

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DAS LESÕES POR PRESSÃO

PERFORMANCE OF THE NURSE IN THE PREVENTION, EVALUATION AND TREATMENT OF PRESSURE INJURIES

JANCIELLE SILVA **SANTOS**^{1*}, ANA CATARINA DE OLIVEIRA **SILVA**², ANA MARIA NASCIMENTO **BARROS**³, ANDREZA MOITA **MORAIS**⁴, ADRIANA DOS SANTOS **TEIXEIRA**⁵, AURELIANA ARCANGELA DA SILVA **COSTA**⁶, FRANCISCO WELLYSON RIBEIRO DE **ANDRADE**⁷, GUILHERME GOMES **CARVALHO**⁸, JOSILÉIA RODRIGUES MATOS DE **SOUSA**⁹, KARYNNY KELLY ARAÚJO **MOURA**¹⁰, MAURICIO JOSÉ ALMEIDA **MORAIS**¹¹, PRISCILA PONTES PASTANA DE **OLIVEIRA**¹², WILSON DIVINO DA **CONCEIÇÃO**¹³, TATIANE BARBOSA DE **LIRA**¹⁴, TATIANY VALÉRIA ROCHA DOS **SANTOS**¹⁵, VÂNIA MARIA DE SOUSA CASTELO **BRANCO**¹⁶, PATRÍCIA DE AZEVEDO LEMOS **CAVALCANTI**¹⁷

1. Enfermeira, Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM); 2. Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA); 3. Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI; 4. Enfermeira. Especialista em Gestão e Auditoria no Serviço Público pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM); 5. Enfermeira. Especialista em Nefrologia Multidisciplinar pela UNA-SUS-UFMA; 6. Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Maurissio de Nassau (UNINASSAU); 7. Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA); 8. Enfermeiro. Graduando em Enfermagem pela Faculdade ESTÁCIO; 9. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade do Piauí (FAP); 10. Enfermeira. Pós-graduanda em Saúde da Família pela FAME; 11. Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Maurissio de Nassau (UNINASSAU); 12. Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras/ICF; 13. Enfermeiro. Graduado em Enfermagem Centro Universitário Maurissio de Nassau (UNINASSAU); 14. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Educação Superior Profissional (FATESP); 15. Enfermeira. Pós-graduanda em Gestão Hospitalar pela UNIASSELVI; 16. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela UFMA; 17. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

* Instituto de Ensino Superior Múltiplo. Avenida Boa Vista, 700, Parque São Francisco, Timon, Maranhão, Brasil. CEP: 65631-430. jancielle.enf@gmail.com

Recebido em 12/01/2019. Aceito para publicação em 12/02/2019

RESUMO

A lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo médico ou outro artefato. Este estudo objetivou analisar a produção científica sobre a atuação do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada no período de setembro à janeiro de 2019, por meio das bases de dados LILACS, BDNF e MEDLINE. A amostra final foi constituída por 21 artigos. Após a leitura minuciosa dos artigos analisados, estes foram classificados por similaridade semântica em 02 categorias temáticas: "Considerações acerca das características, fatores de risco, avaliação e classificação das lesões por pressão", e "Considerações acerca dos cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão e tratamento". Conclui-se que o enfermeiro tem importante função frente aos cuidados à pacientes hospitalizados e acamados, principalmente aqueles com restrição de locomoção, a fim de evitar que lesões por pressão apareçam e agravem ainda mais o estado de saúde dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por pressão, prevenção, avaliação, tratamento, enfermeiro.

ABSTRACT

Pressure injury is localized damage to the skin and/or underlying soft tissues, usually on a bony prominence or related to a medical device or other artifact. This study aimed to analyze the scientific production on the performance of nurses in the prevention, evaluation and care of pressure injuries. This is an integrative literature review, conducted in the period from September to January 2019, through the databases LILACS, BDNF and MEDLINE. The final sample consisted of 21 articles. After the thorough reading of the analyzed articles, these were classified by semantic similarity in 02 thematic categories: "Considerations about characteristics, risk factors, evaluation and classification of injuries by pressure", and "considerations About nursing care in the prevention of pressure and treatment injuries ". It is concluded that nurses have an important role in the care of hospitalized and bedridden patients, especially those with locomotion restriction, in order to prevent pressure injuries from appearing and further aggravated their health status.

KEYWORDS: Pressure injury, prevention, evaluation, treatment, nurse.

1. INTRODUÇÃO

Segundo esta última atualização realizada pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016) lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo médico ou outro artefato. A lesão pode se apresentar como pele intacta ou úlcera aberta bem como ser dolorosa, resultado de pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Cisalhamento, por sua vez, é causado pela interação da gravidade com a fricção, exercendo forças paralelas na pele. É o que ocorre quando a cabeceira da cama é elevada acima de 30°, na qual o esqueleto tende a escorregar, obedecendo a força da gravidade, mas a pele permanece no lugar¹.

