



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS-UNIPAC
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARBACENA-FASAB
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DJALMA APARECIDO DO CARMO PAIVA

LUIZ BENEDITO FARIA

NELIO LUCIANO JOSÉ GOMES

REVISÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE
PORTADOR DE ULCERA POR PRESSAO

BARBACENA

2015

REVISÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE ULCERA POR PRESSAO

Djalma Aparecido do Carmo Paiva*
Luiz Benedito Faria
Nélio Luciano José Gomes

Ana Elisa Saleme de Souza Lima**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde de Barbacena, da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como um dos requisitos parciais para aprovação.

* Acadêmicos do 9º período do Curso de graduação em enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC. E-mail: djalmadocarmopaiva@hotmail.com

**Professora Orientadora. Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac (São Camilo). 2006; Cardiologia e Hemodinâmica pela FacRedentor (Instituto Educacional São Pedro). 2012. E-mail: elisa.saleme@gmail.com

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, dedutivo de abordagem qualitativa, fundamentado em revisões bibliográficas, periódicos e sites. Foi realizado levantamento retrospectivo dos anos de 2009 a 2014 das publicações, considerando os critérios: data, título do periódico e tipo de pesquisa. Teve como objetivo geral levantar o que há descrito na literatura sobre a Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção de Úlceras por pressão. Conforme a literatura, a Sistematização da assistência de enfermagem proporciona assistência individualizada, direcionada, integral e de qualidade ao cliente, com embasamento científico. A úlcera por Pressão é uma lesão localizada, de necrose tissular, que tende a se desenvolver quando um tecido mole é submetido a uma pressão não aliviada entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um longo período de tempo. De acordo com alguns autores, a implantação da avaliação de risco pela utilização sistemática da escala de Braden e o investimento em capacitação da equipe de enfermagem, são medidas necessárias para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada. Apesar da existência da Sistematização da assistência de enfermagem, a inadequação quantitativa e/ou qualitativa dos recursos humanos e materiais disponíveis têm dificultado a implementação de protocolos de prevenção e tratamento desse tipo de úlcera. Considera-se que existem ainda lacunas nessa área do conhecimento, mas a crescente divulgação de produções científicas sobre o tema poderá auxiliar os profissionais no avanço da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

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

1 INTRODUÇÃO

Nas palavras de Rodrigues, Souza e Silva (2009) a pele é o maior órgão do corpo humano, podendo chegar a representar 16 % do peso corporal de um indivíduo. Suas principais funções são proteger contra agentes do meio ambiente, regulação da temperatura corporal, revestimento, e defesa orgânica. É constituída por três camadas: a camada mais externa, também é a mais fina, é chamada de epiderme. A derme é a parte da pele que possui

em sua composição vasos sanguíneos, fibras e terminações nervosas, o que proporciona à pele oxigênio, sangue, suporte e resistência. Já a hipoderme, também chamada de tecido subcutâneo, é a camada mais profunda de pele, funciona como um depósito de calor, já que sua formação é dada por células de gordura, que ajudam na termorregulação corporal. (ALMEIDA, 2008)

A pele, por ser um órgão externo, está sujeita a alguns tipos de lesões. Dentre as lesões que mais acometem os pacientes hospitalizados estão as úlceras por pressão (UP). Essa patologia ocorre devido a uma pressão intensa realizada sobre a pele, principalmente onde existem proeminências ósseas, acarretando uma diminuição da circulação sanguínea, diminuindo a oxigenação da pele. É também conhecida popularmente como escara ou úlcera de decúbito, podendo levar à necrose do tecido. (ALMEIDA, 2008)

Nos dias de hoje sabe-se que a úlcera por pressão (UP) é um tipo de lesão que pode ser prevenida e vista como um indicador de qualidade do cuidado da enfermagem. (CUNHA,2010)

A UP é uma das complicações que mais acometem os pacientes hospitalizados, principalmente idosos e pacientes muito debilitados que apresentam dificuldade na mobilização. Quando surge uma UP é notório que o tempo de internação aumenta, conseqüentemente o custo do tratamento do cliente se eleva e o mesmo fica sujeito às infecções devido à ruptura de sua pele e o quadro clínico se deteriora podendo evoluir para um mau prognóstico.(ALMEIDA,2008)

É de extrema importância que a equipe de enfermagem avalie o risco do surgimento da UP nos pacientes, buscando detectar o mais precocemente possível os fatores de risco para esse tipo de lesão e programar medidas específicas para cada caso, através de um cuidado de enfermagem individualizado. (CUNHA,2010)

A sistematização da assistência de enfermagem – SAE é uma forma de investigar os possíveis fatores de risco existentes em cada paciente, permitindo implementar um tratamento individualizado para cada estágio da lesão, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida do paciente.(CUNHA,2010)

A justificativa para esse trabalho é que se observa em hospitais que pacientes com limitações dos movimentos físicos desenvolvem úlcera de pressão com certa frequência. Diante desta constatação foi sentida a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o assunto, procurando conhecer qual tem sido a conduta do enfermeiro na assistência ao paciente com lesões cutâneas ulceradas decorrentes de pressão sobre a pele em áreas de saliências ósseas.

Através de estudos os profissionais estarão se deparando com práticas diferentes e através do mesmo os profissionais poderão atualizar-se e desenvolver cuidados e tratamentos para prevenção e melhor recuperação do cliente.

Conhecendo a realidade do tratamento das lesões cutâneas por pressão identificando se as praticas utilizadas pelos enfermeiros estão em conformidades com o que e recomendado pela literatura científica atual, dando oportunidade a mudanças nas condutas utilizadas para o tratamento destas lesões.

