

Prevenção da úlcera por pressão

Manual para cuidadores



2015

Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS)
Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde

Prevenção da úlcera por pressão

Manual para cuidadores

Eduardo Oliveira Bueno
(Coord.)
Diba Maria Sebba de Souza
(Coord.)

Pouso Alegre, MG
2015

Bueno, Eduardo Oliveira (Coord.)

Prevenção da úlcera por pressão: manual para cuidadores / Coordenação de Eduardo Oliveira Bueno e Diba Maria Sebba Tosta de Souza; colaboração de Geraldo Magela Salomé, Maria José Azevedo de Brito Rocha, Daniela Francescato Veiga e Lydia Masako Ferreira. – Pouso Alegre: Univás, 2015
38 p.: il.

ISBN 978-85-67647-06-7

1. Úlcera por pressão. 2. Profissionais de saúde. 3. Cuidadores. 4. Prevenção I. Souza, Diba Maria Sebba Tosta de (Coord.). II. Salomé, Geraldo Majela (Colab.). III. Rocha, Maria José Azevedo de Brito (Colab.). IV. Veiga, Daniela Francescato (Colab.). V. Ferreira, Lydia Masako (Colab.). VI. Título.
CDD 616.545

CDD 616.545

SÚMARIO

Apresentação	6
Elaboração do Manual	7
Conhecendo a úlcera por pressão	8
Categorias de uma úlcera por pressão	9
O papel do cuidador	12
Como avaliar os fatores de risco	14
Localizações mais comuns da úlcera por pressão	16
Prevenção da úlcera por pressão	18
Nutrição e hidratação	23
Reposicionamento	25
Superfícies de suporte	28
O que fazer?	33
Referências	36
Referências consultadas	37
Glossário	38

APRESENTAÇÃO

Este manual foi elaborado para orientar os cuidadores de pacientes acamados e com dificuldades para se movimentar. Esses cuidadores podem ser chamados de formais, quando têm formação profissional para atender às necessidades dos pacientes e recebem remuneração pelos serviços prestados e, caso contrário, são chamados de informais, muitas vezes representados por familiares, amigos e vizinhos.

Um cuidador bem informado é capaz de enfrentar com segurança as dificuldades que aparecem durante os cuidados do dia a dia. Ele deve estar preparado para atuar na prevenção de vários problemas de saúde do paciente. Dentre eles, destaca-se a úlcera por pressão, afecção comum em pessoas de diferentes países e que podem surgir nos pacientes com atividades e mobilidade prejudicadas, hospitalizados ou cuidados em domicílio.

O risco do aparecimento de úlcera por pressão aumenta com o avanço da idade e os danos causados por ela afetam o paciente, podendo causar dor e contribuir para o desenvolvimento de infecções graves. As complicações podem prolongar o tempo de recuperação ou até causar a morte. Além de problema severo para o paciente, a família responsável por ele e o Sistema de Saúde também são afetados: a família, pelos cuidados que o paciente exige; o Sistema de Saúde, por assumir o ônus dessa afecção.

A maioria das úlceras por pressão pode ser evitada com medidas simples, como cuidados com a pele, a perda de urina e fezes, a alimentação e a hidratação adequada, a movimentação e posicionamento do paciente, dentre outras.

O apoio educativo de um manual é fundamental, pois oferece informações para capacitação do cuidador, permitindo que ele realize suas atividades com maior segurança.

ELABORAÇÃO DO MANUAL

Este manual foi elaborado com base nas informações e recomendações atualizadas sobre a prevenção da úlcera por pressão presentes em um guia de consulta elaborado por órgãos internacionais como *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)*, *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)*. Outras fontes também contribuíram para a construção do manual, bem como um guia prático elaborado pelo *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* além de outros estudos científicos.

O conteúdo do material utilizado foi readaptado, transformando a linguagem científica em uma linguagem de fácil entendimento para a população em geral. O manual foi ilustrado com o objetivo de despertar a atenção do leitor e facilitar a compreensão das informações repassadas. Ele apresenta o conceito, as categorias, as localizações mais frequentes da úlcera por pressão, necessidades nutricionais, esclarecimentos sobre as superfícies de suporte, além das recomendações necessárias para preveni-las.

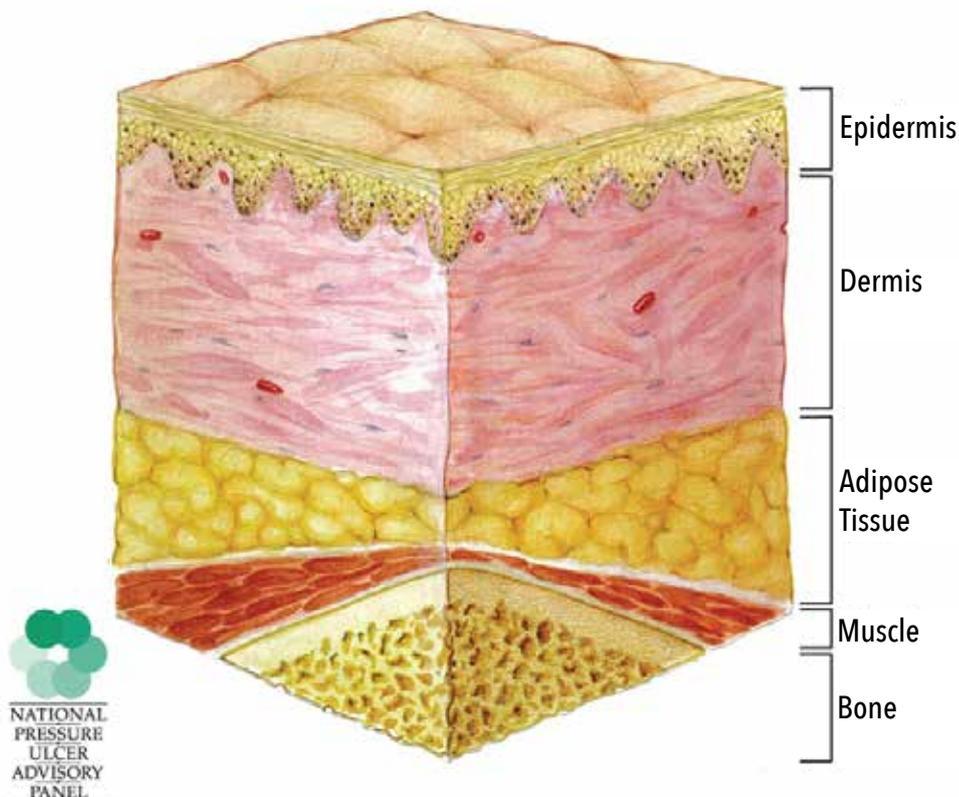
As recomendações são atualizadas e destinam-se exclusivamente a fins educacionais, entretanto, com a rápida evolução das pesquisas e da tecnologia, as informações contidas neste documento poderão necessitar de revisões sistemáticas com evoluções futuras.

Além das informações importantes sobre o tema em questão, o manual faz um convite para a reflexão do cuidador de pacientes fragilizados sobre a verdadeira arte de cuidar e o incentiva a aplicar as ações preventivas na prática do dia a dia.

CONHECENDO A ÚLCERA POR PRESSÃO

O que é a úlcera por pressão?

A úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão ou pressão combina com cisalhamento. Vários fatores contribuintes, ou fatores de confusão, também estão associados às úlceras por pressão. A significância destes fatores ainda não foi elucidada.¹

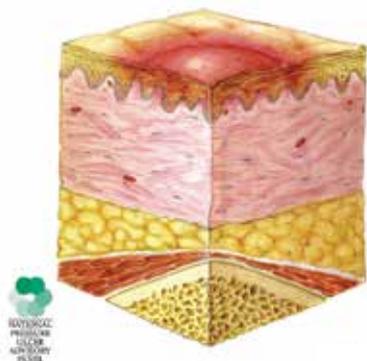


Fonte: NPUAP|2014¹ Autorização: 05/12/2014
Epiderme, derme, tecido adiposo, músculo e osso.

CATEGORIAS DE UMA ÚLCERA POR PRESSÃO?