As lesões por pressão (LPP) são definidas como lesões na pele e/ou tecidos subjacentes em consequência da pressão isolada ou combinada com fricção e/ou cisalhamento, localizadas usualmente, sobre uma proeminência óssea em indivíduos com mobilidade física prejudicada. Sua avaliação é feita em estágios de I a IV e dois descritores, colaborando para a elaboração de estratégias terapêuticas².

As lesões de pele podem vir a acontecer com qualquer indivíduo, porém indivíduos acamados, hospitalizados e idosos são mais susceptíveis a desenvolver uma lesão específica, a lesão por pressão (LP). Lesão por pressão é “resultante de longa permanência em hospitais [...] a incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito”³.

As lesões por pressão são categorizadas de acordo com o dano tissular. A National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) citada pela Associação Brasileira de Estomatologia - SOBEST, e a Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE (2016) informou que as lesões por pressão são classificadas em⁴:

- Lesão com pele íntegra com eritema que não embranquece (Estágio 1);
- Lesão com perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme (Estágio 2);
- Lesão com perda da pele em sua espessura total (Estágio 3);
- Lesão com perda da pele em sua espessura total e perda tissular (Estágio 4);
- Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível;
- Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece;
- Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico; • Lesão por Pressão em Membranas Mucosas.

Os fatores de risco para o desenvolvimento da LPP são: limitação da mobilidade, instabilidade hemodinâmica, desnutrição, edema, vasoconstrição medicamentosa, alteração no nível de consciência, incontinências e vasculopatias, além dos fatores ambientais, como umidade baixa e exposição ao frio, que pode ocasionar o ressecamento da pele. O reconhecimento dos pacientes vulneráveis ao desenvolvimento de LPP depende da habilidade clínica profissional,

assim como o uso de um instrumento norteador para auxiliar na identificação dos riscos citados. Esses resultados são obtidos por meio da aplicação de escalas, protocolos e fotografias de pele dos pacientes, as mais utilizadas atualmente são as escalas de Norton, Gosnell, Braden (adaptada para a língua portuguesa) e Waterlow⁵.

Conhecer essa classificação permite ao profissional reconhecer o estágio da lesão e quais medidas utilizar, assim, faz-se mister no processo de recuperação da saúde do paciente e consiste em identificar a condição da ferida e aplicar a terapêutica adequada, garantindo a recuperação e conforto do paciente. A identificação errônea da condição da lesão pode causar transtornos desnecessários ao paciente e agravamento da lesão. Uma avaliação precisa é capaz de proporcionar o prognóstico da lesão, possibilitando a escolha da terapêutica pertinente. A descrição completa da avaliação é composta por: a quantidade de lesões, a localização, o estágio, o tamanho, a formação de túneis ou minas, de tecido necrótico, odor ou exsudato e a condição da pele circundante⁶.

O enfermeiro é parte integrante da equipe multiprofissional de saúde, líder da equipe de enfermagem e gestor do cuidado, responsável pela tomada de decisão que propicia a escolha da melhor prática do cuidado a ser empregada ao paciente hospitalizado, na busca da qualidade da assistência. Para garantir a qualidade assistencial, faz-se necessário o conhecimento científico baseado em evidências, relacionado à LPP, para a otimização dos recursos humanos disponíveis e a redução dos custos a instituição gerado por este tratamento. Entretanto alguns estudos apontam que o conhecimento de enfermagem em relação às recomendações para a prevenção e tratamento da LPP permanece deficiente, apesar do avanço técnico-científico na área da saúde e da existência de protocolos e diretrizes norteadoras para essa prática assistencial⁷.

Nessa perspectiva este estudo objetivou analisar a produção científica sobre a atuação do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Este método tem como principal finalidade reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão, a partir dos resultados evidenciados em cada estudo, mas que investiguem problemas idênticos ou similares. Para sua realização, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; estabelecimento do objetivo da revisão; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de artigos para seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação e apresentação dos resultados da pesquisa⁸.

Diante do exposto cabe abordar a seguinte questão norteadora: Qual a produção científica sobre a atuação do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão?

