo e amostra da investigação 25

4.2- Caracterização da amostra 26

4.3- Clarificação do conceito “úlceras de pressão” sob a perspectiva da
enfermagem 29

4.4- Estágios de desenvolvimento do conceito de úlcera de pressão nas publicações analisadas.....	105
4.5- Estratégias para divulgação do conhecimento sobre úlcera de pressão.....	110
4.6- Implicações da pesquisa para a enfermagem.....	128
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
6- ANEXOS.....	143
6.1- Anexo I – Instrumento para coleta de dados bibliográficos.....	144
6.2- Anexo II – Relação de artigos que fizeram parte da amostra.....	145
6.3 Anexo III – Critérios de mensuração para observações da úlcera de decúbito.....	153
6.4- Anexo IV – Modelo causal da etiologia da produção da úlcera de pressão.....	157
6.5- Anexo V – Esquema conceitual de fatores de risco.....	159
6.6- Anexo VI – Escala de Braden.....	160
6.7- Anexo VII – Teia das causas da úlcera de decúbito.....	161
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	162

Lista de tabelas

Tabela 1- Distribuição dos artigos indexados no MEDLINE, de 1966 a 2000, segundo o número de artigos localizados e não localizados. Ribeirão Preto, 2001	26
Tabela 2- Distribuição das publicações indexadas no LILACS e no BDenf, de 1970 a 2000, segundo o número de publicações localizadas e não localizados. Ribeirão Preto, 2001	27
Tabela 3- Distribuição dos artigos indexados no MEDLINE, de 1995 a 2000, segundo o número de artigos localizados e não localizados. Ribeirão Preto, 2001	28

Lista de quadros

Quadro 1- Apresentação da relação dos artigos enumerados, conforme Anexo II, localizados no MEDLINE, no período de 1966 a 2000.....	27
Quadro 2- Apresentação da relação das publicações enumeradas conforme Anexo II, localizadas no LILACS e no BDenf, no período de 1970 a 2000.....	27
Quadro 3- Apresentação dos números dos artigos localizados no MEDLINE, no período de 1995 a 2000.....	28
Quadro 4- Apresentação da relação das publicações enumeradas no Anexo II, localizadas na busca manual.....	28

Lista de figuras

Figura 1-	Estágios para o processo de inovação.....	130
Figura 2-	Modelo para a utilização do conhecimento.....	132
Figura 3-	Fatores etiológicos para úlcera de pressão.....	158
Figura 4-	Esquema conceitual de fatores de risco.....	159
Figura 5-	Teia das causas das úlceras de decúbito.....	161

RESUMO

Úlcera de pressão: a clarificação do conceito e identificação de estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem

Trata-se de um estudo descritivo com revisão da literatura de enfermagem nacional e internacional, tendo em vista os seguintes objetivos: identificar a produção do conhecimento sobre úlcera de pressão; realizar a clarificação do conceito e observar seus estágios de desenvolvimento, assim como descrever as estratégias propostas para a sua divulgação. A pesquisa mostrou que as publicações sobre a úlcera de pressão aumentaram de forma expressiva, nas últimas décadas, principalmente nos Estados Unidos e Europa, tendo seu enfoque voltado para a prevenção. No Brasil, os estudos iniciaram-se na década de 70, sendo pequeno o número de publicações, porém a maioria focaliza, principalmente, o tratamento e, de modo geral, tanto os trabalhos nacionais como os internacionais são de natureza descritiva. As estratégias para a divulgação do conhecimento são pautadas na importância de implementar a aplicação dos resultados da pesquisa na prática de enfermagem, a fim de garantir a qualidade do cuidado. Propõem-se medidas para implementação de programas educativos em todos os níveis de atividades, sendo imperativo, para esse processo, o envolvimento profissional e institucional. O estudo mostrou a necessidade de se produzir um mecanismo de interação entre o ensino,

assistência e pesquisa, visando ao desenvolvimento da prática clínica e da ciência do cuidado.

Palavras-chave: úlcera de decúbito, enfermagem, cuidados de enfermagem

ABSTRACT

**Pressure ulcer: concept clarification and identification of strategies
used for knowledge dissemination in nursing literature.**

It is a descriptive study of a national and international nursing literature review with the purpose to identify the state of art in pressure ulcer knowledge and development, concept clarification and to describe strategies for knowledge dissemination. The research indicated that publication about pressure ulcer increased on last decades mainly in USA and Europe focusing on prevention. In Brazil, studies started on 70's and the numbers of publication still small focusing mainly on treatments. In general national and international studies are descriptive. Strategies for knowledge dissemination emphasized research utilization in clinical nursing care for quality assurance. Educational programs on different levels were proposed with participation of professionals and institutions. The study demonstrate the necessity to develop ways of interaction between nursing teaching, practice and research in order to develop clinical nursing practice and science of care.

Key words: decubitus ulcer, nursing education, nursing research

RESUMEN

Úlcera de presión: la clarificación del concepto e identificación de estrategias para divulgación del conocimiento en la literatura de enfermería

Se trata de un estudio descriptivo con revisión de la literatura de enfermería nacional e internacional, considerando los siguientes objetivos: identificar la producción del conocimiento sobre úlcera de presión; realizar la clarificación del concepto y observar sus grados de desarrollo, así como, describir las estrategias propuestas para su divulgación. La investigación mostró que las publicaciones sobre la úlcera de presión aumentaron de forma expresiva en las últimas décadas, principalmente, en los Estados Unidos de América del Norte y Europa, teniendo su enfoque direccionado para la prevención. En el Brasil, los estudios se iniciaron en la década del 70, siendo poco el número de publicaciones y la mayoría focaliza, principalmente el tratamiento; de modo general, tanto los trabajos nacionales como internacionales son de naturaleza descriptiva. Las estrategias para la divulgación del conocimiento están relacionadas con la importancia de implementar la aplicación de los resultados de la investigación en la práctica de enfermería, a fin de garantizar la calidad del cuidado. Se proponen medidas para la implementación de programas educativos en todos los niveles de actividades, siendo imperativo para ese proceso, el compromiso profesional e institucional. El estudio mostró la necesidad de producir un

mecanismo de interacción entre enseñanza, asistencia e investigación, buscando el desarrollo de la práctica clínica y de la ciencia del cuidado.

Palabras llaves: úlcera de decúbito, enfermería, cuidados de enfermería.

APRESENTAÇÃO

Ao iniciar, em 1980, a graduação em enfermagem, não tinha noção de como seria “ser enfermeira”, mas no meu íntimo havia algo que hoje considero ter sido o alicerce da minha opção pelo cuidado. Desde menina, com dez, 12 anos de idade, cuidava com muito carinho e “jeito” da minha saudosa avó materna, fato que ligo sem margem de dúvida ao talento para a arte de cuidar.

Durante o curso, encantava-me a possibilidade de me capacitar para fazer o que gostava: cuidar. Graduei-me em 1984 e logo ingressei no mercado de trabalho, atitude comum na ocasião. Meu primeiro trabalho foi numa instituição hospitalar filantrópica, especificamente na unidade de isolamento, onde permaneci por dois anos. Nessa unidade, mantive contato com pacientes com patologias infecciosas e “escaras”, denominação utilizada na época.

Com relação às escaras, hoje denominadas úlceras de pressão, impressionava-me os locais em que elas surgiam, o sofrimento dos pacientes e o trabalho da equipe de enfermagem com esses pacientes. Lembro-me que ao surgir a lesão, sempre que possível, a equipe providenciava um colchão de água, mudança de decúbito e massagem de conforto, de maneira assistemática.

Com pouca experiência no cuidado a pacientes com úlcera de pressão, comecei a acompanhar uma atendente de enfermagem, quando esta realizava curativos nesses pacientes. Recordo-me de ter realizado muitos deles e da gratificação que sentia quando, depois de tantas tentativas, uma dava certo e a lesão apresentava melhora.

Após essa experiência na unidade de isolamento, passei à supervisão geral, nessa mesma instituição, e me impressionava o número de pacientes com úlcera de pressão, ocorrência vista com certa naturalidade pela equipe de saúde, principalmente nos pacientes com déficit de mobilidade física e emagrecimento.

Nessa ocasião, era minha a responsabilidade de conferir nos prontuários dos pacientes que apresentavam esse tipo de lesão, as anotações de enfermagem, advertindo o funcionário que não registrava sua presença, seu aspecto e o material utilizado no curativo, para que o hospital pudesse ser ressarcido dos gastos com tais procedimentos.

Após essa experiência hospitalar, assumi a função de docente em um curso de nível médio para técnico de enfermagem. Na oportunidade, ministrei várias disciplinas, entre elas, Fundamentos de Enfermagem, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica, Administração em Enfermagem. Tal atividade me trouxe a sensação de que precisava de maior conhecimento teórico para melhor cumprir esse novo compromisso. Assim, comecei a participar de cursos e a buscar fundamentação teórico-científica para muitas práticas que realizava e ensinava.

Depois de trabalhar na atividade docente por um período de 3 anos voltei a atuar novamente em uma instituição hospitalar filantrópica, onde assumi o cargo de gerente do serviço de enfermagem. Tinha, na ocasião, 5 anos de formada e um pouco mais amadurecida, porém minhas reflexões acerca dos meus conhecimentos e da minha prática continuavam. Questionava a mim mesma, onde e como encontrar as respostas que

precisava para prosseguir na carreira que escolhera, mesmo diante das dificuldades que vivenciara como enfermeira, profissão que, para mim, traz a grandeza em seu cerne.

Retornei após 6 anos na função da gerência do serviço de enfermagem, às atividades de ensino na Graduação em Enfermagem e há 5 anos ministro as disciplinas Semiologia e Semiotécnica e Assistência de Enfermagem em Situações Clínicas – I. No desempenho dessa atividade, já me defrontei com grandes desafios, principalmente por estar formando novos enfermeiros, tarefa importante por lhes possibilitar a capacidade para exercerem a profissão de maneira crítica e competente.

Também na atividade docente me defrontei com a questão da úlcera de pressão, visto que observava na prática clínica das instituições hospitalares muitos pacientes com a lesão; no entanto, meu conhecimento era o mesmo do início da minha vida profissional. Apesar do tempo, a realidade quanto ao cuidado com o paciente parece não ter se modificado. A minha visão da prática era assistemática e o que observava no trabalho dos outros enfermeiros em campo não era diferente; isso passou a me inquietar. Assim, tomei a decisão de cursar um programa de Pós Graduação, a fim de adquirir novos conhecimentos e de encontrar respostas para meus questionamentos. Havia ainda a necessidade particular, como docente, de passar para os futuros enfermeiros conhecimentos atualizados.

Nessa busca, encontrei professores qualificados que muito me auxiliaram a encontrar, através de conhecimentos teórico-práticos, respostas

para as minhas reflexões, o que me conduziu a grandes realizações no plano profissional.

Sendo assim, a motivação para este estudo se apoiou na minha vivência profissional, com o enfrentamento do problema relacionado à úlcera de pressão, por vários anos, vindo a culminar com meu ingresso na Pós-Graduação, em busca de novos conhecimentos. Primordialmente, meu compromisso é levar ao aluno e à comunidade de enfermagem uma contribuição para a prática do cuidado fundamentado em preceitos científicos.

A partir da Introdução passarei a utilizar a 1ª pessoa do plural, por considerar que no desenvolvimento deste trabalho pude contar com a colaboração de pessoas que muito me auxiliaram, seja orientando ou contribuindo com idéias ou sugestões.

1- INTRODUÇÃO

As úlceras de pressão (UP), conhecidas há séculos, por muitos anos foram consideradas por estudiosos como um problema essencialmente de enfermagem, sendo documentadas, nas últimas décadas, como resultado da falta de cuidado e, particularmente, de uma enfermagem ruim.

Desde Florence Nightingale, período caracterizado como Enfermagem Moderna, que a ocorrência da úlcera de pressão tem uma conotação negativa, apresentando-se como falha no cuidado ou assistência inadequada. No livro Notas sobre a enfermagem, a autora evidencia que:

Se o doente sente frio, apresenta-se febril, sofre desfalecimentos, sente-se mal após as refeições, ou ainda se apresenta úlceras de decúbito, geralmente, não é devido à doença, mas à enfermagem (NIGHTINGALE, 1989).

Autores como DEALEY (1997) e WALSH & FORD (1992) argumentam que as úlceras se tornaram uma questão emocional, sendo consideradas pelos médicos como um “problema de enfermagem”, a ponto de as enfermeiras emitirem comentários do tipo: “Nós não temos úlcera de pressão nesta unidade, ou nesta instituição”.

GOULD (1986), estudando o fenômeno de culpa entre enfermeiras participantes de uma pesquisa, na qual procurava saber quais seus conhecimentos sobre úlcera de pressão, constatou que algumas referiram que nenhum paciente deveria desenvolver a ferida e que se sentiam culpadas quando a lesão surgia.

WALSH & FORD (1992) estudaram a incidência da úlcera de pressão em um hospital inglês e evidenciaram que a documentação com as anotações sobre esse assunto, assim como a gravação de cada caso eram

pobres. Para eles, a questão da culpa poderia estar influenciando negativamente as enfermeiras a enfrentarem o problema e que, provavelmente, esse fato interferiria nos estudos de incidência. O modelo atual de assistência à saúde tem atribuído culpa e responsabilidade da ocorrência da lesão ao profissional enfermeiro, nomeando danos monetários, prêmios e compensação financeira para famílias que perderam entes com úlcera de pressão. Esse mesmo modelo usa a incidência da lesão como indicador de qualidade, servindo, portanto, para medir a negligência do cuidado

A literatura internacional mostra que tais atribuições têm gerado um impacto negativo no trabalho desses profissionais, dificultando inclusive os estudos de incidência. Nesse sentido, recomenda uma compreensão básica da causa da úlcera de pressão, a fim de que o profissional saiba separar fatos de mitos e de ficções, para incorporar ações racionais ao seu trabalho (WALSH & FORD, 1992 e MEEHAN, 1994).

Com o desenvolvimento dos estudos e da tecnologia, as evidências científicas têm mostrado que a úlcera de pressão não é de responsabilidade apenas da enfermagem, devido aos fatores múltiplos ou à multicausalidade da sua ocorrência. Para melhor entender o que ocorre, a comunidade científica internacional avança em suas pesquisas, salientando a importância de ações multidisciplinares para sanar o problema (DEALEY, 1997 e WALSH & FORD, 1992).

Apesar da contínua clarificação do fenômeno da úlcera de pressão, os estudos apontam uma abrangência do fato que vai além do

cuidado de enfermagem, muito embora as enfermeiras continuem tendo grandes responsabilidades com a ocorrência da lesão, necessitando de conhecimentos específicos para a identificação do problema, tomada de decisão e aplicação de práticas atualizadas e fundamentadas cientificamente (BERGSTROM et al., 1996 e MORISON et al., 1997).

A úlcera de pressão, considerada por muitos autores como uma iatrogenia, quando caracterizada por ação ou omissão da equipe de enfermagem é vista na Legislação Penal como lesão corporal leve, desde que não deixe seqüela nem incapacidades para as ocupações habituais por mais de 30 dias. Portanto, cabe à enfermeira assegurar ao cliente uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (OGUISSO, 1985 e SCHIMIDT, 1988). A lei do exercício profissional da enfermagem prevê que a assistência seja prestada de forma sistematizada, utilizando-se de um método científico para adequar o cuidado às necessidades do cliente (COREN, 1997).

A importância do conhecimento científico relacionado à úlcera de pressão para a atuação da enfermeira é destacada por vários autores, tendo em vista a busca constante de qualidade da assistência, principalmente considerando que, freqüentemente, essa prática profissional é baseada em mitos e tradições (BERGSTROM, 1987 e WALSH & FORD, 1992).

Vários autores afirmam que historicamente, a enfermagem desempenha sua prática em muitas situações sem se preocupar com a fundamentação científica, onde os mitos, as tradições e a obediência à hierarquia imposta pelo poder institucional levam a enfermeira a não

questionar a validade de suas ações (MEEHAN 2000; GOULD, 1986; WALSH & FORD, 1992; LOVEL, 1995).

Alguns estudos consideram essencial o questionamento dessa atual prática clínica, indicando que algo deva ser feito com urgência para que a enfermagem desempenhe sua função, fundamentada em base cientificamente válida. A tendência de se conformar com costumes, mitos e tradições que sempre fizeram parte da cultura profissional da enfermagem ou de firmar acordos com aqueles que estão hierarquicamente acima precisa ser questionada (DEACON, 1986).

Os rituais permitem o uso de práticas não-questionadas, as quais têm apresentado efeitos danosos na assistência, conforme demonstram pesquisas em enfermagem. Quando as enfermeiras são indagadas sobre o “por quê” da utilização de recursos comprovadamente contra-indicados pela literatura para prevenir ou tratar a úlcera de pressão, a resposta é invariavelmente ritualística: “Esta é a maneira como as coisas são feitas nesta unidade”. WALSH & FORD (1992) argumentam que o não-questionamento das práticas ritualísticas e antiquadas ocorre porque elas não foram preparadas para isso, durante o ensino, levando-as a uma atitude conformista diante da realidade

Para BROOTEN & NAYLOR (1995), nesta era em que o público cada vez mais exige dos profissionais a responsabilidade pelos resultados de suas ações, o enfermeiro precisa ter conhecimentos e habilidades para que o cuidado de enfermagem seja eficiente e seguro.

Nas últimas décadas, encontramos na literatura de enfermagem internacional referências a projetos voltados à promoção da utilização do conhecimento científico, na prática de enfermagem. Dentre estes, citamos o projeto CURN (Conduct and Utilization of Research in Nursing), que considerou a prevenção da úlcera de pressão uma das dez áreas de relevância na prática de enfermagem*. Este projeto foi desenvolvido com o apoio da Associação de Enfermagem do Estado de Michigan, em 32 departamentos de enfermagem de hospitais daquela região. Após a revisão da literatura e estabelecimento das bases científicas disponíveis na época, foi elaborado um programa de intervenções inovadoras para a época, que foram implementadas utilizando um desenho experimental em 17 instituições. Outras 15 instituições que abordavam de modo tradicional o problema da úlcera, formaram o grupo comparação ou controle (HORSLEY et al., 1981).

As intervenções propostas consistiam na utilização de uma escala de avaliação para identificação dos pacientes em risco para UP (escala de Norton) e uso de pequenas mudanças de posição de algumas partes do corpo, submetidas ao excesso de pressão, sempre que o enfermeiro estivesse em contato com o paciente, em adição à mudança de decúbito feita de rotina a cada 2 horas (HORSLEY et al., 1981).

* As áreas escolhidas para projetos de utilização da pesquisa foram: 1) Ensino pré-operatório estruturado; 2) Redução de diarreia em pacientes com sonda; 3) Preparo pré-operatório sensorial para promover a recuperação; 4) Prevenção de úlcera de pressão; 5) Troca de cateter intra-venoso; 6) Sistema fechado de drenagem urinária; 7) Intervenção de enfermagem para dor; 8) Redução dos stress através do preparo sensorial; 9) Estabelecimento de metas mútuas no cuidado do paciente; 10) Cateterismo intermitente com técnica limpa.

BURNS & GROVE (1997) destacaram que este projeto serviu de modelo para utilização de pesquisa na prática de enfermagem. O projeto envolveu o desenvolvimento de protocolos a partir dos achados de pesquisas que foram implementados pelos autores e avaliados, durante quatro anos, quanto a sua eficácia.

Após o primeiro ano, surgiram diferenças significantes entre as instituições onde aquelas do grupo experimental tinham um maior índice de utilização do programa de intervenções. No segundo ano, após a intervenção, ainda havia diferenças entre os grupos, porém estas não eram tão significantes. No terceiro e quarto ano, as instituições do grupo experimental continuavam a adotar o protocolo recomendado.

BURNS & GROVE (1997) destacam que os enfermeiros precisam estar capacitados para influenciar os sistemas de prestação de serviços do futuro colaborando na criação das políticas de saúde. Para isso, entretanto, ressaltam que há necessidade do aumento da produção científica e da sua utilização visando a melhoria da prática.

FUNK et al. (1991), em um estudo com 1948 enfermeiras, identificaram que as características que impediam as enfermeiras de utilizar o conhecimento estavam relacionadas a valores, habilidades e conhecimento, às características da própria instituição, da inovação ou às características de comunicação da pesquisa.

Na área relacionada à úlcera de pressão, a investigação do conhecimento disponível pelos enfermeiros e alunos, para a adoção de

medidas adequadas para prevenção e tratamento, tem sido feita por vários autores.

PIEPER & MOTT (1995), utilizando um teste com 47 questões investigaram o conhecimento de 228 enfermeiros sobre descrição da úlcera, classificação e prevenção. Encontraram que o conhecimento era significativamente maior naqueles que tinham assistido uma palestra ou lido algum artigo científico no último ano, porém não encontraram diferenças associadas ao nível educacional e idade dos enfermeiros, ou tempo de atuação na enfermagem.

PIEPER & MATTERN (1997), utilizando o mesmo instrumento do estudo anterior, desenvolveram uma investigação com 75 enfermeiras que trabalhavam em Centros de Terapia Intensiva. Nenhuma enfermeira obteve 90% de acerto nas respostas dos testes, considerados pelos autores como conhecimento básico e necessário para a prática de enfermagem, e 8 (11%) acertaram 80% dos testes. Os autores identificaram que havia um déficit de conhecimento dos enfermeiros neste grupo e que os escores não foram afetados pelo tempo de formado, nível educacional ou tempo decorrido desde a última leitura de artigos publicados sobre o assunto.

LAMOND & FARNELL (1998) investigaram em 14 enfermeiras o conhecimento, o uso de informação e suas decisões acerca do tratamento de úlcera de pressão. Utilizaram três fotografias de diferentes úlceras de pressão e mais 16 cartões com seis itens de informações, contendo opções de diferentes tratamentos. Solicitaram que as enfermeiras justificassem suas escolhas e gravassem seus relatos, sendo as participantes denominadas por

suas colegas ou pelos gerentes de unidade, de noviças ou experts, de acordo com o tempo de experiência e de formadas.

Os resultados indicaram que as experts tomavam decisões mais adequadas que as noviças, diferenças que se mostraram estatisticamente significantes, uma vez que as informações que utilizavam se referiam, mais especificamente, à mobilidade, estado nutricional e quantidade de exsudato presente na úlcera.

BEITZ et al. (1999) investigaram a relação entre a necessidade de mais educação sobre o tratamento de úlcera de pressão e o conhecimento apresentado por 86 membros da equipe de enfermagem, de diferentes níveis (59 enfermeiros, 11 técnicos e 16 auxiliares). Os resultados da pesquisa indicaram que o nível de conhecimento dos entrevistados não apresentou correlação com a necessidade percebida de maior educação, mesmo os participantes tendo apresentado pequeno nível de informação, em vários aspectos do cuidado com a úlcera de pressão, e demonstrado, de modo geral, que desejavam mais educação sobre o assunto.

VOGELPOHL & DOUGHERTY (1993), examinando cinco livros de Fundamentos de Enfermagem e outros cinco de Enfermagem Médico – Cirúrgica, para determinar a quantidade e a qualidade de informações disponíveis sobre úlcera de pressão, verificaram que a maior parte era incompleta e algumas delas erradas. Concluíram que os alunos que se utilizam somente destes livros-textos para estudo não adquirem informação suficiente e de qualidade sobre o assunto.

ANTHONY (1996), analisando artigos publicados e livros-textos relacionados à prevenção e tratamento de úlcera de pressão, de forma não-sistematizada, no Reino Unido, identificou que a maior parte dos livros apresentava opiniões autoritárias e conselhos de profissionais especialistas, na maioria das vezes baseados em experiências clínicas e sem qualquer fundamentação em pesquisa, sendo que os livros de geriatria eram os que continham mais erros e citações inadequadas. Quanto a artigos publicados em periódicos, a maior parte baseava-se em revisões da literatura científica. O autor destacou a necessidade de os docentes avaliarem, de forma crítica, os livros-textos, assim como, as referências bibliográficas que recomendam a seus alunos, para leitura.

MOCKRIDGE & ANTONY (1999) desenvolveram pesquisa em um hospital inglês para investigar o conhecimento de 56 enfermeiras de unidades ortopédicas e de cirurgia geral, sobre a cicatrização e tratamento de UP, procurando, também, saber se havia associação entre o tempo de formadas e qualificação clínica com o nível do conhecimento. Os resultados evidenciaram que 27% das enfermeiras apresentaram menos de 50% de acertos e 73% mais de 50%, ficando a média de acertos em 16 respostas. Não encontraram diferenças nos escores das enfermeiras entre as duas especialidades quanto ao tempo de formadas e chegaram à conclusão que as profissionais possuíam bom conhecimento sobre o assunto, quando compararam estes resultados com os de estudos anteriores. Para os autores, a falta de associação entre nível de conhecimento e tempo de formadas pode sugerir que mesmo com mais experiência clínica, as

enfermeiras com mais tempo de formadas não se atualizam, o que pode prejudicar a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Ainda, RANGEL et al. (1999), investigando a experiência de 33 alunos do curso de graduação em enfermagem, referente ao cuidado preventivo e curativo de úlcera de pressão, encontraram o seguinte: 16 alunos (48%) tiveram oportunidade de prestar cuidados preventivos ou curativos a pacientes com úlcera de pressão ou com potencial para o problema; 11 (33%) referiram não ter experiência em prestar cuidados preventivos e curativos e 6 alunos (18%) apenas observaram a prestação desses cuidados. Comparando com as medidas adequadas, preconizadas na literatura, 21% das medidas utilizadas para o tratamento foram consideradas inadequadas. Diante disso, os autores recomendaram proporcionar aos alunos maiores oportunidades de cuidado durante a graduação, inclusive com a utilização de resultados de pesquisas, visando permitir a aprendizagem dos princípios técnicos e científicos para que desenvolvam uma prática de qualidade. Também enfatizaram ser imprescindível a difusão dos resultados de pesquisa não somente junto aos docentes, como também para os enfermeiros clínicos, com o fim de incentivar a aplicação de novas estratégias.

Complementando a temática, RABEH & CALIRI (1998), em estudo realizado com alunos no último ano de graduação em enfermagem, evidenciaram que a maioria deles (96.7%) teve experiência em cuidar de pacientes com úlcera de pressão; no entanto, muitas práticas referidas não estavam embasadas em conhecimentos científicos atualizados.

Identificaram, também, que os alunos, ao final da graduação, dispunham de conhecimentos parciais acerca do problema investigado, o que permitiu realizar algumas inferências relacionadas ao ensino teórico-prático.

Partindo da situação apresentada onde a enfermeira tem a responsabilidade pela prevenção e tratamento da úlcera de pressão, porém pode não ter acesso ao conhecimento existente sobre o assunto de forma a utilizá-lo, é que nos propomos a realizar esta pesquisa.

2- PRESSUPOSTO E OBJETIVOS DA PESQUISA

Partindo do pressuposto que grande parte das úlceras de pressão pode ser evitada com a utilização de medidas preventivas, de forma sistemática, por meio de orientação para o cuidado adequado, este estudo tem como objetivos:

1. Identificar a produção do conhecimento sobre úlcera de pressão na literatura nacional e internacional em diferentes décadas;
2. Realizar a clarificação do conceito de úlcera de pressão e identificar o estágio de desenvolvimento, segundo o referencial teórico de MELEIS (1997);
3. Descrever as estratégias propostas pelos autores para a divulgação do conhecimento produzido sobre a úlcera de pressão.

3- PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1- TIPO DE ESTUDO

Para atingirmos os objetivos propostos, realizamos um estudo de revisão de literatura descritiva. Para a clarificação do conceito de úlcera de pressão, utilizamos o conceito proposto por NORRIS (1982) e MELEIS (1997).

3.2- REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para NORRIS (1982), a clarificação de conceito se apresenta como um método para descrição de fenômenos considerados importantes para a prática clínica de enfermagem. Segundo a autora, pela análise, o conceito é estudado sob diferentes pontos de vista visando à sua compreensão, utilização na prática clínica e à produção de novos conhecimentos.

Ainda, a autora em seu livro “Concept Clarification in Nursing”, editado em 1982, relatou que, na enfermagem americana, a análise de conceitos surgiu na área de enfermagem psiquiátrica com a teórica Hildegard Peplau. Destacou que Peplau, como professora e líder, convenceu a centenas de enfermeiras que a documentação de suas práticas e o constante refinamento conceitual dessas atividades eram as chaves para a eficácia profissional. Ressaltou, ainda, que Peplau também identificou o modo como as teorias de enfermagem poderiam evoluir a partir desse trabalho.

Destaca que a clarificação de conceito precisa ser feita considerando-se a estrutura da pesquisa descritiva e exploratória para gerar

hipóteses e que, se um conceito não é claro, pesquisas subseqüentes podem ser baseadas em suposições ou falsas premissas e as hipóteses surgidas não terão relevância para o mundo real.

Quanto à operacionalização metodológica da clarificação de conceito, a autora afirmou que desde o início esta mostrou grande variação e em muitos trabalhos a análise não avançava além de uma revisão de literatura segundo o modelo biomédico, a qual não enfocava a descrição dos fenômenos importantes para a enfermagem como prática independente (NORRIS,1982).

Para MELEIS (1997), uma premissa importante é que os conceitos desvendam as coisas, sendo essenciais para organizar as situações e eventos. Esta autora cita as idéias de Kuhn, para quem as disciplinas que estão no estágio de pré-paradigmas demonstram um padrão de pesquisa que pode ser equalizado com a solução de problemas, onde as questões centrais do campo de investigação não podem ser bem identificadas e os resultados de projetos individuais de pesquisa não levam a formulações teóricas que possam explicar o fenômeno, prever eventos, situações, respostas ou auxiliar na prescrição de intervenções. Para a autora, a definição de um conceito não é estática ou permanente e a sua redefinição depende de novos conhecimentos, experiências, percepções e ainda do referencial teórico ou da visão de mundo do autor.

Destacou, também, que a clarificação de conceito inclui a revisão da literatura e sua análise para identificar valores, atributos ou propriedades do conceito e inter-relacionamentos entre seus diferentes elementos. Para

ela, autores como Kramer, Chinn e Kramer argumentaram que existe uma conexão entre pensamento crítico e clarificação de conceito, sendo este último uma estratégia que pode melhorar o pensamento crítico (Kramer; Chinn e Kramer apud MELEIS, 1997).

Segundo MELEIS (1997), um fenômeno não é uma coisa em si mesmo e não ocorre por ele mesmo, é organizado ao redor de percepções. É um aspecto da realidade, colorido pela visão ou percepção do observador daquela realidade. A autora propôs, para desenvolvimento de conceitos, a utilização de estratégias a partir de fenômenos observados em situações clínicas ou relatados em publicações, compostas de sete estágios e vários processos não-lineares, que descreveremos a seguir.

1- “Taking in”: **Descrição da situação** que atraiu a atenção do autor qualquer que seja a razão; possibilita a identificação e delineamento do fenômeno. O diálogo do pesquisador com ele mesmo ou com outro auxiliará a delinear o fenômeno para avançar, ir além na sua construção teórica.

Dentre as perguntas que podem ser formuladas neste estágio, a autora exemplifica: O que está atraindo a atenção do observador? Onde isso está acontecendo? Sob quais condições o observador sente isso? Pode ser descrito? Como? Pode ser documentado e criar casos-modelo?