A metodologia utilizada foi uma pesquisa exploratória sobre as Ulcera por pressão , as formas de prevenção e tipos de tratamentos, será realizada mediante a revisões bibliográficas, utilizando livros, artigos científicos, teses, etc. do período entre 2008 a 2014.

A identificação das fontes bibliográficas foi realizada através do sistema informatizado de busca LILACS SCIELO, PERIENF, BDEFN e BVS.

Entretanto, nosso objetivo foi revisar a assistência de enfermagem ao paciente portador de Úlcera por pressão.

2 ULCERA POR PRESSÃO

As úlceras de pressão, também conhecidas como úlceras de decúbito, escara ou escara de decúbito, são lesões de pele ou partes moles, que se originam de isquemia tecidual prolongada. Esta, por sua vez, pode originar-se em todas as posições que sejam mantidas prolongadamente a um paciente. Essas áreas incluem as regiões sacrais, coccígenas, tuberosidades isquiáticas, trocânter maior, calcâneo, maléolos, côndilo medial da tíbia, cabeça da fíbula, escápula, cotovelo, processos acromiais e cristas ilíacas (DELISA; GANS, 2002; IRION, 2005; SMELTZER; BARE, 2005 *apud* GOULART, *et all* 2011)³

Existem fatores que contribuem para o desenvolvimento destas úlceras, como a idade avançada, fricção, traumatismos, desnutrição, incontinência urinária e fecal, infecção, avitaminoses, umidade excessiva, pressão arterial e edema.^{3,1}

Os pacientes confinados no leito por um período longo e com dificuldades sensoriais ou motoras, cognitivas prejudicadas, imobilidade, os que apresentam atrofia muscular e redução do acolchoamento entre a pele sobreposta e o osso subjacente, estão em risco para desenvolverem úlcera por pressão. Mesmo sendo a pressão exercida no tecido, o fator mais importante para o seu desenvolvimento, outros fatores contribuem para ocorrência de úlcera por pressão. ⁴

Úlceras de pressão são comumente vistas entre jovens e idosos, que são admitidos para as instituições de repouso e são imóveis por longos períodos de tempo. Isso pode ser causado devido a: pressão exercida pelo peso do corpo; atrito de fricção da pele e forças de cisalhamento ou deslizamento da pele entre as estruturas ósseas subjacentes e superfícies externas.^{3,2}

Algumas pessoas estão em um risco acrescido de contrair úlceras de pressão. Os principais riscos que levam a úlceras de pressão são: stress, duração do esforço, paralisia ou espasticidade, infecções, edema, umidade, falta de fornecimento de nervo, má nutrição.^{3,3}

Úlceras de pressão ocorrem devido à falta de suprimento sanguíneo e, assim, fornecem oxigênio e nutrientes, para uma parte do corpo que também é afetado pela pressão.^{3,4}

Úlceras de pressão normalmente não afetam pessoas saudáveis. Indivíduos saudáveis geralmente movem seu corpo e mudam posturas inconscientemente a fim de evitar a pressão prolongada sobre um lado.^{3,5}

Nas palavras de Wanda, Teixeira Neto e Ferreira (2010, p.172) “A úlcera por pressão ocorre quando a pressão intersticial excede a pressão intracapilar, originando uma deficiência de perfusão capilar, o que impede o transporte de nutrientes ao tecido”.

Maia e Monteiro. (2011, p. 391) descrevem as UP da seguinte forma:

[...] são lesões decorrentes da hipóxia celular levando à necrose tecidual. Geralmente, estão localizadas em áreas de proeminências ósseas e ocorrem quando a pressão aplicada à pele, por algum tempo, é maior que a pressão capilar normal (32mmHg/arteríolas e 12 mmHg/vênulas). Podem ser ocasionadas por fatores internos e externos.

Os fatores externos, de acordo com Silva, Meireles e Viterbo (2009) podem ser causados por três motivos: pressão, cisalhamento ou fricção. A pressão ocorre quando um tecido mole do corpo é comprimido entre uma saliência óssea e uma superfície dura (quando o paciente permanece em uma mesma posição durante muito tempo). O cisalhamento ocorre quando os ossos e os tecidos mais moles se movimentam, mas a pele permanece imóvel (quando o paciente desliza na cama – apoiar as costas na cabeceira da cama). Já a fricção ocorre quando duas superfícies entram em atrito uma com a outra (arrastar o paciente ao invés de levantá-lo).

Já os fatores internos estão diretamente ligados às variações do estado físico do paciente que podem influenciar na constituição e integridade da pele, no tempo de cicatrização, nas estruturas de suporte, ou nos sistemas linfático e vascular. Entre os fatores internos pode-se destacar a mobilidade reduzida ou ausente, a idade avançada, as condições

nutricionais, a incontinência urinária ou fecal, o nível de consciência do paciente, doenças (diabetes, doença vascular periférica, câncer, hipertensão arterial sistêmica), peso corporal e uso de medicamentos (aminas, corticoides, antibióticos, betabloqueadores). (MAIA; MONTEIRO, 2011)

2.1 A PRESSÃO CAPILAR

A pressão capilar normal é de 32 mmHg, assim quando há uma pressão sobre as proeminências ósseas em pacientes acamados, que ultrapassa esse limite, desenvolve uma isquemia no local, sendo que o primeiro sinal é o eritema devido à hiperemia reativa, pois aparece um vermelhidão vivo à medida que o corpo tenta suprir o tecido carente de oxigênio (DELISA; GANS, 2002 *apud* SMELTZER; BARE, 2005*apud* GOULART, *et all* 2011). Segundo Delisa e Gans (2008, p. 1116), “os tecidos podem tolerar pressões cíclicas muito mais altas que pressões constantes. Se a pressão for aliviada intermitentemente a cada 3 a 5 minutos, pressões mais altas podem ser toleradas”.