Categoria/ Estágio I – Pele intacta com eritema que não embranquece, em área localizada, geralmente sobre uma proeminência óssea. Pele de pigmentação escura pode não exibir embranquecimento visível; a cor da pele pode diferir da cor da área adjacente. A Categoria I pode ser difícil de ser detectada em indivíduos com tons de pele escuros podendo indicar pessoas “em risco”.¹

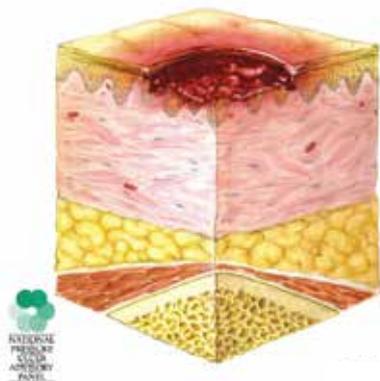


Fonte: NPUAP|2014¹ Autorização: 05/12/2014



Fonte: Arquivo pessoal dos coordenadores. É a fase inicial a pele está sem ferida e há apenas um sinal avermelhado, normalmente sobre uma saliência óssea.

Categoria/ Estágio II – Perda parcial da espessura dérmica, apresentando-se como uma úlcera aberta rasa com leito vermelho/rosa, sem crosta. Também pode se apresentar como uma bolha intacta ou aberta/rompida, preenchida com líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca sem crosta ou equimose. Esta categoria não deve ser usada para descrever rupturas de pele, lesões por adesivos, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriação. *Equimose indica lesão tecidual profunda.

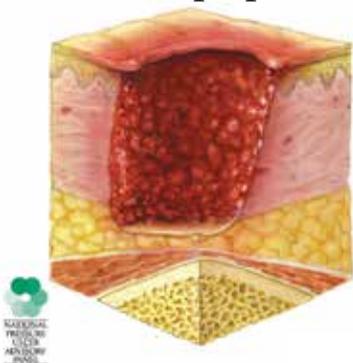


Fonte: NPUAP|2014¹ Autorização: 05/12/2014



Fonte: Arquivo pessoal dos coordenadores. A pele não está íntegra e apresenta uma ferida rasa, com coloração róseo avermelhada.

Categoria/ Estágio III – Perda cutânea de espessura total. Gordura subcutânea pode estar visível, mas ossos, tendões ou músculos não estão expostos. Crosta pode estar presente, mas não ocultar a profundidade de perda tecidual. Pode incluir descolamento e túnel. A profundidade de uma úlcera de pressão de Categoria/Estágio III varia segundo a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, occipício e maléolo não têm tecido subcutâneo (adiposo) e as úlceras de Categoria/Estágio III podem ser rasas. Por outro lado, áreas de adiposidade elevada podem desenvolver úlceras de pressão de Categoria/Estágio III extremamente profundas. Ossos/tendões não são visíveis ou diretamente palpáveis.¹



Fonte: NPUAP|2014¹ Autorização: 05/12/2014



Fonte: Arquivo pessoal dos coordenadores.
Perca total de pele deixando visível a camada gordurosa logo abaixo dela.

Categoria/ Estágio IV – Perda tecidual de espessura total com exposição de ossos, tendões ou músculos. Crosta ou escara pode estar presente. Frequentemente inclui descolamento e túnel. A profundidade de uma úlcera de pressão de Categoria/Estágio IV vai segundo a localização anatômica. Asa do nariz, orelha, occipício e maléolo não têm tecido subcutâneo (adiposo) e as úlceras de Categoria/Estágio IV podem ser rasas. Úlceras de Categoria/Estágio IV podem estender-se aos músculos e/ou estruturas de suporte (ex: fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite ou osteíte. Osso/músculos expostos são visíveis ou diretamente palpáveis.¹



Fonte: NPUAP|2014¹ Autorização: 05/12/2014



Fonte: Arquivo pessoal dos coordenadores.
É a fase mais grave, as camadas de células enfraquecem ou morrem chegando à exposição de ossos, tendões ou músculos.

CATEGORIAS ADICIONAIS PARA OS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA (EUA)

Inclassificáveis/Não classificadas – Perda tecidual de espessura total, na qual a profundidade real da úlcera está completamente oculta pela presença de crosta (amarela, castanha, cinza ou marrom) e/ou escara (castanha, marrom ou preta) no leito da ferida. Até que a crosta e/ou escara sejam removidas o suficiente para expor a base da ferida, a profundidade real não pode ser determinada; mas será uma úlcera de Categoria/Estágio III ou IV. Escara estável (seca, aderente, intacta sem eritema ou flutuação) no calcâneo serve como uma “cobertura natural (biológica) do corpo” e não deve ser removida.¹

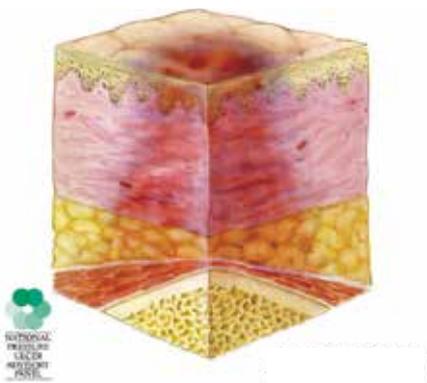


Fonte: NPUAP|2014¹ Autorização: 05/12/2014



Fonte: Arquivo pessoal dos coordenadores.
As camadas de células mortas só deverão ser removidas por profissional capacitado.

Suspeita de lesão tecidual profunda – Área localizada roxa ou castanho-avermelhada de pele descorada, intacta ou bolha preenchida com sangue, devido a danos no tecido mole subjacente, causados por pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por tecido que se apresenta doloroso, firme ao toque, mole, úmido, mais quente ou mais frio em comparação ao tecido adjacente. A lesão tecidual profunda pode ser difícil de ser detectada em indivíduos com tom de pele escuro. Evolução pode incluir uma bolha de parede fina sobre um leito de ferida escuro. A ferida pode evoluir mais e se tornar coberta por uma escara fina. A evolução pode ser rápida expondo camadas adicionais de tecido, mesmo com o tratamento mais adequado.¹



Fonte: NPUAP|2014¹ Autorização: 05/12/2014



Fonte: Arquivo pessoal dos coordenadores.
Área vermelho escuro localizada em pele intacta que pode estar preenchida com sangue devido a pressão ou força de torção nas camadas abaixo da pele.

O PAPEL DO CUIDADOR



Um paciente acamado depende de cuidados para suas atividades básicas do dia a dia, como banho, alimentação, troca de roupas, medicação, higiene oral, movimentação e outras atividades que auxiliam na sua recuperação e qualidade de vida.^{2,3}

O apoio para essas atividades é realizado por meio dos cuidadores, que são aquelas pessoas que prestam os cuidados necessários para suprir uma incapacidade temporária ou definitiva do acamado.³

As ações de um cuidador para com o paciente acamado devem ser sempre desenvolvidas com respeito, afeto e sensibilidade. Além disso ele precisa estar sempre bem informado para poder enfrentar com maior segurança os desafios cotidianos estabelecidos pelo ato de cuidar.⁴

A presença de um cuidador é imprescindível no cuidado ao paciente acamado. Muitas vezes, ele não dispõe do conhecimento necessário para atuar na prevenção de problemas de saúde, como a úlcera por pressão.



As preocupações e inseguranças de um cuidador confirmam a necessidade de um apoio informativo para ajudá-los nas práticas relacionadas à saúde do paciente.⁵

A construção de um manual educativo sobre a prevenção da úlcera por pressão pode ser considerada um ponto de partida.



COMO AVALIAR OS FATORES DE RISCO

As úlceras por pressão são complicações possíveis de ocorrer em pacientes em situação de fragilidade, que apresentam fatores de risco.⁶

A identificação desses fatores é importante para preveni-las. Como exemplo destacam-se: idade avançada, nutrição inadequada, desidratação, presença de urina e fezes em contato com a pele, imobilidade, sensibilidade prejudicada, alterações na circulação sanguínea, pressão sobre a pele e a presença de algumas doenças associadas.¹

A desidratação, doenças vasculares ou infecção podem resultar na diminuição da pressão sanguínea que, associada à pressão externa nos locais de saliência óssea, provocam a interrupção do fluxo sanguíneo na área aumentando o risco de úlcera por pressão.⁷

A temperatura elevada também está associada ao desenvolvimento de úlcera por pressão, o aumento de 3°C na temperatura normal diminui a tolerância da pele à isquemia (pele esbranquiçada ou arrochada).⁸

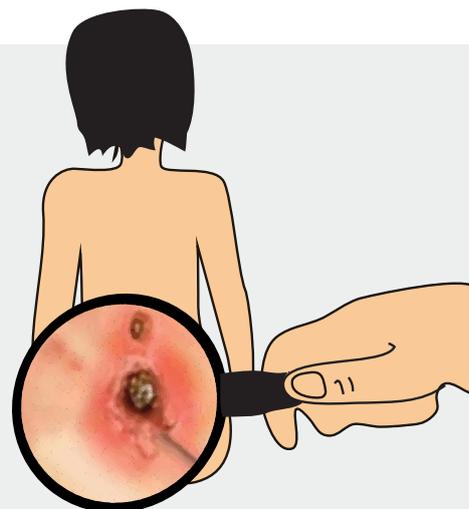
Avaliação da movimentação do paciente

O risco de desenvolver uma úlcera por pressão é maior em pessoas acamadas, dependentes de cadeira de rodas, com dificuldades para movimentar cabeça, braços e pernas.¹