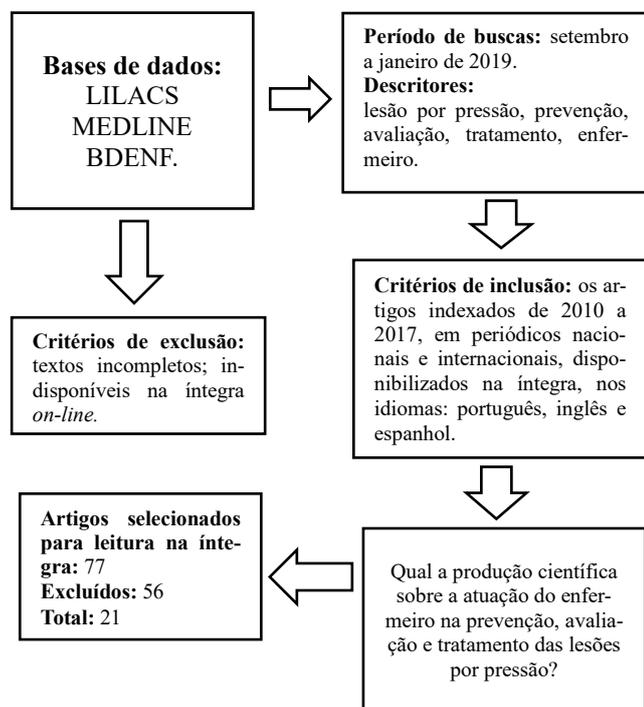


Figura 1. Fluxograma da seleção amostral dos estudos incluídos na revisão integrativa.

O levantamento bibliográfico foi feito por meio das bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDNF (Bases de dados de Enfermagem) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via Biblioteca Virtual em Saúde, no período de setembro a janeiro de 2019.

Foram utilizados como critérios de inclusão, para a seleção de amostras, os artigos indexados de 2010 a 2017, em periódicos nacionais e internacionais, disponibilizados na íntegra em texto completo e acesso livre, nos idiomas: português, inglês e espanhol, que respondiam à temática do estudo, sendo utilizados os descritores: lesão por pressão, prevenção, avaliação, tratamento, enfermeiro.

Como critérios de exclusão não foram utilizados artigos que não abordavam a temática proposta; textos que se encontravam incompletos; indisponíveis na íntegra *on-line*, que não forneciam informações suficientes acerca da temática do estudo e aqueles publicados com tempo cronológico fora do estipulado. Inicialmente foram encontrados 77 artigos de acordo com os descritores utilizados. A filtragem foi realizada através de seleção de formulário de categorização dos artigos de acordo com o ano, base de dados, área de estudo, titulação dos autores, classificação, modalidade, abordagem, idioma, instrumento de coleta de dados, periódicos e análise dos artigos. A amostra final foi constituída por 21 artigos.

3. DESENVOLVIMENTO

Durante o desenvolvimento do estudo foram analisados 21 artigos, na tabela 01 foi feita a distribuição das produções científicas por similaridade semântica se-

gundo as variáveis título, autor, ano de publicação e objetivo do estudo.

Tabela 1. Descrição dos artigos segundo as variáveis: título, autor, ano, objetivo (n=21), Teresina – PI.

Título	Autor (es), ano	Objetivo
Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem.	Santos AARD, Me-deiros ABDA, Soares MJGO, Costa MML, 2010.	Averiguar o conhecimento dos acadêmicos sobre a avaliação e tratamento de feridas.
Avaliação de risco para úlceras por pressão em pacientes críticos.	Araujo TM, Moreira MP, Caetano JÁ, 2011.	Analisar os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes adultos internados em CTIs, em Belo Horizonte.
Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado.	Franco D, Gonçalves L.F, 2011.	Analisar as feridas cutâneas.
Competências legais e éticas do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente com feridas.	Roehrs H, Malagutti W, 2011.	Analisar as competências legais e éticas do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente com feridas.
Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário.	Silva D, Barbosa MH, Araújo DF, Oliveira LP, Melo AF, 2011.	Classificar pacientes segundo o escore de Braden e verificar associação entre as variáveis clínicas e o escore de risco de Braden.
Incidência de Úlceras Por Pressão em Hospitais Regionais de Mato Grosso, Brasil.	Costa IG, 2012.	Investigar a incidência de úlcera por pressão em três hospitais regionais de Mato Grosso, descrever os dados demográficos e as características das úlceras por pressão (UP).
Tempo e custo do procedimento: curativo em úlcera vasculogênica.	Mata VE, Porto F, Firmino F, 2012.	Identificar e analisar a relação tempo e custo do curativo em úlcera vasculogênica realizado por profissionais da enfermagem no segmento médico ambulatorial, e discutir o conhecimento dos custos nas organizações de saúde frente ao repasse do SUS.
Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública.	Morais GFDC, Oliveira SHDS, Soares MJGO, 2012.	Averiguar os aspectos considerados pelos enfermeiros no processo de avaliação de feridas; identificar os recursos materiais utilizados para proceder à avaliação; investigar o seguimento de protocolos e possíveis dificuldades na sua realização.
Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas.	Smaniotta PHDS, Ferreira MC, Isaac C, Galli R, 2012.	Abordar apenas as coberturas propriamente ditas, os curativos passivos e os com princípios ativos.
Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para	Stein EA, Santos JLG, Pestana AL, Guerra ST,	Identificar as ações de prevenção de Úlceras

prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva.	Prochnow AG, Erdmann AL, 2012.	por Pressão UP utilizadas pelos enfermeiros na gerência do cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir Úlceras Por Pressão no cliente.	Brandão ES, Mandelbaum MHS, Santos I, 2013.	Refletir sobre a atuação da enfermagem junto ao cliente centrada na prevenção de úlceras por pressão.
Prevenção de Úlceras Por Pressão segundo a perspectiva do enfermeiro intensivista.	Dantas ALM, Araújo JDB, Ferreira PC, Valença CN, Diniz KD, Lira ALBC, 2013.	Analisar a atuação dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva na prevenção da úlcera por pressão.
Tradução, Adaptação e Validação para o Português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson.	Sousa B, 2013.	Traduzir para o português e avaliar as propriedades de medidas da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson, instrumentos cuja finalidade é avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão em terapia intensiva.
Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas.	Rolim JA, Vasconcelos JMB, Caliri MHL, Santos IBC, 2013.	Identificar as atividades de prevenção e tratamento de úlcera por pressão, planejadas e/ou implementadas por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva, a importância atribuída às intervenções e as dificuldades encontradas para executá-las.
Cuidados de enfermagem nas ações preventivas nas úlceras por pressão.	Brito KKG, Soares MJGO, Silva M. A, 2014.	Identificar os cuidados de enfermagem realizados na prevenção às úlceras por pressão, em pacientes internados em um hospital de médio porte, situado na região do Vale do Taquari.
Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas.	Cunha NA, 2014.	Identificar as lesões cutâneas diferenciando as feridas agudas das crônicas.
Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas.	Bajay HM, Araújo IEM, 2015.	Validar e verificar a confiabilidade de um instrumento elaborado para a avaliação de feridas.
Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do nacional pressure ulcer advisory panel.	Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, 2016.	Apresentar na língua portuguesa a terminologia, conceito e descrição dos estágios da lesão por pressão estabelecidos pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel em 2016.
Análise da prevalência de desbridamento cirúrgico de úlcera por pressão em um hospital municipal.	Sousa LRM, Bezerra SMG, Mesquita RF, Luz MHBA, Moura MB, 2016.	Avaliar a prevalência de desbridamentos cirúrgicos de Úlcera por Pressão (UPP), descrever o perfil sociodemográfico.

		gráfico, clínico e localização anatômica das UPP.
O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão.	Favreto, FJL, Bettioli SE, Silva FB, Campa A, 2017.	Revisar artigos que destacam o papel do enfermeiro na avaliação, classificação e tratamento de pacientes portadores de lesão por pressão.
Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem.	Mittag BF, Krause TCC, Roehrs H, Meier MJ, Dansk MTR, 2017	Identificar atividades de Enfermagem relacionadas às lesões de pele em um hospital de ensino de Curitiba, no estado do Paraná, Brasil.

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

4. DISCUSSÃO

Com base nos artigos analisados foi possível montar uma tabela (Quadro 1), com as respectivas categorias. A apresentação foi feita com base na classificação por similaridade semântica, categorizando os artigos em três categorias de acordo com o núcleo do sentido dos artigos, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 1. Classificação dos artigos de acordo com as categorias.

CATEGORIAS	AUTOR (ES), ANO
Considerações acerca das características, fatores de risco, avaliação e classificação das lesões por pressão	Araujo TM, Moreira MP, Caetano JA, 2011. Bajay HM, Araújo IEM, 2015. Cunha NA, 2014. Dantas ALM, Araújo JDB, Ferreira PC, Valença CN, Diniz KD, Lira ALBC, 2013. Favreto, FJL, Bettioli SE, Silva FB, Campa A, 2017. Franco D, Gonçalves LF, 2011. Mata VE, Porto F, Firmino F, 2012. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, 2016. Morais GFDC, Oliveira SHDS, Soares MJGO, 2012. Santos AARD, Medeiros ABDA, Soares MJGO, Costa MML, 2010. Smaniotto PHDS, Ferreira MC, Isaac C, Galli R, 2012. Silva D, Barbosa MH, Araújo DF, Oliveira LP, Melo AF, 2011. Sousa B, 2013. Sousa LRM, Bezerra SMG, Mesquita RF, Luz MHBA, Moura MB, 2016.
Considerações acerca dos cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão e tratamento	Brandão ES, Mandelbaum MHS, Santos I, 2013. Brito KKG, Soares MJGO, Silva MA, 2014. Costa IG, 2012. Mittag BF, Krause TCC, Roehrs H, Meier MJ, Dansk MTR, 2017. Roehrs H, Malagutti W, Roehrs H, Malagutti W, 2011. Rolim JA, Vasconcelos JMB, Caliri MHL, Santos IBC, 2013.