Fica evidente que uma das metas mais importante que deve ser alcançada para que se obtenha uma boa recuperação do paciente é aliviar a pressão através de mudanças de decúbito frequentes.

2.2 CISALHAMENTO

Outro fator de risco é o cisalhamento que é uma pressão exercida quando o paciente é movido ou reposicionado na cama. Esses são recolocados na posição inicial repetidas vezes e nesse movimento a pele permanece grudada ao lençol enquanto que o restante do corpo é empurrado para cima. Devido a essa tração há a torção dos vasos sanguíneos e a interrupção da microcirculação da pele do tecido subcutâneo. A força de cisalhamento é criada pela interação entre as forças gravitacionais e de atrito, que é a resistência que existe ao movimento entre duas superfícies (SMELTZER; BARE, 2009)

2.3 FRICÇÃO

A fricção acontece quando a pele se move contra uma superfície de apoio, ou seja, é a força de duas superfícies movendo-se uma sobre a outra. A fricção pode causar danos ao

tecido quando o paciente é arrastado na cama, em vez de ser levantado. Isso faz com que a camada superficial de células epiteliais seja retirada. A fricção está sempre presente quando o cisalhamento acontece (FERNANDES e CALIRI, 2008)

2.4 MOBILIDADE

A mobilidade tem capacidade de mudar e controlar a posição do corpo. Está relacionado ao nível de consciência e competência neurológica. É a capacidade do paciente de aliviar a pressão através do movimento e contribuir para seu bem estar físico e psíquico. As principais condições que contribuem para a imobilidade são: o acidente vascular cerebral, artrite, esclerose múltipla, lesão medular, traumatismo craniano, sedação excessiva, depressão, fraqueza e confusão (MORTON et al., 2009).

2.5 NUTRIÇÃO

Vários estudos mostraram evidências de uma má alimentação como fator causador na formação de úlceras por pressão. Alguns pacientes já entram no hospital desnutridos, enquanto outros, mesmo internados em bom estado nutricional para procedimentos eletivos, podem ter o mesmo comprometimento durante a sua hospitalização (MORTON et al., 2009)

A má nutrição é considerada um dos fatores secundários para o desenvolvimento da úlcera por pressão, porque contribui para diminuir a tolerância do tecido á pressão. São recomendadas dietas calóricas, ricas em proteínas e carboidratos, para promover um balanço positivo de nitrogênio e suprir as necessidades metabólicas e nutricionais cruciais para a prevenção das lesões (SOUZA, 2009).

2.6 IDADE

O envelhecimento ocasiona alterações que comprometem a habilidade da pele para distribuir efetivamente a pressão como, mudanças na síntese de colágeno que resultam em tecidos com diminuição na força mecânica e aumento na rigidez. Essas mudanças acarretam ainda a redução da capacidade do tecido de distribuir a pressão mantida sobre ele, levando a um comprometimento do fluxo sanguíneo e conseqüentemente ao aumento do risco para as úlceras por pressão (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006 apud GOULART et all, 2011).

A velhice também é causadora de aumento de internações hospitalares, de acamadas e de condições crônicas de saúde que logo aumenta o risco de pressão, fricção, cisalhamento e diminuição da circulação sanguínea na pele (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006 apud GOULART et all, 2011).

2.7 UMIDADES/INCONTINÊNCIAS

A umidade é um fator contribuinte importante no desenvolvimento de lesões cutâneas, pois quando não é controlada causa amolecimento da pele. Com o amolecimento do tecido da epiderme, há uma redução na força tensiva, tornando-se fácil a compressão, a fricção e o cisalhamento, posteriormente formam-se erosões deixando um ambiente propício para crescimento de micro-organismo (MORTON et al., 2009).

A incontinência é o previsor de formação de úlceras por pressão, onde a incontinência fecal pode ser um fator de risco mais importante que a incontinência urinária para a formação da lesão, pois a pele está mais exposta a bactérias e toxinas presentes nas fezes (MORTON et al., 2009).

2.8 FUMO

O tabagismo é outro fator que expõe o paciente ao risco já que, a nicotina reduz a hemoglobina funcional e causa disfunção pulmonar, privando os tecidos de oxigenação, ou seja, produz efeitos no organismo que interferem no fluxo sanguíneo provocando vasoconstrição, favorecendo a diminuição do aporte de oxigênio e nutrientes para as células e o aumento da adesão de plaquetas (FERNANDES e CALIRI, 2008).

2.9 TEMPERATURAS ELEVADA

A temperatura do corpo é um fator causador, que representa um risco maior de necrose nas úlceras por pressão. Na elevação da temperatura (hipertermia), a cada 1°C, temos um aumento de 10% no metabolismo tecidual e na demanda de oxigênio, ocorrendo desvitalização do tecido e provocando sudorese que leva a maceração da pele (SMELTZER; BARE, 2009).

Destaca a atenção dos profissionais quanto ao uso nos pacientes de roupas inadequadas, hiperemia, atritos em superfície de suporte, como colchões com capa que provoquem aquecimento, isolem calor para pele dos pacientes.