Avaliação geral do estado da pele

Toda a pele do corpo deve ser avaliada frequentemente. A pele úmida ou muito seca e a presença de áreas avermelhadas são sinais de risco para o desenvolvimento da úlcera.¹



Avaliação de outros fatores de risco importantes

Outros fatores podem aumentar o risco do aparecimento da úlcera por pressão, como alguns indicadores nutricionais (anemia, alterações no peso), fatores que interferem na oxigenação (diabetes, pressão arterial baixa, uso de oxigênio, instabilidade cardiovascular); umidade da pele (seca ou excessivamente úmida) além da idade avançada.¹

A pressão e as forças contrárias que agem na pele, alterações na sensibilidade e na temperatura corporal e o estado geral de saúde do paciente também são considerados fatores de risco.¹

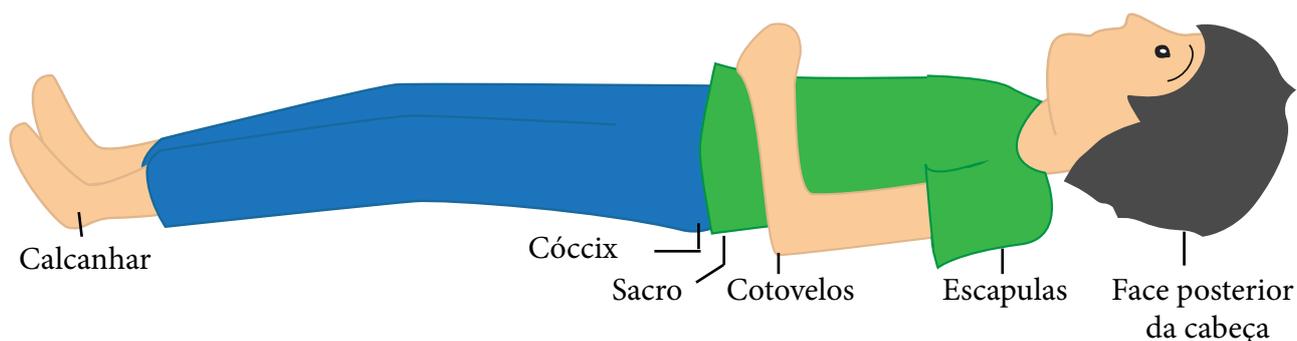
Reavaliação periódica dos fatores de risco

Reavaliar os riscos de desenvolver úlcera por pressão diariamente é importante, pois o estado de saúde da pessoa com dificuldades para movimentar-se e suas necessidades em relação às medidas preventivas podem mudar a cada dia.⁹

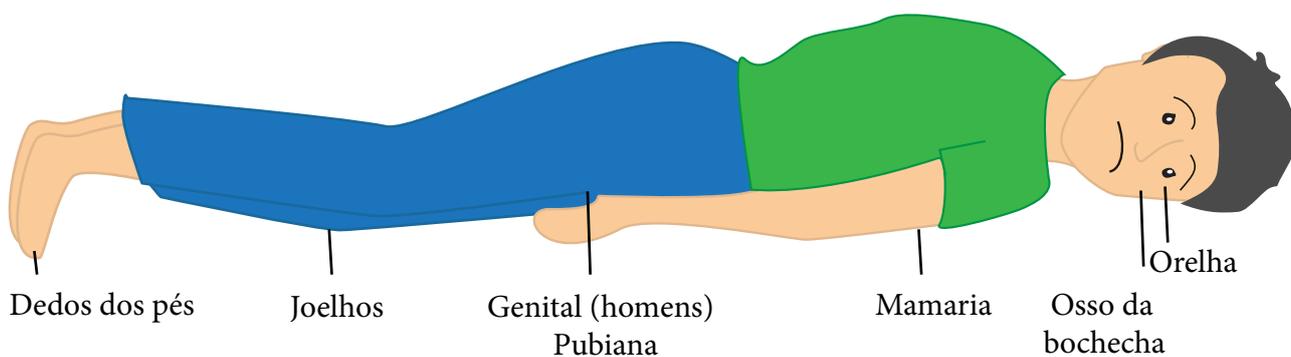
LOCALIZAÇÕES MAIS COMUNS DA ÚLCERA POR PRESSÃO

É importante examinar toda a pele, “da cabeça aos pés” com atenção especial para algumas regiões e localizações do corpo com alto risco de desenvolver úlcera por pressão como:^{9,10}