	Stein EA, Santos JLG, Pestana AL, Guerra ST, Prochnow AG, Erdmann AL, 2012.
--	---

Fonte: pesquisa direta, 2019.

Após a leitura minuciosa dos resultados e discussões dos artigos analisados na pesquisa, estes foram classificados por similaridade semântica em 02 categorias temáticas: “Considerações acerca das características, fatores de risco, avaliação e classificação das lesões por pressão”, e “Considerações acerca dos cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão e tratamento”. Onde as publicações foram divididas nessas duas categorias.

Considerações acerca das características, fatores de risco, avaliação e classificação das lesões por pressão

A Lesão por Pressão (LPP) é uma doença frequente entre os adultos, que provoca dor física, estigma e preconceito e que reduz o convívio social e produz impactos negativos na qualidade de vida dessas pessoas, como se observa no cotidiano assistencial (BORGES *et al.*, 2015). A prevalência e incidência de lesão por pressão têm aumentado nos mais diversos espaços que prestam cuidados de saúde, sejam em instituições de longa permanência, hospitais, unidades de terapia intensiva e domicílios, a doença acomete pacientes que estejam em estado de risco⁹.

A integridade da pele prejudicada é referida como um estado no qual o indivíduo apresenta lesão em mucosa, córnea e tecido cutâneo, tendo como características definidoras a solução de continuidade da pele, destruição das camadas da pele e a invasão de estruturas do corpo. As feridas são representadas não apenas pela ruptura da pele e do tecido celular subcutâneo, mas também por lesão em músculos, tendões e ossos. As feridas podem ser classificadas quanto a etiologia, complexidade e tempo de existência¹⁰.

Essas lesões acometem a população de maneira geral, independente de sexo, idade ou etnia, e determina um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo um sério problema de saúde pública. Porém não existem dados estatísticos a nível nacional que comprovem este fato, devido aos registros desses atendimentos serem escassos. Sabemos que o surgimento de feridas onera os gastos públicos e prejudica a qualidade de vida da população. Diante desses fatos existe a necessidade do saber avaliar e acompanhar, para tratar adequadamente as pessoas portadoras de lesões de pele¹¹.

Conforme estabelecido pelo NPUAP⁴, o conceito de LPP é um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente geralmente sobre proeminência óssea ou pode ainda estar relacionado a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo. A lesão pode apresentar-se como pele intacta ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. Ocorre como um resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou de pressão combinada com cisalhamento.

Um estudo nacional evidenciou que a incidência global de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados varia de 2,7 a 29%. Esse número eleva-se para 33% em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI)¹².

A etiologia é multifatorial, incluindo fatores intrínsecos do paciente, tais como: extremos de idade, comorbidades, estado nutricional, hidratação, perfusão tecidual, condições de mobilidade e nível de consciência; e fatores extrínsecos, como: cisalhamento, fricção, umidade e pressão, sendo esta, fator causal principal do desenvolvimento da lesão¹³.

A avaliação da lesão é a etapa de importância fundamental para o tratamento adequado do paciente, uma avaliação equivocada pode causar muita dor, aumentar a lesão e elevar o custo e o tempo de tratamento. Devido a importância da avaliação e classificação para a aplicação do correto tratamento das feridas, é necessário investigar quais os aspectos são considerados na avaliação de feridas pelos enfermeiros assistenciais em pacientes hospitalizados, haja vista que o tratamento depende de avaliações constantes, de acordo com cada momento da evolução do processo de cicatrização¹⁴.

O ideal é que os pacientes sejam acompanhados pela equipe de saúde e avaliados continuamente acerca do estado geral de saúde, orientados a adquirir novos hábitos de vida, por meio de consultas frequentes e sucessivas sessões de trocas de curativos¹⁵.

Santos *et al.*¹⁶, diz que:

“A avaliação de feridas, quanto aos mais diversos aspectos, é fundamental para a prescrição de um tratamento adequado, envolvendo desde a etiologia até as características clínicas do leito da lesão e área circundante, bem como as doenças de base do cliente. O olhar especializado da enfermagem é fundamental e indispensável para a determinação de um tratamento apropriado das feridas e que ao se analisar que a pele, além de ser o cartão de apresentação, é o maior órgão do ser humano, torna-se evidente a responsabilidade, principalmente do profissional enfermeiro, em promover e cooperar com o organismo para uma perfeita reconstrução tecidual, porém entender a cicatrização como um processo endógeno não implica em descuidar do tratamento tópico.”