2.10 ESTADOS COGNITIVOS

A alteração no nível de consciência acarreta na perda da habilidade do paciente para detectar sensações que indiquem uma necessidade de mudança na posição através do movimento, com o objetivo de aliviar a pressão em regiões dotadas de proeminências ósseas. Isso aumenta a propensão de isquemia na pele que está em contato com uma superfície (SMELTZER, BARE, 2009).

2.11 LESÕES MEDULAR

Pacientes com lesão medular apresentam certo grau de alteração na sensibilidade térmica e tátil, o que leva à predisposição para o desenvolvimento das feridas. Geralmente, esse tipo de paciente permanece por longos períodos em uma mesma posição, exercendo compressão contínua em diferentes áreas do corpo. Além dos pacientes portadores de lesão medular, outros indivíduos acometidos por traumatismos graves podem desenvolver úlceras de pressão, também em decorrência do posicionamento (SMELTZER, BARE, 2009).

Antigamente as úlceras por pressão eram classificadas em 4 estágios:

- Estágio 1: Eritema de pele íntegra ou descoloração da pele, endurecimento, edema e calor.
- Estágio 2: Lesão parcial da pele envolvendo derme e/ou epiderme. Bolha abrasão ou cratera rasa.
- Estágio 3: Lesão completa da pele envolvendo necrose ou dano da camada subcutânea. Presença de cratera profunda com ou sem comprometimento dos tecidos subjacentes.
- Estágio 4: Grande destruição com presença de tecido necrótico, dano de músculos, ossos ou estruturas de suporte, como cápsula articular e tendões.

Contudo a National Pressure Ulcer Advisory Panel (2007) além de reconhecer os quatro estágios mencionados anteriormente acrescentou duas novas categorias: lesão suspeita de tecidos profundos e não classificável, deixando a classificação das úlceras por pressão da seguinte forma:

- Estagio 0: Lesão suspeita de tecidos profundos: área púrpura ou marrom localizada, de pele intacta e pálida, ou bolha.
- hemática devido a acometimento de partes moles por pressão e/ou cisalhamento.
- Estagio 1: pele intacta com hiperemia mantida em área localizada sobre proeminência óssea
- Estagio 2: perda de espessura parcial de derme, visualizada como úlcera com leito vermelho-róseo, sem necrose, ou bolha com conteúdo seroso.
- Estagio 3: perda de espessura total; subcutâneo pode ser visualizado, porém osso, tendão e músculo não expostos.
- Estagio 4: perda de espessura total com osso, tendão ou músculo exposto; pode haver necrose.
- Não classificável: perda de espessura total, em que o leito encontra-se recoberto por necrose e/ou escara.

Através da classificação das UP em estágios se consegue delimitar qual a melhor forma de prevenção e tratamento para cada estágio da lesão.

3 PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Segundo Alves *et al.* (2008) as UP geram várias complicações aos pacientes hospitalizados, mesmo quando há dedicação da equipe de enfermagem para preveni-las. Apesar de não haver uma estatística oficial sabe-se no Brasil os casos de ocorrência de UP são altos:

Em um estudo epidemiológico constataram que a prevalência de úlceras por pressão no ambiente hospitalar é extremamente alta, variando de 2,7% a 29,5%. Tem-se que as mais altas taxas de complicações afetam 66% dos pacientes idosos com fraturas de colo de fêmur, 60% dos pacientes tetraplégicos, seguidos por pacientes criticamente doentes com a taxa de 33%. De uma forma geral, aproximadamente 40% dos pacientes com lesões medulares que completam o seu tratamento desenvolvem úlcera por pressão. A literatura internacional, por sua vez, aponta que entre 3% a 14% dos pacientes hospitalizados desenvolvem úlcera por pressão, enquanto nos portadores de doenças crônicas, seja na comunidade ou em instituições de longa permanência para idosos, a incidência está entre 15% a 25%. (ALVES *et al.*, 2008, p. 398)

A enfermagem, em sua prática assistencial, tem contato direto com o corpo do paciente hospitalizado, sendo o enfermeiro o profissional responsável em dedicar cuidados

que venham trazer bem-estar físico e conforto à pessoa que passa por um momento de recuperação e tratamento. Entre inúmeros procedimentos realizados pela enfermagem encontra-se o tratamento e a prevenção das UP. (PINTO, 2011)

Para Cremasco (2009) as UP surgem devido à gravidade do paciente e da dificuldade de realizar medidas preventivas para a manutenção da integridade da pele. Não importa qual seja o motivo, a UP é uma complicação que surge facilmente em pacientes hospitalizados em estado crítico. Sendo assim, é imprescindível avaliar o risco do surgimento das UP, buscando a detecção precoce do paciente com potencial para esse tipo de agravo para que se consiga implementar medidas eficazes, seguras e específicas de prevenção, além das demais intervenções da equipe de enfermagem.

Diante de tudo isso, o enfermeiro deve procurar voltar sua atenção, de modo especial, para os pacientes com predisposição a ter esse tipo de complicação, pois, ainda é o melhor remédio. Neste sentido, a equipe de enfermagem deve ter competência profissional para identificar, minimizar e/ou sanar os fatores de risco para as UPs, pois o enfoque preventivo deve nortear a prática da assistência de enfermagem. A prevenção de UP deve ser reconhecida como um problema de saúde que necessita do envolvimento de todos os profissionais da área da saúde, mas principalmente da equipe de enfermagem, pois esses permanecem no hospital, prestando cuidados diretos aos pacientes (ALVES *et al.*, 2008, p. 398)

Para Silva Meirelles e Viterbo (2009) devem-se basear as intervenções de enfermagem nas seguintes medidas preventivas: avaliação de risco em desenvolver a UP, cuidados com a pele, medidas de suporte mecânico e superfícies, implantação de rotinas e educação continuada.