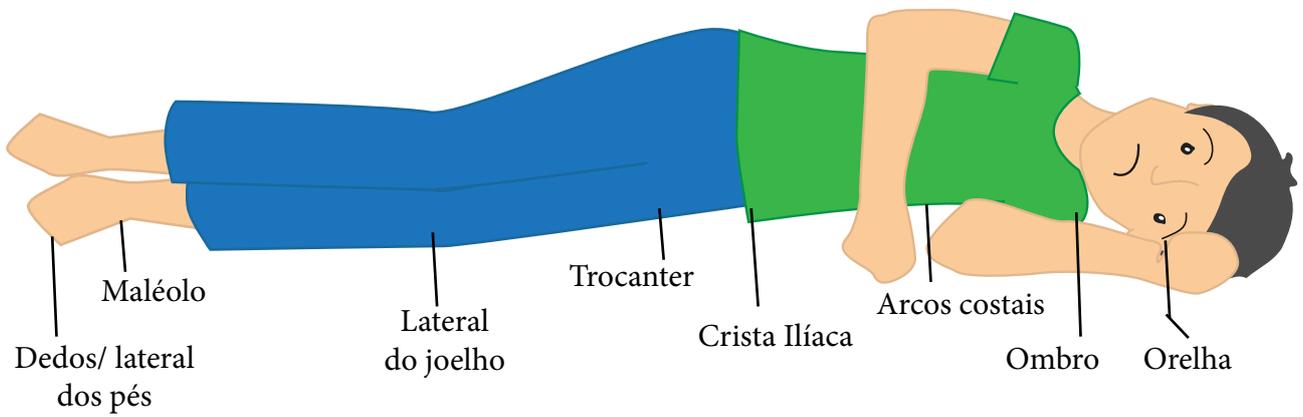
Posição Supina



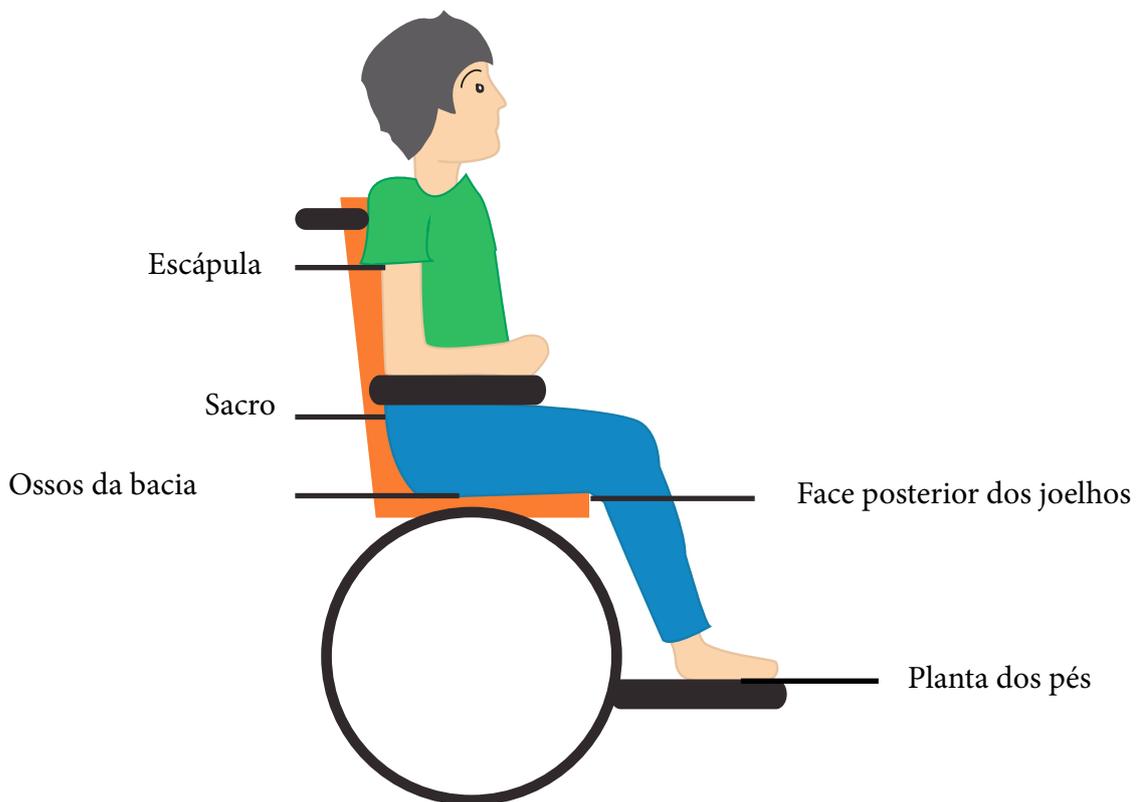
Deitado com a barriga para baixo



Deitado de lado



Sentado



PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

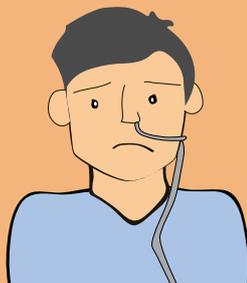
A prevenção da úlcera por pressão é um dos maiores desafios enfrentados no cuidado aos pacientes acamados. A aplicação de medidas preventivas é fundamental para reduzir o aparecimento destas úlceras, bem como diminuir os danos e as complicações causadas por elas.¹¹

A utilização de um material de apoio, como um manual educativo, auxilia os cuidadores durante a assistência ao paciente e os incentiva a dar continuidade às ações de prevenção.¹²

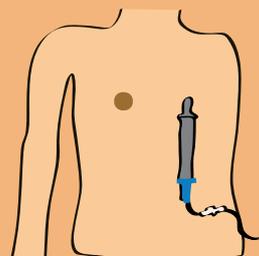
É importante observar pacientes que utilizam dispositivos em contato com a pele como: cateteres, sondas, drenos e colares cervicais. Se não forem colocados adequadamente com proteção sobre a pele, também são causadores de úlcera por pressão.¹



Cateteres



Sondas



Drenos



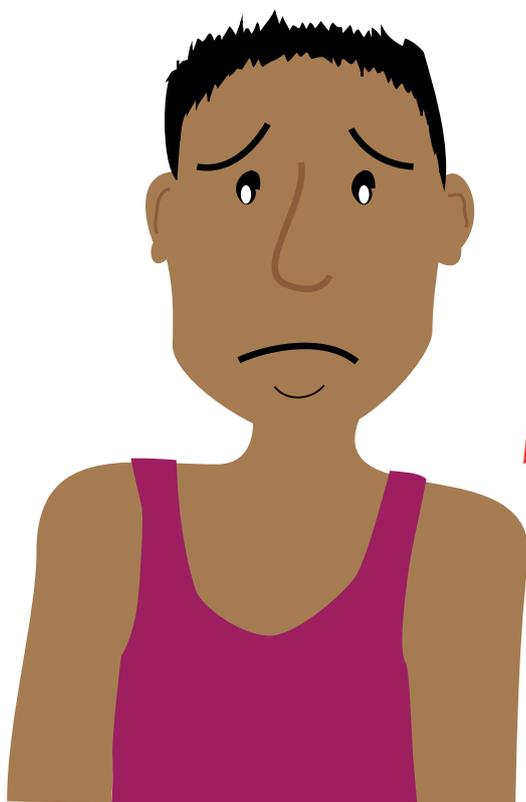
Colares cervicais

Algumas atividades do dia a dia, como dar o banho, mudar o paciente de posição, trocar fraldas, máscaras ou cateteres de oxigênio são boas oportunidades para realizar o exame da pele.¹

Verificar se estes dispositivos estão ferindo a pele.

ATENÇÃO!

Alguns sinais como áreas avermelhadas, inchaço, a presença de endurecimento e calor no local devem ser observados.¹



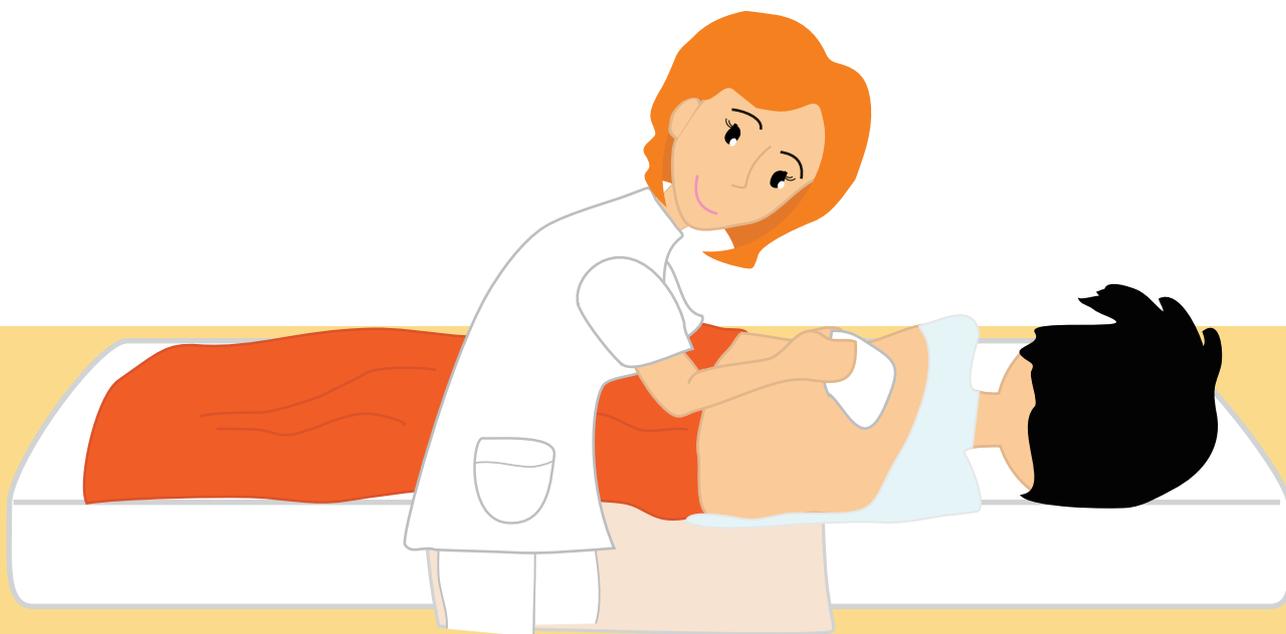
As úlceras em fase inicial podem passar despercebidas em pacientes de pele negra, pela dificuldade em identificar áreas avermelhadas consideradas de risco. Por essa razão, nesses pacientes, a atenção durante a observação da pele deve ser redobrada.¹

As partes do corpo que apresentarem alguma alteração na pele devem receber atenção especial da equipe de saúde e do cuidador responsável, que devem agir imediatamente tomando as medidas preventivas e de tratamento necessárias.⁹



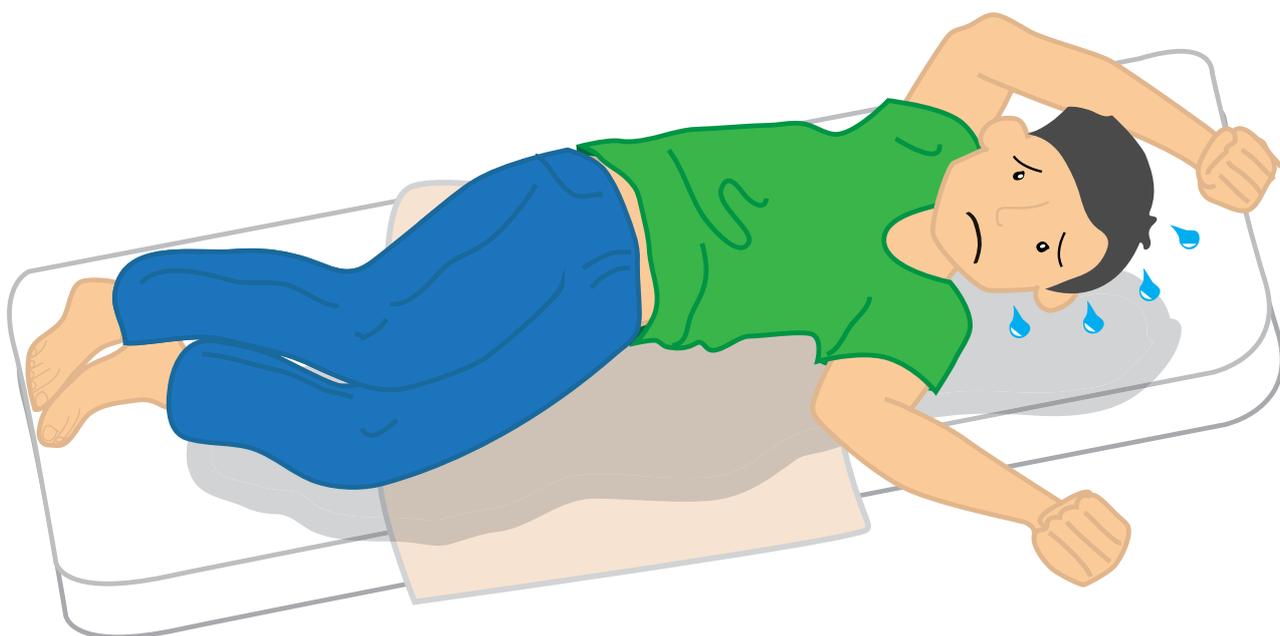
Os pacientes sem baixa sensibilidade e com bom estado mental poderão colaborar com a identificação de uma úlcera por pressão. Desconforto, dor, calor e endurecimento da região são sinais que podem ser percebidos por ele.¹