O processo de cicatrização tem a finalidade de cura das feridas e pode ser dividido didaticamente em três fases que se superpõem: inflamatória, proliferativa e de remodelação. Durante a primeira fase, ocorrem hemostasia, migração de leucócitos e início da cascata de reparação tecidual. O segundo estágio do processo de cicatrização é a fase de proliferação, que se caracteriza por fibroplasia, angiogênese e reepitelização. A última fase do processo de cicatrização é responsável pelo aumento da resistência do leito danificado. Os fenômenos anteriormente descritos referem-se ao processo de cicatrização fisiológica, porém há situações em que ocorre diminuição da resposta do organismo, como no diabetes mellitus e/ou na exposição excessiva à radiação, formando-se, assim, úlceras que traduzem a falta de cicatrização. Pode, também, ocorrer aumento dessa resposta, como nos casos de cicatriz

queloidiana ou cicatriz hipertrófica que se apresentam como cicatrizes exuberantes¹⁷.

Santos *et al.* (2010)¹⁶, diz que:

“Na avaliação, deve-se verificar se há fatores locais que alteram a evolução fisiológica da cicatrização. Atentar para os sinais (exsudação purulenta; hipertermia; eritema; dor e calor local e edema) que indicam a presença de infecção, pois a mesma provoca destruição tecidual, retarda a síntese de colágeno e impede a epitelização. A avaliação e a verificação da ferida devem ser realizadas a cada troca de curativo.”

Avaliar uma ferida pode ocasionar interpretações variadas devido a sua diversidade quanto à natureza, forma e localização, além da percepção própria de cada enfermeiro, tendo em vista a diferença de conhecimentos que existe entre os profissionais que realizam essa prática. Uma mesma ferida pode ser avaliada e ter diferentes registros, podendo gerar interpretações divergentes ou conflitantes. Para garantir a confiança interobservadores, faz-se necessário que o parecer de um profissional coincida com o de seus colegas. Essa confiabilidade pode ser garantida por meio de instrumentos precisos, com padrões e critérios definidos, dentre eles a localização anatômica, tamanho da lesão, cor, tipo de tecido lesado e sua extensão, presença de corpos estranhos, fistulas, túneis e cistos, condição da pele ao redor e característica do exsudato devem seguir um mesmo padrão de descrição entre profissionais da mesma equipe¹⁸.

Como o processo cicatricial evolui constantemente, se faz necessária constante avaliação pois certos curativos podem deixar de ser a melhor indicação após alguns dias, assim como podem não apresentar o resultado esperado necessitando ser substituído antes do tempo previsto, os pacientes podem reagir de forma diferente, mesmo que apresentem feridas semelhantes. O acompanhamento adequado é fundamental e deve ser feito por profissional capacitado¹⁹.

A avaliação tem diferentes etapas, avaliamos uma ferida com relação a sua localização, extensão (comprimento e largura, profundidade ou túnel), exsudato (quantidade, aspecto, odor), leito (tipo de tecido exposto, classificação quando aplicável), margem (regular ou não, macerada, hiperqueratose, epitelização), pele perilesional (íntegra, lesionada, ressecada, hiperpigmentada, hiperemia, flictemas) e quanto a dor¹⁷.

Com base nos fatores de risco, foram criados instrumentos preditivos que avaliam o risco do aparecimento dessas lesões, facilitando a introdução de medidas de prevenção. Entre esses instrumentos estão a Escala de Norton (1962), Gosbell (1973), Braden (1987), Warterlow (1988) e escala revista Cubbin & Jackson (1998)¹⁹.

A mais utilizada no Brasil é a escala de Braden que foi criada em 1987 e validada para a língua portuguesa por Paranhos e Santos (1999) em pesquisa com 34 pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No estudo foi evidenciado que essa escala pos-

suía melhor sensibilidade e especificidade em comparação com as demais escalas²⁰.

A escala é dividida em seis fatores de risco²⁰:

1. Percepção sensorial, referente à capacidade do paciente de reagir à pressão relacionada a desconforto;
2. Umidade, relacionado ao nível de umidade na qual a pele está exposta;
3. Atividade, relativo ao grau de atividade física;
4. Mobilidade, relacionado a capacidade de mudar e controlar a posição do corpo;
5. Nutrição, relacionado ao consumo alimentar usual;
6. Fricção e Cisalhamento, referente a dependência de mobilidade. Os cinco primeiros são pontuados de 1 a 4, a sexto recebe de 1 a 3 pontos.

As somas dos valores na avaliação da escala totalizam entre 6 a 23 pontos, sendo que quanto menor o valor, maior o risco de LPP. De acordo com o resultado é possível classificar o risco como: baixo (15 a 18), moderado (13 a 14), alto (10 a 12), muito alto (igual ou menor que 9) e sem risco (19 a 23)²¹.

Variáveis	Escore			
	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhada	Muito molhada	Ocasionalmente molhada	Raramente molhada
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequado	Adequado	Excelente
Fricção e cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-

Figura 2. Escala de Braden. Fonte: Pesquisa direta, 2019.