4 ESCALA DE BRADEN

A prevenção da Úlcera por Pressão é de grande relevância junto às equipes de saúde. Vários estudos revelam que a aplicação de instrumentos que definem pacientes de risco para a prevenção da UP (JULL; GRIFFITHS, 2010 *apud* ANSEMI; PREDUZZI; FRANÇA JUNIOR, 2009). Assim, é importante o uso de instrumentos preventivos na prática da enfermagem, como, a escala de Braden.

Segundo Paranhos; Santos (1999) a Escala de Braden foi traduzida e adaptada no português em 1999, e composta de seis subescalas: mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade da pele, estado nutricional, fricção e cisalhamento. Cada subescala são avaliadas distintamente e tem um escore entre um a quatro. Sendo a subescala de fricção e cisalhamento a escore varia de um a três. Da soma dos valores das subescalas é gerada uma escore total, que pode variar de 6 a 23.

Finalizando a avaliação do paciente chega-se a uma pontuação a qual nos diz que: abaixo de 11 é risco elevado; entre 12-14 é risco moderado; entre 15-16 é risco mínimo. Portanto, quanto maior o valor total da score, menor é o risco de desenvolver uma UP.

Sendo assim, sabemos que a úlcera por pressão é um problema sério, porém, previsível na maioria dos casos e que o enfermeiro desempenha um importante papel na equipe multidisciplinar, pois avalia e acompanha o tratamento além de estar em contato constante com o paciente, observando sua evolução.

5 TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

Segundo Segundo Pains et all (2010), o tratamento das UP constitui um maior gasto financeiro aos hospitais do que a prevenção, que pode ser feita através de medidas simples. A prevenção é a melhor alternativa, pois ela reduz o tempo de internação evitando a dor e o sofrimento do paciente, diminuindo os gastos relacionados com o tratamento.

Segundo Pelaja et all (2012), o tratamento deve ser implementado quando as medidas preventivas não foram bem-sucedidas. Há diferentes tipos de tratamento: o de nível sistêmico, com objetivo da melhoria do estado nutricional e redução da infecção; o conservador, realizado no início do aparecimento das lesões; e o tratamento local, que inclui a limpeza cirúrgica, curativos e coberturas.

O primeiro nível sugerido é um tratamento indireto da UP através da cura de comorbidades que impeça a melhora espontânea dessas úlceras. O nível conservador se dá em lesões em estágio inicial; a recomendação é HIDRATAR bem as regiões avermelhadas com creme hidratante e/ou antisséptico visando estimular a circulação de sangue e, conseqüentemente, a oxigenação e nutrição da área até que a coloração da pele retome o aspecto normal. (Peleja et all, 2012)

Qualquer que seja o tipo de tratamento utilizado é obrigatório que as medidas de alívio de pressão e profilaxia continuem sendo utilizadas, por isso é importante efetuar uma inspeção diária da área ulcerada e registro semanal das suas características objetivas, constando o estágio, dimensão, exsudato, presença de tecido necrótico, tecido de granulação, reepitelização ou sinais de celulite (REMONATTO, 2009).

O tratamento clínico se faz com medidas gerais e específicas. Entre as medidas gerais pode-se citar a hidratação para garantir uma boa perfusão e entre as medidas específicas estão a antibioticoterapia, os anti-inflamatórios não hormonais e as trocas periódicas de curativos de acordo com o grau de infecção (PAINS, et all, 2010).

Segundo Pains, et all (2010), estudos prévios mostram que a limpeza das UPs com água e sabão ou algum outro meio surfactante é a maneira simples, desde que seja feita com frequência e de preferência seja mantida seca.

A terapia nutricional desempenha um papel fundamental no processo de cicatrização das feridas, tendo cada nutriente sua função específica. Portanto, o acompanhamento pela equipe multiprofissional de terapia nutricional, aos pacientes em riscos nutricionais ou desnutridos, com ou sem a presença de UP, é de grande importância para a melhora da qualidade de vida desses pacientes, minimizando o tempo de internação e, conseqüentemente, a redução do custo dessas internações (REMONATTO, 2009).

6 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ULCERAS POR PRESSÃO

Os enfermeiros têm um importante papel a desempenhar na assistência aos pacientes com UP e precisam estar cientes de suas responsabilidades. É evidente que tal papel deve ser visto no contexto da equipe multidisciplinar, porque as feridas não podem ser encaradas como algo isolado do resto do corpo. Diferentes especialidades médicas também estão envolvidas no tratamento, de modo que os membros da equipe variam de acordo com as necessidades do paciente. Em muitas áreas, as equipes multidisciplinares estão preparando protocolos para tratamento de feridas e prevenção de UP. Tais esforços devem ser aplaudidos, pois trarão grandes melhoras aos padrões de atendimento aos pacientes (DEARLEY, 2001 apud PAINS; et all,2010).

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

No Brasil, atualmente, o tratamento de UP recebe atenção especial dos profissionais da área de saúde, tendo como destaque a atuação dos enfermeiros, que muito têm contribuído para o avanço e o sucesso do tratamento da UP. Busca-se a globalização da assistência, visando a cura ou cicatrização, a melhora da condição clínica e social dos pacientes, a racionalização e maior eficiência dos procedimentos direcionados ao tratamento, com a consequente otimização do atendimento.