2- **Descrição do fenômeno**: O pesquisador descreve a situação, respondendo: O que é? Onde e quando ocorre? Quais são os limites do fenômeno? O que o fenômeno tem em comum com uma classe mais ampla de fenômenos? O fenômeno varia? Sob quais circunstâncias? O fenômeno está isolado da realidade? O fenômeno tem uma função? Existem fatores

múltiplos associados a ele? Serve para um propósito explanatório (explicar por que ocorre)? Comportamentos ou características de comportamentos estão associados ao fenômeno? Está relacionado a tempo e lugar, a um referencial teórico ou a uma filosofia de enfermagem? A compreensão do fenômeno está relacionada à definição social do que é enfermagem ?

3- Nomeando (dando um rótulo): O pesquisador descreve como o conceito é apresentado, a partir das definições observadas ou das idéias dos autores analisados.

4- Desenvolvimento do conceito: O pesquisador apresenta suas impressões, percepções, experiências e a imagem mental da realidade ordenada de sua análise. Procura clarear as ambigüidades do conceito e fazer a definição operacional do mesmo, de modo que possa ser colocado no contexto da realidade e ser útil para os enfermeiros. Diferencia os conceitos similares apresentados na literatura para refinar os atributos do conceito que está sendo desenvolvido. Delineia as condições contextuais, sob as quais o conceito é percebido ou esperado que ocorra, os seus antecedentes e suas conseqüências manifestadas nas publicações, que podem ser positivas ou negativas. O pesquisador ainda define e identifica exemplos para ilustrar alguns aspectos do conceito, podendo também fazer analogias deste com um outro, para facilitar a sua compreensão.

5- Desenvolvimento das afirmações ou proposições: O pesquisador faz explicações em relação ao fenômeno. É um processo de identificação das questões centrais relacionadas ao conceito, as quais

fornece as respostas centrais que auxiliam a explicação, a descrição ou a predição da realidade da enfermagem.

Quanto mais refinadas, desenvolvidas e avançadas as proposições de relacionamento, maior será a sua capacidade de descrever e prever a natureza, a direção e a força do relacionamento e de serem submetidas a testes. As proposições podem ser organizadas em relação às variáveis independentes ou dependentes.

6- Explicação das suposições, pressupostos: Durante cada estágio do processo, o pesquisador faz uma pausa, reflete e questiona as suposições implícitas e explícitas, assim como as crenças, as visões e os pressupostos teóricos do autor analisado.

7- Compartilhar e comunicar o conceito: A teorização pode acontecer de forma isolada, mas não frutifica isoladamente. Compartilhar e comunicar devem ir além de escrever e publicar algo sobre o conceito, sendo um acontecimento diário tanto na vida dos enfermeiros da clínica, como de teóricos e pesquisadores.

3.3- LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Para atender os objetivos do estudo, realizamos levantamentos bibliográficos, de busca computadorizada nas bases de dados LILACS, BDeF e MEDLINE, busca manual em dissertações e teses não indexadas e livros publicados sobre o assunto, nas diferentes décadas, além de livros-textos de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica, incluindo publicações em inglês, espanhol e português.

A busca foi feita por acesso aos sites da BIREME (Centro de Documentação Latino Americano e do Caribe em Ciências da Saúde) e da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (MEDLINE).

Na biblioteca virtual da BIREME fizemos o levantamento no LILACS (Index Medicus Latino Americano) e BDenf (Banco de Dados em enfermagem). A base de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line) foi acessada através do PubMed.

O levantamento bibliográfico foi realizado em etapas, considerando o método proposto para clarificação do conceito de úlcera de pressão.

Primeira etapa:

Constituiu-se de levantamento bibliográfico referente ao período de 1966 a 1990, considerando a base de dados MEDLINE.

Os unitermos, descritores ou palavras-chave utilizados foram: *pressure ulcer, decubitus ulcer, nursing research*.

Segunda etapa:

Foi feito o levantamento no LILACS e no BDenf no período de 1970 a 2000, utilizando as palavras-chave *úlcera de pressão, úlcera de decúbito, escara, enfermagem*, em consideração aos descritores de assuntos do LILACS.

No MEDLINE, este segundo levantamento foi feito incluindo o termo AHCPR às palavras-chave *pressure ulcer, decubitus ulcer, nursing*

research, no período de 1991 a 2000. Esta decisão foi norteada pela observação do aumento das publicações norte-americanas, no final da década de 80 e início de 90, em consequência da criação do “National Pressure Ulcer Advisory Panel” (NPUAP), em 1989 e da publicação das Diretrizes para Predicção e Prevenção da Úlcera de Pressão pela agência norte americana “Agency for Health Care Policy and Research” (AHCPR).

Terceira etapa:

Com a análise dos artigos anteriores e a evolução do conceito da úlcera de pressão, com vistas ao enfoque dado à divulgação das estratégias de prevenção, realizamos um novo levantamento bibliográfico, no MEDLINE.

Nessa etapa, o levantamento considerou os termos *decubitus ulcer, education and nursing*, abrangendo o período de 1995 a 2000. Todos esses termos são considerados descritores de assunto, o que permitiu melhor seleção das publicações específicas para a pesquisa.

Quarta etapa:

Foram feitas as buscas manuais das referências bibliográficas principais, citadas pelos autores nas publicações analisadas nas etapas anteriores. Estas visaram identificar os artigos não discriminados no levantamento computadorizado, que pudessem contribuir para a clarificação do conceito de úlcera de pressão.

Todo o material localizado recebeu numeração de acordo com a ordem cronológica de publicação.

3.4- COLETA DE DADOS

Procedemos às etapas de levantamento bibliográfico no segundo semestre de 2000. Após a identificação dos artigos indexados, os localizamos nas bibliotecas nacionais pertencentes ao Sistema de Comutação Bibliográfica (COMUT) e em acervos particulares de pesquisadores da área.

Estabelecemos como período máximo para localização dos artigos o mês de março de 2001.

De posse das cópias dos artigos de periódicos, livros e dissertações que compuseram a amostra desta pesquisa, procedemos à leitura inicial, considerando as proposições da NORRIS (1982) e MELEIS (1997), para clarificação de conceito, sistematizando a leitura através de um roteiro norteador, através do qual buscávamos as seguintes informações (Anexo I):

- 1- Identificação do autor;
- 2- Identificação da publicação (título da publicação, periódico ou editora, local de publicação, data);
- 3- Base de dados de localização da publicação;
- 4- Objetivos do estudo;
- 5- Descrição do conceito de úlcera de pressão.

Fizemos a análise do conceito de úlcera de pressão a partir de várias leituras, para posteriormente identificarmos os atributos ou propriedades do conceito e, assim, verificarmos seu estágio de desenvolvimento, conforme proposto por MELEIS (1997).

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1- UNIVERSO E AMOSTRA DA INVESTIGAÇÃO

O universo deste estudo foi constituído pelas publicações indexadas nos referidos bancos de dados e daquelas obtidas na busca manual.

O levantamento realizado no MEDLINE, na primeira etapa que compreendeu o período de 1966 a 1990, indicou 76 artigos indexados. Deste total, excluámos 15 artigos, 13 por não pertencerem aos idiomas estabelecidos para o estudo e outros 2 por estarem em forma de cartas endereçadas ao editor, não tendo, portanto, qualquer relação com o contexto. Desse modo, consideramos para análise 61 artigos, dos quais localizamos 29 (47,5%).

Na segunda etapa do trabalho, no levantamento no LILACS, no período de 1970 a 2000, foram indexados 18 artigos, e destes localizamos 13 (72,2%).

No BDENF, no período de 1970 a 2000, foram indexados 10 artigos, dos quais excluámos 3 que estavam também no LILACS. Dos 7 artigos considerados para a análise, localizamos 3 (42,8%). No MEDLINE, no período de 1991 a 2000, encontramos 11 artigos indexados. Destes, localizamos 8 (72,7%).

Na terceira etapa do levantamento, realizada no MEDLINE, no período de 1995 a 2000, foram indexados 74 artigos; destes, cinco foram excluídos também por não pertencerem ao idioma estabelecido para o estudo; consideramos 69 artigos, dentre os quais localizamos 24 (34,8%).

Na Quarta etapa através da busca manual analisamos 16 artigos de periódicos; 7 livros-textos; 3 dissertações de mestrado, perfazendo um total de 26 publicações.

Diante do exposto, o universo total para a realização do estudo foi de 166 publicações e a amostra de 103 (62%).

As publicações que constituem a amostra foram relacionadas em ordem cronológica, enumerada e encontram-se no Anexo II.

4.2- Caracterização da Amostra

Na Tabela 1, apresentamos os artigos indexados e localizados no MEDLINE, correspondentes à primeira e segunda etapas do levantamento.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos indexados no MEDLINE, de 1966 a 2000, segundo o número de artigos localizados e não localizados. Ribeirão Preto, 2001.

Fonte	Ano	Localizados		Não Localizados		Total	
		n.	%	n.	%	n.	%
MEDLINE*	1966-1980	3	60%	2	40%	5	100%
	1981-1990	26	46,4%	30	53,6%	56	100%
MEDLINE**	1991-2000	8	72,7%	3	27,3%	11	100%
Total		37	51,4%	35	48,6%	72	100%

* Palavras-chave: Pressure ulcer , decubitus ulcer, nursing research.

** Palavras-chave: Pressure ulcer, decubitus ulcer, nursing research, AHCPR.

No Quadro 1, apresentamos a relação dos artigos enumerados conforme Anexo II, localizados no MEDLINE, no período de 1966 a 2000.

Quadro 1 – Apresentação da relação dos artigos enumerados, conforme Anexo II, localizados no MEDLINE, no período de 1966 a 2000.

Números dos artigos localizados no MEDLINE, de 1966 a 2000
6, 9, 12, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 34, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 59, 61, 70, 93, 96, 91,

Na Tabela 2, a seguir, apresentamos a distribuição das publicações indexadas e localizadas no LILACS e no BDenf.

Tabela 2 – Distribuição das publicações indexadas no LILACS e no BDenf, de 1970 a 2000, segundo o número de publicações localizadas e não localizadas. Ribeirão Preto, 2001.

Fonte	Ano	Localizados		Não Localizados		Total	
		n.	%	n.	%	n.	%
LILACS*	1970-2000	13	72.2%	5	27.8%	18	100%
BDENF **	1970-2000	3	42.8%	4	57.2%	7	100%
Total		16	64%	9	36%	25	100%

* Palavras-chave: Úlcera de pressão , úlcera de decúbito, escara, enfermagem.

** Palavra-chave: Escara.

No Quadro 2, apresentamos a relação das publicações enumeradas conforme Anexo II, localizadas no LILACS e no BDenf*, no período de 1970 a 2000.

Quadro 2 – Apresentação da relação das publicações enumeradas conforme Anexo II, localizadas no LILACS e no BDenf*, no período de 1970 a 2000.

Números dos artigos localizados no LILACS, de 1970 a 2000
5*, 16, 22, 24, 28*, 35*, 36, 37, 60, 62, 73, 78, 84, 85, 99, 101

Na Tabela 3, apresentamos os artigos indexados e localizados no MEDLINE, para atender à terceira etapa do levantamento.

Tabela 3 – Distribuição dos artigos indexados no MEDLINE, de 1995 a 2000, segundo o número de artigos localizados e não localizados. Ribeirão Preto, 2001.

Fonte	Ano	Localizados		Não Localizados		Total	
		n.	%	n.	%	n.	%
MEDLINE*	1995- 1997	13	32,5%	27	67,5%	40	100%
	1998- 2000	11	38%	18	62%	29	100%
Total		24	34,8%	45	65,2%	69	100%

* Palavras-chave: Pressure ulcer, education, nursing.

No quadro 3, apresentamos a relação dos artigos enumerados conforme Anexo II, localizados no MEDLINE, no período de 1995 a 2000.

Quadro 3 – Apresentação dos números dos artigos localizados no MEDLINE, no período de 1995 a 2000.

Números dos artigos localizados no MEDLINE de 1995 a 2000
63, 67, 65, 66, 64, 68, 69, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 87, 88, 89, 90, 92, 95, 102

No Quadro 4, apresentamos a relação das publicações enumeradas no Anexo II, localizadas na busca manual.

Quadro 4 – Apresentação da relação das publicações enumeradas no Anexo II, localizadas na busca manual.

Números dos artigos, livros e dissertações
1*, 2*, 3*, 4*, 7*, 8*, 10*, 11*, 13**, 14**, 15*, 21**, 31*, 32*, 33**, 38**, 39*, 56*, 58*, 79**, 86***, 94**, 97*, 98***, 100***, 103*

* artigo de periódico; ** livro-texto; *** dissertação de mestrado

4.3- CLARIFICAÇÃO DO CONCEITO “ÚLCERA DE PRESSÃO” SOB A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

Antecedentes históricos

Virgínia Henderson, em uma análise histórica da situação da enfermagem americana, destacou que na primeira parte do século XX, as principais questões que preocupavam os profissionais referiam-se à educação e à administração, ao invés dos problemas relacionados à prática clínica do cuidado do paciente. A autora esclareceu que esta situação tinha a característica da fase de transição da enfermagem, direcionada ao seu crescimento profissional que não tinha ainda um corpo de conhecimento independente e cujas técnicas e procedimentos utilizados eram herdados do conhecimento médico (SIMMONS & HENDERSON, 1964).

Na década de 60, marcada pelo surgimento de interesse pela pesquisa clínica, evidenciou-se o aumento de investigações, ocasião em que a enfermeira mostra-se mais analítica, mais questionadora, motivada pela facilidade de financiamentos para pesquisas referentes à prática clínica e pelo estímulo dos programas de Pós-Graduação para estudos dessa natureza.

O início da pesquisa clínica em enfermagem foi atribuído, por SIMMONS & HENDERSON (1964), às enfermeiras do Departamento de Educação em Enfermagem do “Teachers College”, da Universidade de Columbia. Em 1930, Isabel Stewart, destacou, em uma publicação, a importância de se investigar medidas ou instrumentos mais exatos para

avaliar a confiabilidade e a eficiência dos procedimentos de enfermagem. No contexto cotidiano da prática de enfermagem, entretanto, os procedimentos visavam, principalmente, à higiene e ao conforto do paciente.

A úlcera de pressão ou de decúbito, vista como conseqüência da falta de atividade física, qualquer que fosse a sua causa, podia ser prevenida e curada com um bom cuidado de enfermagem. O tratamento era prescrito pelo médico mas, freqüentemente, este dava à enfermeira a oportunidade de escolha do tipo de curativo e colaborava com ela no planejamento de aspectos relacionados à atividade física, à mudança de posição e ao uso de colchões especiais para prevenir a ocorrência das úlceras e promover a cicatrização das feridas quando instaladas. A literatura médica da época era utilizada para embasar o tratamento médico e cirúrgico da úlcera de pressão (SIMMONS & HENDERSON, 1964).

Vários autores deste período citaram o trabalho de REICHEL & BALTIMORE (1958), que descreveu o mecanismo de ocorrência da úlcera de pressão nos pacientes paraplégicos, em conseqüência da ausência de sensibilidade, imobilidade e excesso de pressão. O autor destacou o papel da força de cisalhamento, observado pelo descolamento do tecido cutâneo das bordas da ferida, causado pela elevação da cabeceira da cama do paciente, o que ocasiona seu deslizamento para os pés, lesando músculos, fáscia e vasos sangüíneos. Com base nesse estudo, propôs várias medidas preventivas para a prática de enfermagem, tais como: não elevar a cabeceira em ângulo maior que 30°; apoiar os pés, pois a sola dos mesmos está preparada para suportar o peso corporal, porém não está imune ao

excesso de pressão. Destacou que o suporte deve ser acolchoado e que a região seja observada com frequência, lembrando que o reposicionamento deve ocorrer a cada duas horas, devendo estes pacientes receberem tratamentos por profissionais especializados.

Segundo EXTON-SMITH & SHERWIN (1961), vários fatores estão envolvidos no desenvolvimento da úlcera de pressão, relacionados ao estado físico ou mental do paciente. Ressaltaram que fatores referentes aos padrões de cuidados de enfermagem também são importantes, e citaram como medidas usadas para alívio da pressão: a prevenção do contato da urina e fezes com a pele, no paciente incontinente, e tipo de colchão e lençóis. Para os autores, a causa fundamental do dano tecidual ocorre pela ação da pressão na pele, nos tecidos subcutâneos e ósseos, sendo a compressão mais grave nas áreas de proeminências ósseas.

Procurando investigar melhor a tolerância dos tecidos à pressão, estudaram os movimentos espontâneos corporais de um grupo de pacientes idosos hospitalizados e sua relação com o desenvolvimento da úlcera de pressão. Utilizaram um aparelho que contava o número de movimentos corporais dos pacientes e atribuía um escore. Observaram 50 pacientes, no período das 23:00 às 6:00 horas, entre três e dez noites consecutivas, os quais tinham as áreas corporais de pressão inspecionadas diariamente, para identificar a presença de eritema ou lesão.

Os resultados indicaram que muitos pacientes se movimentam espontaneamente durante o sono, o que muitas vezes é suficiente para prevenir os danos nos tecidos. Concluíram que pacientes que apresentavam

um escore de mobilidade acima de dez, provavelmente não teriam úlcera de pressão, não precisando de intervenções profiláticas. Em contrapartida, para pacientes com escore menor que 20 e para aqueles que apresentavam diminuição progressiva nos valores dos escores, os autores previam que, provavelmente, estes teriam úlcera de pressão, a menos que medidas preventivas efetivas fossem instituídas. Descreveram, com base em suas observações, que a frequência da úlcera de pressão aumenta com a idade, sendo que a sua proporção dobra nos pacientes com 85 anos ou mais, quando comparados com os pacientes com 75 anos de idade.

As implicações desta pesquisa para a prática clínica de enfermagem foram destacadas por seus autores, ao afirmarem que a incidência da úlcera de pressão poderia estar diretamente relacionada à condição do paciente que deveria ser avaliado, considerando-se seu estado físico e mental, sua atividade e capacidade de mudar de posição, sem auxílio, e o grau de incontinência presente. Destacaram que a influência das drogas sedativas que diminuem os movimentos durante o sono, precisariam ser consideradas.

Norton apud BLISS et al. (1967) desenvolveu na Inglaterra, o primeiro instrumento capaz de avaliar o risco do paciente para úlcera de pressão, contemplando a condição física, mental, atividade, mobilidade e incontinência, tendo os escores variado de 5 a 20. Utilizou este instrumento, durante dois anos, para avaliação de idosos numa unidade geriátrica de um hospital de Londres. Na primeira pesquisa identificou que 24% dos pacientes desenvolveram úlcera de pressão, sendo que 50% destes tinham escore

menor que 12 e 32% tinham escore de 12 a 14. Destacou que 70% de todas as úlceras ocorriam até duas semanas após a admissão e 34% dentro da primeira semana.

A autora encontrou que o declínio da condição do paciente e do escore da escala estavam associados ao surgimento da úlcera de pressão. Em estudos subseqüentes, avaliou a higiene da pele e a mudança de decúbito a cada duas ou três horas, com a presença de úlcera naqueles pacientes considerados em risco e encontrou que o número de úlcera era reduzido pela intervenção precoce em pacientes identificados em risco, pela escala de Norton.

Décadas de 60 e 70

Publicações internacionais

Segundo VERHONICK (1961), em sua época nos EUA, a responsabilidade pela prevenção e cuidado da área de pressão e úlcera de decúbito eram da enfermeira, atribuição delegada a ela pelo médico. A presença da úlcera significava um problema presente e definido para o planejamento e fornecimento de cuidado, pois muitos eram os métodos para a prevenção e tratamento recomendados por profissionais, individualmente, porém não existiam medidas capazes de avaliar sua eficácia.

Procurando atender a necessidade da mensuração objetiva do grau da úlcera e progresso de cicatrização, esta autora desenvolveu estudo piloto para identificar os critérios a serem avaliados de forma objetiva, que descrevessem sua mensuração de modo similar e constante. Durante seis

meses, a autora acompanhou 15 pacientes com úlcera de pressão ou áreas de úlcera, que variavam de presença de hiperemia a tecido necrótico ou infectado, durante o período em que a lesão esteve presente. Além de descrever as úlceras, documentou-as e analisou-as com o fim de identificar similaridades e diferenças.

O primeiro aspecto mensurável da úlcera foi seu tamanho, documentado com régua ou em papel celofane em cada uma das observações semanais. As mudanças no tamanho indicavam melhoria quando havia redução ou deterioração da úlcera. O traçado no celofane era indicado nas úlceras assimétricas onde não conseguia a mensuração métrica.

As dimensões da área eram colocadas em gráficos, após cada observação, até que a úlcera cicatrizasse, ou quando o protocolo fosse interrompido por qualquer outra razão.

A ilustração gráfica para cada tipo de tratamento, proposta por VERHONICK (1961), permitia a comparação de forma objetiva, considerando o tempo de cicatrização e a dimensão da ferida.

A segunda observação feita pela autora e relacionada à descrição objetiva da úlcera foi desenvolvida em relação à cor e às mudanças ocorridas na lesão, durante a cicatrização. Questionou em seu trabalho, se as mudanças nas cores tinham significado para o grau de cicatrização e se era possível observar as alterações na cor de uma forma objetiva. Construiu uma escala com 25 tonalidades de vermelho, 22 tonalidades de roxo e azul,

21 tonalidades de amarelo e 19 tonalidades de cinza para preto, pois estas eram as cores mais freqüentemente observadas nas feridas.

A escala com amostras das diferentes tons de cores era coberta com plástico, para desinfecção do instrumento após o seu uso. Colocada próxima à área da lesão que estava sendo observada, a escala tinha o número de código correspondente à cor, sendo este o primeiro instrumento para avaliação objetiva de mudanças na ferida.

Segundo VERHONICK (1961), os resultados obtidos foram as documentações da freqüência de ocorrência das diferentes tonalidades de cores, porém a autora hipotetizou que as diferenças observadas nas cores poderiam servir no futuro para mensuração mais objetiva das alterações da lesão ou do grau de cicatrização.

As limitações encontradas pela autora na utilização do código de cores referiam-se às escalas de papel, que não acompanhavam a variedade de coloração dos tecidos vivos, pois a amplitude de cores não foi suficiente para incluir grande número de pacientes com diferentes cores de pele e raça.

Outra dificuldade diz respeito às pequenas mudanças, difíceis de serem avaliadas ao longo do tempo, as quais envolviam o processo de cicatrização. O instrumento permitiu, no entanto, a identificação de mudanças grosseiras, por exemplo do preto para o cinza, para o amarelo e, eventualmente, para o rosa.

Outras observações estudadas por VERHONICK (1961), referiam-se ao tônus, condição da pele, quantidade e tipo de drenagem, queixas

subjetivas do paciente em relação à sensibilidade e processo infeccioso. Procurando compreender os fatores contribuintes para a úlcera de decúbito, a autora construiu um instrumento do tipo “*check list*”, de diagnósticos de enfermagem (Anexo III), e definiu diagnóstico de enfermagem como

uma observação detalhada da condição do paciente e documentação de sua experiência como um todo na tentativa de definir a natureza e extensão dos problemas de enfermagem, relacionados a úlcera de decúbito.

Em um estudo seqüencial, a autora descreveu que as atividades preventivas de enfermagem para úlcera de decúbito, naquela época, incluíam lavar, secar, massagear e untar as áreas de pressão da pele do paciente, além de mudar sua posição e lhe fornecer alimentação.

Ressaltou que, mesmo com tais cuidados, alguns pacientes desenvolviam úlceras, as quais as enfermeiras tinham que tratar, pois a “úlcera de decúbito agrava uma condição já séria e se constitui num problema para o planejamento e fornecimento do cuidado de enfermagem”. Assim, VERHONICK (1961) propôs-se a desenvolver uma pesquisa clínica para avaliar um procedimento rotineiro de tratamento na época, o uso do açúcar granulado.

Com o objetivo de identificar as bases para esta ação terapêutica, utilizou os instrumentos de observação apresentados anteriormente e dividiu os pacientes por grupo etário e por diagnóstico, fazendo a comparação das respostas obtidas, dentro dos grupos. O procedimento consistiu em limpar a lesão com água oxigenada, colocar o açúcar granulado na cavidade e cobrir com gaze, sendo o procedimento repetido a cada 24 horas.

Os resultados preliminares evidenciaram a completa cicatrização de lesões num período de 4 semanas a 5 meses e meio. Destacou que a rapidez da cicatrização dependeu da condição geral do paciente, da localização da úlcera e da extensão da necrose presente no início da terapia.

A justificativa para a autora utilizar o açúcar granulado, ocorreu pela facilidade de aplicação e por ter observado que seu uso contínuo dava bons resultados, embora, enfatizasse que as razões exatas da eficácia do açúcar não eram conhecidas. As hipóteses apresentadas para a utilização eram aquelas enfatizadas em um trabalho de mestrado intitulado “O estudo de tratamento de úlcera de decúbito com açúcar, com ênfase na contribuição da enfermeira”, onde o autor inferiu que:

- O açúcar é um meio ideal para as bactérias se agruparem, assim elas se alimentam do açúcar ao invés de se alimentarem do tecido humano.
- As bactérias se alimentam do açúcar e eventualmente morrem.
- A alta concentração de açúcar no tecido leva à mudança no pH e, assim, influencia a toxicidade dos microrganismos invasores que estão inevitavelmente presentes.
- A ação da solução hipertônica criada reverte o fluxo linfático trazendo mais fluido e nutrientes para o tecido, promovendo melhor cicatrização.
- O açúcar tem um efeito estimulador no tecido de cicatrização, necessário para cicatrização da ferida.

MCKINNON-MULLETT (1972), em estudo no qual procurou investigar o potencial das técnicas e instrumentos de pesquisa das ciências biológicas, para a pesquisa clínica em enfermagem, explorou os métodos da microscopia capilar utilizados no cuidado de pacientes com problemas de circulação periférica. Para avaliar a aplicabilidade do método para o estudo de UP, algumas tentativas foram feitas com o fim de fotografar o envolvimento da microcirculação no processo de cicatrização. Para a autora, o resultado da fotomicroscopia das UPs foi insatisfatório, pois as bordas das úlceras eram muito grossas para fornecer qualquer informação útil. Destacou que as fotografias tradicionais são métodos mais promissores para acompanhar o processo de cicatrização.

WILLIAMS (1972) voltou a enfatizar que as UPs, na sua época, eram tão comuns que, virtualmente, todas as enfermeiras tinham consciência disso e desde os primeiros dias da educação profissional lhes era ensinado que o bom cuidado de enfermagem podia preveni-las. Destacou que na prática, apesar de esforços heróicos das enfermeiras, novas úlceras eram formadas. Para a autora, a prevenção dependia da identificação dos fatores predisponentes, sendo identificado nas pesquisas como fator de risco principal o aumento da pressão por um período prolongado de tempo. Argumentou que, embora fatores como má nutrição, anemia, infecção, perda da sensibilidade, calor, umidade, fricção e força de cisalhamento fossem citados na literatura médica como causas para formação da úlcera, poucas pesquisas haviam sido desenvolvidas nessas áreas.

Acreditando que outros fatores, além da pressão, pudessem ser avaliados, a autora conduziu um estudo para descrever algumas características presentes em pacientes que não deambulavam e que desenvolveram UP. Para a coleta de dados, construiu um instrumento identificando as variáveis independentes, a partir de sua experiência pessoal e da de outros profissionais, incluindo aqueles citados na literatura disponível.

O instrumento foi submetido à validação por instrutores de enfermagem e enfermeiros da prática clínica e administrativa. A amostra estudada se constituiu de 26 pacientes de diferentes idades, tendo a primeira avaliação ocorrido na admissão ou até dois dias após a mesma. Cada sujeito participante recebeu um número de identificação, a fim de garantir seu anonimato.

A avaliação ocorria duas vezes por semana e para cada item avaliado o paciente recebia um escore presente na escala dicotômica. Os dados foram avaliados através de testes estatísticos de correlação múltipla, utilizando-se programas de computador.

Os resultados indicaram que sete pacientes ou 26,92% da amostra tiveram úlcera de pressão e a maior correlação encontrada foi entre baixo peso corporal, úlcera de pressão e presença de processo infeccioso que não do trato gênito-urinário.

A autora destacou que os resultados do seu estudo deveriam ser aplicados no planejamento da assistência de enfermagem a esse grupo de

pacientes, sendo importante assegurar a utilização dos resultados de pesquisa para a prática de enfermagem.

GOSNELL (1973) reforçou o conceito de que mesmo com os avanços nas ciências médicas, paradoxalmente, a incidência de UP ainda deixavam perplexos os profissionais da saúde. A autora utilizou os resultados publicados em revistas médicas de reabilitação física, referentes à prevalência de 80% de UP em lesado medular e de 10 a 15% em outros pacientes acamados, para ilustrar a gravidade do problema.

Demonstrou que, além do inevitável sofrimento e do desconforto causado a paciente e família, a úlcera tinha também como consequência o aumento do custo do tratamento, seja pela hospitalização prolongada, ou pelos cuidados médicos e de enfermagem, estimado de dois a dez mil dólares.

Destacou que a prevenção é a solução mais lógica para o problema, podendo ocorrer através da identificação dos fatores que causam a UP e do desenvolvimento e implementação de medidas preventivas. Para a autora, a prevenção e o tratamento são de responsabilidade da enfermeira e enfatiza que poucas pesquisas tratam deste problema de enfermagem.

GOSNELL (1973) identificou que a chave para a enfermagem progredir nessa área pode-se dar a partir do momento em que a enfermeira adquira capacidade de fazer observações que tenham significado e saiba interpretar as respostas do paciente, a fim de que possa desenvolver critérios sob os quais embase a sua prática profissional de enfermagem. Esta autora introduziu o conceito da utilização do conhecimento em

enfermagem e o exemplificou com os estudos conduzidos na Universidade de Iowa, na década de 60, os quais tentaram desenvolver critérios para medir fatores relacionados à condição da pele, passo de vital importância na identificação de pacientes em risco para UP.

Assim como Verhonick, GOSNELL (1973) identificou como problema para o avanço do conhecimento na época a incapacidade dos enfermeiros para controlar e avaliar de forma objetiva a úlcera e a eficácia das medidas de prevenção.

Essas afirmações mostram as dificuldades encontradas pelas pesquisadoras para desenvolver estudos com pacientes em situações da prática clínica, aplicando o rigor metodológico exigido por uma pesquisa experimental.

A autora citou os estudos desenvolvidos na Inglaterra em que os fatores de risco de desenvolvimento para UP foram identificados, dando origem a um instrumento de avaliação utilizado para examinar os problemas de enfermagem em pacientes geriátricos, em hospitais da Inglaterra (Norton et al. apud GOSNELL, 1973).

Também destacou que Norton, no ano de 1962, identificou que o tempo médio de enfermagem por paciente aumentava em 50% para aqueles que tinham UP. Apresentou, ainda, o trabalho de Exton-Smith e Sherwin, desenvolvido em 1961, no qual descreveram que a incidência de UP aumentava com a idade (Exton-Smith & Sherwin, apud GOSNELL, 1973).