As avaliações da pele devem ser documentadas em um registro diário, facilitando o acompanhamento e a comunicação entre os cuidadores e profissionais e a frequência das reavaliações podem variar de acordo com as necessidades.¹



A pele deve ser limpa diariamente com um agente de limpeza suave sem massagear as proeminências ósseas.⁹

A pele ressecada é considerada um fator de risco e por isso deve ser hidratada com cremes ou óleos.



Umidade excessiva causada pela presença de urina, transpiração e drenagem da ferida também deve ser evitada. A pele molhada tende a se romper facilmente, além de facilitar o aparecimento de diversos tipos de lesões .^{1,9}

É importante a utilização de coberturas (curativos) nas feridas, que ajudam na absorção da umidade.⁹





Avaliar a umidade da pele do paciente, verificando se está com fraldas úmidas, roupas molhadas por suor, urina, fezes e outras secreções. É importante hidratá-lo e oferecer a ele oportunidades de ir ao banheiro (quando for possível). Para facilitar os cuidados deve-se manter próximo ao leito todos os materiais necessários para limpar, secar e proteger a pele do paciente.^{1, 1,9}



Cuidados com a pele - O que não se deve fazer?¹

A massagem nas proeminências ósseas não deve ser utilizada como forma de prevenção; ela pode ser dolorida e provocar danos na pele frágil. Não é aconselhado esfregar a pele com força, pois isso pode provocar dor e causar danos, principalmente em idosos que possuem a pele mais frágil.¹

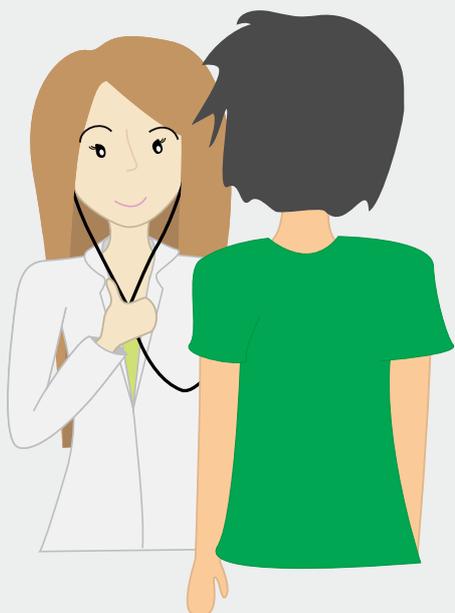


NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

Manter o paciente bem nutrido e hidratado é importante, pois evita a perda de massa muscular e de peso, o que contribui para a prevenção da úlcera por pressão.¹

Um paciente que perde massa muscular e peso fica com os ossos mais salientes, o que favorece a pressão nessas áreas. Além disso, a perda de massa muscular também causa prejuízo na mobilidade do paciente.

A nutrição e a hidratação inadequada também podem trazer, como resultado, a diminuição do fluxo de sangue para a pele, facilitando sua ruptura. Nessa situação, os pacientes têm duas vezes mais risco de rompimento da pele.¹



O estado nutricional dos pacientes sujeitos à úlcera por pressão deve ser avaliado por um profissional da saúde capacitado. Essa avaliação é importante, porque a deficiência nutricional é um fator que pode ser corrigido.¹

Caso o profissional recomende, deverá ser providenciada uma nutrição suplementar ao paciente de acordo com as suas necessidades (pela boca ou por meio de sonda). A nutrição oral (por meio de comida normal e/ou alimentação líquida adicional) é a via nutricional preferida e deve ser usada sempre que possível. O paciente deve alimentar por sonda somente quando a alimentação oral não for possível.¹

Os suplementos nutricionais orais são importantes, pois muitos pacientes que se encontram em risco de desenvolver uma úlcera por pressão, muitas vezes, não podem satisfazer as suas necessidades nutricionais por meio de alimentação oral habitual.¹

É importante auxiliar o paciente na hora da refeição e da hidratação e permitir que ele escolha seus alimentos preferidos, desde que indicados pelo nutricionista. Anotar a quantidade de alimentos ingeridos durante o dia e informar os profissionais de saúde responsáveis.¹



No momento de mudar o paciente de posição deve-se oferecer água a ele e ainda permitir que ele vá ao banheiro além de observar suas necessidades de limpeza.¹



REPOSICIONAMENTO

Mudar o paciente de posição é importante para redistribuir a pressão nas partes de seu corpo, mantendo assim, uma boa circulação de sangue no local. Essa mudança deve ser realizada para reduzir o tempo e a força da pressão exercida principalmente sobre a área na qual os ossos estão salientes.

Uma pressão exagerada por um curto período de tempo, em uma parte sensível do corpo é tão prejudicial quanto uma pressão reduzida por um longo período de tempo. Para mudar o paciente de posição devemos considerar suas condições de saúde e a superfície em que ele está apoiado.¹

Frequência do reposicionamento

Para determinar a frequência das mudanças de posição, alguns fatores devem ser levados em conta: a tolerância da pele e das camadas abaixo dela, o nível de atividade e mobilidade do paciente e sua condição geral de saúde.¹

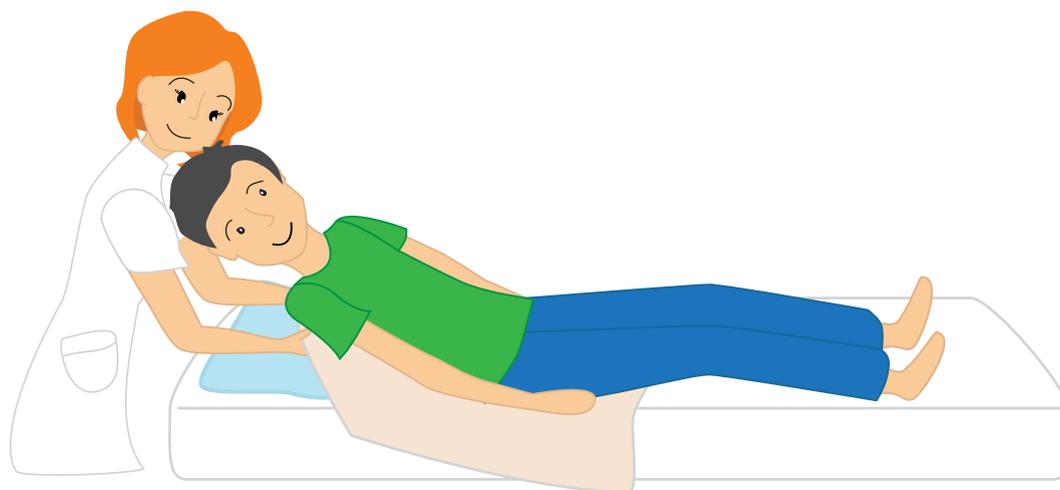


Na maioria dos protocolos de prevenção existentes, recomenda-se a mudança de posição a cada duas horas. Entretanto este reposicionamento deve ser realizado com maior frequência de acordo com a fragilidade e o desconforto apresentado por cada paciente.¹

Técnicas de reposicionamento

O que se deve fazer?