Nesse contexto, Pivotto, Filho e Lunardi (2004 apud Pains, Oliveira; Moreira; Malta, 2010) afirmam que a implantação da SAE é uma necessidade à definição, diferenciação e valorização da profissão e dos profissionais da enfermagem e que a SAE – Sistematização da Assistência da Enfermagem para prevenção de UPs é um importante recurso que o enfermeiro dispõe para aplicar e demonstrar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente e caracterizar sua prática profissional. Entretanto, o planejamento, traduzido na prescrição de cuidados de enfermagem, expressa, de forma organizada, os objetivos diários da assistência a cada paciente, visando uma melhor qualidade do cuidado.

Para Cunha (2010), os enfermeiros têm responsabilidade importante na educação dos pacientes em risco de desenvolver UPs, no seu autocuidado e prevenção de danos. A tradição de educar os pacientes sobre a importância dos cuidados para prevenção de complicações torna o enfermeiro um componente chave para a qualidade do cuidado. Entretanto, a competência técnica, intelectual e interpessoal é necessária para a coleta e interpretação dos dados dos pacientes, bem como o planejamento correto das intervenções e, consequentemente, os resultados esperados. O diagnóstico de enfermagem, como base para as intervenções, é um passo essencial para a SAE na prevenção de UPs e um ponto crucial para prover um cuidado de qualidade.

No Brasil, o nosso grande desafio é contornar as dificuldades daqueles que desprovidos de recursos adequados para serem assistidos por serviços particulares, necessitam procurar instituições públicas para receberem o tratamento. São conhecidas as dificuldades inerentes aos serviços públicos de saúde de forma generalista, podemos citar como causa básica a grande demanda e busca de atendimento e carência de recursos para atendê-la adequadamente. É de conhecimento também a característica dessa demanda, em sua maioria proveniente das camadas carentes da população, o que conota maior incidência de doenças instaladas e acentuando desconhecimento relacionado ao processo de prevenção, melhora a cura.

Devemos considerar, também, que apesar do crescente interesse, dos diversos profissionais, no tratamento da UP, ainda permanece no meio assistencial, uma grande desinformação sobre o assunto, o que contribui muitas vezes para o insucesso do tratamento (PAINS, et all,2010).

A prevenção de UPs necessita de uma estratégia exclusiva e precisa, ou seja, a realização da SAE, o que exige muita dedicação e preparo do profissional, para uma intervenção de enfermagem ajustada e eficaz. Podendo ser definida como uma estratégia orientada para o futuro, em que o resultado será a melhoria da qualidade, direcionando análises e ações para a correção dos processos de produção de cuidado. As ações de prevenção visam impedir que o estímulo desencadeante agrida o indivíduo causando doença. O valor da prevenção, como meio de atenuar as morbidades e reduzir a mortalidade, é indiscutível (RODRIGUES; SOUZA; SILVA, p. 109, 2010).

Pains, Oliveira, Moreira, Malta (2010) explicam que a realização da SAE na prevenção de UPs possibilita um cuidado individualizado aos pacientes, caracterizando um trabalho autônomo e assistência de qualidade.

Para Leite e Faro (2009), os principais problemas e intervenções de enfermagem na recuperação de pacientes hospitalizados, referem-se à manutenção da integridade da pele e mobilização no leito. Portanto, cuidados específicos e de caráter preventivo prestados pela equipe de enfermagem, são relevantes ao bem-estar do paciente.

Assim, torna-se necessária a realização da SAE para prevenção de UPs, com ações de enfermagem de forma efetiva atuando na mudança de decúbito e posicionamento no leito, visando prevenir deformidades e/ou úlceras, (LISE; SILVA, p. 56, 2007).

Segundo Medeiros, Lopes e Jorge (2010) a avaliação do grau de risco para UP com individualização da assistência, como a escala de Braden; colchão de caixa de ovo para o paciente, especialmente cadeirantes ou acamados; mudança de posição de duas em duas horas, bem como realização de massagem de conforto com hidratantes; proteção de saliências ósseas com rolos e travesseiros; registro das alterações da pele do paciente segundo os estágios de classificação das UPs; checagem das áreas vulneráveis da pele de todos os pacientes de risco e otimização do estado dessa pele, através de hidratação com cremes à base de ácidos graxos essenciais; oferecimento de suporte nutricional e criação de um programa de ensino para pacientes de risco em longo prazo e para pessoas que tomam conta deles. Como medidas preventivas.

Segundo Costa, Costa (2010), 100% dos profissionais utilizam a mudança de decúbito como medida preventiva à UP, pois evita a compressão prolongada e, conseqüente, redução da irrigação sanguínea local, portanto deve ser feita pelo menos a cada duas horas se não houver contraindicações relacionadas às condições gerais do paciente.

Peleja et all (2012) recomendam como medidas preventivas das UPs não utilizar água quente, usar hidratantes na pele, massagear as proeminências ósseas, evitar deixar a pele em contato com umidade de urina, fezes ou secreções, não usar luvas d'água, elevar o calcâneo com um coxim, almofada ou travesseiro de forma que pelo menos uma folha de papel passe entre o calcâneo e a superfície do colchão, proteger áreas de fricção com coberturas transparentes, utilizar técnicas corretas para reposicionamento e mudanças de decúbito, providenciar equipamentos para auxiliar na manutenção da atividade, fornecer ingestão adequada de alimentos e fluidos e reafirma a importância do reposicionamento a cada duas horas para pacientes acamados e de hora em hora quando sentado.

Para Rodrigues, Souza e Silva (2010), muitas instituições carecem da aplicação da SAE como terapêutica de prevenção de úlceras por pressão, conseqüentemente, a assistência prestada aos pacientes em risco de desenvolverem UPs é feita de acordo com os conhecimentos de cada enfermeiro, o que resulta em intervenções incerta e descontínuas acabando por contribuir para que essas medidas preventivas não tenham eficácia.