Utilizando-se destes conhecimentos disponíveis na época, GOSNELL (1973) construiu um instrumento a partir da adaptação da escala

de Norton, procurando identificar as influências de diferentes fatores de risco, como a causa de UP, e a capacidade do instrumento para predizer os pacientes de risco elevado. Incluiu na avaliação: idade, sexo, altura, peso, diagnóstico, sinais vitais, aparência da pele, turgor, sensibilidade e medicações utilizadas pelo paciente. De posse dos resultados, concluiu que a avaliação do paciente somente na admissão não é suficiente para conhecer o risco, já que essas condições se alteram. Como a autora não pôde mensurar a quantidade e a padronização do cuidado dispensado ao paciente, sentiu a necessidade de mais estudos nessa área, assim como, aqueles que incluíssem o nível de motivação de cada paciente.

Com isso, sugeriu que pesquisas a esse respeito sejam desenvolvidas, e que os dados sejam coletados pelo próprio pesquisador, que poderá, assim, controlar as condições das mesmas, dando-lhes confiabilidade.

RESIO & VERHONICK (1973) desenvolveram o conceito da pesquisa clínica sobre úlcera de decúbito e destacaram a aplicação de um instrumento que pudesse melhorar o julgamento clínico por meio da quantificação, o que permitiria a discriminação de pacientes com e sem riscos para a respectiva úlcera.

Ainda, os autores apresentaram testes estatísticos que poderiam ser utilizados na análise de dados clínicos, capazes de estabelecer correlações entre as variáveis estudadas. Introduziram, também, o conceito da necessidade de multidisciplinaridade para realização da pesquisa clínica. Com isso, a enfermeira pesquisadora sem experiência em estatística e o

estatístico sem visão do campo clínico, poderiam desenvolver estudos e análises estatísticas adequadas, conjuntamente, utilizando um referencial teórico adequado, de modo que fosse compreendido pelos leitores de artigos científicos, uma vez que a maior parte das informações obtidas na pesquisa, pode ser apresentada por meio de gráficos, tabelas de contingência e testes de Qui-Quadrado.

Para RUBIN et al. (1974), as enfermeiras, consideradas coordenadoras do cuidado, são as mais indicadas para planejar e desenvolver programas de prevenção de UP e introduziram o conceito de auditoria de enfermagem, como um instrumento administrativo desenvolvido por um comitê, com a finalidade de avaliar: o número de pacientes presentes na instituição com UP; onde elas foram adquiridas; sua gravidade e o cuidado prestado. Segundo os autores, a gravidade da úlcera era mensurada em relação aos seus estágios: 1- Úlcera de decúbito incipiente – uma área avermelhada, com pele intacta; 2- Úlcera de decúbito com bolha ou formação de escara e perda de pele; 3- Úlcera de decúbito que requer debridamento, enxerto da pele ou ambos; com necrose, odor fétido ou ambos.

Consideraram a visão da prevenção como uma questão administrativa e não somente individual profissional, pois tais medidas devem ser planejadas de forma que haja diminuição da incidência da úlcera de decúbito.

Os autores relataram que a auditoria deveria ser feita pela identificação inicial desses pacientes e pelo controle do cuidado recebido,

por meio da observação e avaliação da documentação no prontuário. Tais informações deveriam ser incluídas nos relatórios diários e semanais dos supervisores para garantirem a continuidade do cuidado entre os plantões.

Cabe salientar que a maior parte das úlceras identificadas pelos autores se encontrava no estágio 1 e não progrediu. Os autores atribuíram o sucesso do programa aos esforços concentrados de todo departamento de enfermagem, à importância do uso das medidas preventivas e à conscientização de seus membros.

BERECEK (1975) procedeu a uma revisão da literatura com o fim de explorar as teorias de etiologia e fisiopatologia das úlceras, e apresentou as implicações da pesquisa para a equipe de saúde. Ampliando a idéia a respeito do custo da úlcera de decúbito, evidenciou que esta traz implicações ao paciente, à equipe e à comunidade, pois além do agravamento das suas condições de saúde, a ocorrência da úlcera de decúbito retarda seu programa de reabilitação e prolonga sua separação dos familiares.

Para a equipe, as implicações apresentam conotação de negligência, sentimento de ter falhado, desapontamento e culpa. A comunidade também se vê afetada, pois outras pessoas são impedidas de ocupar o leito hospitalar, além do que o paciente que continua afastado do trabalho deixa de produzir, afetando a economia.

Segundo a autora, o termo decúbito, de origem latina, era utilizado para definir o fenômeno da úlcera, que aparecia de forma mais freqüente no paciente que permanecia deitado; entretanto, com o passar do

tempo, o termo apresentou-se limitado, pois a observação permitiu concluir que a úlcera também se desenvolvia em pacientes mantidos em outras posições. Destaca que a denominação adequada para o problema é úlcera de pressão.

BERECEK (1975) não demonstrou novos mecanismos para a formação da úlcera, mas explicou como os tecidos reagem ao excesso de pressão, evidenciado pela hiperemia reativa e apresentou a classificação das úlceras, proposta por Groth (1942) e Guttman (1955). No processo de identificação de úlcera de pressão, Groth encontrou dois tipos de úlcera: a superficial ou benigna e a profunda ou maligna. As úlceras superficiais iniciavam-se na superfície da pele com a sua maceração e desvitalização, progredindo para as camadas mais profundas. As úlceras malignas ou profundas não se originavam na pele, sendo consideradas como resultado de um processo que se inicia nos tecidos profundos, chegando até a superfície.

A autora referiu-se, ainda, a Guttman, o qual apresentou os estágios patológicos das úlceras. No estágio 1, o distúrbio circulatório transitório mostrou que a pressão era suficiente para causar o avermelhamento da pele, o qual desaparecia com o alívio da pressão. O estágio 2 representava um dano superficial e definido nos tecidos, onde o avermelhamento e a congestão da área afetada não desapareciam com a descompressão, levando a um endurecimento do tecido. As camadas superficiais da pele podem se apresentar escoriadas ou com bolhas e se as camadas profundas estiverem envolvidas haverá necrose superficial e

formação da úlcera. No estágio 3, há uma necrose profunda e a destruição envolve o tecido subcutâneo, incluindo a fáscia, músculos e ossos.

A autora citou ainda os estudos de Kosiak (1959), nos quais ele demonstrou que as úlceras tendiam a se desenvolver, primeiramente, próximo ao osso, estendendo-se mais tarde, superficialmente, até a pele, e que a consciência clínica da necrose só ocorria quando a pele tornava-se inflamada.

Dentre as implicações clínicas, a autora destacou que o problema direciona-se à área da administração quando o número de enfermeiros se torna escasso para cuidar de grande quantidade de pacientes susceptíveis.

Enfatizou, ainda, que o problema da úlcera pode ser solucionado através da pesquisa, com a reavaliação de técnicas antigas e com o desenvolvimento de novas técnicas aplicadas e avaliadas em grupos controles, comparando seus efeitos em pacientes de diferentes tipos.

BERECEK (1975) considerou os procedimentos e instrumentos utilizados na época, para prevenção e tratamento da úlcera de decúbito. Avaliando, inicialmente, os instrumentos mecânicos, dentre eles: os que devem apoiar as áreas de pressão corporal; os destinados a auxiliá-los na movimentação do paciente, assim como, instrumentos que apoiam totalmente a superfície corporal. Também avaliou as aplicações tópicas, os agentes farmacológicos orais e os métodos físicos utilizados na prevenção e tratamento da UP. A análise dos estudos revelou que nenhuma forma de intervenção foi totalmente eficaz e quanto à metodologia utilizada para os testes, em geral, foi inadequada. Além disso, o número de sujeitos

participantes do estudo mostrou-se escasso, sem contar que não havia um grupo controle.

As publicações de BERECEK (1975), posteriormente, foram utilizadas por vários autores como embasamento na elaboração de seus artigos.

ROPER (1977) relatou a situação da úlcera de pressão nos hospitais da Escócia, onde o custo do tratamento para o Serviço Nacional de Saúde chegava a 60 milhões de libras/ano e destacou o desenvolvimento da consciência pública para que os pacientes com úlcera de pressão pudessem requerer na justiça compensação financeira. Com isso, introduziu o conceito da responsabilidade legal da enfermeira pela ocorrência da úlcera.

Esta autora trouxe à discussão as implicações diretas dessa situação para a enfermagem e questionou como os enfermeiros poderiam se defender se tivessem que responder, judicialmente, se os pacientes que estiveram sob seus cuidados receberam tratamento preventivo, de acordo com o conhecimento disponível. Disse, também, que Norton (1962), com os resultados de sua pesquisa, estabeleceu como os pacientes deveriam ser cuidados: com a identificação do seu potencial de risco, manutenção da pele limpa e alívio da pressão, em intervalos de duas a quatro horas. Segundo a autora, a escala de Norton serviria como instrumento para gerenciamento de uma Unidade com déficit de pessoal, onde nem todos os pacientes pudessem ser mudados de decúbito em intervalos regulares, porém quando houvesse a identificação daqueles em risco deveria ocorrer direcionamento

de recursos para que nestes a mudança de posição, tão essencial, fosse feita.

O autor destacou que a consequência natural da pesquisa em enfermagem deveria ser, direta ou indiretamente, a de melhorar a qualidade da assistência oferecida aos pacientes. Enfatizou, ainda, que os resultados de uma pesquisa clínica relatados pelo investigador poderiam ser comparados à reflexão em um espelho do que se passava em uma unidade de internação. Assim, os enfermeiros não gostando de constatar a realidade, se utilizassem das informações da pesquisa para produzirem mudanças em suas unidades. Evidenciou, ainda, a inter-relação entre o pesquisador e a enfermeira da clínica, mostrando que os pesquisadores são totalmente dependentes de cada enfermeiro, não somente para utilização de suas idéias e recomendações, mas também para agir e encorajar outros profissionais a fazerem o mesmo, beneficiando o paciente, que poderá e deverá receber um cuidado de excelência.

GERBER & ORT (1979) desenvolveram estudo experimental para investigar a eficácia da insulina tópica no tratamento de úlcera de decúbito, um procedimento utilizado na época nos hospitais. A hipótese da pesquisa foi gerada a partir do conhecimento da fisiologia, onde a síntese protéica é o requisito principal para cicatrização e a proteína, por sua vez, é formada a partir de aminoácidos.

Os autores acreditaram que a insulina poderia melhorar o transporte celular do aminoácido para as células, acelerando assim a cicatrização da ferida. E a hipótese testada por eles visava identificar se

havia aumento significativo na cicatrização das UPs, em pacientes que recebiam 10UI de insulina regular, duas vezes ao dia, em aplicação tópica.

Utilizando um modelo experimental, dividiram os sujeitos randomicamente em dois grupos, um experimental (29) e outro controle (13), os quais foram avaliados diariamente, quanto à dimensão da úlcera, durante 15 dias. Todos receberam cuidados rotineiros de enfermagem, que incluíram mudança de decúbito, medidas de higiene, ingestão protéica e de fluidos e massagem local.

Os sujeitos do grupo controle foram tratados com uma variedade de terapias tópicas que não a insulina, enquanto nos do grupo experimental, a insulina era aplicada topicamente na ferida, e a úlcera permanecia seca sem curativo. Os resultados não evidenciaram diferenças significantes entre os grupos controle e experimental, uma vez que não foi observado a eficácia do tratamento com a insulina.

Décadas de 60 e 70

Publicações Nacionais

COMARÚ & CAMARGO (1971) desenvolveram um estudo de revisão da literatura para obter maior conhecimento sobre a úlcera, por considerá-la um dos grandes problemas de enfermagem, que acomete o paciente acamado.

Para elas,

...a permanência hospitalar prolongada, desenvolve no paciente atitudes pouco desejáveis, proporcionando relacionamento inadequado com os funcionários.

Ocorrem, evidentemente, transtornos no desenvolvimento das atividades do Serviço de Enfermagem, como consequência das atitudes do paciente crônico.

Utilizaram o termo escara de decúbito e conceituaram como uma lesão que pode comprometer a epiderme, derme, tecido adiposo, muscular e a aponeurose.

Destacaram como causas das escaras: pressão, diminuição ou ausência do tônus muscular; contração muscular involuntária; imobilidade; obesidade; incontinência; dobras no lençol, sujidade no leito; condições clínicas (edema, caquexia, infecção, hipertermia); uso inadequado de comadres e papagaios, quando deixados para uso contínuo.

As autoras classificaram as escaras em três fases: na primeira, observa-se o eritema; a segunda fase se caracteriza pelo edema, podendo haver rompimento da epiderme; na terceira fase, a mais séria e definitiva, ocorre a isquemia e consequente necrose.

Apresentaram como medidas profiláticas a mudança de decúbito, as massagens e a limpeza da pele, devendo a massagem trófica ser aplicada sistematicamente pelo fisioterapeuta; porém, devido à escassez deste profissional, em muitos casos é necessário que a enfermeira assuma esta responsabilidade.

Quanto à técnica da massagem descreveram que, esta deve ser realizada circunscrevendo-se a área hiperemiada, com o fim de estimular a circulação e elevar o suprimento sangüíneo dos tecidos. A limpeza da pele deve ser feita com água e sabão e movimentos delicados e, a seguir, aplicar cremes com glicerina para melhorar sua elasticidade e aparência. Outra

medida preventiva preconizada pelas autoras refere-se ao banho de sol, para aumentar a vitalidade da pele com a vaso-dilatação periférica.

Destacam, ainda, importância do uso de colchões especiais, como os de látex, de geléia, de silicone e plastispuma; colchões de ar, de água, ou forrado com pêlo de carneiro.

Enfatizaram que para se obter bons resultados, a assistência de enfermagem deve ser direcionada aos aspectos preventivos e curativos, e o tratamento da lesão deve ser prescrito pelo médico, no que se refere a medicamentos e soluções indicadas.

Para SOUZA (1978), autora de um livro de Fundamentos de Enfermagem, a úlcera de decúbito ou escara, é uma lesão com tendência à gangrena ou necrose do tecido, devido à pressão. A autora destacou as causas predisponentes, como orgânicas e imediatas. As causas orgânicas relacionam-se a avitaminoses, anemias, desidratação, edema, diabetes, paralisia, obesidade e estados febris; as causas imediatas são as relacionadas à pressão, falta de mudança de decúbito, falta de higiene, fricção da roupa, sujidade no leito, colchões deformados, excesso de frio ou calor.

A autora citou, também, os sinais de hiperemia local, endurecimento e descoloração da pele, assim como dor, escarificação e ulceração e para estas causas recomendou três tipos de terapia: para pele seca sem lesão – limpar com água e sabão e fazer fricção com óleo; para pele oleosa e normal – fazer fricção com álcool a 70% e óleo mineral, talco ou tintura de benjoin; para o tecido lesado – limpar com soro fisiológico,

aplicar furacin, mercúrio cromo, violeta de genciana, glicose, permanganato de potássio e expor a lesão ao sol. Recomendou também a massagem de conforto, mudança de decúbito e roupas de cama bem esticadas.

DUGAS (1978) em publicação de livro texto traduzido para o português, conceituou escaras de decúbito como áreas de tecidos necróticos em consequência da pressão prolongada sobre um determinado local, o que ocorre freqüentemente em pacientes com estado nutricional precário e balanço nitrogenado negativo. Considerou como causas das lesões: pressão contínua, umidade, desnutrição, desidratação e emagrecimento; já no que diz respeito aos sinais e sintomas citou a sensação de ardor local, rubor, amolecimento, aumento da área da lesão e crosta. Para sua prevenção recomendou mudança de decúbito, a cada duas horas, massagem local, manutenção pele seca e limpa e, no períneo, usar pomadas com óxido de zinco ou petrolato para proteção, além de colchões de ar, de água, de pressão alternada, de pele de carneiro sob as proeminências ósseas, assim como aumento da ingesta protéica e hidratação. Para tratamento recomendou água e sabão, anti-sépticos e antibióticos e salientou que a prevenção é melhor que a cura.

As recomendações de cuidado propostas por estes autores estavam condizentes com o conhecimento disponível na época, porém atualmente, muitas medidas são questionadas por não terem justificativas científicas ou por terem efeitos nocivos já comprovados em outros estudos.

Década de 80

Publicações Internacionais

Observamos que, na década de 80, as pesquisas enfocaram a ampliação dos estudos anteriores e sua utilização na prática e iniciaram as investigações com enfoque na qualidade da assistência.

CROW (1981) discutiu a inter-relação da pesquisa clínica com os padrões do cuidado de enfermagem, destacando que tais padrões têm o significado de qualidade do cuidado e em relação a que critérios o cuidado pode ser julgado. Afirmou que os resultados da pesquisa nunca poderão suplantam a necessidade de o enfermeiro estar capacitado para fazer o julgamento clínico e decidir sobre o cuidado a ser tomado, com base nas necessidades individuais do paciente, e que o resultado da pesquisa deve fornecer conhecimento ao profissional com vista a tomada de decisão com base científica.

Esclarece a autora que a ocorrência de úlcera de pressão é um indicador utilizado há muito tempo, no Reino Unido, para julgar o cuidado de enfermagem; no entanto, enfatizou a necessidade de ser avaliada a diferenciação entre incidência e prevalência do problema, considerando-se as condições contextuais da prática.

Quanto à questão da úlcera de pressão ser consequência direta da qualidade de assistência de enfermagem, a autora pontuou que as respostas deveriam ser dadas por meio de uma pesquisa que investigasse a existência de relacionamento entre estas duas variáveis. Enfatizou que, pelos resultados dos estudos existentes, se conhece uma multicausalidade

decorrente de fatores relacionados ao paciente, à instituição e ao contexto da prática de enfermagem.

SIMPSON (1981), com sua experiência na coleta de dados em pesquisa, participou de um projeto para avaliação do uso de técnicas não-invasivas, como radiometria, para medir a temperatura da pele, e estereofotogrametria, para avaliação tridimensional por fotografia, como técnicas para mensuração objetiva de avaliação de mudanças no estado da úlcera de pressão. A autora destacou que essa experiência permitiu aos outros conhecerem a importância da pesquisa aplicada para avaliação e melhoria da prática de enfermagem.

CROW (1982), em uma instituição hospitalar no Reino Unido, colocou na prática o conceito de utilização de pesquisa demonstrando sua experiência com a criação e desenvolvimento de uma unidade de pesquisa, relacionada à prática de enfermagem.

Dentre as metas da referida unidade de pesquisa, destaca a eficácia dos tratamentos de pacientes com UP que teve seu enfoque voltado aos estudos de incidência e descrição do cuidado prestado aos pacientes, assim como, os estudos relativos à duração da úlcera incluindo a avaliação do estado nutricional do paciente geriátrico. E, como estratégias para divulgação dos resultados de pesquisa, promoveu conferências e seminários nas diferentes unidades do hospital, apresentou trabalhos em conferências nacionais e internacionais, publicando-os em periódicos e jornais, além de fazer publicações oficiais do Departamento de Saúde, aprovadas pelo governo inglês.

GOLDSTONE & GOLDSTONE (1982), investigando a capacidade da escala de Norton para prever a presença de úlcera de pressão, com a finalidade de utilizá-la em pesquisa, afirmaram que, apesar da escala existir há quase 20 anos, o seu emprego não era comum no Reino Unido e pouca pesquisa havia sido desenvolvida, visando à sua avaliação. Mencionaram que Norton, atuante na década de 60, encontrara um relacionamento quase linear entre o valor do escore da escala e a incidência de úlcera de pressão em pacientes geriátricos. Essa escala mostrou um escore mínimo de cinco e máximo de 20, e quanto menor o escore, maior era o risco para UP. Assim, com base na distribuição de escores, tornou-se convencional na prática, considerar pacientes com escores 14 e 13, como de risco para UP e com escores menores que 12 com risco elevado, necessitando, então, estes pacientes de maiores cuidados.

Em uma amostra randômica de 40 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, internados em uma unidade de ortopedia, os autores identificaram que 18 deles tiveram UP, incidência de 45%, sendo encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os escores da escala para os pacientes com e sem úlcera (média de 1,75, $p \leq 0,01$). Consideram que o problema de escolher um escore de corte crítico como inadequado, que divide a amostra em pacientes de baixo risco e pacientes de risco elevado, pode levar a implicações éticas, médicas e de enfermagem, além de elevar o custo da assistência desse paciente.

A primeira possibilidade que apresentam, seria a de não identificar como de risco pacientes que mais tarde poderiam contrair UP;

assim, estes não receberiam cuidados preventivos, porém, futuramente, necessitariam de um tratamento muito mais oneroso para o sistema. A segunda possibilidade que levantam seria a de predizer risco elevado para pacientes que não desenvolveriam UP, utilizando apenas o cuidado de rotina. O fornecimento do cuidado extra, além da elevação do custo da assistência, inclui também a atenção médica e de enfermagem que poderia ser direcionada a outros pacientes.

Com base nessas afirmações, os autores destacaram que não houve evidência que indicasse a necessidade de mudar o escore convencional de 14 para outro mais baixo.

SHANON (1982), estudando a úlcera de decúbito ou ferida de pressão, nos Estados Unidos, considerou-a como um problema importante de enfermagem e endêmico, que pode ocorrer em pacientes debilitados e institucionalizados. Destacou que, mesmo com o conhecimento da fisiopatologia, a enfermagem não tem conseguido causar um impacto real na sua prevenção e controle. Entretanto, ressaltou que alguns pacientes desenvolvem UP, apesar do cuidado de enfermagem, e dentre eles citou os caquéticos com balanço de nitrogênio extremamente negativo, os admitidos em hospitais, após terem estado muito doentes, sem se moverem, inconscientes ou deitados em uma só posição por longo tempo.

A autora, em uma revisão da literatura para clarificação do conceito, definiu a UP a partir das afirmações de Husain (1953),

...são áreas de necrose dos tecidos moles que podem ser superficiais ou envolver todos os planos de tecidos. As áreas de necrose ocorrem como resultado de

isquemia tecidual por pressão prolongada, entre o corpo e a superfície sobre a qual ele repousa.

Apresentou a classificação de desenvolvimento da UP, proposta por Guttman (1955), em três estágios, porém afirmou que Shea (1975) apresentou uma descrição mais objetiva dos graus da úlcera, considerando variáveis histológicas mensuráveis.

A úlcera de grau 1, segundo Shea,

é caracterizada por uma resposta inflamatória aguda envolvendo todas as camadas de tecidos moles. O grau mais extremo é uma úlcera úmida, superficial, irregular limitada a epiderme, expondo a derme e parecida com uma abrasão. Clinicamente apresenta-se como uma área mal definida irregular e dolorida de edema de tecidos moles e entumescimento associado com eritema e calor sobre uma proeminência óssea.

A úlcera de grau 2,

histologicamente revela um processo inflamatório misto agudo e crônico envolvendo toda a espessura da derme até o tecido subcutâneo. Clinicamente a lesão se apresenta como uma úlcera rasa na espessura total da pele, cujas bordas são mais distintas do que aquelas de grau 1, devido a mudanças fibróticas e de pigmentação que se misturam em uma área indistinta de calor, eritema e entumescimento.

A úlcera de grau 3,

histologicamente caracterizada por necrose extensa dos tecidos moles limitada pela fáscia profunda, apresenta-se clinicamente como um defeito da pele em sua totalidade, que se estende para o tecido subcutâneo, expondo uma base necrótica infectada com drenagem de odor fétido. A borda da pele volta-se para dentro e se apresenta com pigmentação alterada que define bem a úlcera. As articulações adjacentes têm limitação na amplitude de movimento.

A úlcera de grau 4 apresenta-se

histologicamente como uma necrose extensa dos tecidos moles e osteomielite, devido aos danos na fáscia profunda. O envolvimento das articulações causa o desenvolvimento de deslocação, subluxação ou infecção. Clinicamente, a úlcera de grau 4 assemelha-se á de grau 3, com a diferença de que é muito mais extensa, com maior quantidade de drenagem e necrose, podendo, além da septicemia, haver perda da substância óssea.

A autora destacou, também, a importância do custo da úlcera para a economia nacional: “a UP aumenta o custo do cuidado com a saúde para todos pois o preço do seguro se eleva”.

As taxas elevadas de ocupação hospitalar para pacientes não-cirúrgicos, de longa permanência, poderiam ser menores e mais lucrativas se destinadas para pacientes de curta permanência. Referiu-se, também, ao custo pessoal exacerbado para os pacientes que, além de suportarem o custo financeiro, enfrentam a dor, incapacidade e perda de horas de trabalho, devido às úlceras de pressão. Destacou, também, em seu estudo, a avaliação de risco como uma atividade em que:

Enfermeiras experientes podem freqüentemente identificar de forma empírica os pacientes em risco. Geralmente fazem seu julgamento avaliando o diagnóstico, idade, capacidade de movimentar-se, nível de consciência, nutrição, presença ou ausência de infecção, adequação da circulação e incontinência.

Manifestou novos fatores de risco para desenvolvimento da UP, quais sejam: pacientes profundamente sedados por analgésicos e tranqüilizantes, por não responderem ao estímulo normal para mudança de posição corporal; pacientes inconscientes devido à anestesia, pois “quando

colocados na superfície da mesa cirúrgica por mais de quatro horas tornam-se candidatos para UP induzidos de forma iatrogênica”.

A autora fez referência também ao estudo de Petersen (1976), sobre a biomecânica das úlceras de pressão, enfatizando: “somente um local é mais perigoso para os pacientes do que a mesa de cirurgia e este é a mesa de tração para o tratamento de fraturas do colo do fêmur”. Destacou que este fato é importante porque a força de reação do corpo contra a tração exercida na perna é centrada do sacro para baixo, no períneo. Incluiu na revisão de literatura conhecimentos da área médica e de bioengenharia para explicar os mecanismos fisiológicos, pelos quais o indivíduo saudável não permanece sentado ou deitado na mesma posição por tempo prolongado o suficiente para sofrer danos teciduais por excesso de pressão. Destacou os trabalhos de engenheiros biomédicos relacionados à mensuração da pressão interface e às propriedades mecânicas da pele humana para se deformar, em consequência do excesso de pressão, assim como ao desenvolvimento de equipamentos para prevenção da UP.

Utilizando os resultados de experimentos laboratoriais, com animais, realizados na área de fisiologia desde a década de 40, SHANON (1982) apontou que os mecanismos fisiopatológicos responsáveis pela úlcera são excesso de pressão e seu efeito nos capilares, força de cisalhamento, fricção, balanço negativo de nitrogênio e umidade da pele.

No Anexo IV, apresentamos o mecanismo de formação da UP proposto por SHANON (1982).

SHANON (1982) apresentou a diferenciação de tipos de UP e a sua etiologia, segundo a observação e a experiência clínica dos autores da época, citados por Groth (1975), onde a úlcera profunda maligna é aquela iniciada pela necrose por pressão ou força de cisalhamento e a úlcera superficial benigna a que se apresenta como uma lesão superficial, iniciada pela fricção da pele e superfícies de suporte, que pode cicatrizar ou evoluir para úlcera profunda. Também, explicou o mecanismo da formação da úlcera profunda maligna, a partir de estudos nas áreas de Patologia e Histologia, nas décadas de 50 a 70, tendo os autores encontrado que lesões musculares aparecem antes do surgimento de lesões na pele, demonstrando que os músculos são mais vulneráveis ao excesso de pressão, assim como os vasos sangüíneos e fibras nervosas que dão o suprimento metabólico e de condução nervosa. Enfatizou que a necrose leva à perda irreversível do tecido e, nesse caso, a prevenção de sua ocorrência seria o tratamento mais eficaz. Nos casos em que as medidas preventivas rigorosas não foram aplicadas de forma consistente, ou nos pacientes onde a perda da integridade da pele é inevitável, o objetivo do tratamento é o de curar o local da lesão com o mínimo de dano e cicatriz, embora em úlceras profundas a reparação cirúrgica seja necessária.

Em sua opinião, para o tratamento preventivo e curativo não havia qualquer estudo naquele momento, que indicasse que um fosse clinicamente superior ao outro. No entanto, sinalizou futuras direções para a pesquisa relacionada à prática de enfermagem.

MARRON et al. (1983), em estudo retrospectivo, investigaram a utilização de sonda vesical no tratamento de pacientes idosos e crônicos internados em hospitais, com incontinência urinária. Identificaram que a presença de sonda de demora visava o tratamento de UP, considerada uma complicação de risco elevado a qual pode ser agravada pela presença da incontinência urinária.

PANK et al. (1984), discutindo o conceito de utilização de pesquisa, explicaram a cisão existente entre a pesquisa e a prática clínica referente à UP, as barreiras que aparecem e como sobrepô-las e, para esse fim, lançaram mão de um estudo de caso para exemplificarem o cuidado de um paciente idoso com úlcera de pressão. Para eles, as respostas dadas pelos pesquisadores ou consultores em pesquisa deveriam considerar as condições situacionais do cuidado e concluíram com a recomendação de um outro pesquisador quanto à utilização de uma cama de ar. Entretanto, o aluguel significa um custo de 100 libras/semana, como única forma de prevenir a úlcera, não podendo ser adotada por uma instituição que vive momentos de restrição econômica; sendo assim, outras alternativas precisariam ser encontradas.

Segundo os autores, para que as enfermeiras utilizem os resultados de pesquisas na prática clínica individual, precisam aprender como buscá-los na biblioteca e saber avaliar as evidências encontradas pela pesquisa.

Em complementação, as enfermeiras da prática clínica necessitam de ajuda para solucionar os problemas mais difíceis, que não

conseguem resolver com base em suas experiências e conhecimentos, uma vez que têm dificuldade de encontrar as respostas na infinidade de artigos que transmitem as idéias de diferentes autores. Apresentaram como solução para esse problema o envolvimento de um pesquisador, também com experiência clínica, para trabalhar com as enfermeiras, ou como outra opção, um pesquisador com responsabilidade claramente definida de apresentar os resultados de sua pesquisa e oferecer seus conhecimentos, em forma de assessoria, para que as enfermeiras possam aplicá-los rapidamente e de forma apropriada.

ADAMS (1986), em uma revisão da literatura sobre a pesquisa em Enfermagem Gerontológica, destacou que esta especialidade teve início com os trabalhos de Norton, McLaren e Exton-Smith (1962), investigando o cuidado de enfermagem prestado nas unidades geriátricas de um hospital inglês, onde identificaram que a incidência de UP era de 24%.

A descrição das características dos idosos que desenvolveram UP estimulou o desenvolvimento da escala de Norton, considerada um instrumento confiável para avaliar as condições gerais de saúde do idoso, bem como o seu risco para úlcera e a indicação das medidas preventivas mais adequadas.

DEACON (1986), discutindo o conceito das barreiras encontradas na prática para a utilização da pesquisa sobre prevenção de UP, apresentou duas hipóteses: **a)** um reflexo da falha das pesquisadoras em comunicar os resultados de pesquisa de forma eficaz; **b)** relutância das enfermeiras em aceitarem os resultados da pesquisa.