As mudanças de posição aliviam e distribuem a pressão para outras partes do corpo, contribuindo para o conforto do paciente. O paciente deve ser carregado durante a mudança de posição e nunca arrastado, evitando, assim, a torção e a fricção de sua pele.¹

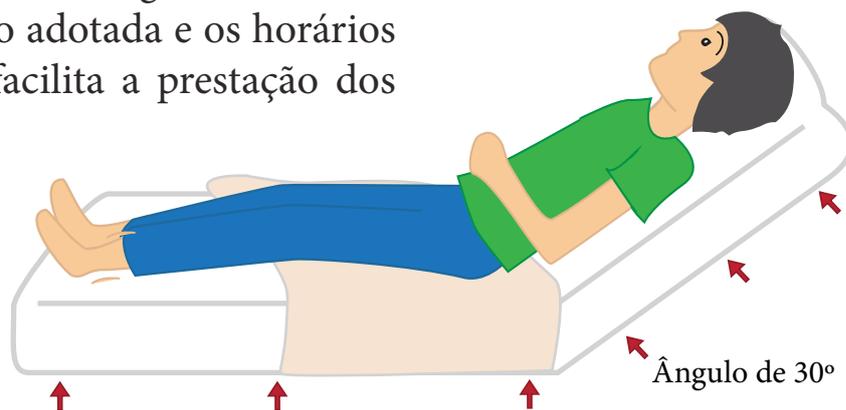


O paciente deve ser posicionado de modo que alivie a pressão das áreas avermelhadas que sofreram pressão recentemente. A vermelhidão indica que a área ainda não se recuperou totalmente da pressão sofrida.¹



Na posição sentada, o paciente deve utilizar o encosto, mantendo as costas apoiadas para evitar o deslizamento para fora do assento. É importante dar alívio à pressão nas tuberosidades isquiáticas (ossos da bacia).¹ Os pés devem ficar apoiados no chão, sem colocar pressão nos calcanhares. Os pés precisam de apoio, se não alcançarem o chão quando o paciente passa mais tempo na cadeira.¹

A cabeceira da cama deve, sempre que possível, ser mantida na posição de um ângulo de 30° ou menos. Registrar a posição adotada e os horários de mudança de posição facilita a prestação dos cuidados.¹



Quando o paciente está na cama, é importante seguir uma escala de reposicionamento (agenda com horários de mudança de posição), alternando entre as posições de decúbito dorsal (deitado com a barriga voltada para cima) e as posições de decúbito lateral esquerdo e direito (deitado de lado).¹

O que não se deve fazer?

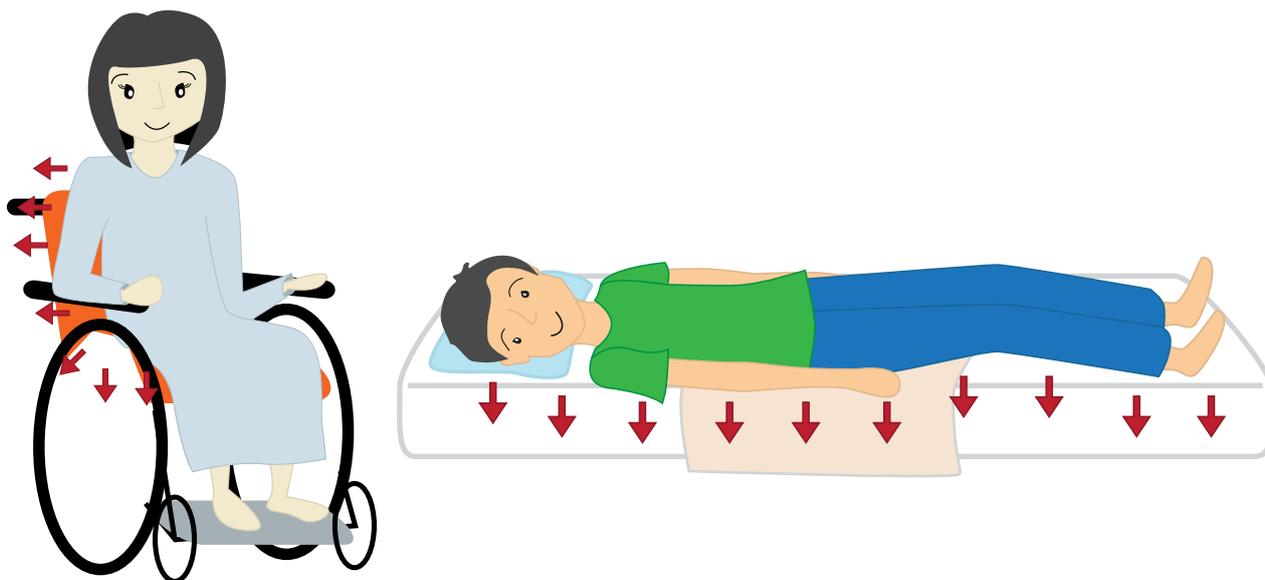
O paciente não deve ser posicionado de maneira que fique apoiado sobre dispositivos médicos, como cateteres, tubos, sondas e fios. Evitar posicionar o paciente sobre saliências ósseas que estejam avermelhadas.¹



A posição do paciente não pode impedir totalmente sua capacidade de se movimentar. Algumas posições que aumentam a pressão, como a posição semissentada a mais de 30° e deitada de lado a 90°, devem ser evitadas.¹

SUPERFÍCIES DE SUPORTE

As superfícies de suporte são dispositivos que têm a função de redistribuir a pressão exercida no corpo do paciente, colaborando, assim, para a prevenção da úlcera por pressão, como por exemplo colchões, colchonetes, almofadas e travesseiros.¹³



A pressão é um fator importante que deve ser levado em consideração quando o assunto é a prevenção da úlcera por pressão. A intensidade da pressão, o tempo em que o paciente permanece exposto a ela e a resistência da pele e de outras camadas abaixo dela devem ser avaliados.¹³

Atualmente existe uma grande quantidade de produtos e materiais utilizados como superfícies de suporte: colchões, sistemas de redistribuição de pressão integrados à cama, colchonetes, coxins, almofadas para cadeira de rodas.¹³

Escolher uma superfície de suporte não é uma tarefa fácil. É necessário avaliar a existência de úlceras por pressão e também o risco do paciente desenvolvê-las. Além disso, outros fatores também devem ser considerados importantes, como: a mobilidade do paciente na cama, seu conforto, a necessidade de controlar a temperatura e umidade e algumas características do local onde se prestam os cuidados.¹³

A utilização de uma boa superfície de suporte **NÃO DISPENSA A MUDANÇA DE POSIÇÃO**. Muitas vezes é impossível mudar o paciente de posição com muita frequência e, nessas condições, há necessidade de uma superfície de suporte diferenciada.



Superfícies de suporte mais utilizadas

1 - Colchonetes de Ar

Nesta superfície de suporte, o ar está contido em células que, quando infladas, devem ter altura suficiente para manter o corpo do paciente suspenso, sem contato com o estrado ou com o colchão de apoio. As células muito infladas aumentam a pressão sobre o corpo e células murchas não fazem a redistribuição da pressão da maneira adequada.¹³

Dentre as opções mais utilizadas de colchonetes de ar citamos o colchonete de ar estático e o colchonete de fluxo de ar alternado.



1.1 - Colchonetes de ar estático

Vantagens

- Fácil insuflação com uma bomba de ar
- Boa durabilidade
- Pouca manutenção
- Permite reparação quando perfurado
- Fácil de limpar



Desvantagens

- A altura da cama fica mais elevada
- Sem firmeza nas bordas
- Pode ser danificado por objetos perfurantes
- A presença de vazamentos e o funcionamento adequado devem ser avaliados diariamente ¹³

1.2 - Colchonete de ar dinâmico

Vantagens

- Pouca manutenção
- Boa durabilidade
- Fácil insuflação com uma bomba de ar
- Custo baixo
- Permite reparação quando perfurado
- Fácil de limpar



Desvantagens

- Requer manutenção adequada de ar
- Eleva a altura do leito
- Pode ser danificado por objetos perfurantes
- A sensação de insuflação e desinsuflação pode incomodar o paciente
- O ruído do motor pode atrapalhar o sono ¹³

2 – Colchonete de espuma piramidal

É muito utilizado e mais conhecido como “caixa de ovo”. Deve ser colocado em cima de um colchão de espuma padrão. Normalmente sua densidade varia de 28 a 35, e suas pirâmides devem ter, no MÍNIMO, 6 cm de altura. Não devem ser forrados com plástico e nem lavados para não perder a função.