A lesão por pressão apresenta um sistema de classificação bem definido, de acordo com a extensão do dano tissular (NPUAP)⁴, conforme mostra o quadro 2 a seguir. São eles:

Quadro 2. Classificação das lesões por pressão, segundo a NPUAP⁴

Lesão por Pressão	Definição
Estágio 1	Pele íntegra com eritema que não embranquece.
Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.
Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total.
Estágio 4	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.
Não classificável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.
Tissular Profunda	Coloração vermelho escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Foram inseridas, ainda, duas classificações adicionais⁴:

Quadro 3. Classificações adicionais da lesão por pressão.

Lesão por Pressão	Definição
Relacionadas a dispositivos médicos	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou

	forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.
Em membranas mucosas	Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo⁴.



Figura 3. Lesão por pressão estágio 1. Fonte: NPUAP (2016).

Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões)⁴.



Figura 4. Lesão por pressão estágio 2. Fonte: NPUAP (2016).

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fâscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável⁴.

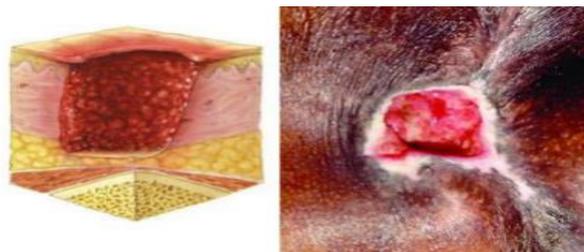


Figura 5. Lesão por pressão estágio 3. Fonte: NPUAP (2016).

Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fâscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. Epíbolo (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável⁴.

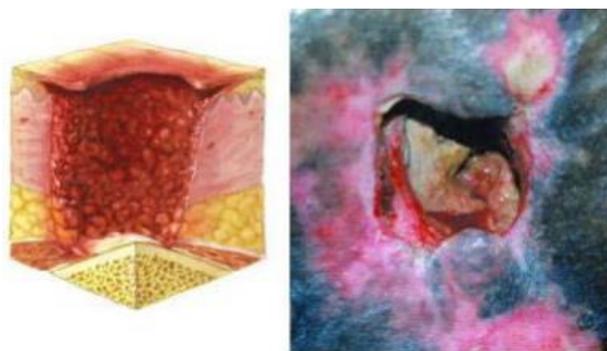


Figura 6. Lesão por pressão estágio 4. Fonte: NPUAP (2016).

Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsu-

dato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas⁴.



Figura 7. Lesão por Pressão Tissular Profunda. Fonte: NPUAP (2016).

Definições adicionais sobre Lesões por Pressão: Lesão por Pressão relacionada a Dispositivo Médico

Essa definição descreve uma etiologia e, portanto, deve-se usar o sistema de classificação para estadiar.

LPP relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos concebidos e aplicados para fins de diagnóstico ou terapêutico. A LPP resultante geralmente está em conformidade com o padrão ou formato do dispositivo. A lesão deve ser estadiada usando o sistema de estadiamento⁴.

Lesão por Pressão em Membrana Mucosa

LPP em membrana mucosa é encontrada nas regiões recobertas por mucosas com a utilização um dispositivo médico nesse local. Devido à anatomia do tecido essas lesões não podem ser estadiadas⁴.

O desenvolvimento de uma LPP pode ser complexo e multifatorial. A intensidade e a duração da pressão, bem como a tolerância do tecido, são consideradas fatores de risco. Os indivíduos podem apresentar diferentes fatores de risco intrínsecos associados ao desenvolvimento de LPP que nem sempre são identificados pelas ferramentas de avaliação de risco, tampouco todos os fatores de risco podem ser eliminados ou modificados. Os fatores extrínsecos também podem contribuir com o risco. Estão relacionados ao mecanismo de lesão, afetam a tolerância tissular pelo impedimento da circulação sobre a superfície da pele e refletem o grau em que a pele é exposta à força de pressão, umidade e cisalhamento²².

Considerações acerca dos cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão e tratamento

A prevenção da UP, por sua vez, requer uma abordagem sistemática, que se inicia com a avaliação individualizada e deve ser instituída em tempo hábil por toda a equipe de Enfermagem. Para isto, o enfermeiro, principalmente, precisa deter conhecimentos e habilidades sobre essas lesões, além de buscar (de forma constante) conhecimentos sobre essa temática, para que assim, possa prestar uma assistência qualificada e efetiva¹².

É fundamental que o Enfermeiro possua, além de conhecimentos científicos específicos, muita sensibilidade e senso de observação com relação à manutenção da integralidade da pele dos pacientes sob seus cuidados²³.

Os cuidados de Enfermagem prestados ao paciente susceptível a adquirir as UP são complexos e demandam diversas particularidades, tornando-se necessário que o enfermeiro conheça profundamente todos os fatores de risco e medidas de prevenção necessárias e a partir disso, elabore e implemente uma série de cuidados com vistas a minimizar a incidência dessas lesões¹².