Exemplificou sua afirmação com a persistência do uso, nos hospitais, da almofada em forma de anel ou roda de ar, prática considerada inadequada. A autora chamou atenção para os aspectos éticos e legais desta prática, considerando que desde Florence Nightingale, o princípio do cuidado de enfermagem já era não causar danos aos doentes. Destacou que muitas das justificativas que recomendam o uso dessa prática são feitas por fabricantes de produtos, e não baseadas em dados de pesquisas, o que traz implicação, também, para os responsáveis pela compra dos equipamentos. Sugeriu que os enfermeiros questionem a sua prática e procurem justificá-la com resultados de pesquisas, não baseando o cuidado na tradição ou na obediência daqueles que têm mais poder para decisão.

GOULD (1986), assim como as autoras anteriores, destacou que no Reino Unido, os resultados da pesquisa não são utilizados, no que diz respeito à UP e apresentou as principais razões que impediam esse processo, empregando a estrutura teórica proposta por Hunt (1981), que compreende: 1) as enfermeiras não conhecem os resultados das pesquisas; 2) as enfermeiras não entendem os resultados das pesquisas; 3) elas não acreditam nos resultados das pesquisas; 4) elas não sabem aplicar os resultados das pesquisas; 5) não lhes é permitido usar os resultados das pesquisas. A esse respeito, enfatizou que, embora por mais de 20 anos enfermeiras e outros profissionais tivessem conduzido pesquisas sobre prevenção e tratamento de UP, sua etiologia estivesse estabelecida e muito se conhecesse sobre a cicatrização de feridas crônicas, pequeno foi o impacto destas na prática de enfermagem de seu país, o que é evidenciado

pela incidência do problema que não diminuiu e pelo tratamento que não avançou.

A autora destacou que, além da responsabilidade atribuída aos pesquisadores na divulgação dos resultados de suas pesquisas, a falta de conhecimento desses resultados pode ser atribuída, também, aos responsáveis pelo ensino, que devem fazer uma coordenação entre teoria e prática, na situação clínica usada para ensino. Continuou afirmando que a tecnologia e o avanço do cuidado médico prolongaram a sobrevivência de pessoas idosas e debilitadas, que previamente não viveriam o suficiente para serem colocadas em risco para complicações iatrogênicas, como a UP. Assim, a educação em enfermagem precisa avançar para atender às necessidades de saúde da população.

GOSNELL (1987), realizando revisão da literatura sobre prevenção de úlcera de pressão, destacou que a mesma é um processo desafiador para a enfermagem, por requerer avaliação especializada do sistema tegumentar e conhecimento dos fatores de risco, assim como um plano contínuo de avaliação para monitorar a incidência e a eficácia do cuidado de enfermagem. Enfatizou a necessidade de utilização de instrumentos para avaliação de risco, baseada em pesquisas.

BRADEN & BERGSTROM (1987), desenvolveram um esquema conceitual construído com base na literatura médica e de enfermagem disponível na época, relacionando os fatores etiológicos com o desenvolvimento da UP. Destacaram que o esquema tem potencial para evoluir em um modelo preditivo complexo, por considerar a natureza

interativa e multivariada dos fatores, o que leva ao desenvolvimento da úlcera. Ressaltaram que esse esquema pode servir como instrumento de avaliação clínica em pacientes em risco para UP, cujos dados obtidos podem nortear a prescrição da terapêutica de enfermagem. O esquema conceitual proposto por BRADEN & BERGSTROM (1987) encontra-se no Anexo V.

As autoras clarearam as ambigüidades referentes ao conceito e à terminologia e identificaram os vazios de conhecimento existentes no assunto, sendo o termo úlcera de pressão usado em distinção a outros comumente empregados, como úlcera de decúbito e perda da integridade da pele, já que este último significa uma lesão parcial, resultado de trauma ou patologia não relacionada à pressão. Citaram como determinantes críticos para UP a intensidade e a duração da pressão, assim como a tolerância dos tecidos para suportarem o excesso de pressão. Na revisão de literatura, as autoras apresentaram evidência da natureza interativa de todos os fatores considerados no esquema conceitual.

BERGSTROM et al. (1987), a partir do esquema conceitual apresentado anteriormente, construíram a escala de Braden (Anexo VI) para predizer o risco para UP, sendo esta formada por seis subescalas ou fatores de risco, quais sejam: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, fricção e nutrição. Cinco das seis subescalas podem obter o valor de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável), com a subescala de fricção e cisalhamento permitindo a atribuição dos valores de 1 a 3. A subescala de percepção sensorial mensura a capacidade de sentir e, conseqüentemente,

a de aliviar o desconforto. A subescala umidade mensura o grau em que a pele está exposta à umidade, incluindo a incontinência urinária e intestinal, drenagem de feridas, perspiração e restos alimentares. Já as subescalas atividade e mobilidade avaliam, de forma separada, estes conceitos que estão inter-relacionados. A nutrição reflete a ingestão usual de alimento, incluindo, também, os suplementos líquidos, soroterapia e nutrição parenteral, reconhecendo que a prescrição de nutrição alternativa não assegura a ingestão adequada. A fricção e cisalhamento são avaliados quanto à capacidade do indivíduo de se movimentar ou ser movimentado, de maneira que a pele fique livre do contato com a roupa de cama, durante o movimento.

As autoras descreveram estudos conduzidos com a finalidade de determinar a confiabilidade entre os avaliadores, considerando que na prática de enfermagem nem sempre a avaliação de risco, com a utilização do instrumento, seria realizada pelo mesmo profissional.

Encontraram alta confiabilidade na escala, quando aplicada por enfermeiros da clínica e alunos de pós-graduação, porém ao ser usada por técnicos e auxiliares, a confiabilidade mostrou-se baixa. Os testes para avaliarem a sensibilidade do instrumento demonstraram que este apresentou alta sensibilidade, pois 100% dos pacientes que desenvolveram úlcera foram considerados de risco. Os autores destacaram a necessidade de determinar a confiabilidade entre os avaliadores, antes da aplicação do instrumento em cada situação clínica. Também, recomendaram que cada unidade de internação conduzisse um estudo para avaliar a sensibilidade e

especificidade do instrumento e estabelecer os pontos de corte apropriados para predizer o risco e que a instituição de protocolos de prevenção fosse feita levando-se em conta um balanço entre o custo da prevenção e do tratamento e os princípios éticos.

Para COPELAND-FIELDS & HOSHIKO (1989), ao final da década de 80, os gastos com o tratamento da UP e as mudanças da economia nacional americana forçaram os profissionais e instituições de saúde a se conscientizarem dos custos relacionados ao problema e a direcionarem seus objetivos na busca de melhores resultados. Como consequência, a UP passou a ser vista como uma seqüela que podia ser prevenida no lugar de uma complicação tolerável de uma doença. A postura da enfermagem passou a priorizar a prevenção no lugar do tratamento, com ênfase na identificação dos fatores de risco e implementação de intervenções apropriadas.

As autoras destacaram que o problema atingia seriamente a população de pacientes de centros de reabilitação, pois a maior parte deles apresentava déficits de mobilidade e/ou percepção sensorial; sendo assim, elaboraram um estudo preliminar descritivo para validação clínica do esquema conceitual, proposto por BRADEN & BERGSTROM (1987), para esse grupo de pacientes.

Os enfermeiros participantes da pesquisa tinham experiência clínica e em reabilitação, por isso deveriam atribuir a validade dos fatores de risco para UP, constantes no esquema conceitual, no cuidado a pacientes em reabilitação. Deveriam, também, discriminar outros fatores não

apresentados no esquema, identificados como características dos seus pacientes que apresentavam UP.

Dos 13 fatores citados por Braden e Bergstrom, constam a idade e outros fatores hipotéticos, como estresse emocional, fumo e temperatura da pele, os quais não foram clinicamente validados como de risco pelas enfermeiras. No entanto, identificaram uma nova categoria de fatores, os psicossociais, não incluídos no esquema conceitual, porém considerados importantes para essa classe de pacientes, que são: não-adesão ao tratamento, fatores socioeconômicos, dinâmica familiar, uso de drogas, conflito interpessoal, sentimento de falta de poder, barreiras ambientais e crenças em saúde.

Diante disso, as autoras sugeriram que novas pesquisas fossem desenvolvidas incluindo no esquema conceitual as novas hipóteses referentes às questões psicossociais, que não constavam da escala de Braden.

GIROMINI (1989) desenvolveu um estudo comparativo para determinar o custo de produtos para prevenção de úlcera versus o custo do tratamento, baseado na justificativa que para melhorar a consciência nacional dos custos associados ao problema, são necessários novos estudos que considerem as taxas de prevalência.

A autora mencionou em sua pesquisa as atividades de um Comitê Multidisciplinar de cuidados com a pele de pacientes hospitalizados, sendo este composto de enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, um membro do Comitê de infecção hospitalar e um outro da central de abastecimento/

compra. O objetivo do Comitê era fornecer uma abordagem holística para prevenção e tratamento da UP.

O programa de prevenção incluía a avaliação de risco do paciente, a avaliação da pele, além de dados demográficos e exames de laboratório, tendo todos os pacientes, em risco ou com úlcera, recebido as medidas preventivas e tanto os profissionais médicos como os pacientes participaram de um programa de conscientização oferecido pelo Comitê. Quanto ao custo da hospitalização dos pacientes que desenvolveram úlcera ou dos que foram internados com úlcera, este foi comparado com o daqueles que não tinham risco. A taxa de prevalência de úlcera foi de 14,6% e a taxa de incidência foi de 1,5%.

O custo dos produtos para o grupo que necessitou de tratamento foi de 11,96 dólares/dia, enquanto o material para prevenção custou 4,83 dólares, revelando que o custo diário do tratamento foi 2,5 vezes maior que o da prevenção.

GOSNELL (1989) analisou, através de revisão da literatura, a situação atual das publicações quanto à avaliação do risco para UP, definindo como fator de risco uma “característica identificável intrínseca ou extrínseca que aumenta a suscetibilidade de uma pessoa frente às forças que induzem trauma do tecido”. Relatou que os fatores de risco citados na literatura referiam-se à diminuição da mobilidade, pressão contínua, nutrição pobre ou inadequada, incontinência urinária, uso de medicamentos, idade avançada e estado de saúde debilitado. Ponderou que um número específico de fatores de risco deveria ser usado de modo mais adequado na

avaliação do paciente de alto risco, ressaltando que muitos deles ainda se baseavam em suposição e que a maioria dos estudos nessa área apresentava extensão limitada.

HOFF (1989), em estudo realizado num Centro Médico da Flórida (EUA), referiu que a mudança social gerava alterações nos padrões da prática e que tais alterações, quando planejadas, poderiam criar novas habilidades e ações no ambiente de trabalho, a fim de promoverem o crescimento pessoal e organizacional. Além disso, enfatizou que a manutenção da integridade da pele era um cuidado de enfermagem importante, embora nessa área a prática ainda se baseasse em crenças e mitos. Disse, ainda, que as enfermeiras precisavam de conhecimentos e de estratégias para planejar mudanças, a fim de garantirem a qualidade do cuidado.

Destacou a necessidade de mudanças nos padrões de práticas relacionadas à úlcera de pressão, e apresentou algumas medidas de garantia de qualidade para promoverem a saúde da pele: reconhecer os pacientes em risco para UP, implementar medidas preventivas de forma planejada e consistente e criar um Comitê de Garantia de Qualidade de Enfermagem.

Dentre as atribuições do Comitê cita as revisões de rotinas, procedimentos e protocolos que possam fornecer diretrizes a serem seguidas de forma consistente. Esse trabalho inclui a avaliação do paciente na admissão, o planejamento de cuidados e a avaliação complementar de

seguimento. Considerou que devem ser feitas revisões de literatura para determinar o estado de arte na área de prevenção da úlcera de pressão.

KENNEDY (1989) discutiu, sob a perspectiva de aluna de enfermagem, a utilização dos resultados de pesquisa na prática, destacando que a responsabilidade pela presença da UP deveria ser igualmente dividida entre os enfermeiros assistenciais e os educadores; os primeiros precisavam se atualizar e os segundos, comunicar os resultados atuais de pesquisa para seus alunos. Para a autora, os resultados de pesquisa sobre úlcera de pressão raramente eram colocados em prática. Exemplificou, citando o uso regular das almofadas em forma de anel, em várias unidades de internação, tanto pelos alunos, quanto pelos profissionais de enfermagem. Ao indagar a essas pessoas sobre o uso dessa medida contra-indicada pela literatura, em detrimento de outras mais adequadas, a resposta era ritualística: “Esta é a maneira que as coisas são feitas nesta unidade”. A autora reforçou as contra-indicações da almofada em forma de anel, visto que afetam a drenagem linfática e a circulação sangüínea e alteram os padrões de pressão local. Os danos e a oclusão dos vasos sangüíneos comumente levam à necrose tecidual, à isquemia e ao acúmulo de resíduos metabólicos anaeróbicos, devido ao bloqueio dos vasos linfáticos.

SEBERN (1989) realizou um estudo prospectivo randomizado, conduzido com o objetivo de comparar as taxas de cicatrização e o custo do tratamento para UP nos estágios II e III, utilizando para tratamento filme transparente ou gaze e esparadrapo. O estudo foi planejado tendo em vista as estratégias para o cuidado domiciliar em situações de restrições

econômicas. Destacou a autora, no contexto estudado, o cuidado domiciliar com enfoque preventivo não estava credenciado a ser pago pelo MEDICARE*, e o paciente receberia atendimento domiciliar em caso de apresentar úlcera de pressão com drenagem; assim as normas de pagamento requeriam que o cuidado fosse prestado de forma intermitente, com três visitas semanais, e cabia à enfermeira treinar o paciente ou um membro da família para a continuação do cuidado. No entanto, a capacidade e habilidade da família para observar a pele e fazer o curativo eram limitadas, sem contar aquele paciente que vivia sozinho e era fisicamente incapaz de fazer o seu próprio tratamento. Neste caso, havia necessidade de se desenvolverem métodos para determinar o custo do cuidado familiar, e que além deste deveriam também ser considerados o custo financeiro, o custo psicológico e o físico.

SHANNON & SKORGA (1989) estudando os fatores principais na formação da UP, assim como sua prevalência, num hospital geral e no domicílio, em dois grupos de pacientes de alto risco, ou seja, pacientes com lesão de medula espinhal e pacientes geriátricos, encontraram uma taxa de prevalência de 3,3% na população do hospital geral, enquanto a taxa para o grupo de pacientes hospitalizados com lesão medular foi de 25% e a dos pacientes geriátricos tratados em domicílio de 3,3%. Informaram que os pacientes tratados em domicílio receberam um tratamento ativo, incluindo um programa de reabilitação e que a política de pagamento das companhias de seguro privado e a do governo têm resultado em altas hospitalares mais

* Medicare – Seguro-saúde do governo americano para pessoas com mais de 65 anos.

precoces, com pacientes ainda em estado grave, sendo a maior parte dessa população representada por idosos com problemas crônicos de saúde e com diagnósticos múltiplos.

As autoras apresentaram como fatores significantes para formação da UP: drogas que alteram o nível de consciência, taxas baixas de hematócrito, hemoglobina, proteína e albumina, doenças cardiocirculatórias, incontinência fecal, restrição de mobilidade e ausência de atividades físicas.

Década de 80

Publicações Nacionais

ANGARTEN & SANTOS (1980), utilizaram os conhecimentos sobre úlcera de pressão produzidos pelas enfermeiras americanas e inglesas para planejarem o seu estudo, empregando o termo escara, ao invés de úlcera. Investigaram as alterações da pele em pacientes submetidas à radiomoldagem, as quais, por necessidade de tratamento, eram mantidas em decúbito dorsal horizontal por longo período de tempo.

A amostra constituiu-se de 26 mulheres internadas com câncer de útero para tratamento braquicurieterápico, sendo a técnica de radiomoldagem usada nessas pacientes, por um período de 40 a 60 horas. Durante todo este tempo, as pacientes ficaram em decúbito dorsal horizontal, com travesseiros baixos e sem outros coxins, sobre colchões de espuma recobertos por napa e colocados em cama com estrado de tábua. As pacientes podiam movimentar os membros superiores e, com limitação, os membros inferiores.

As autoras as avaliaram na admissão, ocasião em que fizeram o exame de pele e a classificação segundo Rubin e col. (1974) encontraram 21 pacientes com pele íntegra, quatro com área de hiperemia em pele íntegra e uma paciente apresentando bolhas.

Das 21 pacientes sem úlcera, na admissão, 11 apresentaram a lesão após o tratamento. Assim, a incidência de úlcera foi de 52,4%, tendo as pacientes com mais de 60 anos manifestado maior incidência (77,8%) que as com menos de 60 anos de idade.

Quanto à variável nutricional, no que se refere à relação peso/peso ideal de 110% ou mais tiveram maior incidência à UP, quando comparadas àquelas com a relação peso/peso ideal menos que 110%.

As autoras destacaram a importância da realização de novos estudos para identificar métodos adequados de prevenção para pacientes que necessitem permanecer em repouso prolongado, na mesma posição.

ANGARTEN et al. (1983), desenvolveram uma outra pesquisa para avaliar a influência de um programa de treinamento sobre a técnica de mudança de decúbito, massagem de conforto e presença de escara de decúbito.

Encontraram que a taxa de prevalência após o treinamento foi mais elevada do que a anterior, porém este resultado não pôde ser atribuído ao programa de treinamento porque os autores identificaram que mais de 70% dos pacientes que tinham úlcera não estavam sendo submetidos à mudança de decúbito, e indicaram que a avaliação do risco do paciente, procedida pelo enfermeiro, foi inadequada. Sugeriram a definição de critérios

de avaliação de risco para melhor selecionar os pacientes que necessitavam de prevenção, assim como a padronização dos horários de mudança de decúbito no hospital, para facilitar a supervisão do cuidado, medidas que foram indicadas por Norton et al. (1962) e Lowthian (1977).

As autoras empregaram, de forma inadequada, o termo incidência para se referirem à porcentagem dos pacientes internados que tinham úlcera, em uma avaliação feita em um único dia. Esta avaliação referiu-se à prevalência, pois tanto os pacientes que desenvolveram úlcera na instituição quanto aqueles admitidos com úlcera foram considerados.

GONÇALVES & UEMURA (1984), relatando suas experiências referentes à utilização do colchão de água e colchão de alpiste para prevenção de escara de decúbito, apresentaram as indicações e contra-indicações quanto ao uso do colchão de água, concluindo, com base em suas experiências, que o colchão de alpiste deveria ser o escolhido entre os dois, por proporcionar conforto, facilidade de confecção e manuseio, além de ser de menor custo para o paciente.

Os autores fizeram esta afirmação sem fornecer dados científicos a respeito. Estes poderiam ter sido obtidos, na época, através dos estudos de incidência, comparando pacientes com o mesmo grau de risco que se serviram dos dois tipos de colchão.

AZEVEDO et al. (1986) investigaram o tratamento com própolis para cicatrização das escaras de decúbito, comparando-o com o tratamento tradicional feito com Furacin ou Irujol. Estabeleceram como variável dependente o tempo gasto para granulação das feridas. O paciente foi

considerado o seu próprio controle, assim, em uma úlcera recebia o tratamento com própolis e em outra os tratamentos padronizados pelo hospital. O artigo foi publicado na fase inicial do projeto e, por isso, os autores não apresentaram os resultados finais.

CAMPEDELLI & GAIDZINSKI (1987) fizeram uma ampla revisão da literatura sobre as questões de prevenção e tratamento de UP, inserindo um resumo da dissertação de mestrado de CAMPEDELLI, apresentada em 1977, na qual a autora avaliou a eficácia do cloreto de benzalcônio 1:500 na prevenção da úlcera de decúbito, em pacientes hospitalizados. A motivação para desenvolver essa pesquisa foi identificar se havia base científica para esta rotina do cuidado, procedimento que fora introduzido por um membro da equipe médica. Utilizando um grupo experimental e outro controle, no primeiro, os pacientes recebiam aplicação diária da solução citada, enquanto os do grupo controle recebiam aplicação de água destilada. Os procedimentos eram realizados diariamente pela autora, após o banho no leito. Fizeram parte da pesquisa 219 pacientes e somente nove (4,1%) destes apresentaram úlcera de pressão, não sendo encontradas diferenças de significado estatístico entre os grupos, o que evidenciou que o cloreto de benzalcônio não interferiu no desenvolvimento da úlcera.

CAMPEDELLI & GAIDZINSKI (1987) destacaram a importância da aplicação de métodos experimentais em estudos que procurem avaliar a eficácia do uso de substâncias na prevenção de escara, de forma a comprovarem cientificamente o efeito desejado do produto, antes da recomendação do seu emprego.

MONETTA (1987) destacou o papel da enfermeira na escolha do tratamento mais eficaz para a cicatrização de lesões de pele, inclusive com as úlceras de decúbito e mencionou sua experiência com papaína, em dois hospitais. A respeito dos procedimentos para a realização de curativos, com a papaína em pó ou com o mamão verde ralado, descreveu os critérios empregados para avaliar a evolução da lesão, que compreenderam: a observação da cor, a presença ou não de tecido necrosado, o nível de comprometimento tecidual, a presença de drenagem da secreção, quantidade e odor.

A mensuração das lesões considerou comprimento, largura e profundidade e a documentação que constou de fichas e fotografias.

A autora descreveu a assistência prestada a 16 pacientes com 23 lesões. Em cinco deles a cicatrização foi completa; três pacientes foram submetidos, posteriormente, a enxerto de pele; cinco receberam alta com as lesões em fase final de cicatrização; dois foram a óbito durante o tratamento e um teve o tratamento interrompido, concluindo que a papaína é um recurso alternativo natural, bastante apropriado para o Brasil.

MONETTA (1988) referiu-se à úlcera de decúbito como “uma lesão decorrente da pressão prolongada sobre a proeminência óssea”. Apresentou quatro fases de desenvolvimento da lesão, sendo a primeira fase caracterizada pela pré-escara, situação em que a pele permanece íntegra, porém com hiperemia; na segunda fase a isquemia aumenta; na terceira, há presença de necrose, bolhas e crosta seca e na quarta fase

ocorre ulceração, a pele se rompe, atingindo o subcutâneo, músculos e ossos.

Segundo a autora, o planejamento ideal para o cuidado de enfermagem requer, inicialmente, a detecção de risco a fim de estabelecer o diagnóstico de enfermagem, para que a prescrição se volte à prevenção da úlcera de decúbito.

Recomendou várias medidas preventivas e curativas, dentre elas a massagem de conforto com hidratante, pele de carneiro sob as proeminências ósseas, colchões do tipo caixa de ovo, de água, de alpiste, de isopor e de ar, lençol de malha com elástico, almofadas e coxins para o posicionamento, espuma de proteção nas grades da cama, banho de sol diário, manutenção da integridade da pele com uso de leite de magnésia nas dobras da pele e de secador de cabelos e bolsa de gelo, para favorecer a circulação. Para tratamento, indicou a papaína, anti-sépticos, antibióticos, açúcar, confrei, própolis, mel e limpeza mecânica rigorosa, mencionando a importância de orientar paciente e família quanto aos sinais precoces de formação da lesão. Algumas destas recomendações atualmente não são adequadas, considerando o avanço técnico científico já obtido.

SOUZA (1988), em sua dissertação de mestrado realizou revisão bibliográfica sobre úlcera de decúbito, descrevendo a história natural do problema em 20 indivíduos paraplégicos. Procurou identificar os problemas e dificuldades sentidas por esses indivíduos em relação à origem da lesão, suas características, tratamento usado e repercussão na vida diária dos mesmos.

Os 20 sujeitos da amostra apresentavam 44 úlceras, sendo algumas da época que esses indivíduos ficaram paraplégicos, ou seja, tinham até três anos, traziam a esses pacientes medo, sensação constante de dor, prurido, queimação, ardor e mau cheiro, limitando suas atividades de movimentação e locomoção, provocando pena e repugnância às outras pessoas. Nesses casos, a mudança de decúbito e o colchão de água foram os cuidados preventivos mais mencionados.

Para o tratamento, utilizaram antibióticos, anti-sépticos, enzima, açúcar, sol e gelo, além de medicamentos caseiros, como confrei, barbatimão, arnica, fumo, mistura de álcool, arnica, fumo e cânfora.

A autora identificou que os indivíduos não recebiam informações e/ou orientações formais em relação à úlcera, e as obtinham com a própria experiência de ter a lesão. Destacou as implicações dos resultados de sua pesquisa para a prática de enfermagem, enfatizando o papel do enfermeiro na identificação do indivíduo em risco e no desenvolvimento de programas educativos, baseados nas necessidades das pessoas acometidas por esse problema de saúde.

ATKINSON & MURRAY (1989), em livro texto americano traduzido para o português, apresentou a úlcera de decúbito e o risco de formação de escaras como diagnósticos de enfermagem associados à estimulação inadequada. Apresentou, também, a classificação das escaras, segundo Arnell (1983), em quatro graus: grau 1: lesão superficial; grau 2: lesão atinge o tecido subcutâneo; grau 3: lesão atinge músculos; grau 4: lesão atinge ossos e articulações.

A autora citou o instrumento de avaliação de risco de Norton e destacou que o decúbito lateral causa escara na área do trocânter, que a posição sentada expõe o paciente ao risco de escara nas nádegas e que a posição semi-inclinada se constitui um risco para a região sacra.

Observamos que o livro apresenta poucas informações para os estudantes e que precisam ser complementadas com publicações mais recentes.

Década de 90

Publicações Internacionais

No final da década de 80, os Estados Unidos demonstraram uma preocupação social e política com os custos e qualidade dos serviços de saúde, o que levou à criação de comitês de profissionais e órgãos governamentais, responsáveis por mudanças nas pesquisas e nas práticas sobre úlcera de pressão. Dentre eles, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), organização sem fins lucrativos formada em 1987, por um grupo de profissionais da saúde compromissados com a prevenção da UP, incluindo enfermeiras.

A missão era fornecer liderança, recomendações, orientações e ações quanto à prevenção e tratamento da UP. Sua finalidade era agir como um comitê assessor na promoção de atividades educacionais e legislações naquele país, no sentido de erradicar a úlcera, ressaltando a responsabilidade de todos os profissionais da área de saúde. Outro importante papel do Comitê era o de encorajar a Secretaria dos Serviços

Humanos e de Saúde Americana a considerar a úlcera de pressão como um dos parâmetros para avaliação da qualidade do cuidado prestado, nas instituições, a pacientes com longa hospitalização (MAKLEBUST & SIEGGREEN,1996).

O NPUAP teve também um importante papel na discussão das políticas governamentais americanas referentes aos critérios de pagamento de curativos e superfícies de suporte, embasando-se na argumentação de que intervenções eficazes e cuidado de qualidade não podiam ser obtidos quando os materiais requeridos, para esse fim, não eram custeados. Em 1989, o Comitê patrocinou a 1ª Conferência Nacional para Desenvolvimento de Consenso sobre Úlcera de Pressão, focalizando as questões da incidência, custos e risco, e procurou clarear questões presentes na prática e na pesquisa. O relatório final se transformou em uma monografia, sendo publicado no periódico criado pelo próprio Comitê, denominado Decubitus. Posteriormente, recebeu o nome de Advances in Wound Care e, atualmente, chama-se Advances in Skin & Wound Care. As conferências bi-anuais realizadas desde então, por esse Comitê, utilizam estratégias que visam atingir seus objetivos educacionais (MAKLEBUST & SIEGGREEN, 1996).

Vários fatores sociais e econômicos como a prestação de serviços inadequada nas instituições de saúde, a falta de embasamento científico para as práticas, seu elevado custo e a maior participação do público nas decisões referentes à saúde, levaram o Congresso Americano a criar a Agency for Health care Policy and Research – AHCPR, em 1989, com o objetivo de produzir recomendações baseadas em estudos que pudessem

orientar as intervenções relativas a problemas considerados prioritários, visando ao encurtamento entre o saber e a prática. Diretrizes voltadas à prática clínica foram elaboradas por Comissões Multidisciplinares compostas por especialistas e consumidores nas diversas áreas da saúde, resultando em recomendações baseadas em evidência científica e julgamento profissional. Posteriormente, em 1992 e 1994, diretrizes para predição, prevenção e tratamento da úlcera de pressão foram divulgadas, tornando-se referência a padrões de cuidado para muitas agências de credenciamento (MAKLEBUST & SIEGGREEN, 1996).

As diretrizes da AHCPR para a previsão e prevenção de úlcera de pressão abordaram quatro aspectos do cuidado e discriminaram as ações necessárias à obtenção dos objetivos, os quais foram publicados em vários periódicos por profissionais que participaram do Comitê (BERGSTRON et al., 1992).

A seguir, os quatro aspectos abordados pelas diretrizes da AHCPR, para Predição e Prevenção da UP e suas respectivas ações:

I- Avaliação do Risco

Objetivo:

- Identificar indivíduos em risco para úlcera de pressão que necessitam de prevenção, assim como os fatores específicos que os colocam em risco.

Estratégias:

1. Considerar todas as pessoas restritas ao leito ou em cadeira de rodas, como sujeitos em risco para úlcera, como também aquelas cuja capacidade de se reposicionarem esteja debilitada;
2. Selecionar e usar um método de avaliação do risco, como a Escala de Norton ou de Braden, capaz de assegurar a avaliação sistemática dos fatores individuais de risco;
3. Avaliar todos os pacientes em risco no momento da admissão no serviço de saúde e, posteriormente, em intervalos regulares;
4. Identificar todos os fatores individuais de risco (diminuição do estado mental, umidade, incontinência, deficiências nutricionais), de forma a direcionar as medidas preventivas específicas.

II- Cuidados com a Pele e Tratamento Precoce (medidas preventivas)

Objetivo:

- Manter e melhorar a tolerância dos tecidos à pressão, para prevenir a lesão.

Estratégias:

1. Inspeccionar a pele, pelo menos uma vez, diariamente, e documentar as observações;
2. Individualizar a frequência do banho; usar um agente de limpeza suave; evitar água quente e fricção excessiva.

3. Avaliar e tratar a incontinência e quando esta não puder ser controlada, limpar a pele do paciente no momento em que ele se sujar; criar uma barreira tópica para umidade, selecionando absorventes higiênicos que mantenham a superfície da pele sempre seca;
4. Usar hidratantes para pele ressecada e minimizar os fatores ambientais que causam o ressecamento da pele, como ar frio e baixa umidade;
5. Evitar massagear as proeminências ósseas;
6. Usar um posicionamento apropriado, técnicas corretas de movimentação e transferência, de forma a minimizar a lesão da pele devido à fricção e forças de cisalhamento;
7. Usar lubrificantes secos (amido de milho) ou coberturas protetoras (tipo curativos transparentes) para reduzir a lesão por fricção;
8. Identificar e corrigir os fatores que comprometem a ingestão calórica e de proteínas e considerar a utilização de suplementação ou suporte nutricional para as pessoas que necessitarem;
9. Instituir um programa para manter ou melhorar o estado de atividade e mobilidade;
10. Monitorar e documentar intervenções e os resultados.

III- Redução da Carga Mecânica e Utilização de Superfícies de Suporte

Objetivo:

- Proteção contra os efeitos adversos das forças mecânicas externas (pressão, fricção e cisalhamento).