Vantagens

- Fácil instalação
- Sem risco de danos por objetos perfurantes
- Não necessita de eletricidade para o funcionamento
- Leve
- Custo baixo
- Sem necessidade de manutenção



Desvantagens

- Esquenta e absorve transpiração
- Pouca durabilidade
- Necessidade de cobertura plástica para pacientes incontinentes
- Eleva a altura do leito podendo causar insegurança
- Espumas de má qualidade e baixa densidade não reduzem a pressão de maneira adequada ¹³

3 – Colchão de espuma especial

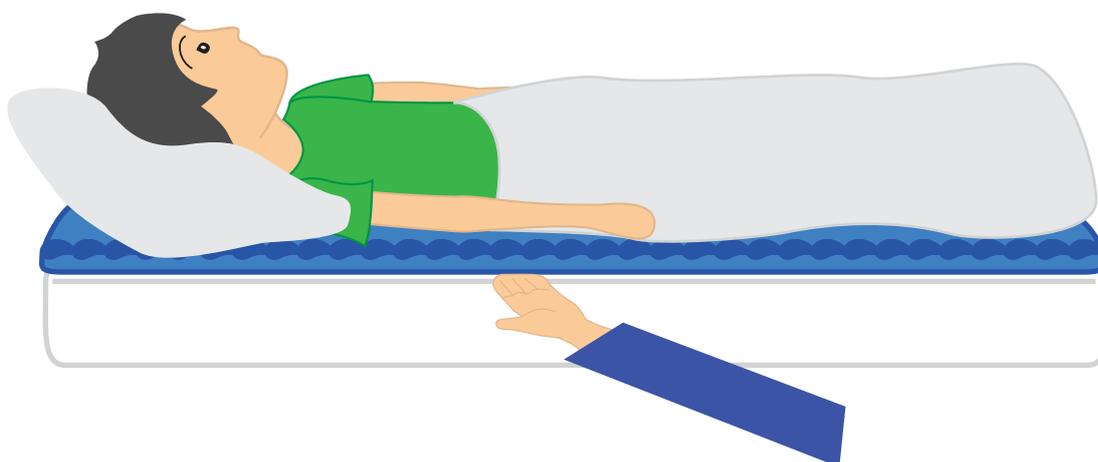
Os colchões especiais são destinados a reduzir a pressão quando comparados com o colchão hospitalar comum e são utilizados como seus substitutos. Dentre os tipos de colchões especiais disponíveis destacamos o de espuma visco elástica, onde o ar entra e sai mais lentamente. ¹³



4 - Colchão de espuma padrão

A maioria dos pacientes utiliza esta superfície de suporte que tem, normalmente, 130mm de espessura. A capacidade do colchão em suportar o peso depende da densidade, que é definida de acordo com o peso do paciente. Este colchão deve ser utilizado apenas em pacientes SEM RISCO de desenvolver úlcera por pressão pois ele não redistribui o peso colocado sobre ele de maneira adequada.¹³

Avaliar o funcionamento dos colchonetes é importante e esta tarefa deve ser realizada da seguinte maneira: ¹³



- 1 Coloque o paciente sobre a superfície de suporte a ser testada.
 - 2 Mantenha a cabeceira abaixada (exceto quando houver contraindicação).
 - 3 Coloque a mão aberta sob o paciente (região sacral) entre o colchonete e o colchão comum.
 - 4 Caso o peso do paciente impeça a passagem da mão entre os dois colchões é sinal que a superfície de suporte não está eficiente.
- Esta avaliação pode ser realizada em outras superfícies de suporte como as almofadas de cadeiras de rodas.¹³

Antes de selecionar a superfície de suporte alguns questionamentos devem ser feitos:

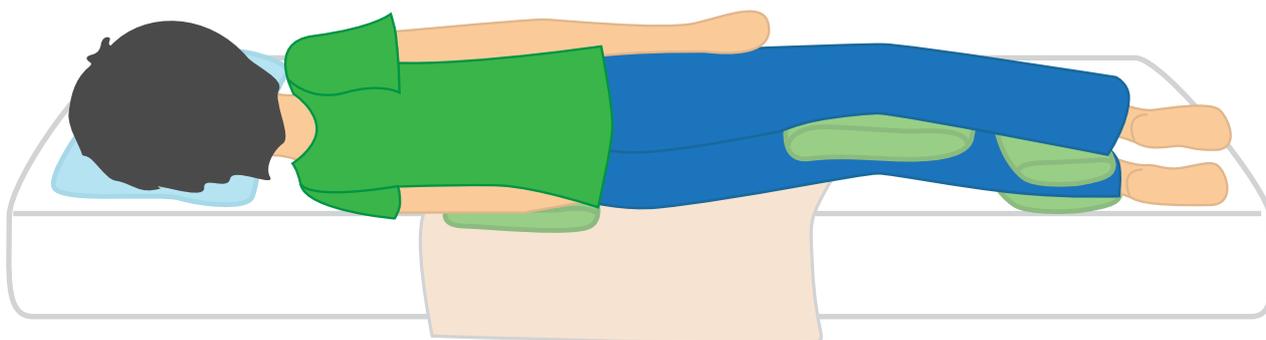
O QUE FAZER?



- 1 Qual o melhor produto para o paciente?
- 2 A utilização será temporária ou por períodos prolongados?
- 3 O paciente será reposicionado frequentemente?
- 4 Qual o custo do produto? A família tem condições de comprar? Ele pode ser alugado?
- 5 O produto está adequado ao peso do paciente?
- 6 O paciente sente-se confortável com o produto?
- 7 O paciente ou seus cuidadores têm capacidade para manipular corretamente os produtos?
- 8 O fabricante do produto tem boa reputação? Qual é a durabilidade? Como é a assistência técnica oferecida?¹³

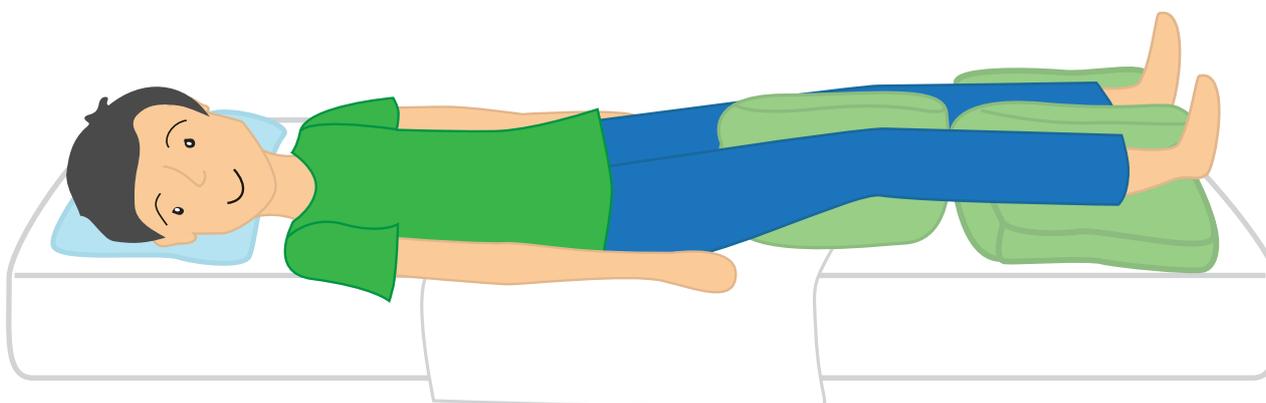
O que se deve fazer?

Os pacientes em risco de úlcera por pressão devem ser mudados de posição sempre que possível, atentando para que os calcanhares fiquem afastados da superfície da cama e os joelhos levemente dobrados.

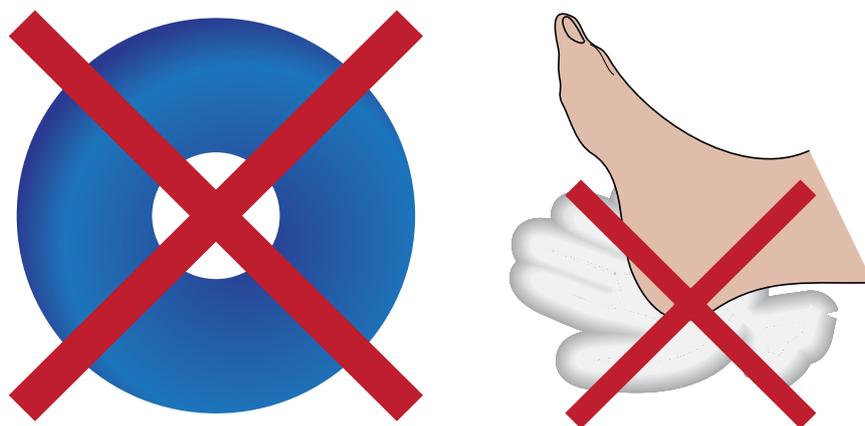


Travesseiros, almofadas, cobertores ou outros dispositivos de amortecimento podem ser utilizados para apoiar as panturrilhas e manter os calcanhares afastados da cama.