Portanto, acredita-se que o enfermeiro deve estar em constante processo de atualização, para apropriar-se de conhecimentos relacionados à assistência de enfermagem, adequar-se às suas finalidades essenciais e se motivar na busca da melhoria da qualidade. Assim, conhecendo as características do desenvolvimento de UPs, os profissionais de saúde devem estar preparados para atender os pacientes de risco. Infelizmente, na prática, alguns fatores dificultam um melhor atendimento a esses pacientes tais como: falta de uniformização do conhecimento em relação à prevenção, deficiência de material apropriado para auxiliar no alívio da pressão, como colchão piramidal, protetor de calcâneo, almofadas e filmes adesivos que ajudam a manter a integridade da pele. Outro ponto importante é o número reduzido de funcionários, principalmente durante os plantões noturnos, e a sobrecarga de serviço, o que dificulta a realização da mudança de decúbito a cada duas horas, em algumas unidades (BLANES et al., 2004 apud PAINS, et all, 2010).

Na grande maioria das unidades hospitalar, a SAE ainda não se encontra total nem mesmo parcialmente implantada. O enfermeiro, em sua rotina diária, sobrecarregado de atividades, parece não priorizar o que é preconizado, ainda que estabelecido e apoiado legalmente. Assim, a equipe de enfermagem, ao invés de prestar atendimento ao paciente baseada na assistência planejada pelo enfermeiro, ou seja, na prescrição de cuidados de enfermagem, parece fundamentar a realização deste trabalho com base e na dependência da prescrição médica, mas com relativo grau de independência em relação à coordenação e supervisão do próprio enfermeiro (REPPETTO; SOUZA, 2005 apud PAINS, et all 2010).

Segundo Pivotto, Filho e Lunardi (2009), lamentavelmente, a maior parte das atividades desenvolvidas pela enfermagem não é documentada de maneira escrita, não podendo ser contabilizada, comprometendo o reconhecimento e a valorização tanto da profissão como de seus profissionais. Logo, ao agir dessa forma, o enfermeiro está sendo negligente com sua própria prática, o que pode ser constatado pela insuficiência de registros das experiências ocorridas durante sua jornada de trabalho. Portanto, faz-se necessária uma maior conscientização da importância dos registros escritos para que as ações como enfermeiros possam ser não apenas documentadas e comprovadas, mas, principalmente, valorizadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo é possível identificar que a prevenção de úlcera por pressão representa um cuidado importante na enfermagem e da equipe multidisciplinar. Sendo este cuidado a representação da qualidade da assistência de enfermagem, e é a partir de um profundo cuidado com o paciente.

O enfermeiro deve estar sempre se atualizando, lançando estratégias para divulgação de informações e conhecimentos relacionados a úlcera de pressão, através de práticas atualizadas, desta forma enfocando e ao mesmo tempo abordando a maneira melhor para a prevenção e tratamento desta enfermidade.

O profissional de enfermagem deve estar atento as necessidades do paciente com UP incluindo em seu desempenho aspectos relacionados ao conhecimento da pele, sua anatomia e fisiologia, tipos de tratamento, coberturas, avaliação da ferida, exames laboratoriais, doença de base, estudo nutricional, emocional, psicológico do paciente e ao processo de enfermagem propriamente dito no tratamento da úlcera de pressão.

A sistematização da assistência de enfermagem é eficaz na prevenção da UP, pois, possibilita uma constante reflexão sobre a escolha das intervenções visando à prevenção, fazendo com que o enfermeiro desenvolva sua capacidade para tomar melhores decisões com crescente autonomia.

É importante destacar que a prevenção é melhor alternativa, uma vez que evita a dor e sofrimento do paciente bem como reduz o tempo de internação e, conseqüentemente, os gastos relacionados com o tratamento, é nesta constatação que ganha espaço a aplicação do cuidado direcionado e individualizado de forma integral.

Enfim, para que a prevenção seja eficaz deve se desenvolver de forma sistematizada, tendo com base estudos previamente realizados. Ressalta-se a importância do enfermeiro estar constantemente atualizado sobre o assunto, pois é o profissional mais apropriado para lidar com o problema.

ABSTRACT

This is a descriptive study of deductive and qualitative approach. It was based on literature reviews, journals and websites. It was realized a retrospective search from publications from 2009 to 2014, considering the following criteria: date, title of the newspaper and type of research. The general aim was to raise what it is described in literature on the NCS in the prevention of refs. According to literature, NCS provides individual assistance, specified, complete and qualified service, with scientific basis. The Pressure Ulcer is a located lesion of tissue necrosis, which tends to develop when a soft tissue is submitted to unrelieved pressure from a bony prominence and an external surface for a long period of time. According to some authors, the implementation of risk assessment by the systematic use of the Braden scale and investment in training of nursing staff are necessary to improve the quality of nursing care. Although the SAE existence, the improper amount and quality and/or qualitative human sources and available materials are difficult to protocol implements in prevention and treatment of this kind of ulcer. It is considered that there are still gaps in that knowledge area, but the increasing availability of scientific productions on the subject may help professionals in the implementation of Nursing Assistance.

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

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. et al. O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/14681/14161>>. Acesso em: 20out. 2014.

ALVES, Ângela Rodrigues *et al* A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão ao paciente hospitalizado. **Rev Inst Ciênc Saúde**.n. 26, v.4, 2008. p.397-402. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04_out_dez/V26_N4_p397-402.pdf>. Acesso em 29 set. 2012.