Estratégias:

1. Reposicionar as pessoas restritas ao leito, pelo menos a cada duas horas; e pessoas restritas à cadeira, a cada hora;
2. Usar escala escrita para reposicionamento de horário;
3. Colocar as pessoas em risco em colchões ou almofadas que reduzam a pressão. Não usar almofadas tipo argola;
4. Considerar o alinhamento postural, a distribuição do peso, o balanço, a estabilidade e o alívio da pressão, quando posicionar pessoas em cadeiras ou cadeiras de rodas;
5. Ensinar as pessoas mantidas em cadeira que elas são capazes de mudar sua posição para aliviar o peso, a cada 15 minutos;
6. Usar recursos tipos trapézio ou forro de cama para elevar ou movimentar a pessoa, ao invés de arrastá-la durante a transferência ou mudança de posição;
7. Usar travesseiros ou almofadas de espuma para manter as proeminências ósseas, como joelhos e calcâneos fora do contato direto com a cama ou do próprio corpo;

8. Usar recursos que aliviem totalmente a pressão nos calcâneos (colocar travesseiros sob a panturrilha para elevar os pés);
9. Evitar posicionar diretamente no trocâter. Quando usar o decúbito lateral diretamente no trocâter, a posição lateral inclinada deve ser igual a um ângulo de 30°;
10. Elevar a cabeceira da cama o mínimo possível e por pouco tempo (ângulo máximo de 30°).

IV- Educação

Objetivo:

- Reduzir a incidência da úlcera de pressão através de programas educacionais.

Estratégias:

1. Implementar programas educacionais bem estruturados para a prevenção de úlceras de pressão, sendo estes, organizados, compreensíveis e direcionados a todos os níveis de fornecedores de serviços de saúde, pacientes e cuidadores;
2. Incluir informação sobre:
 - a) etiologia e fatores de risco para úlcera de pressão;
 - b) instrumentos de avaliação de risco e sua aplicação;
 - c) avaliação da pele;
 - d) seleção e uso de superfícies de suporte;
 - e) desenvolvimento e implementação de programas individualizados de cuidados com a pele;
 - f) demonstração do posicionamento para diminuir o risco de perda da integridade dos tecidos;

g) documentação correta de dados pertinentes.

O sistema de classificação das UPs em estágios apresentam-se como descrições clínicas que enfocam uma variável única, ou seja, a profundidade de perda do tecido. A 1ª Conferência Nacional do NPUAP para desenvolvimento de Consenso sobre UP recomendou a adoção de um sistema uniforme para estadiamento, visando à evolução para um sistema classificatório de aceitação universal.

A documentação e comunicação do aspecto da úlcera de pressão têm causado dificuldades para as instituições de saúde, em consequência das controvérsias sobre a terminologia e a falta de um sistema universal para sua descrição. O problema é relevante, considerando-se que a identificação da prevalência e da incidência, assim como o pagamento do tratamento, em certas instituições, depende da documentação da avaliação com a respectiva classificação.

Segundo MAKLEBUST (1991), historicamente, o alívio do sofrimento humano tem sido aceito pelas enfermeiras como parte de sua missão social e para alcançar essa missão, assumem responsabilidades quanto ao desenvolvimento de medidas preventivas em suas práticas diárias.

Destacou que as diretrizes para UP da AH CPR são destinadas a melhorar a qualidade, adequação e eficácia do cuidado com pacientes adultos em risco para UP, sendo importante estudos para examinar o impacto que a implementação dessas diretrizes terão na prática de enfermagem e a identificar barreiras para sua utilização.

Para a autora, a avaliação da pele de forma objetiva requer tempo, conhecimento, habilidade no que concerne de que forma e para que avaliar. Isto cria um dilema pois nas instituições de saúde

...as pessoas com as habilidades necessárias não têm tempo suficiente para fazer a avaliação. No atual sistema pede-se que as enfermeiras façam cada vez mais por mais pacientes de forma mais rápida e com um custo mais baixo.

Em geral, nos hospitais brasileiros, observa-se que auxiliares de enfermagem fornecem a maior parte do cuidado assistencial, pois as enfermeiras tem que delegar as tarefas rotineiras de inspeção da pele à assistentes com menor preparo, o que exige um programa padronizado de treinamento que as torne capazes de avaliar o risco e de inspecionar a pele dos pacientes.

As afirmações de MAKLEBUST(1991), sobre os aspectos referentes a organização da assistência ampliam a visão dos fatores contribuintes para a presença da úlcera de pressão, incluindo aqueles referentes a estrutura e ao processo do cuidado.

CARLSON & KING (1990) fizeram uma revisão da literatura referente ao período de 1967 a 1987, a fim de descreverem os estudos realizados referentes à etiologia, predição e prevenção da UP.

As autoras apresentaram um modelo conceitual para entendimento da prevenção, que abrange outros fatores além dos citados anteriormente por Braden e Bergstrom, incluindo os aspectos psicossociais e as características da superfície de suporte. Fizeram constar de sua revisão,

estudos da área médica que contribuíram para compreensão do fenômeno em questão.

Em relação ao ambiente interpessoal do paciente, identificaram a necessidade de estudos referentes à presença e disponibilidade de suporte social após o desenvolvimento da UP, assim como a relação entre a responsabilidade e satisfação com o cuidado.

Com base na literatura sobre a etiologia, diferenciaram as estratégias preventivas e dentre elas citaram a avaliação de risco e predição da úlcera; o uso de superfícies de suporte, como colchões e almofadas; mudanças de posição para reduzir a pressão e a educação dos pacientes em risco, com enfoque direcionado àqueles com lesão de medula espinhal.

FLEMMING & FITCH (1990) relataram sua experiência relacionada à utilização de resultados de pesquisas por enfermeiras de centro cirúrgico, ao estudarem a incidência de UP em pacientes cirúrgicos e o papel do pesquisador como mentor dos enfermeiros da prática.

HALE (1990) estudou o custo do tratamento da UP em 27 pacientes atendidos em um Distrito de Saúde do Reino Unido, durante um mês. Incluiu na avaliação do custo direto, o valor dos produtos farmacêuticos, do material para curativos, além do tempo gasto pelo enfermeiro. A soma do custo mensal do tratamento foi de 1.618,00 libras, estimando-se que anualmente ele seria de 19.416,00 libras. Os autores destacaram que custos indiretos, como sofrimento do paciente, não podiam ser contabilizados, porém não podiam ser esquecidos. Também consideraram como custo indireto, os gastos com processo judicial, em caso

de o paciente processar o serviço por este não ter utilizado medidas adequadas no seu tratamento.

IRVINE & BLACK (1990), pesquisando a prevalência de UP e a descrição dos produtos utilizados para seu tratamento em uma unidade hospitalar, indicaram uma baixa prevalência (2,2%), no entanto, em 35% dos casos os autores consideraram o tratamento inadequado. Fizeram recomendações quanto à padronização de produtos e à educação dos profissionais para o tratamento das feridas, com o fim de melhorar o conhecimento, reduzir o tempo de enfermagem gasto no tratamento das feridas, e de utilizar adequadamente os recursos disponíveis.

MYERS et al. (1990), investigando diferenças no processo de cicatrização em pacientes que receberam diferentes tratamentos, encontraram que as variáveis que interferiram nos resultados foram: a consistência no cuidado com a ferida, a padronização através de protocolos, o uso de equipes especializadas para prevenção e tratamento e o suporte nutricional. Destacaram que o conceito de culpa apresentado pelos médicos e enfermeiros de que a UP teoricamente pode ser prevenida, não é fundamentado, pois por mais dedicado que seja um profissional no cuidado de pacientes graves, ele raramente pode promover a mobilidade e o senso de reposicionamento que um corpo intacto apresenta o que é necessário para prevenir pontos de pressão em um paciente imóvel.

PIEPER et al. (1990) destacaram que as anotações de enfermagem, como documentos comprobatórios do cuidado prestado, constituem-se uma responsabilidade legal, moral, econômica e profissional

do enfermeiro. Estes autores realizaram revisão em 167 prontuários de pacientes em risco para UP, com a finalidade de avaliar as anotações de enfermagem referentes à descrição da úlcera e do curativo e encontraram como anotação mais freqüente, a localização da úlcera. Porém só foi possível determinar a cor, exsudato, odor, dimensão e estágio da ferida em menos de 40% das anotações de enfermagem, sendo que a mensuração e o estadiamento ocorreram em média, 1 vez para cada úlcera, durante a hospitalização.

As autoras destacaram que as deficiências observadas nas anotações de enfermagem poderiam ocorrer devido ao tempo gasto para o cuidado, considerando-se a gravidade dos pacientes e a falta de pessoal, além da falta de conhecimento para realizarem uma descrição adequada. Ressaltaram, entretanto, que para um tratamento adequado e observação da evolução a documentação descritiva é de suma importância, como também se constitui uma necessidade, uma obrigatoriedade legal.

SALZBERG et al. (1990) desenvolveram estudo retrospectivo para identificar a experiência da UP em 103 pacientes com lesão medular; destes, 87% tiveram pelo menos uma úlcera em algum momento pós-lesão e o local de sua ocorrência estava correlacionado ao nível da lesão. Para aqueles com lesão no nível cervical, as úlceras eram mais presentes na região sacral (44,4%); calcâneo (11,1%); ísquia (30,6%) e trocantérica (5,6%). Naqueles com lesão em nível torácico alto (T2 a T10), as lesões ocorreram na região sacral (40,9%); ísquia (40,9%) e no calcâneo (9,1%). Pacientes com lesão entre T11 e L1 e L2 a L5 não apresentaram úlcera na

região sacral, somente na região isquiática. Tais resultados indicaram a necessidade de medidas preventivas rigorosas nas instituições, onde esses pacientes recebiam tratamento.

SAYDAK (1990) descreveu o conceito da utilização do conhecimento referente ao tratamento de UP, ao desenvolver uma pesquisa para avaliar um novo curativo através de um estudo experimental. Destacou as dificuldades para a realização desse tipo de investigação na prática clínica, onde nem sempre é possível o controle de todas as variáveis que podem influenciar nos resultados.

SMITH & MALONE (1990) comprovaram, através de estudo clínico experimental, o efeito de pequenas mudanças não-programadas na posição corporal para prevenção de UP, em dois grupos de idosos considerados de risco, segundo a escala de Norton.

As autoras não encontraram diferenças nos resultados entre os dois grupos, quanto ao número e dimensão da UP. Para elas, a realização de estudos clínicos pode causar mudanças nas rotinas e no comportamento dos profissionais, influenciando os resultados.

Para HU et al. (1993), uma indicação da efetividade da diretriz proposta pela AHCPR é o relacionamento entre os custos da prática convencional em uma instituição e o custo da utilização da diretriz. Como o tratamento para úlcera de pressão é variável, dentro de uma instituição e de uma unidade de internação, este acaba se elevando por não haver consistência e adesão entre os profissionais que prestam o cuidado. Assim, o uso das diretrizes para prevenção e o tratamento de UP, em pacientes de

risco elevado, têm, teoricamente, o potencial de contribuir para uma assistência de alta qualidade, prestada de forma consistente para reduzir o custo.

Para avaliar essa hipótese, os autores desenvolveram um estudo visando testar as diretrizes em quatro grupos de pacientes com tipos e condições que elevam o risco para UP: pacientes com fratura de quadril, em CTI; paraplégicos hospitalizados e doentes crônicos. Os resultados foram comparados com dados referentes ao custo do cuidado tradicional prestado nas instituições, sendo este considerado de acordo com os serviços e materiais usados para prevenir ou tratar a UP.

Os resultados indicaram que, em média, o custo para implementar as diretrizes propostas foi praticamente o mesmo das práticas usuais da instituição, porém nas unidades de terapia intensiva este aumentou. Os autores destacaram, entretanto, a necessidade de se considerar a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, mesmo não se levando em conta os custos. Ressaltaram, também, a necessidade de realização de estudos prospectivos para identificar os custos reais da implementação das diretrizes.

Visando a observação e documentação da aparência da úlcera de forma objetiva, BATES-JENSEN et al. (1992) construíram e validaram uma escala denominada Pressure Sore Status Tool (PSST), para avaliação da UP. O instrumento, composto de 15 itens ou descritores das características da úlcera de pressão, inclui dimensão, profundidade, aspecto das bordas, tipo e quantidade de tecido necrótico, tipo e quantidade de exsudato, além

do tecido de granulação. Os autores consideravam as mudanças nas características da ferida como indicador de cicatrização e itens como modificações na dimensão ou diminuição do exsudato relacionados à predição da cicatrização.

LAND (1995), em uma revisão da literatura sobre estratégias de prevenção da úlcera de pressão, focalizou o problema no contexto do Reino Unido, destacando que o Departamento de Saúde Britânico ao propor os objetivos para a saúde da Nação, em 1992, colocou a meta de redução da incidência da UP em 5% por ano e responsabilizou os trabalhadores de saúde a estudarem as maneiras de alcançá-la. A autora destacou, ainda, que o Departamento de Saúde publicou em 1993 diretrizes para os fornecedores e compradores de serviços, referentes às questões de qualidade do cuidado na área de UP, mostrando que tais diretrizes eram confusas e conflitantes quanto à importância da prevenção e que necessitavam de análises mais detalhadas considerando-se os estudos utilizados para seu embasamento.

Década de 90

Publicações Nacionais

BARBOSA & SILVA (1994) realizaram estudo que chamaram experimental para avaliar a eficácia do tratamento da úlcera com a clara de ovo em neve. Destacaram as propriedades protéicas e vitamínicas da clara de ovo que misturada ao oxigênio (clara em neve) poderia favorecer a proliferação do tecido de granulação nas úlceras de decúbito.

Os autores utilizaram uma amostra de 13 pacientes, selecionada sem considerarem as características da lesão e, tampouco, as características dos pacientes, pois, segundo eles estas poderiam favorecer o crescimento do tecido de granulação.

Ao fazerem o curativo, os enfermeiros foram orientados a utilizar soro fisiológico 0,9%; água oxigenada e desbridamento, quando necessário; clara de ovo em neve; gazes e compressas estéreis para cobertura. Os resultados mostraram que as lesões diminuíram de tamanho, porém o designer do estudo não permitiu avaliar a influência da clara de ovo na cicatrização.

Para os autores, a escara de decúbito é um problema permanente para os enfermos inconscientes ou que não se movimentam, e embora tais lesões não ameacem a sobrevida, elas acarretam considerado sofrimento e um prolongamento inconveniente do tempo de hospitalização.

De acordo com o pensamento destes autores,

as úlceras de decúbito poderiam ser inteiramente abolidas da medicina, se todos os pacientes debilitados, obesos ou idosos tivessem seu decúbito mudado a cada duas horas em escala permanente.

DECLAIR (1994), em pesquisa experimental do tipo duplo-cego, para avaliar a eficácia do uso tópico de triglicerídeos de cadeia média (TCM) na prevenção da úlcera de decúbito, estudou 86 pacientes, divididos em dois grupos. Num dos grupos utilizou a solução de TCM, e no outro a solução glicerínada.

Os resultados mostraram que em ambos os grupos diminuíram as úlceras de decúbito, porém no grupo tratado com TCM, apenas dois

pacientes desenvolveram-na, enquanto que no outro, 12 pacientes desenvolveram a lesão. Para classificar os estágios da úlcera de pressão, utilizou o que foi apresentado pelo Painel Americano, para estudo da úlcera de pressão (NPUAP) e destacou: “a úlcera ou escara de decúbito é toda e qualquer lesão, superficial ou profunda causada pela permanência no leito de pacientes enfermos”.

SANTOS et al. (1996) avaliaram o uso do açúcar mascavo no tratamento de lesões ulcerativas, em 13 pacientes hospitalizados que apresentavam ao todo 20 lesões, dentre elas úlceras de decúbito, deiscência de sutura, ferida cirúrgica, úlcera de perna e ferida com material cortante. Antes da aplicação do açúcar mascavo, fizeram a limpeza do local com soro fisiológico e gaze aplicada energicamente, segundo as autoras com o objetivo estimular o tecido de granulação. Após secarem o leito da lesão cobriram-no com o açúcar mascavo, ocluindo o local. Realizaram os curativos a cada 12 horas, e com o objetivo de retirar resíduos da ferida fizeram a limpeza, no primeiro dia, com a solução de povidine.

Para avaliarem as lesões, as autoras utilizaram as técnicas de mensuração, observação e fotografia, constatando que, no início do tratamento, ocorreu um aumento da secreção purulenta e redução do edema, e aproximadamente 72 horas após o início do tratamento, houve uma diminuição do exsudato.

MARINHO (1997), estudando prontuários de pacientes portadores de patologias clínicas e cirúrgicas, identificou os tipos de prescrições e

cuidados com as escaras, associando o uso da pomada IRUXOL às práticas de curativos da equipe de enfermagem na unidade de internação.

Analizou 19 prontuários, em três hospitais de ensino, cujos resultados mostraram a utilização de oito tipos diferentes de prescrições médicas para o tratamento das escaras, sendo que quatro estavam associadas ao iruxol. O curativo mais prescrito foi limpeza com polivinil pirrolidona-iodo (PVPI) mais soro fisiológico 0,9% e iruxol.

O autor observou que os profissionais de enfermagem aplicaram 17 combinações diferentes de substâncias, sendo dez associadas ao iruxol, e que também utilizaram 24 produtos diferentes nos curativos das escaras.

Das feridas analisadas, 100% apresentaram infecção, sendo que somente nove (32,1%) foram submetidas a culturas para antibiograma e quanto ao desbridamento mecânico e cirúrgico, este foi realizado em 12 (42,8%) escaras que continham tecido necrosado.

O autor alertou para os riscos das associações terapêuticas e uso indiscriminado de produtos no tratamento das escaras, pois tais condutas poderiam levar à alteração do pH da lesão, e especialmente neste estudo interferir no efeito desbridante do iruxol.

SILVA (1998) realizou um estudo com a finalidade de identificar as condições predisponentes e os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de UP, em pacientes acamados e hospitalizados, e verificar também, com que frequência essas condições e fatores se apresentavam. Estudou 52 pacientes, observando: fatores de risco intrínsecos relacionados à patologias; alterações hematológicas (84,6%);

alterações nutricionais (80,8%); uso de medicamentos depressores do SNC (65,4%); alteração no turgor e na elasticidade da pele (77,9%); idade $\geq$ 60 anos (61,5%) e mobilidade física parcialmente prejudicada (60,6%).

Entre os fatores extrínsecos, mencionou: força de cisalhamento (80,8%); condições inadequadas de roupa de cama (72,1%); mobilização inadequada (67,3%), e condições inadequadas do colchão (51,9%).

A autora ressaltou que os fatores de risco intrínsecos, que apresentaram um percentual de ocorrência mais elevado, relacionavam-se à característica etária e que alguns dos fatores de risco extrínsecos relacionavam-se a cuidados preventivos, comprovando a necessidade de recursos humanos de enfermagem em quantidade e qualidade necessárias para esse cuidado.

Enfatizou a responsabilidade administrativa hospitalar com relação ao problema de suprimento de recursos materiais para a adequação do cuidado.

MENEGHIN & LOURENÇO (1998), pesquisando pacientes que apresentavam UP, internados na clínica neurológica, setor de admissão, clínica médica e cirúrgica, de um hospital geral, procuraram caracterizar as úlceras, quanto à localização, estadiamento, exsudação, além de avaliar o potencial de risco apresentado pelos pacientes quanto à sua evolução, segundo a Escala de Braden. Fizeram uso da classificação estabelecida pela “National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP” para avaliar o estágio das lesões.

Quanto ao aspecto da lesão, classificaram-na em epitelizadas, quando a ferida apresentava margem levemente elevada e cor variando do azulado para o róseo; granuladas, quando a ferida apresentava tecido de cicatrização, caracterizado pela coloração vermelha; infectadas, quando as lesões apresentavam exsudação purulenta e necrosadas e quando a ferida apresentava escarificação.

Dos 84 leitos existentes nas unidades do estudo, 11 estavam ocupados por pacientes que apresentavam úlceras de pressão, sendo dez iniciadas após a hospitalização e a outra lesão teve início no domicílio do paciente.

Quanto à classificação das lesões, predominaram os estágios 2 e 3, cuja evolução ocorreu durante a permanência do paciente no hospital. Os autores destacaram que tal situação poderia ser explicada por fatores, como doenças crônico-degenerativas, falta de protocolo de tratamento e prevenção de UP, além da escassez de recursos humanos e materiais.

Quanto à avaliação de risco para desenvolvimento da úlcera de pressão, segundo a escala de Braden, na primeira fase 18,2% dos pacientes não apresentavam risco para o desenvolvimento da UP e 72,2% apresentavam escores de risco. No entanto, na segunda fase da avaliação, 100% dos pacientes apresentavam escores de risco.

MONETTA (1998), em sua dissertação de mestrado, analisou a evolução do processo cicatricial de uma amostra de pacientes com diferentes lesões de pele do tipo úlcera de pressão, venosa e diabética,

hospitalizados e em atendimento ambulatorial. A autora comparou a evolução das lesões tratadas com a solução de papaína.

Nas lesões com necrose, usou a papaína a 10%, e em lesões com tecidos viáveis usou a papaína a 2%, avaliando-as uma vez por semana, durante 28 dias de tratamento.

Os resultados demonstraram uma queda progressiva na frequência de feridas com comprometimento muscular e ósseo, diminuição gradativa do tecido necrótico e aumento expressivo do tecido de granulação.

A autora ressalta as propriedades da papaína, com relação aos efeitos desbridante, anti-inflamatório e cicatrizante, assim como o seu baixo custo como alternativa terapêutica para o tratamento de feridas. Porém adverte para a adequada escolha e indicação do produto.

BACKES et al. (1999), em estudo descritivo realizado na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral, com objetivos de especificar os problemas associados ao desenvolvimento das úlceras de pressão, aplicar cuidados de prevenção e estabelecer um programa de educação continuada para melhorar a qualidade dos cuidados e a relação custo/benefício, utilizaram a sistematização da assistência de enfermagem, através do levantamento dos problemas, planejamento dos cuidados e avaliação.

Instituíram rotinas de prevenção que consistiam em colocar todos os pacientes, independentemente do seu estado geral, em colchão de poliuretano (caixa de ovo); movimentar o paciente a cada duas horas; aplicar massagem de conforto com emulsão “aloy vera” a cada turno; proteger as saliências ósseas, principalmente os calcâneos, com luvas de ar; avaliar

regularmente as áreas de pressão e fornecer um programa de ensino para pacientes e familiares.

As autoras apresentaram os custos dos curativos tradicionais que incluíam gaze, soro fisiológico, fibrase e micropore e os custos dos curativos especiais que utilizavam gaze, soro fisiológico, emulsão de aloy vera e filme transparente, não considerando para o cálculo do custo/benefício, o tempo gasto pelo profissional na realização do curativo e o processamento do material esterilizado e constataram que os custos dos curativos especiais foram mais baixos que os dos curativos tradicionais.

Dos 50 pacientes estudados, 41 (82%) foram admitidos com pele íntegra e 9 (18%) se internaram com úlcera de pressão. Dos pacientes que se internaram com a pele íntegra, um (2,5%), desenvolveu úlcera de pressão. As autoras concluíram que a úlcera ocorreu devido à patologia do paciente e ao tipo de tratamento médico recebido, ou seja, à base de sedativos e em ventilação mecânica, por longo período.

FARO (1999) desenvolveu pesquisa para identificar os fatores de risco para úlcera de pressão, documentados nos registros das enfermeiras da equipe de lesado medular, em pacientes de uma instituição governamental, utilizando a Taxonomia I da NANDA, e analisar as intervenções de enfermagem preconizadas ao lesado medular.

A partir do estudo dos 38 prontuários dos pacientes, a autora identificou 14 diagnósticos de enfermagem e validou 76 intervenções de enfermagem. No entanto, decidiu trabalhar com o diagnóstico “Potencial para prejuízo na integridade da pele”, destacando os fatores de risco e as

intervenções de enfermagem a ele pertinentes, identificando como fatores de risco: alterações da motricidade e sensibilidade; incontinência urinária; alterações no turgor e na elasticidade da pele; história prévia de úlcera de pressão; flictena em proeminência óssea. Evidenciou coerência entre os fatores de risco identificados nos prontuários e aqueles propostos pela NANDA.

O diagnóstico de enfermagem Potencial de prejuízo para integridade da pele, foi estabelecido para a totalidade dos pacientes e desencadeou intervenções relacionadas a cuidados preventivos com a pele, tais como posicionamento no leito, mudança de decúbito e cuidados com a reeducação vesical.

Destacou ainda o predomínio de intervenções de enfermagem quanto à orientação e treinamento do paciente e família.

PARANHOS (1999), em sua dissertação de mestrado, propôs-se validar a escala de Braden para a língua portuguesa e aplicá-la em 34 pacientes de uma unidade de terapia intensiva, a fim de testar a validade preditiva da escala quanto à sensibilidade e especificidade.

Os resultados mostraram o alto valor preditivo da escala, sugerindo que mais testes sejam feitos com a escala adaptada.

FERNANDES & CALIRI (2000), realizaram uma revisão integrativa da literatura, para caracterizar a produção do conhecimento sobre úlcera de pressão, em pacientes críticos hospitalizados. Evidenciaram que a maioria dos trabalhos disponíveis é de natureza descritiva, com enfoque à úlcera de pressão como um indicador de qualidade para o cuidado. As

autoras recomendaram a adoção de protocolos sistematizados com base em pesquisas, por serem mais eficazes para o cuidado preventivo.

O livro texto traduzido para o português de SMELTZER & BARE (1997), enfoca, dentro da estrutura do processo de enfermagem, a avaliação do paciente com risco potencial para o desenvolvimento de úlcera de pressão.

Estas autoras enfatizam o papel da enfermeira que avalia a mobilidade, percepção sensorial, habilidade cognitiva, perfusão tissular, estado nutricional, fricção, forças de cisalhamento, fontes de umidade na pele e idade do paciente, e com base nos dados obtidos a partir da coleta, concluem que os principais **diagnósticos de enfermagem** para o paciente podem incluir **prejuízo na integridade da pele**, relacionados à imobilidade, percepção sensorial diminuída, perfusão tissular diminuída, estado nutricional diminuído, fricção e forças de cisalhamento, umidade aumentada e idade avançada.

Para o planejamento e implementação dos diagnósticos, recomendam o alívio da pressão, mobilidade, melhora da percepção sensorial, perfusão tissular e estado nutricional; redução das forças de fricção e de cisalhamento, superfícies secas em contato com a pele e cicatrização da úlcera de pressão.

As autoras apresentam como intervenção de enfermagem: alívio da pressão mudando o decúbito a intervalos de uma ou duas horas, exercícios ativos e passivos; melhorar a percepção sensorial. Recomendam o ensino do paciente para inspecionar-se com espelho, se possível, as áreas

potenciais de pressão; melhorar a perfusão tissular, massagear suavemente a pele sadia em áreas potenciais de pressão com uma loção umectante e suave. Ressaltam que as áreas avermelhadas não devem ser massageadas, porque podem aumentar a lesão da pele já traumatizada. Recomendam a limpeza da pele com água e sabão neutro, secar com toalha macia e lubrificar com loção neutra e manter as roupas de cama limpas e secas. Utilizam como referência bibliográfica as diretrizes da AHCPR.

POTTER & PERRY (1999), em seu livro de Fundamentos de Enfermagem traduzido para o português, denominam “úlceras de pressão, ferida de decúbito e úlcera de decúbito” como termos usados para descrever a integridade da pele diminuída. Apresentam, vários conceitos quanto à prevenção e tratamento da UP, utilizando as diretrizes do AHCPR como referencial teórico.

Dentre os conceitos apresentam o referencial teórico de Giromini, para clarificar o desenvolvimento da úlcera de decúbito, representada pela teia das causas. Este modelo envolve o conceito de holismo em que o todo é maior do que a soma das suas partes. Assim o problema precisa ser analisado em um contexto integral da assistência (Anexo VI).

Destacam as etapas do processo de enfermagem para o cuidado, citam como medidas de predição para o desenvolvimento da UP, a avaliação do paciente com as escalas de Norton ou Braden, enfatizando as recomendações da AHCPR (1992).

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA relacionados com a integridade da pele diminuída são: mobilidade física diminuída, integridade

da pele diminuída real ou de risco; risco de infecção; dor. O diagnóstico de enfermagem é desenvolvido com base nos dados de evolução.

O plano de cuidados que os autores apresentam estão baseados nas diretrizes da AHCPR, 1992-1994.

GRAZIOSI & FUSTINOFI (2000) incluem no livro sobre infecção hospitalar um capítulo, o qual apresentam o termo úlcera por compressão como mais apropriado, pois é a excessiva pressão a causa da isquemia, necrose e formação da úlcera.

Os autores destacam que o primeiro sinal de uma possível “escara”, é o aparecimento de eritema cutâneo causado por compressão contínua sobre a pele, que adquire uma cor bem mais pálida ao se exercer uma certa pressão. Referem ainda que nesta fase há possibilidade de reversão do processo, evitando-se a continuidade da compressão local. A vermelhidão evolui para o aspecto, fosco de cor cianótica azul-acinzentado.

Apresentam o sistema de classificação do NPUAP, para precisar o grau de comprometimento do tecido, e enfatiza a avaliação pela equipe multidisciplinar.

4.4- Estágios de desenvolvimento do conceito de úlcera de pressão nas publicações analisadas segundo referencial teórico de MELEIS (1997)

No Quadro 6, apresentamos a relação dos números dos artigos enumerados conforme Anexo II, e os respectivos estágios de desenvolvimento do conceito.

Quadro 6 – Apresentação da relação dos artigos enumerados conforme Anexo II, e os respectivos estágios de desenvolvimento nas diferentes décadas.

	Números dos artigos				
	Década de 60	Década de 70	Década de 80	Década de 90	2000-2001
Estágio 1	1*	-----	14**, 18, 29, 43	47, 77, 78	-----
Estágio 2	2*, 3*, 4*	5, 6, 11*, 13**, 15*	24, 27, 28, 33**, 34, 35, 36, 37, 38**	48, 51, 52, 60, 68, 73, 79**, 85, 87, 92, 94**, 99	100*, 101
Estágio 3	-----	10*	16	64, 67	-----
Estágio 4	-----	-----	17, 21**, 22, 25, 30, 32*, 44	46, 66, 89, 91	-----
Estágio 5	-----	7*, 8*, 9	20, 23, 31*, 40, 45	49, 50, 53, 54, 56*, 62, 65, 70, 74, 75, 76, 82, 83, 84, 86***, 96, 97*, 98***	-----
Estágio 6	-----	12	19, 39*, 41	59, 81, 95	102
Estágio 7	-----	-----	26, 42	55, 57, 58*, 61, 63, 69, 71, 72, 80, 88, 90, 93	103*
TOTAL	04	11	30	55	04

Os números sem asterisco representam a busca on line e os números com asterisco representam a busca manual.

* Artigo de periódico.

** Livro-texto.

*** Dissertação de mestrado.

Considerando as afirmações de NORRIS (1982) & MELEIS (1997), a clarificação do conceito permite a organização do corpo de conhecimento sob a perspectiva da enfermagem.

Assim, observamos que, nas décadas de 60 e 70, as publicações tiveram como enfoque principal a descrição do fenômeno úlcera de pressão e da situação onde esta ocorria, considerando, principalmente, os pacientes idosos com diversas patologias e os jovens com lesão na medula espinhal. Utilizando-se de conhecimento produzido na área médica, os autores discutem os fatores de risco presentes no paciente que levam-no a apresentar a úlcera de pressão e a necessidade do emprego de medidas preventivas para evitar a úlcera e diminuir os custos do tratamento.