Travesseiros e almofadas também podem ser utilizados entre as pernas e os tornozelos, para manter o alinhamento do corpo e aliviar a pressão nessas áreas.¹

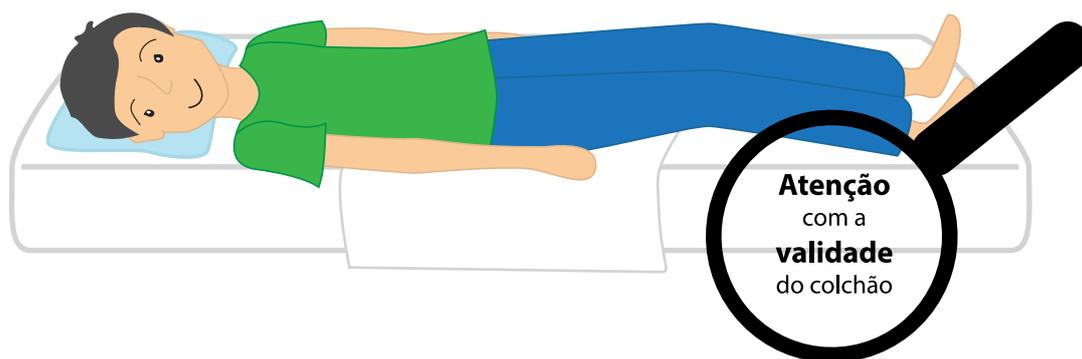


Os assentos também devem receber algum dispositivo, almofadas ou travesseiros para redistribuir ou aliviar a pressão, mas as almofadas redondas com furo no centro (tipo roda d'água) não são indicadas, pois fazem pressão em determinados locais do corpo e não distribuem corretamente a pressão. Luvas de procedimento cheias de água ou ar **NÃO** devem ser utilizadas para aliviar a pressão nas partes do corpo sujeitas à úlcera por pressão, porque elas continuam mantendo a pressão no local.¹



É fundamental regular o tempo na posição sentada e dar mais atenção aos pacientes que possuem lesão na coluna.¹

Todo colchão ou superfície de apoio tem um prazo de validade que deve ser respeitado.



Validade: Avaliar sempre as condições da superfície de suporte de acordo com as orientações citadas na página 29.

“A essência do ser humano reside no cuidado.”¹⁴

Referências

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: quick reference Guide. In: Haesler H, ed. Cambridge Media: Perth (Australia); 2014.
2. Gratão ACM, Talmelli, LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):137-44.
3. Nascimento LC, Moraes ER, Silva JC, Veloso LC, Vale ARMC. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. Rev Bras Enf. 2008;61(4):514-7.
4. Oliveira BC, Garanhani ML, Garanhani MR. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico: necessidades, sentimentos e orientações recebidas. Acta Paul Enferm. 2011;24(1):43-9.
5. Teston EF, Oliveira AP, Marcon SS. Necessidades de educação em saúde experienciadas. Rev Enferm UERJ. 2012;20(n.esp. 2):720-5.
6. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. Rev Gaucha Enferm. 2011;32(1):143-50.
7. Bryant RA. Acute and chronic wounds: nursing management. 2nd ed. Missouri: Mosby, 2000.
8. Sposito MMM; Tellini GG; Itami RK. Profilaxia das complicações decorrentes da restrição prolongada do paciente no leito. Acta Paulista de Enfermagem, v. 6, n. 1, p. 11-15, 1993.
9. Prevent Pressure Ulcers. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2014.
10. Lima ACB, Guerra D M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(1):267-77
11. Pott FS, Ribas JD, Silva OBM, Souza TS, Danski MTR, Meier MJ Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Cogitare Enferm. 2013;18(2):238-44.
12. Moraes GLA, Borges CL, Oliveira ET, Sarmiento LR, ARAÚJO PR, Silva MJ. Aplicação de protocolo de prevenção de úlcera por pressão no contexto domiciliar: uma trajetória percorrida. Cogitare Enferm. 2013;18(2):387-91.
13. Blanes L, Ferreira LM. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. São Paulo: Atheneu; 2014.
14. Boff L. Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra. 18.ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.

Referências Consultadas

1. Vieira CPB, Fialho AV, Freitas CHA, Jorge, MSB. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(3):570-9.
2. Chayamiti EMPC, Caliri MH. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(1):29-34.
3. Jansen MM. Prevenindo úlceras por pressão: orientações para pacientes e cuidadores. Porto Alegre: Hospital das Clínicas daUFRGS; 2010.
4. Assis MG, Assis MA, Amate FC. Software para mapeamento dos riscos de úlcera por pressão, queda e flebite. *J. Health Inform.* 2012; (4 n.esp. SIIENF 2012):130-7.
5. Coêlho ADA, Lopes MVO, Melo RP, Castro ME. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. *Rev Rene.* 2012;13(3):639-49.
6. Minani LF, Santos PT, Ferrari CRS, Ciampone HT. Avaliação do treinamento “prevenção e tratamento de úlcera por pressão” ministrado à equipe de enfermagem. *Rev Eletr Enf.* 2012;14(3):663-70.
7. Aguiar ESS, Soares MJGO, Caliri MHL, Costa MML, Oliveira SHS. Avaliação da capacidade funcional de idosos associada ao risco de úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(n.esp. 1):94-100.
8. Araújo JF, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT, Pires CAA. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(1):149-58.
9. Brondani CM, Beuter M, Alvim NAT, Szareski C, Rocha LS. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(3):504-10.
10. Ferreira CG, Alexandre TS, Lemos ND. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saúde Soc.* 2011;20(2):398-409.
11. Lise F, Silva LC. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. *Acta Sci Health Sci.* 2007;29(2):85-89.
12. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18(6):[10 telas].
13. Oliveira DC, D’Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(5):829-38.
14. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Fabrício-Whebe SCC, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(5):768-74.

Glossário

Adjacente - que fica ao lado.

Arco costal - arcos formados por uma costela e sua cartilagem.

Cisalhamento - a força do cisalhamento é causada pela interação da gravidade e a fricção, exercendo forças paralelas na pele e ocorre em consequência à mobilização ou a posicionamentos incorretos.

Crista ilíaca - borda estreita e saliente de um osso, que marca o limite superior da bacia.

Crosta - alteração secundária da pele, consistindo em sangue, soro ou pus ressecados.

Cutâneo - pertencente ou relativo à cútis ou pele.

Equimose - extravasamento de sangue abaixo da derme, que forma manchas na pele, em geral grandes violáceas, de contornos irregulares e imprecisos.

Eritema - vermelhidão da pele causada por vasodilatação capilar, que desaparece quando sobre pressão.

Escápula - osso grande, chato e triangular, situado na região superior e externa do tórax.

Fator de risco - representa uma probabilidade maior de ser atingido por determinada afecção ou dano.

Posição supina - deitado de costas.

Posição prona - que tem a parte frontal e ventral virada para baixo, deitar com a barriga para baixo, de bruços.

Proeminência óssea - osso que se eleva acima do que o rodeia, saliência.

Sacro - osso grande, mediano de forma triangular e ligeiramente encurvada, resultado da fusão das cinco vértebras sacrais.

Sero-hemático - sanguinolento.

Seroso - líquido semelhante ao soro sanguíneo que se encontra normalmente em pequena quantidade no interior das cavidades serosas ou em volume maior ou menor nos locais de inflamação ou processos patológicos.

Subjacente - que esta por baixo.

Tecido adiposo (subcutâneo) - variedade de tecido conjuntivo destinado a acumular reservas lipídicas.

Tuberosidade isquiática - processo ósseo grande e arredondado sobre o qual se insere, em geral tendão ou um ligamento; ísquio região inferior e posterior do osso coxal com a sua parte que é a mais robusta, com um corpo onde esta a tuberosidade isquiática sobre a qual se aplica o peso do corpo quando a pessoa esta sentada.

Trocânter - cada um dos dois processos abaixo do colo de fêmur, o trocânter maior situado externamente, dá inserção ao tendão do músculo ileopsoas; o trocânter menor, internamente, é onde se inserem os músculos glúteo, médio e mínimo.

Zigomática - que diz respeito ao osso ou ao arco à região zigomática, osso par situado abaixo de cada olho, que forma parte do arco zigomático e da parede lateral da órbita.