ANSEMI M.L.; PREDUZZI M. ; FRANÇA JUNIOR, I. Incidência de Úlcera por Pressão e ações de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 257 – 264, maio/jun 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Condutas para Úlcera Neurotróficas e Traumáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CREMASCO, Mariana Fernandes et al . Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. spe, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2012.

COSTA, F.M.F; COSTA,S.H.P. Assistência de enfermagem ao cliente portador de úlcera por pressão: abordando a importância do conhecimento e informação. **Rev. Meio Amb. Saúde**. n.2 v.1 p. 22 – 32.

CUNHA, N. A. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas. Olinda, 2010. Disponível em: < http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.

GEOVANINI, Telma; OLIVEIRA JÚNIOR, Alfeu Gomes de. Cuidados preventivos nas úlceras por pressão. *In*: _____. **Manual de curativos**. São Paulo: Corpus, 2008. Cap.11, p. 79-85.

GOULART, F.,M., et all. **Prevenção da úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão literária**, 2011. Disponível em: <http://faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/PrevencaoDeUlcera.pdf>. Acesso em: 10 de fev. de 2015.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. Identificação de fatores associados às úlceras por pressão em indivíduos paraplégicos relacionados às atividades de lazer. São Paulo, 2009. Disponível em:<<http://www.actafisiatrica.org.br/v1/Default2.aspx>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de Úlcera por Pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. Maringá, 2009. Disponível em: < www.periodicos.uem.br>. Acesso em: 20 nov. 2014.

MACIEL, R. M.; COSTA, I. G. Conhecimento dos enfermeiros de uma UTI, sobre ulcera de pressão. Curitiba, 2009. Disponível em: <<http://www.praxiseducativa.com.br/TNX/storage/webdisco/2009/01/16/outros/6df99bb996dffba2b0e57414f331042d.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

MAIA, Laura Cristina M.; MONTEIRO, Maria Luíza Gomes. Úlceras por compressão: prevenção e tratamento. *In*: SILVA, Roberto Carlos Lyra da et al. (Org.) **Feridas: fundamentos e atualizações de enfermagem**. 3.ed. São Caetano do Sul, Yendis, 2011. Cap. 16, p. 389-454.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. São Paulo, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n1/29.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

PAINS, K.C.; OLIVEIRA, L.P.; MOREIRA, M., T.; MALTA, T.R., **Sistematização da Assistência de Enfermagem na prevenção da úlcera por pressão: uma revisão literária**, 2010. Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Sistematizacaodaassistenciadeenfermagemna prevencaodeulcerasporpressaooumarevisaoliteraria.pdf>. Acesso em: 12 de jan. de 2015

PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V. L. C. G. **Avaliação de risco para Úlcera de Pressão por meio da Escala de Braden, na Língua Portuguesa**. 1999 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

PELEJA, M. B, et all. Úlcera por pressão em região escapular: dissecação de estruturas relacionadas, 2012. Disponível em: www.sbpnet.org.br/livro/63ra/.../extensao-cultural-marina-berquo.pdf. Acesso em: 15 de jan. 2015

PINTO, Eriane Nascimento *et al.* Sinal de alerta para úlceras por compressão e a enfermagem. *In*: SILVA, Roberto Carlos Lyra da et al. (Org.) **Feridas: fundamentos e atualizações de enfermagem**. 3.ed. São Caetano do Sul, Yendis, 2011. Cap. 18 , p. 415-454

PIVOTTO, F.; FILHO, W. D. L.; LUNARDI, V. L. Prescrições de Enfermagem: dos motivos da não realização as possíveis estratégias de implementação. Rio Grande, 2009. Disponível <http://74.125.155.132/scholar?q=cache:GZYTU93EIJ:scholar.google.com/+prescri%C3%A7%C3%A3o+de+enfermagem+na+Sistematiza%C3%A7%C3%A3o+da+assistencia+de+enfermagem&hl=pt-BR&as_sdt=2000>. Acesso em: 20 nov. 2014.

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

SILVA, Roberto Carlos Lyra da; MEIRELES, Isabella Barbosa; VITERBO, Fátima. Profilaxia e tratamento de lesões cutâneas em UTI. *In*: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; SILVA, Carlos Roberto Lyra da; SILVA, Roberto Carlos Lyra da. (Orgs.) **CTI**: atuação, intervenção, cuidados de enfermagem. 2.ed. São Caetano do Sul, Yendis, 2009. Cap. 7, p. 269 – 306.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, Telma Theodoro. Importância da terapia nutricional especializada na cicatrização de úlceras de decúbito. *Nutrição em Pauta*. Revista online, mar./abr. 2007. Disponível em <<http://www.nutricaoempauta.com.Br/novo/47/entparent.html>>. Acesso em: 09 out. 2014.

WANDA Alexandre, TEIXEIRA NETO Nuberto, FERREIRA Marcus Castro. Úlceras por pressão. **Rev Med**, São Paulo, v.89, n.3., jul./dez. 2010. p.170-177. Disponível em: <<http://revistademedicina.org.br/ant/89-3/14-ulceras%20pressao.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2012.

ANEXO

QUADRO 1 – ESCALA DE BRADEN NA LÍNGUA PORTUGUESA

Variação da Pontuação da Escala: 6 a 23 pontos.

- **Médio Risco: 15 a 18 pontos**
- **Risco Moderado: 13 a 14 pontos**
- **Alto Risco: 10 a 12 pontos**
- **Altíssimo Risco: 9 a 6 pontos**

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde ao comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda freqüentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e freqüentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Freqüentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

Fonte: Paranhos, 1999, p.45