A busca de instrumentos capazes de identificar os pacientes em risco, de descrever e mensurar o fenômeno de úlcera de pressão, em suas diferentes apresentações, marcou o início da enfermagem clínica com os trabalhos de VERHONICK (1961) & Norton apud EXTON SMITH & SHERWIN (1961).

No Brasil, COMARÚ & CAMARGO (1971) foram as precursoras da divulgação desse conhecimento junto às enfermeiras brasileiras, através de um trabalho de revisão da literatura.

Na década de 80, a descrição do fenômeno e das suas condições causais encaminharam os pesquisadores a investigarem, no contexto da prática de enfermagem, quais as condições antecedentes da úlcera e suas conseqüências. Iniciou-se, então, uma discussão entre os autores sobre as discrepâncias no conhecimento produzido, relacionado ao assunto e à

prática clínica desatualizados, já que este conhecimento não chegava até as enfermeiras ou não era reconhecido como verdadeiro. Observamos que, nessa década, houve aumento das publicações que estudavam a presença de associações entre as variáveis do paciente e do cuidado de enfermagem referentes à presença de úlcera de pressão. O esquema conceitual apresentado por BERGSTROM et al. (1987), explica a associação dos fatores de risco e propõe a sua mensuração através da escala de Braden, um instrumento embasado em pesquisas.

A identificação de pacientes em risco para úlcera de pressão, teoricamente, poderia permitir que a enfermeira priorizasse o cuidado preventivo e direcionasse melhor os recursos humanos e materiais para obtenção de resultados efetivos de prevenção.

A tônica das publicações internacionais dessa década refere-se à melhoria da qualidade da assistência, sendo a presença da úlcera um indicador para essa avaliação. No entanto, no Brasil, as enfermeiras utilizam o conhecimento existente para descreverem como o fenômeno se apresenta na nossa cultura.

O termo “escara” aparece nas publicações de forma mais freqüente e observamos preocupação dos autores em buscarem e avaliarem soluções alternativas ou tecnologias de baixo custo para sua prevenção e tratamento, como colchão de alpiste, tratamento com própolis, mamão verde ralado e papaína.

As publicações analisadas na década de 90 mostraram que a falta de padronização na assistência e os elevados índices de úlcera de pressão

em pacientes hospitalizados, tanto em asilos como em hospitais para doentes crônicos, causaram impacto na assistência culminando com a publicação das Diretrizes para Prevenção e Predicção de UP, em 1992, e das Diretrizes para tratamento da UP, em 1994, pela agência americana AHCPR. Observamos, nesse período, aumento de publicações que disseminaram as diretrizes como referencial para a prática baseada em evidência, assim como estimularam a utilização da pesquisa na prática, embora esta se apresentasse, em sua maioria, de forma mais descritiva ou exploratória.

No Brasil, encontramos nessa mesma época, estudos descritivos que avaliavam a aplicação da clara de ovo e do açúcar mascavo, com design não apropriado para obtenção de resultados conclusivos, além do que localizamos outros descrevendo a assistência de enfermagem, os fatores de risco e a presença de úlcera de pressão, levando em consideração os padrões do AHCPR e a utilização da escala de Braden. Também observamos que, nos anos anteriores, a tendência foi avaliar a eficácia de produtos disponíveis no Brasil, como ácidos graxos essenciais para prevenção e papaína em pó ou diluída para tratamento.

4.5- Estratégias para divulgação do conhecimento sobre úlcera pressão

A disseminação do conhecimento pode ser definida como um processo no qual compartilhamos os achados de pesquisa de forma que estes possam ser utilizados na prática ou na elaboração de novos estudos.

A divulgação desse conhecimento pode ocorrer, de maneira formal, através de programas educacionais ou, informalmente, através de publicações em periódicos, livros ou outros meios de acesso.

A revisão da literatura aponta que, tanto na América do Norte como na Europa, para os enfermeiros desenvolverem e manterem sua competência profissional, devem comprovar, anualmente, sua participação em atividades de educação continuada, seja através de cursos regulares, eventos, leituras de artigos ou de realização de testes que avaliem o conhecimento obtido. Tais atividades conferem ao profissional um certo número de créditos que são utilizados para atender às exigências das Associações que regulamentam a profissão ou a especialização, dentro de uma mesma área de conhecimento. Vários autores lançaram mão destas estratégias para divulgação dos conhecimentos das práticas atualizadas sobre Predicção, Prevenção e Tratamento da Úlcera de Pressão aos enfermeiros. Também as estratégias de ensino teórico-práticas são utilizadas para divulgar e/ou atualizar os conhecimentos das enfermeiras (QUINN, 1999; KRESEVIC & NAYLOR, 1995; PIEPER & MOTT, 1995; ANDRYCHUK 1998).

A esse respeito, KRESEVIC & NAYLOR (1995) relatam a experiência de um programa educacional que visou ao desenvolvimento de habilidades clínicas de enfermeiras que prestam cuidado à pele, tendo a enfermeira especialista como mentora. O programa seguiu as diretrizes do AHCPR e a experiência prática foi conduzida por uma dupla de enfermeiras (mentora e aluna), incluindo a determinação do risco dos pacientes para UP e avaliação das feridas, tratamento, ensino do paciente e documentação. Todos os pacientes eram observados diariamente, segundo um protocolo de cuidados, desde a admissão até a alta. Dez enfermeiras completaram o programa e todas afirmaram que a experiência com a mentora foi uma estratégia eficaz por lhes permitir aplicar o conhecimento e desenvolver a segurança para a assistência. A estratégia permitiu, também, por um processo de aprendizagem ativa, que as enfermeiras validassem rapidamente a sua avaliação, intervenção, ensino e documentação com uso eficiente do tempo.

As Diretrizes para predição e prevenção de úlcera de pressão foram definidas pela AHCPR como “afirmações desenvolvidas de forma sistemática para auxiliar os profissionais e pacientes no processo de decisão sobre os cuidados apropriados para circunstâncias clínicas específicas”. Foram produzidas e divulgadas para causar melhorias na prática profissional em diferentes níveis de assistência à saúde (BERGMAN-EVANS et al., 1994).

As condições clínicas ou condições específicas dos pacientes para as quais as diretrizes foram estabelecidas basearam-se nas seguintes prioridades: vários indivíduos são afetados pela condição; a prática clínica é

muito variada; os resultados decorrentes do cuidado são muito variados; existe uma base de evidência científica para apoiar as afirmações.

A Diretriz para Predicção e Prevenção de Úlcera de Pressão em Adultos considerou tanto a evidência científica como a opinião profissional dos especialistas que compuseram o comitê interdisciplinar, além dos benefícios clínicos, danos das intervenções em potencial e questões relevantes para as políticas públicas daquele país, como restrições de custo e exequibilidade.

O comitê recomendou que adaptações das diretrizes deveriam ser feitas para individualizar o cuidado direcionado a adultos e não a crianças. Destacou, também, que as diretrizes focalizavam o cuidado para pacientes em risco ou com úlcera no estágio I e que aquelas que visavam ao tratamento de úlceras dos estágio II a IV foram publicadas posteriormente, em 1994. A divulgação dessas diretrizes foi feita através de livretos editados em versão mais extensa; na forma de monografia para pesquisadores; em versão sintética para profissionais da clínica e em uma outra versão destinada ao público em geral e consumidores dos serviços, considerando-se a necessidade de informar pacientes e cuidadores familiares ou formais nas instituições e domicílios. O material também foi disponibilizado na Internet, no site da AHCPR, hoje denominada AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality).

Vários autores publicaram artigos com síntese das Diretrizes para predicção, prevenção e tratamento das UP, discutindo-as no contexto do cuidado a pacientes críticos. Destacaram que estas feridas aumentam a

morbidade e mortalidade de pacientes e resultam em elevados custos para o Sistema de Saúde. A disseminação para os profissionais de saúde ocorreu pela publicação em vários periódicos especializados e através de eventos científicos (MAKLEBUST & MAGNAN, 1992; BERGMAN-EVANS et al.1994; BOYTON & PAUSTIAN 1996; MAKLEBUST, 1999).

Como as Diretrizes foram construídas considerando o conhecimento existente na época, elas precisam ser freqüentemente revisadas para estarem atualizadas.

MAKLEBUST (1999) realizou uma revisão de literatura, no período após 1993, sobre as superfícies de suporte com a finalidade de determinar novos conhecimentos disponíveis que alterassem as recomendações das diretrizes referentes ao uso de colchões e colchonetes publicados em 1992 pela AH CPR para Predicção e Prevenção de UP. Nas diretrizes elaboradas por especialistas, o consenso era que não havia evidência capaz de demonstrar que uma superfície de suporte fosse melhor que a outra. Nesse sentido, a recomendação da autora, após a revisão foi que o profissional considerasse os diferentes fatores para seleção de um produto, levando em conta as condições clínicas do paciente, do local do cuidado e da superfície de suporte.

A autora concluiu que, embora muitos produtos no mercado americano sejam divulgados como redutores de pressão, existem poucos estudos experimentais confirmando a propaganda dos fabricantes. Assim, o profissional não tem resultados de pesquisa que mostrem qual o produto mais indicado, devendo considerar para seleção do produto, características

como durabilidade, controle de umidade e temperatura, redistribuição da pressão, segurança e controle de infecção.

OVINGTON (1999) atualizou as recomendações das diretrizes de tratamento da UP publicadas pela AHCPR, levando em conta o aspecto de curativos e as terapias coadjuvantes. Para isso, realizou uma revisão da literatura analisando as pesquisas publicadas sobre o assunto, no período de maio de 1993 a abril de 1998. A autora concluiu que o número de publicações por ano, sobre UP, dobrou do período de 1966 a 1992 (109 publicações/ano) para o período de 1993 a 1998 (220 publicações/ano). No entanto, observou que não houve aumento de estudos experimentais destinados a avaliar os diferentes tipos de curativos. Ressaltou que, embora alguns curativos tenham obtido melhor evidência com o aumento do número de pesquisas, dentre as terapias coadjuvantes somente o uso de estimulação elétrica e dos fatores de crescimento podem ser recomendados. As outras terapias como uso de oxigênio hiperbárico, infravermelho, ultravioleta, irradiação por laser, uso de açúcar, vitaminas e hormônios não têm ainda evidência suficiente, que permita a sua recomendação.

RIJSWIJK & BRADEN (1999) conduziram, em 1994, uma revisão de literatura relacionada ao aspecto de avaliação da úlcera, para atualizar as recomendações feitas pela AHCPR. Destacaram a necessidade da mensuração da profundidade da úlcera na avaliação inicial, assim como da incorporação do conhecimento que uma úlcera superficial e limpa deve mostrar evidências de cicatrização entre 1 a 2 semanas e uma úlcera profunda entre 2 e 4 semanas. Outra recomendação foi quanto ao controle

da dor e analgesia antes da realização dos procedimentos. Identificaram que as áreas de nutrição e avaliação psicossocial dos pacientes necessitam de mais pesquisas para que ocorram mudanças nos procedimentos e protocolos de cuidados.

Os autores aconselharam que os enfermeiros devem realizar revisões periódicas na literatura para atualização das suas rotinas e procedimentos.

Outro aspecto da assistência à saúde influenciado pelo conhecimento produzido e divulgado é o desenvolvimento de programas de melhoria da qualidade da assistência.

Para MAKLEBUST & SIEGGREEN (1996) a publicação das Diretrizes para Predicção e Prevenção das UPs forneceu os critérios necessários para se atingir os objetivos da prevenção da úlcera, e a redução da incidência através de programas educacionais tem tido impacto direto na prática clínica. Outro fator segundo as autoras que contribui para a prevenção é a responsabilidade assumida pelas instituições de saúde de garantir aos pacientes uma assistência integral de qualidade prestada por profissionais com conhecimento, experiência e atualizados tanto para assistir diretamente como para realizar atividades educativas a todos os envolvidos. Assim, a presença da úlcera de pressão, como um indicador negativo da assistência, e a necessidade de atender os padrões de qualidade levaram as instituições a fazer investimentos em recursos humanos com vistas ao desempenho qualificado isento de riscos. A documentação da assistência prestada pelos profissionais, no sentido de prevenir e tratar precocemente a

úlceras, passou a ser avaliada rigorosamente pelas instituições através de programas de auditorias nos prontuários ou revisão da assistência prestada, conduzida pelos seus pares (peer review). A avaliação é feita durante o treinamento inicial dos novos funcionários, após os programas de educação continuada, para sua promoção, ou como parte de revisão do prontuário para avaliar se há adesão a protocolos institucionais de prevenção e tratamento de UP.

CARDY (1992) elaborou um instrumento para auxiliar nesta revisão, o qual considera os principais itens apresentados tanto nas diretrizes de Prevenção como na de Tratamento da UP, podendo ser utilizado na avaliação da documentação dos prontuários ou no desempenho e competência do profissional.

Outro aspecto institucional influenciado pelo conhecimento produzido foi a construção e utilização de protocolos de assistência.

Os protocolos, vistos como padrões para a prática, são formulados a partir de resultados de vários estudos e servem para definir e descrever como a assistência deve ser implementada em uma situação clínica específica (TITLER & MENTES, 1999; GALLAGHER, 1999).

A sua adoção permite a individualização da assistência para atender às necessidades de cada paciente, das unidades de internação ou de tratamento, onde são utilizados. Para MARKER (1990), é importante destacar as diferenças entre os conceitos de protocolos e procedimentos, Procedimentos referem-se às tarefas que a enfermeira deve realizar e os protocolos focalizam o gerenciamento do cuidado do paciente. Os

procedimentos são mantidos em manuais e utilizados somente se a enfermeira precisar desempenhar alguma assistência com determinado aspecto da técnica ou habilidade. Já os protocolos são utilizados pelas enfermeiras para nortear a assistência e muitas vezes fazem parte do prontuário do paciente.

Protocolos, baseados nas Diretrizes para Predicção e Prevenção da Úlcera de Pressão, foram apresentados por COX, LAIRD, BROWN (1998) como uma forma encontrada em suas instituições para integrar as habilidades clínicas e administrativas das enfermeiras gerentes de unidades de internação e fornecer uma assistência de qualidade dentro do orçamento disponível, utilizando conhecimentos científicos. Os protocolos foram elaborados por uma equipe de enfermeiras assessorada por uma enfermeira especialista em cuidados da pele, uma enfermeira da administração e uma de cada unidade de internação, incluindo a do Centro de Terapia Intensiva (CTI). A participação de cada uma delas foi voluntária, atendendo à solicitação da coordenação da equipe. Os protocolos detalhavam: **1)** a documentação necessária; **2)** a extensão e a frequência das avaliações e intervenções requeridas; **3)** os parâmetros de notificações ao médico; **4)** as instruções/ educação para o paciente/familiar. Cada uma das metas das Diretrizes para Predicção e Prevenção da UP foi contemplada pelos autores no protocolo.

Para a identificação dos indivíduos em risco, houve um consenso entre os membros da equipe de que todos os pacientes admitidos seriam avaliados por meio da escala de Braden, recebendo um escore de risco para

UP, como também seriam avaliados os pacientes transferidos para CTI, após todos os procedimentos cirúrgicos. Depois da avaliação inicial, a frequência de reavaliação dependeria do escore de risco.

Visando à manutenção e melhoria da tolerância dos tecidos à pressão, as diferentes intervenções consideradas nas diretrizes, assim como seus resultados foram apresentados no protocolo, quais sejam: avaliar as proeminências ósseas, evitar massagem nas áreas com hiperemia e um programa individualizado de limpeza da pele. Outras considerações: cuidados com pés e calcâneos, com imobilidade; com pacientes diabéticos ou com doença vascular, infecções por fungos ou dermatites.

A proteção em relação à pressão, fricção e cisalhamento ocorreu através de intervenções referentes ao posicionamento dos pacientes acamados ou em cadeira de rodas e também de um controle de horários de reposicionamento e de um instrumento desenvolvido pela equipe de enfermeiras de cuidados da pele para facilitar a seleção de colchões ou camas especializadas.

Visando o fornecimento de programas educacionais, todos os membros da equipe de enfermagem foram avaliados quanto à percepção das suas necessidades educacionais. Frente aos resultados, os membros da equipe de cuidados da pele desenvolveram vários programas educativos. Antes do início da implementação do protocolo, os membros da equipe de cuidados da pele participaram de programas de treinamento prático, passando a ser reconhecidos como “*experts*” por seus pares dentro da unidade de internação, sendo regularmente consultados sobre questões ou

dúvidas existentes, servindo, assim, como fontes de referência para decisões. Com relação às questões que estes profissionais não conseguiam responder, uma enfermeira especialista com maior experiência fornecia o atendimento em regime de plantão, 24 horas por dia.

Para avaliar a qualidade da assistência, coletavam e analisavam regularmente dados tanto em nível de internação quanto os fornecidos pelos comitês centrais de garantia de qualidade da instituição. A coleta era feita através da observação direta da prática, entrevistas com funcionários e revisão dos prontuários. No entanto, embora a observação e a entrevista demonstrassem que os funcionários conheciam e utilizavam o protocolo, a documentação no prontuário ficou abaixo do esperado pelos autores.

BLASZCZYK et al. (1998) relataram outra experiência de desenvolvimento e implementação de um protocolo de prevenção de úlcera de pressão, focalizando-a em calcâneos de pacientes hospitalizados em CTI de um hospital de ensino.

As autoras observaram que todos os pacientes hospitalizados na CTI da instituição, que tinham risco elevado para UP, eram colocados em camas especiais com superfícies redutoras da pressão. No entanto, apesar da redução do número de úlceras sacrais, a incidência de úlcera de pressão continuou elevada. Visando à resolução do problema, formaram uma equipe multidisciplinar composta por enfermeira estomaterapeuta, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e enfermeiras do CTI, sendo solicitada também a assessoria de especialistas da área de medicina de reabilitação, enfermagem ortopédica e do lesado medular, assim como da unidade de

gerenciamento de materiais e de engenharia. Os objetivos da equipe eram:

- 1)** desenvolver um diagrama de fluxo para estratificação do risco;
- 2)** pesquisar as práticas e prevenção de úlcera nos calcâneos, que eram aceitas naquele momento, e modificar a prática existente no hospital para esta se adequar às diretrizes do AHCPR;
- 3)** Educar a equipe de enfermagem e implementar as novas diretrizes que iriam padronizar a sua prática na prevenção das úlceras de pressão.

Estudos prospectivos e retrospectivos foram conduzidos na instituição para identificar os fatores de risco mais comuns para UP, nos pacientes internados. Aplicando os resultados obtidos, os autores desenvolveram os critérios para avaliação e construíram um diagrama que se tornou um instrumento para estratificação dos pacientes por nível de risco. Após o desenvolvimento do instrumento, os membros da equipe estabeleceram um protocolo de intervenção, considerando os diferentes produtos existentes na instituição para aliviar ou reduzir a pressão nos calcâneos e a sua eficácia, bem como o custo/benefício. Os protocolos consideraram os diferentes níveis de risco e a equipe estabeleceu os termos precauções universais para pacientes de baixo risco; precauções preventivas para aqueles com risco moderado e precauções estritas para os de risco elevado.

Antes da implementação do instrumento de avaliação e dos protocolos de cuidados, a equipe iniciou a educação dos funcionários. Para ressaltar a magnitude do problema incluiu no material educativo fotografias de úlceras de pacientes hospitalizados na instituição. A equipe solicitou aos

funcionários a leitura das diretrizes de prevenção da AH CPR com suas justificativas, assim como os estudos de prevalência realizados no hospital. Posteriormente, ministrou um teste derivado das diretrizes e marcou um encontro individual com o funcionário que não passou no teste. A equipe também fez a avaliação da qualidade da assistência, através de observação direta do cuidado, da documentação e das precauções implementadas na prática.

As autoras levaram vários meses para observar a diminuição das taxas de UP e para que os funcionários incorporassem os protocolos na sua prática, porém os resultados evidenciaram não só diminuição das úlceras, como do estágio de comprometimento dos tecidos.

HUEY (1985) descreveu um projeto a ser desenvolvido durante cinco anos por universidades americanas e “*nursing homes*”, com o objetivo de avaliar as conseqüências do cuidado ao idoso, quando as instituições colaboravam uma com a outra, possibilitando a utilização da pesquisa. As investigações focalizaram a associação entre indicadores de qualidade e a ação de docentes de enfermagem, assumindo responsabilidade pela prática clínica. Dentre os problemas estudados, encontravam-se a incontinência urinária, a úlcera de pressão, a nutrição, a queda e a confusão mental.

Em relação à UP, um resultado positivo foi a constatação que somente a realização de estudos mensais de incidência eram suficientes para diminuir as taxas mensais e o grau de gravidade da lesão. Os autores identificaram que um dos principais fatores de risco associados à úlcera nos idosos era a falta de mobilidade, uma vez que 71% das UPs se encontravam

na região isquiática, em virtude destes ficarem o dia todo sentados em cadeira de rodas. A intervenção de enfermagem visou à modificação do horário das atividades dos pacientes que, a partir de então, ficavam sentados por tempo restrito, sendo, posteriormente, recolocados no leito.

Observando a nutrição, identificaram que os pacientes que estavam perdendo peso e que se apresentavam confusos e desorientados eram mantidos mais isolados e com menor mobilidade, durante as refeições. Também foi através da observação do cuidado e da documentação rigorosa que puderam identificar as possíveis falhas ou fatores que aumentavam o risco para UP. Enfatizaram que para sua prevenção era necessária a documentação dos padrões de assistência, com horários, duração e aderência às intervenções, pois os protocolos de intervenções permitem melhorar os resultados da prática.

REGAN et al. (1995) avaliaram o impacto de um programa de prevenção na incidência de UP e o custo estimado para tratá-la *versus* o custo para preveni-la, num hospital para doentes idosos crônicos de longa permanência (nursing homes).

Antes do início do estudo, a instituição não utilizava protocolos de cuidados com a pele, instrumentos de avaliação de risco, produtos para pacientes com incontinência e nem documentavam a ocorrência de danos na integridade da pele.

O Programa Educacional de Prevenção de UP abrangeu todos os itens contemplados nas diretrizes para Predicção e Prevenção de UP da AHCPR e foi desenvolvido antes da implementação de protocolos de

prevenção. As variáveis para avaliação dos resultados foram a incidência de úlcera mensurada a cada dois meses e os custos da prevenção e do tratamento calculados com base no custo de produtos para pele, dos colchões de espuma de alta densidade e do salário da enfermeira.

Os resultados evidenciaram que a incidência de UP declinou de 32,5%, no início do programa, para 3,5% após oito meses tendo em vista a projeção para ocorrência de úlceras frente à incidência inicial, ao final de oito meses, o custo previsto para o tratamento de cada úlcera foi de 5.000 dólares. Assim, com as medidas preventivas adotadas e com a redução do número de úlceras, a instituição economizou aproximadamente 250.000 dólares. Segundo os autores, os resultados sugeriram que a implementação das estratégias do AH CPR em hospitais para doentes idosos crônicos, de longa permanência, pode minimizar a ocorrência de UP.

MCNAUGHTON & BRAZIL (1995) descreveram o impacto causado pela atuação de uma equipe especializada em cuidados com a pele e feridas em hospital para doentes crônicos, composta de médico, nutricionista, terapeuta ocupacional, administrador de enfermagem e com seis enfermeiras pertencentes a cada uma das seis unidades hospitalares. O objetivo da equipe era aumentar o conhecimento e a consciência dos funcionários através de atividades educativas e de consultoria.

Antes do início do programa educacional, a equipe realizou uma *survey* para identificar a prevalência da UP dentro do hospital, buscando os dados no prontuário do paciente, utilizando, para isso, um roteiro. Dos 210 pacientes avaliados, 68 (32%) apresentavam úlcera de pressão e destes, 18

(8,6%) haviam sido internados com a úlcera e 50 (24%) desenvolveram-na após a hospitalização. No ano seguinte, ao início do programa educativo, a equipe avaliou 202 pacientes e constatou que 45 (22%) tinham UP, com estágios mais leves do que as do ano anterior; no entanto, em 11 (5,4%) pacientes, as úlceras estavam presentes já na admissão. Os autores concluíram que a diminuição dos índices de UP mostrava que as estratégias educativas contribuíram para reduzir o número de UP, por meio de medidas de prevenção e controle efetivos.

LANCELLOT (1996) demonstrou o papel da enfermeira especialista clínica (com mestrado na área da prática clínica) participando da coordenação de uma equipe multidisciplinar em unidade médico-cirúrgica e de pacientes críticos, visando à prevenção e tratamento de UP e à obtenção de resultados positivos, sob o ponto de vista clínico e financeiro. As atividades realizadas pelo Programa de Melhoria Contínua da Qualidade tinham a enfermeira no papel de especialista clínica, atuando como consultora para a equipe de saúde e de enfermagem, como educadora para as equipes, pacientes e familiares e ainda como pesquisadora.

BOETTGER (1997), estudando os efeitos da utilização de um colchão redutor de pressão e a educação dos funcionários na incidência de úlcera de pressão em um hospital, comparou dois grupos de pacientes em dois períodos diferentes, um antes e outro após as intervenções. Embora os resultados tenham evidenciado diminuição na incidência de UP no grupo cuja observação ocorreu após as intervenções educativas e a adoção do novo colchão, esta diferença não foi estatisticamente significativa. Os

resultados indicaram a necessidade de desenvolvimento de futuras pesquisas com o fim de identificar e controlar outras variáveis, além das observadas, as quais podem interferir nos resultados da pesquisa clínica, modificando as intervenções de enfermagem.

TOWNSHEND (1996), por sua vez, relatou sua participação num um estudo piloto desenvolvido para implantação das diretrizes do Sistema Britânico de Saúde para Prevenção e Tratamento de UP, em serviços da comunidade. O projeto que durou 12 meses ofereceu programas de estudos, leituras e discussões aos membros da equipe multidisciplinar. Após as sessões educacionais, novos protocolos foram introduzidos, recebendo a assessoria de enfermeiras especialistas, quando necessário. Na segunda fase do projeto, estudos de prevalência e incidência foram realizados para avaliar as diferenças obtidas no cuidado com o novo protocolo.

FENNER (1999) também destacou o importante papel da enfermeira especialista na coordenação da equipe ou na comissão de cuidados da pele em instituições para doentes crônicos, seja na avaliação do risco e das úlceras, bem como, nas recomendações sobre o tratamento para os outros membros da equipe e documentação. Destacou também sua importância na identificação de dados epidemiológicos da instituição, de forma a padronizar o cuidado com base em resultados estatísticos e na educação dos funcionários para prevenção e tratamento.

ZULKOWSKI & KINDSFATER (2000), estudando a qualidade dos planos de cuidado a pacientes idosos admitidos em uma unidade para cuidados agudos avaliaram os fatores de risco para UP e as necessidades

de cuidados específicos, identificados pelo prontuário na sua admissão, encontraram que os problemas relacionados à nutrição, como baixo nível de albumina e perda de peso nos últimos meses, foram apresentados por mais de 70% dos pacientes. No entanto, somente 19% deles receberam suplementação nutricional como intervenção. Os autores observaram, também, documentação inadequada referente à presença da UP, no momento da admissão.

HARRISON et al. (1996) avaliaram a eficácia das diretrizes norte-americanas da AHCPR em um hospital de nível terciário, do Canadá. Uma força tarefa, composta de diversos membros da equipe multidisciplinar do hospital, elaborou e implementou um programa de cuidados da pele o qual constava com estudos de prevalência e incidência de úlcera e análise dos métodos utilizados para avaliação de risco dos pacientes para UP.

Os autores concluíram que as diretrizes da AHCPR forneciam os padrões de cuidado para avaliação da pele e documentação do risco e que a escala de Braden e suas sub-escalas eram úteis para identificação dos fatores de risco e planejamento das intervenções apropriadas.

DEALEY (1997) destacou que, na década de 90, a atenção às úlceras de pressão aumentou no Reino Unido, quando a sua prevenção, considerada importante sobre o ponto de vista clínico, passou a ter importância também sob o ponto de vista político, como consequência dos custos para o sistema de saúde e para o governo.

Em 1998, um painel de profissionais formou o EPUAP- “European Pressure Ulcer Advisory Panel”, que elaborou as diretrizes para tratamento

da UP. Este era muito semelhante àquele publicado nos Estados Unidos, em 1994, e essas diretrizes foram traduzidas também para o Espanhol para uma divulgação mais ampla naquele continente (TORRA I BOU & AGREDA, 2001).

Estudo de LOGAN et al. (1999) descreveu a aplicação de um modelo para utilização da pesquisa e de suas mudanças reestruturais desenvolvidas em unidades de saúde da região do Canadá, visando ao desenvolvimento de Centros de Excelência em Enfermagem e à melhoria da continuidade do cuidado dentro do Sistema de Saúde. Em uma das regiões, o enfoque foi a prática relacionada à úlcera de pressão. As autoras apresentaram na publicação as barreiras e facilidades encontradas para implementação dos resultados de pesquisa na prática, assim como das estratégias usadas para atingirem as metas em unidades de saúde da comunidade, hospitais terciários e de cuidados crônicos. Houve prevalência de estratégias de enfoque educativo, como utilização das diretrizes de prevenção e tratamento da AH CPR para organização de protocolos e programas de melhoria de qualidade; estudos para identificar a incidência e prevalência de úlceras pelos profissionais do serviços; ênfase no papel de consultora da enfermeira especialista em cuidados da pele; “workshops” com enfoque na prática baseada em evidências capazes de estimular os profissionais a buscarem a literatura e a analisá-la de forma crítica; assinatura de periódicos da área de enfermagem voltados à pesquisa.

4.6- Implicações da pesquisa para a enfermagem

A clarificação do conceito de úlcera de pressão e a análise da evolução do conhecimento produzido através das publicações permitem-nos afirmar que o fenômeno está bastante conhecido, assim como as intervenções que visem à sua prevenção. Consideramos que na realidade nacional, entretanto, medidas precisam ser implementadas visando à divulgação deste conhecimento e a sua utilização nas diferentes atividades de enfermagem.

Para BARNSTEINER (1996), a prática baseada em pesquisa requer um contexto que promova o acesso ao conhecimento atualizado, o qual deve ser aplicado por enfermeiros com capacidade para pensar de forma crítica.

A literatura revela que, apesar da importância da produção de conhecimentos para embasar a prática de enfermagem, grandes entraves ocorrem no processo da própria produção, na sua comunicação e aplicação (BURNS & GROVE, 1997).

A construção do conhecimento e a utilização dos resultados de pesquisa são processos interdependentes, essenciais para o avanço da prática científica de enfermagem, e para que se efetivem é importante a seleção de um modelo teórico para a difusão desse conhecimento (WHITE et al. 1995).

BURNS & GROVE (1997) afirmam que a utilização da pesquisa, comumente, é dificultada por falha na comunicação entre o pesquisador da Universidade (que produziu o conhecimento) e o profissional que está na

prática institucional. Ressaltam que esta preocupação não é única da enfermagem, pois na década de 70, este problema levou o governo americano a contratar um grupo de especialistas, com o fim de examinar as razões pelas quais os resultados das pesquisas financiadas com verbas governamentais não estavam sendo utilizadas pela sociedade. O trabalho desses especialistas impulsionou o campo de estudo que examina o processo de utilização do conhecimento das teorias de Rogers e de Havelock, as quais têm direcionado a aplicação dos resultados de pesquisa, em diferentes áreas de conhecimento, incluindo a enfermagem.

Everett Rogers desenvolveu a teoria de difusão de novos conhecimentos na década de 60 e definiu difusão como “o processo pelo qual uma inovação é comunicada por meio de certos canais, através do tempo entre os membros de um sistema social” (Rogers apud BURNS & GROVE, 1997).

O autor destaca, em sua teoria, que a decisão de um indivíduo sobre uma inovação não é um ato instantâneo, e sim um processo que ocorre com o tempo, consistindo de uma série de ações, as quais apresentam cinco estágios, conforme figura a seguir.

Figura 1. Estágios para o processo de inovação.

BURNS, N.; GROVE, S.K. **The practice of nursing research**. 3. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1997.

- 1- Estágio do Conhecimento: quando é apresentada ao indivíduo a inovação, e este adquire alguma compreensão sobre o seu funcionamento ou sobre os seus princípios.
- 2- Estágio de Persuasão: o indivíduo vai formar uma opinião favorável ou desfavorável em relação à inovação, partindo dos conhecimentos e percepções de suas características e consequências.
- 3- Estágio de Decisão: ocorre quando o indivíduo engaja-se em atividades que o levarão a adotar ou rejeitar a inovação.
- 4- Estágio de Implementação: acontece quando o indivíduo põe a inovação em uso, podendo esta ser observada através de seu comportamento.

- 5- Estágio de Confirmação: neste estágio o indivíduo procura esforços que confirmem a sua decisão de adotar a inovação, a qual poderá levá-lo à reversão da decisão se as mensagens obtidas forem conflitantes.

Segundo Rogers apud BURNS & GROVE (1997), um campo de pesquisa científica se inicia com a nova conceitualização de um fenômeno ou com a revolução paradigmática do conhecimento, conforme proposta por Kuhn. Isto direcionará os esforços intelectuais de um grupo de cientistas (chamado por Rogers de colégio invisível), seja para avançar num conceito, ou para desaprovar alguns aspectos do mesmo. O estudo do tópico comum leva, gradualmente, o grupo a um consenso sobre o assunto e, posteriormente, este mesmo grupo observa o declínio do interesse científico na rede informal de pesquisadores. O autor destaca, assim, a natureza social do processo de pesquisa, onde as decisões cruciais são influenciadas por uma rede de cientistas, organizadas ao redor de uma importante idéia.

Havelock apud BURNS & GROVE (1997) trouxe uma nova dimensão à teoria da utilização do conhecimento, ao apresentar um modelo onde existe uma ligação ("link") ou interação entre o usuário e o cliente, dentro de um sistema do qual estão fora os recursos ou agentes de mudanças. A ligação ou interação é usada para transferir novos conhecimentos, habilidades ou produtos de fora para dentro do sistema, permitindo a sua utilização.

Figura 2. Modelo para a utilização do conhecimento.

BURNS, N.; GROVE, S.K. **The practice of nursing research**. 3. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1997.

O modelo de Havelock, apresentado na figura acima, é descrito em seis estágios (Havelock apud BURNS; GROVE, 1997).

No estágio 1, a necessidade do cliente é identificada, e então transformada em diagnóstico (estágio 2), que representa os problemas a serem resolvidos. Uma interação com o meio externo é estabelecida e o agente de mudança irá auxiliar no processo de diagnóstico, iniciando, também, a ligação com os recursos (estágio 3), que irão colaborar na solução (estágio 4). A construção da solução (estágio 5) envolve a seleção dos recursos que podem contribuir, enquanto a aplicação da inovação (estágio 6), é feita também com auxílio do agente externo, que deixa o sistema quando adotada pela maior parte dos membros.

Os modelos de Rogers & Havelock podem ser utilizados por enfermeiros que queiram fazer a translação dos resultados da pesquisa para a prática em diferentes áreas. Diferentes estratégias podem ser utilizadas para divulgar o conhecimento para profissionais e líderes institucionais formadores de opiniões.

Após a nova informação ou inovação ser conhecida, torna-se necessário o uso de estratégias para persuadir os profissionais e instituições para aderir às mudanças necessárias. Muitas vezes, a participação de agentes externos no papel de especialistas ou consultores, facilitará a adoção do novo conhecimento.

A utilização destes modelos permite também a identificação das barreiras individuais e institucionais do sistema social que impedem que as mudanças na prática sejam implementadas. Assim, estratégias adequadas para a resolução do problema de implementação do resultado de pesquisa podem ser utilizadas. Para isso, torna-se necessário, entretanto, que os enfermeiros tenham não só o conhecimento clínico mas, também, da natureza social das organizações e dos processos de mudanças incluindo os benefícios e barreiras (BURNS & GROVE, 1997).

Dentro deste enfoque, FACIONE & FACIONE (1996) investigaram as barreiras encontradas por 149 enfermeiras da Austrália, para utilizarem os resultados de uma pesquisa na prática de uma instituição, e as três barreiras, citadas de forma mais freqüente, foram: tempo insuficiente no trabalho para implementarem os resultados de pesquisa; tempo insuficiente para lerem pesquisas e desconhecimento dos resultados de pesquisas.

Observamos nos estudos analisados em nossa revisão, que vários tipos de barreiras para a implementação dos resultados são evidenciados por diferentes autores, tais como: falta de tempo, falta de apoio institucional e até mesmo da própria gerência de enfermagem e também falta de autonomia dos enfermeiros, o que dificulta a mudança da prática clínica. As enfermeiras, freqüentemente, acreditam que não podem mudar a prática dentro das instituições, não sendo possível esperar a implementação de mudanças sem o apoio institucional, pois o processo de inovação requer que o profissional, a partir do conhecimento adquirido, tome a atitude de adotar ou rejeitar a implementação de uma idéia.

No Brasil, a produção do conhecimento sobre a UP vem sendo construída desde a década de 70, e observamos que os estudos, em sua maioria, são relatos descritivos de experiências que focalizam com mais ênfase o tratamento da lesão. Atualmente, existe uma movimentação da comunidade científica da enfermagem brasileira, no sentido de buscar novos conhecimentos sobre a UP, o que é feito ainda de maneira incipiente, visto que encontramos poucos trabalhos indexados a esse respeito. Não localizamos, no entanto, nos estudos brasileiros, uma tendência de continuidade e de incorporação de conceitos, o que a literatura internacional já apresenta há algum tempo. Podemos concluir assim que na área de úlcera de pressão estamos nos primeiros estágios do processo de difusão de inovação proposto por Rogers.

Evidenciamos também, que no Brasil, a produção do conhecimento sobre UP traz conceitos desatualizados, assim como

afirmações inverídicas, como a que a UP poderia ser abolida da medicina se o decúbito fosse mudado a cada duas horas. Esta colocação mostra que os autores desconsideraram os estudos sobre a etiologia da UP, que comprovam as influências dos fatores intrínsecos para o seu desenvolvimento e demonstram a dificuldade de incorporação, aplicação e ampliação dos conceitos à nossa realidade.

Notamos que os pesquisadores se mobilizam para obter alternativas terapêuticas que atendam às necessidades da realidade brasileira, ou seja, um tratamento de qualidade e baixo custo. Este aspecto é fundamental, no entanto, percebemos que a utilização de alternativas disponíveis para o tratamento ainda continuam inconsistentes, merecendo que novos estudos sejam implementados, tanto em caráter comparativo como experimental.

Quanto à utilização dos resultados de pesquisa na prática de enfermagem, referentes a outros temas, observamos que em nosso país há evidências de que também a produção científica dos pesquisadores de enfermagem não é amplamente incorporada à prática de modo satisfatório (MENDES, 1990; LOPES, 1993).

LOPES (1993) verificou a aplicabilidade dos resultados das pesquisas de enfermagem na prática assistencial, a partir da produção do conhecimento. Seu trabalho mostrou que, na realidade, muitas barreiras existem nesse sentido, porém elas são de ordem institucional e pessoal. Quanto às facilidades identificadas pelo autor, elas se referem aos incentivos

da instituição e do serviço de enfermagem, visando ao crescimento e desenvolvimento profissional.

A prática clínica tem refletido falhas no processo de cuidar, de modo que os profissionais de enfermagem empiricamente, têm demonstrado pouco conhecimento para prevenir e tratar as lesões.

A falta de conhecimento dos profissionais, a esse respeito, pode estar relacionada à falta de estudos de incidência e prevalência, a falhas no ensino e na política institucional para promoverem a capacitação profissional e à falta de recursos voltados à prevenção e tratamento adequados.

Em geral, a literatura recomenda que programas educativos devam ser criados pelas instituições, a fim de capacitarem os profissionais, familiares e pacientes, quanto às medidas preventivas e de tratamento. Como o desenvolvimento de protocolos de cuidados, a coordenação e a avaliação da assistência prestada pela equipe de enfermagem é de responsabilidade da enfermeira, esta precisa adquirir conhecimentos científicos adequados e capacidade para tomar decisões acerca do cuidado a ser prestado (CARLSON & KING, 1990; BERGSTROM et al., 1996; DEALEY, 1997).

PIEPER (1990) recomenda que os hospitais ou instituições precisam contratar enfermeiras especialistas ou enfermeiras estomaterapeutas, com experiência clínica voltada aos cuidados com feridas, pois só através do conhecimento é que poderão selecionar produtos e procedimentos adequados à situação. Destaca que o trabalho da enfermeira especialista favorece a relação custo/benefício para o paciente e

hospital, além do que poderá monitorar a incidência e prevalência de UP na instituição e ainda ser responsável pela educação do *staff*, quanto à documentação do prontuário e à construção e validação de protocolos. No caso da enfermeira especialista em feridas, ela tem capacidade para trazer um impacto positivo às instituições, principalmente porque o tratamento da UP traz uma despesa incalculável aos cofres dos serviços de saúde. Sendo assim, o desenvolvimento e melhora da UP são tidos como um indicador de qualidade, como apregoam algumas instituições internacionais.

No Brasil, apesar das dificuldades apresentadas, a comunidade de enfermagem se movimenta, procurando formar sociedades, como exemplos, a Sociedade Brasileira de Dermatologia e a Sociedade Brasileira de Estomaterapia, como também Cursos de Especialização, visando promover a capacitação dos profissionais.

Existe recomendação acerca das estratégias de implementação dos resultados de pesquisa, a presença de mentores que atuem junto às enfermeiras, como elementos de persuasão no desenvolvimento de habilidades cognitivas para julgamento clínico e tomada de decisão, a partir do pensamento crítico (FACIONE & FACIONE, 1996).

Outro fator importante a ser considerado diz respeito à formação profissional do aluno, que deve ser preparado ainda na graduação, com informações atualizadas provenientes tanto de livros-textos como de artigos. A literatura revisada confirma que o conhecimento sobre prevenção e tratamento da UP auxilia nas decisões a cerca das intervenções de enfermagem e que as fontes de informações devem merecer maior atenção,

por parte dos docentes, considerando sua qualidade, de forma a mudarem a situação clínica.

Revisando alguns livros-textos de enfermagem utilizados na graduação, encontramos terminologias e conceitos inadequados, principalmente nos editados na década de 80. Já os livros editados na década de 90, possuem conceitos mais atuais, evidenciando a incorporação de novos conceitos, porém com erros na sua terminologia, parecendo haver uma tendência de eternizar o termo úlcera de decúbito ou escara.

É fundamental que os docentes, de um modo geral, busquem através do consenso, a uniformização da linguagem garantindo ao aluno um aprendizado correto, para que, assim, possa desempenhar a sua função de forma segura e adequada. Para que isso ocorra, é imprescindível investimento intelectual, ou seja, o profissional deve buscar novos conhecimentos. Uma hipótese levantada por PIEPER (1990), refere-se à falta de assinatura de periódicos especializados em feridas, pelas bibliotecas das Universidades, de modo que os docentes não tendo este conteúdo atualizado teriam dificuldade para apresentá-lo aos seus alunos, que poderiam se graduar com um fraco conhecimento sobre a prevenção e tratamento da UP.

A autora refere que para a utilização dos resultados da pesquisa ter êxito, é preciso que o *staff* de enfermagem (as enfermeiras clínicas especialistas e os docentes pesquisadores) procure a colaboração entre seus pares, para desempenhar o papel de mentores e, desse modo, auxiliar no processo.

BARNETT et al. (1990) destacam que os pesquisadores precisam focalizar a realidade da prática, de modo a despertarem o interesse e o envolvimento dos profissionais, pois a inter-relação dos enfermeiros pesquisadores, assistenciais e docentes é valiosa e capaz de efetivar mudanças da prática. Os autores recomendam, também, estratégias educacionais, tais como participação em eventos, seminários, conferências, além de leituras de periódicos, para favorecer o crescimento profissional.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou que compreendêssemos, por meio da análise do conceito da UP, a construção do conhecimento e a sua evolução na enfermagem. Observamos, nos trabalhos, internacionais que no processo evolutivo o enfoque foi a prevenção da UP, e que o avanço na produção do conhecimento, nessa área, ocorreu gradativamente à medida que o problema foi sendo desvelado pela comunidade científica.

Na década de 90, especialmente, houve uma explosão no número de trabalhos sobre UP, ficando a tônica dos estudos voltada à divulgação e implementação dos resultados dos mesmos na prática de enfermagem.

Vários autores destacaram a necessidade do conhecimento científico, na busca da qualidade de assistência, assim como a fundamentação da prática clínica para o cuidado da UP.

Evidenciamos, no entanto, uma preocupação dos pesquisadores em eximir o sentimento de culpa que recai, principalmente, sobre a enfermagem, quanto ao aparecimento da lesão, demonstrando, através das evidências científicas, que o problema vai além do cuidado de enfermagem, ou seja, que a sua ocorrência envolve uma série de fatores que precisam ser conhecidos pelos enfermeiros e evitados, quando possível.

Os estudos destacaram com freqüência a importância do cuidado de enfermagem, principalmente para a prevenção da UP, onde a enfermeira tem o papel de planejar uma assistência adequada à necessidade de cada paciente. Além de coordenar a assistência, a enfermeira deve desenvolver seu trabalho conjuntamente com a equipe multidisciplinar, em que cada

membro colabora com o seu conhecimento, atendendo ao paciente de forma integral.

A literatura recomenda que para a implementação dos resultados de pesquisa na prática se efetivar, vários obstáculos devem ser transpostos, dentre eles falta de aderência da instituição. Assim, diferentes formas de estratégias podem ser utilizadas, favorecendo e despertando o interesse dos profissionais para a necessidade de mudanças da prática.

Quanto aos órgãos formadores de recursos humanos, cabe a eles garantir que os futuros enfermeiros recebam conhecimentos da prática ainda na graduação; para tanto, é preciso que os docentes busquem ministrar conteúdos atualizados e, conseqüentemente, que as instituições disponibilizem recursos para que os docentes possam se atualizar.

No Brasil, e no mundo todo, estima-se um aumento da expectativa de vida da população, e como conseqüência podemos esperar um maior índice de problemas crônicos de saúde, incluindo aqueles que podem levar à UP.

Para causar impacto na mudança da prática clínica, os profissionais de saúde precisam desenvolver ações colaborativas para a prevenção e cuidado da UP, no sentido de reduzirem o impacto negativo que essas lesões representam na vida do paciente e de sua família, assim como para o sistema de saúde e para a sociedade como um todo.

Quanto mais nós, os profissionais da saúde, integrarmos nossos esforços por um cuidado contínuo e holístico, melhores serão os resultados, especialmente para os nossos pacientes.

ANEXO I

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS BIBLIOGRÁFICOS

1- IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR

1.1- Nome: _____

2- IDENTIFICAÇÃO DA PUBLICAÇÃO

2.1- Título do artigo: _____

2.2- Periódico ou editora _____

Volume _____ nº _____ p. _____

ano _____

2.3- Local da publicação

3- BASE DA DADOS DE LOCALIZAÇÃO DO ARTIGO

4- OBJETIVOS DO ESTUDO

5- DESCRIÇÃO DO CONCEITO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

ANEXO II

RELAÇÃO DE ARTIGOS QUE FIZERAM PARTE DA AMOSTRA

- 01 REICHEL, S.M.; BALTIMORE, M.D. Shearing force as a factor in decubitus ulcer in paraplegics. **JAMA**, v. 15, n. 7, p. 762-763, 1958.
- 02 VERHONICK, B.P.J. Decubitus ulcer observations measured objectively. **Nursing Research**, v. 10, n. 1, p. 211-13, 1961.
- 03 VERHONICK, P.J. A preliminary report of a study of decubitus ulcer care. **American Nursing of Nursing**, v. 61, n. 8, p. 68-9, 1961.
- 04 BLISS, M.R.; McLAREN; EXTON-SMITH. Preventing pressure sore in hospital: controlled trial of a large celled ripple mattress. **British Medical Journal**, v. 1, n. 19, p. 394-7, 1967.
- 05 COMARÚ, M.N.; CAMARGO, C.A. Um problema de enfermagem: as escaras de decúbito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 96-106, 1971.
- 06 MCKINNON-MULLET, E.L. Circulation research: exploring its potential in clinical nursing research. **Nursing Research**, v. 21, n. 6, p. 494-98, 1972.
- 07 WILLIAMS, A. A study of factors contributing to skin breakdown. **Nursing Research**, v. 21, n. 3, p. 238-43, 1972.
- 08 GOSNELL, D.J. An assessment tool to identify pressure ulcer. **Nursing Research**, v. 22, n. 1, p. 55-9, 1973.
- 09 RESIO, D.T.; VERHONICK, P.J. On the measurement and analysis of clinical data in nursing. **Nursing Research**, v. 22, n. 5, p. 388-93, 1973.
- 10 RUBIN, C.F.; DIETZ, R.R.; ABRUZZESE, R.S. Auditing the decubitus ulcer problem. **American Journal of Nursing**, v. 74, n. 10, p. 1820-1821, 1974.
- 11 BERECEK, K.H. Etiology of decubitus ulcers. **Nursing Clinics of North America**, v. 10, n. 1, p. 157-211, 1975.
- 12 ROPER, N. Justification and use of research in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 2, n. 4, p. 365-71, 1977.

- 13 DUGAS, B.W. **Enfermagem prática**. 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
- 14 SOUZA, E.F. **Novo Manual de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1978. Cap. 8.
- 15 GERBER, R.M.; ORT, S.R.V. Topical Application of insulin in decubitus ulcer. **Nursing Research**, v. 28, n. 1, p. 17-19, 1979.
- 16 ANGARTEN, M.G.; SANTOS, M.L.F. Detecção de alterações em exame físico da pele da região de apoio de pacientes submetidos prolongadamente a um mesmo decúbito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n. 33, p. 443-52, 1980.
- 17 CROW, R.A. Research and the standards of nursing care: what is the relationship? **Journal of Advanced Nursing**, n. 6, p. 492-6, 1981.
- 18 SIMPSON, A. A personal view of nursing research. **Nursing Times**, v. 77, n. 32, p. 1393-6, 1981.
- 19 CROW, R. Towards better care. **Nursing Mirror**, v. 154, n. 12, p. 24-5, 1982.
- 20 GOLDSTONE, L.A.; GOLDSTONE, J. The Norton Score: an early warning of pressure sores? **Journal of Advanced Nursing**, n. 7, p. 419-26, 1982.
- 21 SHANON, M. L. **Pressure sore**. London, Aspen Publication, 1982. Chap. 22.
- 22 ANGARTEN, M.G. et al. Prevenção de escara de decúbito: avaliação de programa de treinamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 36, p. 25-28, 1983.
- 23 MARRON, K.R. et al. The nonuse of urethral catheterization in the management of urinary incontinence in the teaching nursing home. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 31, n. 5, p. 278-281, 1983.
- 24 GONÇALVES, N.P.; UEMURA, H. Colchão d'água e colchão de alpiste na prevenção de escaras de decúbito. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 37, n. 3/4, p. 290-92, 1984.
- 25 PANK, P. et al. Using research in nursing. **Nursing Times**, v. 80, n. 11, p. 44-45, 1984.
- 26 HUEY, F.L. What teaching nursing homes are teaching us. **American Journal of Nursing**, v. 85, n. 6, p. 678-83, 1985.

- 27 ADAMS, M. Aging: gerontological nursing research. **Nursing Research**, n. 4, p. 77-103, 1986.
- 28 AZEVEDO, I.B.S. et al. Tratamento das escaras de decúbito com própolis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 39, n. 2, p. 33-7, 1986.
- 29 DEACON, L. Does anyone read research? **Nursing Times**, v. 82, n. 32, p. 57-9, 1986.
- 30 GOULD, D. Pressure sore prevention and treatment: a example of nurses' failure to implement research findings. **Journal of Advanced Nursing**, n. 11, p. 389-394, 1986.
- 31 BRADEN, B.; BERGSTROM, N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. **Nursing Research**, v. 12, n. 1, p. 8-12, 1987.
- 32 BERGSTROM, N. et al. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. **Nursing Research**, v. 36, n. 4, p. 205-10, 1987.
- 33 CAMPEDELLI, M.C.; GAIDZINSKI, R.R. **Escara: problema na hospitalização**. São Paulo, Ática, 1987.
- 34 GOSNELL, D.J. Assessment and evaluation of pressure sores. **Nursing Clinics North America**, v. 22, n. 2, p. 399-416, 1987.
- 35 MONETTA, L. Uso da papaína nos curativos feitos pela enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 40, n. 1, p. 66-73, 1987.
- 36 MONETTA, L. Desafios da assistência de enfermagem: propostas de soluções nas escaras de decúbito. In: Ciclo de debates sobre assistência de enfermagem. **Anais**. São Paulo, 1988.
- 37 SOUZA, M.I.T.P. **Úlcera de decúbito: história natural e informações de paraplégicos**. Ribeirão Preto, 1988. 108p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- 38 ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1989. Cap. 28.
- 39 COPELAND-FIELDS, L.D.; HOSHIKO, B.R. Clinical validation of Braden and Bergstrom's conceptual schema of pressure sore risk factors. **Rehabilitation Nursing**, v. 14, n. 5, p. 257-60, 1989.
- 40 GIROMINI, B.O. et al. Pressure ulcer prevention versus treatment. Comparative product cost study. **Decubitus**, v. 2, n. 3, p. 52-4, 1989.

- 40 GOSNELL, D.J. Pressure sore risk assessment part II analysis of risk factors. **Decubitus**, v. 2, n. 3, p. 40-3, 1989.
- 42 HOFF, I. Effecting a change in nursing practice: pressure ulcer prevention. **Journal of Nursing Quality Assurance**, v. 3, n. 4, p. 56-63, 1989.
- 43 KENNEDY, J. Ring cushions an out moded treatment. **Nursing Times**, v. 85, n. 48, p. 34-5, 1989.
- 44 SEBERN, M.D. Cost and efficacy of pressure ulcer management in a metropolitan visiting nurse association. **Decubitus**, v. 2, n. 3, p. 58-9, 1989.
- 45 SHANNON, M.L.; SKORGA, P. Pressure ulcer prevalence in two general hospitals. **Decubitus**, v. 2, n. 4, p. 38-43, 1989.
- 46 CARLSON, C.E.; KING, R.B. Prevention of pressure ulcer. **Annual Review Nursing Research**, v. 8, p. 35-56, 1990.
- 47 FLEMMING, B.J.; FITCH, M.I. Discovering nursing research. **Canadian Operating Room Nursing Journal**, v. 8, n. 4, p. 15-18, 1990.
- 48 HALE, C. Pressure sores: assessing the cost. **Nursing Times**, v. 86, n. 25, p. 66-9, 1990.
- 49 IRVINE, A.; BLACK, C. Pressure sore: practices. **Nursing Times**, v. 86, n. 38, p. 74-8, 1990.
- 50 MYERS, S.A. et al. Consistent wound care and nutritional support in treatment. **Decubitus**, v. 3, n. 3, p. 16-28, 1990.
- 51 PIEPER, B. et al. Nurses documentation about pressure ulcers. **Decubitus**, v. 3, n. 1, p. 32-4, 1990.
- 52 SALZBERG, C.A. et al. Development of a computerized data base to evaluate pressure ulcers. **Decubitus**, v. 3, n. 3, p. 29-36, 1990.
- 53 SAYDAK, S.J. A pilot test of two methods for the treatment. **Journal of Enterostomal Therapy**, v. 17, n. 3, p. 139-142, 1990.
- 54 SMITH, A.M.; MALONE, J.A. Preventing pressure ulcers in institutionalized elders: assessing the effects of small unsehe duled shifts in body position. **Decubitus**, v. 3, n. 4, p. 20-4, 1990.
- 55 MAKLEBUST, J. Impact of AHCPR pressure ulcer guidelines on nursing practice. **Decubitus**, v. 4, n. 2, p. 46-50, 1991.

- 56 BATES-JENSEN, B.M.B.; VREDEVOE, D.L.; BRECHT, M.L. Validity and realibility of pressure sore status tool. **Decubitus**, v. 5, n. 6, 1992.
- 57 MAKLEBUST, J.; MAGNAN, M.A. Approaches to patient and family education for pressure ulcer management. **Decubitus**, v. 5, n. 7, p. 18-28, 1992.
- 58 CARDY, M. A tool to document the competence of clinicians to prevent and manage pressure ulcers. **Decubitus**, v. 5, n. 6, p. 46-9, 1992.
- 59 HU, T-W. et al. Cost analysis for guideline implementation in prevention and early treatment of pressure ulcer. **Decubitus**, v. 6, n. 2, p. 42-6, 1993.
- 60 BARBOSA, P.M.K.; SILVA, L.C.P. Utilização da clara do ovo em neve nas úlceras de decúbito. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 27-34, 1994.
- 61 BERGMAN-EVANS, B.; CUDDIGAN, BERGSTROM, N. Clinical Practice Guidelines: prediction and prevention of pressure ulcers. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 20, n. 9, p. 19-26, 1994.
- 62 DECLAIR, U. Aplicação de triglicerídeos de cadeia média (TCM) na prevenção de úlcera de decúbito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 47, n. 1, p. 27-30, 1994.
- 63 KRESEVIC, D.M.; NAYLOR, M. Preventing pressure ulcers trough use of protocols in a mentored nursing model. **Geriatric Nursing**, v. 16, n. 5, p. 225-9, 1995.
- 64 LAND, L. A review of pressure damage prevention strategies. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, p. 329-337, 1995.
- 65 MCNAUGHTON, V.; BRAZIL, K. Impact on pressure ulcer prevalence in chronic care. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 21, n. 2, p. 45-9, 1995.
- 66 REGAN, M.B.; BYERS, P.H.; MAYROVITZ, H.N. Efficacy of a comprehensive pressure ulcer prevention program in an extended care facility. **Advances in Wound Care**, v. 8, n. 3, 1995.
- 67 PIEPER, B.; MOTT, M. Nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging, and description. **Advances in Wound Care**, v. 8, n. 3, p. 34-46, 1995.
- 68 ANTHONY, D. The treatment of decubitus ulcers: a century of misinformation in the textbooks. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, p. 309-316, 1996.

- 69 BOYNTON, P.R.; PAUSTIAN, C. Wound assessment and decision – making options. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 8, n. 2, p. 125-39, 1996.
- 70 HARRISON, M.B.; WELLS, G.; FISHER, A.; PRINCE, M. Practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers: evaluating the evidence. **Applied Nursing Research**, v. 9, n. 1, p. 9-17, 1996.
- 71 LANCELOT, M. CNS Combats pressure ulcers with skin and wound assessment team (SWAT). **Clinical Nurse Specialist**, v. 10, n. 3, p. 154-60, 1996.
- 72 MAKLEBUST, J.; SIEGGREEN, M. **Pressure ulcer**: guidelines for prevention and nursing management. Pennsylvania, Springhouse Corporation, 1996.
- 73 SANTOS, K.A.; NEVES, R.C.S.; JESUS, M.C.P. Uso terapêutico do açúcar mascavo em ulcerações. **Revista HU** – Juiz de Fora, v. 22, n. 2, p. 52-67, 1996.
- 74 TOWNSHEND, B. Clinical guidelines: a pilot study of pressure sore care. **Nursing Standard**, v. 10, n. 18, p. 49-52, 1996.
- 75 BOETTGER, J.E. Effects of a pressure reduction mattresses and staff education on the incidence of nosocomial pressure ulcers. **Journal Wound Care Nursing**, v. 24, n. 1, p. 19-25, 1997.
- 76 DEALEY, C. Pressure ulcer prevention. The UK. perspective. **Dermatology Nursing**, v. 9, n. 2, 1997.
- 77 PIEPER, B.; MATTERN, J.C. Critical care nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging and description. **Ostomy Wound Management**, v. 43, n. 2, p. 22-31, 1997.
- 78 MARINHO, A.M. Atenção nos cuidados de enfermagem das escaras quanto às associações terapêuticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 50, n. 2, p. 257-74, 1997.
- 79 SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8 ed. 1997. Cap. 17.
- 80 ANDRYCHUK, M.A. Pressure ulcers: causes, risk factors, assessment, and intervention. **Orthopedic Nursing**, v. 17, n. 4, p. 65-81, 1998.
- 81 BLASZCZYK, J.; MAJEWSKI, M.; SATO, F. Make a difference: standardize your heel care practice. **Ostomy Wound Management**, v. 44, n. 5, p. 32-40, 1998.

- 82 COX, K.R.; LAIRD, M.; BROWN, J.M. Predicting and preventing pressure ulcers in adults. **Nursing Management**, v. 29, n. 7, p. 41-5, 1998.
- 83 LAMOND, D.; FARNELL, S. The treatment of pressure sores: a comparison of novice and expert nurses' knowledge, information use and decision accuracy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 27, p. 280-286, 1998.
- 84 MENECHIN, P.; LOURENÇO, M.T.N. A utilização da escala de Braden como instrumento para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em pacientes de um serviço de emergência. **Nursing**, v. 1, n. 4, p. 13-19, 1998.
- 85 SILVA, M.S.M.L. **Fatores de risco para úlcera de pressão e pacientes hospitalizados**. Paraíba, 1998. 89p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba.
- 86 MONETTA, L. **Análise evolutiva do processo de cicatrização em úlceras diabéticas, de pressão e venosas com uso de papaína**. São Paulo, 1998. p. 192. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 87 BEITZ, J.; FEY, J.; O'BRIEN, D. Perceived need for education vs. Actual knowledge of pressure ulcer care in a hospital nursing staff. **Dermatology Nursing**, v. 11, n. 2, p. 125-38, 1999.
- 88 FENNER, S.P. Developing and implementing a wound care program in long-term care. **Journal Wound Ostomy Care Nursing**, v. 26, n. 5, p. 254-60, 1999.
- 89 GALLAGHER, S.M. Restructuring the therapeutic environment to promote care and safety for the obese patient. **Journal Wound Ostomy Care Nursing**, v. 26, n. 6, p. 292-6, 1999.
- 90 LOGAN, J. et al. Evidence – based Pressure-ulcer practice: The Ottawa model of research use. **Canadian Journal of Nursing Research**, v. 31, n. 1, p. 37-52, 1999.
- 91 MAKLEBUST, J. An update on horizontal patient support surfaces. **Ostomy Wound Management**, v. 45, n. 1, p. 70-7, 1999.
- 92 MOCKRIDGE, J.; ANTONY, D. Nurses' knowledge about pressure sore treatment and healing. **Nursing Standard**, v. 13, n. 29, p. 69-72, 1999.
- 93 OVINGTON, L.G. Dressings and Adjunctive therapies: AHCPR guidelines revisited. **Ostomy Wound Management**, v. 45, n. 1, p. 94-106, 1999.

- 94 POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem** – Conceitos, processo e prática. Trad. Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Márcia Tereza Luz Lisboa, William César Alves Machado. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1999. v. 2.
- 95 QUINN, D. The principles of pressure sore prevention. **Nursing Standard**, v. 13, n. 36, p. 46-7, 1999.
- 96 RIJSWIJK, L.V.; BRADEN, B.J. Pressure ulcer patient and wound assessment: an AHCPR clinical practice guideline update – Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). **Ostomy/Wound management**, n. 45, p. 56-67, 1999.
- 97 FARO, A.C.M. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, n. 3, p. 279-83, 1999.
- 98 PARANHOS, W.Y. **Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa**. São Paulo, 1999. p. 78. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- 99 BACKES, D.S.; GUEDES, S.M.B.; RODRIGUES, Z.C. Prevenção de úlceras de pressão: uma maneira barata e eficiente de cuidar. **Nursing**, v. 2, n. 9, p. 22-7, 1999.
- 100 FERNANDES, L.M.; CALIRI, M.H.L. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 25-31, 2000.
- 101 GRAZIOSI, A.C.; FUSTINOFI, S.M. **Úlcera por compressão**. São Paulo, Atheneu, 2000. Cap. 25.
- 102 ZULKOWSKI, K.; KINDSFATER, D. Examination of care-planning needs for elderly newly admitted to an acute care setting. **Ostomy Wound Management**, v. 41, n. 1, p. 32-8, 2000.
- 103 TORRA I BOU, J.E.; AGREDA, J.J.S. Directrices para el tratamiento de las úlceras por presión. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), **Gerokomos, Helcos**, v. 12, n. 1, p. 35-8, 2001.

ANEXO III – CRITÉRIOS DE MENSURAÇÃO PARA OBSERVAÇÕES DA ÚLCERA DE DECÚBITO

VERHONICK, B. P. J. Decubitus ulcer observations measured objectively.
Nursing Research. v. 10, n. 1, 1961.

NOME DO PACIENTE	ENFERMARIA	OBSERVADOS
LOCALIZAÇÃO DA ÚLCERA DE DECÚBITO		
Número da observação		
Data		
1. Tamanho: (sq. em.)		
1.1 Induração		
1.2 Escoriação		
1.3 Necrose		
1.4 Escara		
1.5 Profundidade		
2. Cor (escala numérica)		
2.1 Induração		
2.2 Escoriação		
2.3 Necrose		
2.4 Escara		
2.5 Palidez		
3. Tom da pele		
4. Condição da pele		
5. Drenagem		
6. Sensação		
7. Processo infeccioso		
8. Outros fatores		

Outros fatores						

CHAVE PARA OBSERVAÇÃO DA ÚLCERA DE DECÚBITO

1. Tamanho – Traçado atual
Circunferência em centímetro quadrado
 2. Cor – Escala Numérica (uso específico da escala de cores).
 3. Tônus da Pele
3.1 turgor frouxo
3.3 turgor moderado
3.5 turgor duro e esticado
 4. Condição da pele
4.1 desidratada
4.2 edematosa
4.3 eritematosa
4.4 pálida
4.5 arroxeadas
4.6 quente e seca
4.7 perspiração
4.8 rash
4.9 mosaico
 5. Drenagem
5.1 crítica
5.2 sero-sangüínea
5.3 purulenta
 6. Sensação – expressado em sítio
6.0 sem queixa
6.1 anestesiado
6.2 formigamento
6.3 prurido
6.4 irritação
6.5 dor leve
6.6 dor moderada
6.7 dor severa
- Definições da escala:
Excesso – tamanho de 1 a 4 cm² no curativo
1 x ao dia a 2x ao dia
Moderado – tamanho 4 a 10 cm² no curativo
2 x ao dia a 3 x ao dia
Profuso – curativo saturado e
trocado q4h to q2h

CHECKLIST DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM						
(Título do impresso foi definido para proposta da pesquisa – Tarefa nº 21)						
NOME DO PACIENTE			ENFERMARIA	OBSERVADOS		
CONDIÇÕES GERAIS E FATORES CONTRIBUINTES						
Número da observação						
Data						
Tipo de suporte						
Limpeza da pele Banho corporal	Tipo					
	Frequência					
	Agente					
Limpeza das áreas de pressão	Tipo					
	Frequência					
	Agente					
Massagem	Tipo					
	Frequência					
	Agente					
Mudança de posição	Tipo de decúbito					
	Frequência					
	Duração					
	Fora do leito					
Avaliação da ingestão diária	Oral					
	Parenteral					
	Total					
Avaliação da eliminação diária	Urina					
	Vômito					
	Drenagem					
	Total					
Fezes	Número					
	Consistência					
Dieta	Tipo					
	Aceitação					
Nutrição extra	Tipo					
	Frequência					

Vitamina Rx	Tipo						
	Dose						
	Frequência						
	Forma de Administração						
Antibiótico Rx	Tipo						
	Dose						
	Frequência						
	Forma de Administração						
Hormônio Rx	Tipo						
	Dose						
	Frequência						
	Forma de Administração						
Pressão Sangüínea							
Temperatura							
Pulso							
Respiração							
Status Mental	Alerta						
	Cooperativo						
	Confuso						
	Letárgico						
	Semi-comatoso						
	Comatoso						
Resultados Laboratoriais	Contagem de células brancas						
	Hemoglobina						
	Hematócrito						
	Proteína Total						
	Glicose						
	Bioquímica						
OUTROS FATORES:							

ANEXO IV

Modelo Causal da Etiologia da Produção da Úlcera de Pressão*Variáveis do paciente*

1. Imobilidade
 - a) Denervação
 - Tetraplegia
 - Paraplegia
 - Hemiplegia
 - b) Trauma
 - Injúria Neurológica
 - Injúria Ortopédica
2. Redução da mobilidade
 - a) Debilitação
 - b) Idade
 - c) Diagnóstico
 - d) Medicação
3. Alteração ou diminuição sensorial
 - a) Inconsciente
 - b) Semiconsciente
 - c) Letargia
 - d) Depressão
 - e) Desorientação
4. Idade cronológica
 - a) 85 ou mais
 - b) 75 a 85
 - c) 65 a 75
 - d) 55 a 65
5. Status nutricional
 - a) Caquexia/debilitação
 - b) Desidratação
 - c) Hipoproteïnemia
 - d) Anemia
 - e) Deficiência vitamínica
6. Diagnóstico
 - a) Combinação de vários diagnósticos
 - b) Paralisia/injúria espinhal
 - c) Câncer
 - d) Injúria ortopédica
 - e) Doença vascular
 - f) Doença neurológica ou injúria
 - g) Diabetes mellitus

Variáveis ambientais

1. Pressão externa não aliviada
 - a) Confinado ao leito
 - b) Confinado à cadeira
2. Aumento da pressão interface
 - a) Superfície de suporte não-flexível
 - b) Cobertura da superfície de suporte não-flexível
 - c) Diminuição da eficácia da superfície de suporte para o peso corporal
3. Supervisão inadequada da mobilidade do paciente
 - a) Alteração pouco freqüente da posição do paciente
 - b) Alteração pouco freqüente da posição pelo pessoal
4. Restrição de movimento
 - a) Restrito
 - b) Certos tratamentos e aparelhos ortopédicos
5. Injúria traumática resultando em imobilidade prolongada
 - a) Pressão prejudicada
 - b) Circulação prejudicada
 - c) Fricção prejudicada
 - d) Cisalhamento prejudicado
6. Aumento da fricção
 - a) Natureza da superfície de suporte
 - b) Umidade
 - c) Aumento do movimento do paciente

Figura 3. Fatores etiológicos para úlcera de pressão.

Fonte: SHANON, M. L. **Pressure sore.** In: NORRIS, C. M. Concept clarification in nursing. London, ASPEN 1982, cap. 22, p.357-382.

ANEXO V

ESQUEMA CONCEITUAL DE FATORES DE RISCO

Figura 4. Esquema conceitual de fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão.

Fonte: BRADEN, B. & BERGSTROM, N. A conceptual squema for the study of the ethiology of pressure sores. **Rehabilitation nursing**, v. 12, n. 1, p. 9-12, 1987.

ANEXO VI – ESCALA DE BRADEN (Tradução feita pela Prof^a. Dra. Maria Helena L. Caliri autorizada pela autora Barbara Braden).

Paciente: _____		Reg.: _____		Leito: _____			
ESCALA DE BRADEN						Data:	
Percepção Sensorial: habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto	1. Completamente Limitado: Não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquia 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	2. Muito Limitado: Responde somente 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.	3. Levemente Limitado: Responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a 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.	4. 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	1. Constantemente Úmida: 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.	2. 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.	3. Ocasionalmente Úmida: A pele está ocasionalmente úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.	4. Raramente Úmida: A pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.			
Atividade: Grau de atividade física	1. Acamado: Mantém-se sempre no leito.	2. Restrito à cadeira: A habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não agüenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de rodas.	3. 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.	4. Caminha freqüentemente: 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	1. Completamente imobilizado: Não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.	2. Muito Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades no entanto é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sem ajuda.	3. Levemente Limitado: Faz mudanças freqüentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma Limitação: Faz mudanças grande e freqüentes na posição sem assistência.			
Nutrição: padrão usual de ingestão alimentar	1. Muito Pobre: Nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou derivados de leite) por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta com líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias.	2. 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 de 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.	3. Adequado: Come mais da metade da maior parte das refeições. Ingera um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético se oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais.	4. 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	1. Problema: Necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega freqüentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para freqüente reposição do corpo. Espasmos, contrações ou agitação leva a uma fricção quase constante.	2. Potencial para 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.	3. Nenhuma 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							

ANEXO VII

TEIA DAS CAUSAS DAS ÚLCERAS DE DECÚBITO

Na figura 4 apresentamos a teia das causas segundo GIROMINI (1993)

Figura 5. Teia das causas das úlceras de decúbito. (Cortesia de Barbara Oot-Giromini.)
Fonte: POTTER & PERRY. Fundamentos de enfermagem, 1999.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, M. Aging: gerontological nursing research. **Nursing Research**, n. 4, p. 77-103, 1986.
- ANDRYCHUK, M.A. Pressure ulcers: causes, risk factors, assessment, and intervention. **Orthopedic Nursing**, v. 17, n. 4, p. 65-81, 1998.
- ANGARTEN, M.G.; SANTOS, M.L.F. Detecção de alterações em exame físico da pele da região de apoio de pacientes submetidos prolongadamente a um mesmo decúbito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n. 33, p. 443-52, 1980.
- ANGARTEN, M.G. et al. Prevenção de escara de decúbito: avaliação de programa de treinamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 36, p. 25-28, 1983.
- ANTHONY, D. The treatment of decubitus ulcers: a century of misinformation in the textbooks. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, p. 309-316, 1996.
- ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1989. Cap. 28.
- AZEVEDO, I.B.S. et al. Tratamento das escaras de decúbito com própolis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 39, n. 2, p. 33-7, 1986.
- BACKES, D.S.; GUEDES, S.M.B.; RODRIGUES, Z.C. Prevenção de úlceras de pressão: uma maneira barata e eficiente de cuidar. **Nursing**, v. 2, n. 9, p. 22-7, 1999.
- BARBOSA, P.M.K.; SILVA, L.C.P. Utilização da clara do ovo em neve nas úlceras de decúbito. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 27-34, 1994.
- BARNETT, J.W.; CORNER, J; CARLE, B. Integrating nursing research and practice the role of the researcher as teacher. **Journal of advanced nursing**. n.15, p.621-625,1990.
- BARNSTEINER, J.H. Research based practice. **Nursing Administration**, v. 20, n. 4, p. 52-8, 1996.
- BATES-JENSEN, B.M.B.; VREDEVOE, D.L.; BRECHT, M.L. Validity and realibility of pressure sore status tool. **Decubitus**, v. 5, n. 6, 1992.
- BEITZ, J.; FEY, J.; O'BRIEN, D. Perceived need for education vs. Actual knowledge of pressure ulcer care in a hospital nursing staff. **Dermatology Nursing**, v. 11, n. 2, p. 125-38, 1999.
- BERECEK, K.H. Etiology of decubitus ulcers. **Nursing Clinics of North America**, v. 10, n. 1, p. 157-211, 1975.

- BERGMAN-EVANS, B.; CUDDIGAN, J.; BERGSTROM, N. Clinical Practice Guidelines: prediction and prevention of pressure ulcers. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 20, n. 9, p. 19-26, 1994.
- BERGSTROM, N. et al. **Pressure ulcers in adults: prediction and prevention clinical practice guideline**. Quick reference for clinicians. Rockville, Department of Health Device, Agency for Health Care Policy and Research, 1992.
- BERGSTROM, N. et al. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. **Nursing Research**, v. 36, n. 4, p. 205-10, 1987.
- BERGSTROM, N. et al. Multiside study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive interventions. **Journal American Geriatrics**, v. 44, n. 1, p. 22-30, 1996.
- BLASZCZYK, J.; MAJEWSKI, M.; SATO, F. Make a difference: standardize your heel care practice. **Ostomy Wound Management**, v. 44, n. 5, p. 32-40, 1998.
- BLISS, M.R.; McLAREN; EXTON-SMITH. Preventing pressure sore in hospital: controlled trial of a large celled ripple mattress. **British Medical Journal**, v. 1, n. 19, p. 394-7, 1967.
- BOETTGER, J.E. Effects of a pressure reduction mattress and staff education on the incidence of nasocomial pressure ulcers. **Journal Wound Care Nursing**, v. 24, n. 1, p. 19-25, 1997.
- BOYNTON, P.R.; PAUSTIAN, C. Wound assessment and decision – making options. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 8, n. 2, p. 125-39, 1996.
- BRADEN, B.; BERGSTROM, N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. **Nursing Research**, v. 12, n. 1, p. 8-12, 1987.
- BROOTEN, D.; NAYLOR, M.D. Nurse's effect on changing patient outcomes. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship**, v. 27, n. 2, 1995.
- BURNS, N.; GROVE, S.K. **The practice of nursing research**. 3. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1997.
- CAMPEDELLI, M.C.; GAIDZINSKI, R.R. **Escara: problema na hospitalização**. São Paulo, Ática, 1987.
- CARDY, M. A tool to document the competence of clinicians to prevent and manage pressure ulcers. **Decubitus**, v. 5, n. 6, p. 46-9, 1992.

- CARLSON, C.E.; KING, R.B. Prevention of pressure ulcer. **Annual Review Nursing Research**, v. 8, p. 35-56, 1990.
- COMARÚ, M.N.; CAMARGO, C.A. Um problema de enfermagem: as escaras de decúbito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 96-106, 1971.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Lei n. 7498. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, 25 de junho de 1986. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo, COREN, 1997.
- COPELAND-FIELDS, L.D.; HOSHIKO, B.R. Clinical validation of Braden and Bergstrom's conceptual schema of pressure sore risk factors. **Rehabilitation Nursing**, v. 14, n. 5, p. 257-60, 1989.
- COX, K.R.; LAIRD, M.; BROWN, J.M. Predicting and preventing pressure ulcers in adults. **Nursing Management**, v. 29, n. 7, p. 41-5, 1998.
- CROW, R.A. Research and the standards of nursing care: what is the relationship? **Journal of Advanced Nursing**, n. 6, p. 492-6, 1981.
- CROW, R. Towards better care. **Nursing Mirror**, v. 154, n. 12, p. 24-5, 1982.
- DEACON, L. Does anyone read research? **Nursing Times**, v. 82, n. 32, p. 57-9, 1986.
- DEALEY, C. Pressure ulcer prevention. The UK. perspective. **Dermatology Nursing**, v. 9, n. 2, 1997.
- DECLAIR, U. Aplicação de triglicerídeos de cadeia média (TCM) na prevenção de úlcera de decúbito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 47, n. 1, p. 27-30, 1994.
- DUGAS, B.W. **Enfermagem prática**. 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
- EXTON-SMITH, A.N.; SHERWIN, R.W. The prevention of pressure sores significance of spontaneous bodily movements. **British Medical Journal**, v. 1, p. 1124-1127, 1961.
- FARO, A.C.M. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, n. 3, p. 279-83, 1999.
- FENNER, S.P. Developing and implementing a wound care program in long-term care. **Journal Wound Ostomy Care Nursing**, v. 26, n. 5, p. 254-60, 1999.

- FERNANDES, L.M.; CALIRI, M.H.L. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 25-31, 2000.
- FLEMMING, B.J.; FITCH, M.I. Discovering nursing research. **Canadian Operating Room Nursing Journal**, v. 8, n. 4, p. 15-18, 1990.
- FUNK, S.G. et al. Barriers: the barriers to research utilization scale. **Applied Nursing Research**, v. 4, n. 1, 1991.
- GALLAGHER, S.M. Restructuring the therapeutic environment to promote care and safety for the obese patient. **Journal Wound Ostomy Care Nursing**, v. 26, n. 6, p. 292-6, 1999.
- GERBER, R.M.; ORT, S.R.V. Topical Application of insulin in decubitus ulcer. **Nursing Research**, v. 28, n. 1, p. 17-19, 1979.
- GIROMINI, B.O. et al. Pressure ulcer prevention versus treatment. Comparative product cost study. **Decubitus**, v. 2, n. 3, p. 52-4, 1989.
- GOLDSTONE, L.A.; GOLDSTONE, J. The Norton Score: an early warning of pressure sores? **Journal of Advanced Nursing**, n. 7, p. 419-26, 1982.
- GONÇALVES, N.P.; UEMURA, H. Colchão d'água e colchão de alpiste na prevenção de escaras de decúbito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 37, n. 3/4, p. 290-92, 1984.
- GOSNELL, D.J. An assessment tool to identify pressure ulcer. **Nursing Research**, v. 22, n. 1, p. 55-9, 1973.
- GOSNELL, D.J. Assessment and evaluation of pressure sores. **Nursing Clinics North America**, v. 22, n. 2, p. 399-416, 1987.
- GOSNELL, D.J. Pressure sore risk assessment part II analysis of risk factors. **Decubitus**, v. 2, n. 3, p. 40-3, 1989.
- GOULD, D. Pressure sore prevention and treatment: a example of nurses' failure to implement research findings. **Journal of Advanced Nursing**, n. 11, p. 389-394, 1986.
- GRAZIOSI, A.C.; FUSTINOFI, S.M. **Úlcera por compressão**. São Paulo, Atheneu, 2000. Cap. 25.
- HALE, C. Pressure sores: assessing the cost. **Nursing Times**, v. 86, n. 25, p. 66-9, 1990.
- HARRISON, M.B.; WELLS, G.; FISHER, A.; PRINCE, M. Practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers: evaluating the evidence. **Applied Nursing Research**, v. 9, n. 1, p. 9-17, 1996.

- HOFF, I. Effecting a change in nursing practice: pressure ulcer prevention. **Journal of Nursing Quality Assurance**, v. 3, n. 4, p. 56-63, 1989.
- HORSLEY, J.A. et al. **Preventing decubitus ulcers: CURN project**. New York, Grune & Stratton, 1981.
- HU, T-W. et al. Cost analysis for guideline implementation in prevention and early treatment of pressure ulcer. **Decubitus**, v. 6, n. 2, p. 42-6, 1993.
- HUEY, F.L. What teaching nursing homes are teaching us. **American Journal of Nursing**, v. 85, n. 6, p. 678-83, 1985.
- IRVINE, A.; BLACK, C. Pressure sore: practices. **Nursing Times**, v. 86, n. 38, p. 74-8, 1990.
- KENNEDY, J. Ring cushions an out moded treatment. **Nursing Times**, v. 85, n. 48, p. 34-5, 1989.
- KRESEVIC, D.M.; NAYLOR, M. Preventing pressure ulcers trough use of protocols in a mentored nursing model. **Geriatric Nursing**, v. 16, n. 5, p. 225-9, 1995.
- LAMOND, D.; FARNELL, S. The treatment of pressure sores: a comparison of novice and expert nurses' knowledge, information use and decision accuracy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 27, p. 280-286, 1998.
- LANCELLOT, M. CNS Combats pressure ulcers with skin and wound assessment team (SWAT). **Clinical Nurse Specialist**, v. 10, n. 3, p. 154-60, 1996.
- LAND, L. A review of pressure damage prevention strategies. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, p. 329-337, 1995.
- LOGAN, J. et al. Evidence – based Pressure-ulcer practice: The Ottawa model of research use. **Canadian Journal of Nursing Research**, v. 31, n. 1, p. 37-52, 1999.
- LOPES, C.M. **Aplicação de resultados de pesquisa na prática de enfermagem**. São Paulo, Sarvier, 1993. p. 89.
- LOVEL, J. Myths and facts about pressure ulcer care. **Nursing**, v. 25, n. 8, 1995.
- MAKLEBUST, J. Impact of AHCPR pressure ulcer guidelines on nursing practice. **Decubitus**, v. 4, n. 2, p. 46-50, 1991.

- MAKLEBUST, J.; MAGNAN, M.A. Approaches to patient and family education for pressure ulcer management. **Decubitus**, v. 5, n. 7, p. 18-28, 1992.
- MAKLEBUST, J.; SIEGGREEN, M. **Pressure ulcer**: guidelines for prevention and nursing management. Pennsylvania, Springhouse Corporation, 1996.
- MAKLEBUST, J. An update on horizontal patient support surfaces. **Ostomy Wound Management**, v. 45, n. 1, p. 70-7, 1999.
- MARINHO, A.M. Atenção nos cuidados de enfermagem das escaras quanto às associações terapêuticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 50, n. 2, p. 257-74, 1997.
- MARKER, C.S. Types of care plans. In ROTHROCK, J. C. **Perioperative nursing care planning**. Philadelphia, Mosby, 1990. Cap. 3.
- MARRON, K.R. et al. The nonuse of urethral catheterization in the management of urinary incontinence in the teaching nursing home. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 31, n. 5, p. 278-281, 1983.
- MCKINNON-MULLET, E.L. Circulation research: exploring its potential in clinical nursing research. **Nursing Research**, v.21, n.6, p. 494-98, 1972.
- MCNAUGHTON, V.; BRAZIL, K. Impact on pressure ulcer prevalence in chronic care. **Journal of Gerontological Nursing**, v.21, n.2, p.45-9, 1995.
- MEEHAN, M. National pressure ulcer prevalence survey. **Advances in Wound Care**, v. 7, n. 3, p. 27-38, 1994.
- MEEHAN, M. Beyond the pressure ulcer blame game: reflexions for the future. **Ostomy Wound Management**, v. 46, n.5,p.46-52, 2000.
- MELEIS, A.I. **Theoretical nursing**: development and progress. 3. ed. Philadelphia, Lippincott – Raven Publishers, 1997.
- MENDES, I.A.C.; TREVISAN, M.A. Comunicação do conhecimento: questões, barreiras e opções. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. **Anais**. Ribeirão Preto, p. 107-20, 1990.
- MENEGHIN, P.; LOURENÇO, M.T.N. A utilização da escala de Braden como instrumento para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em pacientes de um serviço de emergência. **Nursing**, v. 1, n. 4, p. 13-19, 1998.
- MOCKRIDGE, J.; ANTONY, D. Nurses' knowledge about pressure sore treatment and healing. **Nursing Standard**, v. 13, n. 29, p. 69-72, 1999.

- MONETTA, L. **Análise evolutiva do processo de cicatrização em úlceras diabéticas, de pressão e venosas com uso de papaína**. São Paulo, 1998. p. 192. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- MONETTA, L. Desafios da assistência de enfermagem: propostas de soluções nas escaras de decúbito. In: Ciclo de debates sobre assistência de enfermagem. **Anais**. São Paulo, 1988.
- MONETTA, L. Uso da papaína nos curativos feitos pela enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 40, n. 1, p. 66-73, 1987.
- MORISON, M. et al. **Nursing management of chronic wounds**. 2. ed. Espanha, Mosby, 1997.
- MYERS, S.A. et al. Consistent wound care and nutritional support in treatment. **Decubitus**, v. 3, n. 3, p. 16-28, 1990.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem. O que é e o que não é**. Tradução de Amália Correia de Carvalho. São Paulo, Cortez; ABEn, 1989.
- NORRIS, C.M. **Concept clarification in nursing**. London, Aspen Publications, 1982.
- OGUISSO, T. A responsabilidade legal do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 38, n. 2, 1985.
- OVINGTON, L.G. Dressings and Adjunctive therapies: AHCPR guidelines revisited. **Ostomy Wound Management**, v. 45, n. 1, p. 94-106, 1999.
- PANK, P. et al. Using research in nursing. **Nursing Times**, v. 80, n. 11, p. 44-45, 1984.
- PARANHOS, W.Y. **Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa**. São Paulo, 1999. p. 78. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- PIEPER, B. et al. Nurses documentation about pressure ulcers. **Decubitus**, v. 3, n. 1, p. 32-4, 1990.
- PIEPER, B.; MATTERN, J.C. Critical care nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging and description. **Ostomy Wound Management**, v. 43, n. 2, p. 22-31, 1997.
- PIEPER, B.; MOTT, M. Nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging, and description. **Advances in Wound Care**, v. 8, n. 3, p. 34-46, 1995.

- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem** – Conceitos, processo e prática. Trad. Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Márcia Tereza Luz Lisboa, William César Alves Machado. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1999. v. 2.
- QUINN, D. The principles of pressure sore prevention. **Nursing Standard**, v. 13, n. 36, p. 46-7, 1999.
- RABEH, S.A.N.; CALIRI, M.H. Úlcera de pressão: análise da prática de graduandos de enfermagem quanto à prevenção e tratamento. In: VI Colóquio Pan-Americano de Investigação em Enfermagem. Ribeirão Preto, 1998. **Anais**. p. 168.
- RANGEL, E.M.L. et al. Prática de graduandos de enfermagem referentes a prevenção e tratamento de úlcera de pressão. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 2, 1999.
- REGAN, M.B.; BYERS, P.H.; MAYROVITZ, H.N. Efficacy of a comprehensive pressure ulcer prevention program in an extended care facility. **Advances in Wound Care**, v. 8, n. 3, 1995.
- REICHEL, S.M.; BALTIMORE, M.D. Shearing force as a factor in decubitus ulcer in paraplegics. **JAMA**, v. 15, n. 7, p. 762-763, 1958.
- RESIO, D.T.; VERHONICK, P.J. On the measurement and analysis of clinical data in nursing. **Nursing Research**, v. 22, n. 5, p. 388-93, 1973.
- RIJSWIJK, L.V.; BRADEN, B.J. Pressure ulcer patient and wound assessment: an AHCPR clinical practice guideline update – Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). **Ostomy/Wound management**, n. 45, p. 56-67, 1999.
- ROPER, N. Justification and use of research in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 2, n. 4, p. 365-71, 1977.
- RUBIN, C.F.; DIETZ, R.R.; ABRUZZESE, R.S. Auditing the decubitus ulcer problem. **American Journal of Nursing**, v. 74, n. 10, p. 1820-1821, 1974.
- SALZBERG, C.A. et al. Development of a computerized data base to evaluate pressure ulcers. **Decubitus**, v. 3, n. 3, p. 29-36, 1990.
- SANTOS, K.A.; NEVES, R.C.S.; JESUS, M.C.P. Uso terapêutico do açúcar mascavo em ulcerações. **Revista HU** – Juiz de Fora, v. 22, n. 2, p. 52-67, 1996.
- SAYDAK, S.J. A pilot test of two methods for the treatment. **Journal of Enterostomal Therapy**, v. 17, n. 3, p. 139-142, 1990.

- SCHIMIDT, M.J. Primeiro ciclo de debates sobre assistência de enfermagem. In: ENFTEC. São Paulo, 1988. **Anais**. São Paulo, 1988.
- SEBERN, M.D. Cost and efficacy of pressure ulcer management in a metropolitan visiting nurse association. **Decubitus**, v. 2, n. 3, p. 58-9, 1989.
- SHANNON, M.L.; SKORGA, P. Pressure ulcer prevalence in two general hospitals. **Decubitus**, v. 2, n. 4, p. 38-43, 1989.
- SHANON, M. L. **Pressure sore**. London, Aspen Publication, 1982. Chap. 22.
- SILVA, M.S.M.L. **Fatores de risco para úlcera de pressão e pacientes hospitalizados**. Paraíba, 1998. 89p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba.
- SIMMONS, L.W.; HENDERSON, V. **Nursing research a survey**. New York, Appleton-Century Crofts, 1964. p. 461.
- SIMPSON, A. A personal view of nursing research. **Nursing Times**, v. 77, n. 32, p. 1393-6, 1981.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8 ed. 1997. Cap. 17.
- SMITH, A.M.; MALONE, J.A. Preventing pressure ulcers in institutionalized elders: assessing the effects of small unsehe duled shifts in body position. **Decubitus**, v. 3, n. 4, p. 20-4, 1990.
- SOUZA, E.F. **Novo Manual de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1978. Cap. 8.
- SOUZA, M.I.T.P. **Úlcera de decúbito: história natural e informações de paraplégicos**. Ribeirão Preto, 1988. 108p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- TITLER, M.G.; MENDES, J.C. Research utilization in Gerontological nursing practice. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 25, n. 6, 1999.
- TORRA I BOU, J.E.; AGREDA, J.J.S. Directrizes para el tratamiento de las úlceras por presión. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), **Gerokomos, Helcos**, v. 12, n. 1, p. 35-8, 2001.
- TOWNSHEND, B. Clinical guidelines: a pilot study of pressure sore care. **Nursing Standard**, v. 10, n. 18, p. 49-52, 1996.
- WHITE, J.M; LESKE, J.S; PEARCY, J.M. Models and processes of research utilization. **Nursing Clinicians of North America**, v.30,n.3,p.409-413,1995.

- VERHONICK, B.P.J. Decubitus ulcer observations measured objectively. **Nursing Research**, v. 10, n. 1, p. 211-13, 1961.
- VERHONICK, P.J. A preliminary report of a study of decubitus ulcer care. **American Nursing of Nursing**, v. 61, n. 8, p. 68-9, 1961.
- VOGELPOHL, T.; DOUGHERTY, J. What do nursing students learn about pressure ulcers? A survey of content on pressure ulcers in nursing school textbooks. **Decubitus**, v. 6, n. 2, 1993.
- WALSH, M.; FORD, P. **Nursing rituals research and rational actions**. London, Butter Worth Heinemann, 1992.
- WILLIAMS, A. A study of factors contributing to skin breakdown. **Nursing Research**, v. 21, n. 3, p. 238-43, 1972.
- ZULKOWSKI, K.; KINDSFATER, D. Examination of care-planning needs for elderly newly admitted to an acute care setting. **Ostomy Wound Management**, v. 41, n. 1, p. 32-8, 2000.