Quadro 4. Descrição dos cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão.

Cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão
- Realizar mudanças de decúbito do paciente regularmente, por meio de técnicas corretas, para que possa diminuir a pressão exercida no local da lesão, devendo ser realizada a cada 2 horas, sendo fundamental a mobilização de vários profissionais da equipe de enfermagem para realização dessa tarefa, devido a grande sobrecarga de trabalho que essa atividade requer;
- É imprescindível a realização diária do exame físico da pele para que seja possível o diagnóstico precoce, por meio de uma inspeção e palpação minuciosa, em especial, em regiões de proeminências ósseas, avaliando e documentando achados precoces e precisos relacionados ao aparecimento das lesões, além de verificar a necessidade da realização da mudança de decúbito;
- Deve-se realizar a hidratação diária da pele dos pacientes sob risco de desenvolver úlceras por pressão, com óleos essenciais, melhorando assim, a hidratação e perfusão periférica no local;
- Promover a troca de fraldas, quando for o caso, com realização da higiene íntima adequada, sempre que necessário;
- É importante atentar periodicamente para o desenvolvimento de infecção, pois além de trazer sérios danos ao paciente, pode levá-lo ao óbito por sepsis;
- Fazer a higiene da pele com sabonetes neutros, evitando-se fricção do local com posterior secagem cuidadosa;
- Fazer uso frequentemente de recursos auxiliares como películas protetoras, aliviadores de pressão, almofadas, coxins e de colchões (compostos de ar, espuma, gel, líquido viscoso, elastômero ou água) que são necessários para diminuição da pressão nas proeminências ósseas. Porém, cumpre ressaltar que os dispositivos de redistribuição de pressão devem servir como adjuntos, e não, substitutos dos protocolos de reposicionamento;
- Manter as roupas de cama secas e sem pregas, evitando, assim a fricção, além de elevar a cabeceira da mesma a 30 graus;
- Realizar, em parceria com a equipe da nutrição, uma oferta adequada de nutrientes para manutenção do peso corporal adequado, visando um menor risco de aparecimento das úlceras por pressão, já que, a nutrição correta é fundamental para o aumento da tolerância tissular da pele;
- Fazer uso de colchões piramidais, para que possa reduzir a pressão no local, principalmente sobre as proeminências ósseas que são os principais locais de aparecimento das úlceras por pressão;
- Orientar quanto à restrição do tabaco, porém apesar do efeito vasoconstritor da nicotina no organismo favorecer a diminuição do

aporte de oxigênio e nutrientes para o tecido e o aumento da adesão de plaquetas, alguns autores afirmam que ainda é considerado um fator hipotético necessitando de novas investigações.

Fonte: Brandão, 2013²⁴; Brito, 2014²⁵; Costa, 2012²⁶; Dantas, 2013¹²; Rolin, 2013²⁷; Stein, 2012²³.

Além de todos estes cuidados elencados e encontrados nos achados deste estudo, vale ressaltar que é imprescindível para a orientação das diretrizes de prevenção e tratamento das UP, a necessidade de individualizar cada caso, a observação de cada peculiaridade e a utilização do julgamento clínico para eleger as melhores condutas para preveni-las e/ou tratá-las²⁷.

No tratamento das UP, o acompanhamento e a avaliação do estado de saúde do paciente e da sua lesão são essenciais na tomada de decisão para a escolha terapêutica. A fim de auxiliar a escolha das coberturas, o protocolo de tratamento de feridas tem como finalidade sistematizar essa prática, acompanhado do julgamento clínico do enfermeiro, que é imprescindível para a indicação da tecnologia adequada de acordo com as características e evolução de cada lesão²⁸.

A prescrição da cobertura é pautada no conhecimento fisiopatológico da lesão e das atribuições ético-legais da profissão, pois a tecnologia de escolha eventualmente não é eficaz durante as várias fases de cicatrização da lesão, nem para todos os pacientes²⁹.

Outro aliado do enfermeiro para a prevenção e o tratamento de feridas é a monitorização de eventos adversos, que possui um papel importante no gerenciamento de risco e, conseqüentemente, na segurança do paciente. A notificação voluntária se constitui na base do sistema para detecção de riscos e eventos adversos, e está regulamentada pela portaria 529/13 do Ministério da Saúde como obrigatória^{30,31}.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se com este estudo que o enfermeiro tem importante função frente aos cuidados à pacientes hospitalizados e acamados, principalmente aqueles com restrição de locomoção, a fim de evitar que lesões por pressão apareçam e agravem ainda mais o estado de saúde dos mesmos.

Mútuos são os cuidados sob a responsabilidade deste profissional visto que sua assistência visa proporcionar conforto e segurança aos pacientes, buscando manter uma integridade da pele adequada, principalmente em regiões com proeminências ósseas onde há mais pressão entre o osso, a pele do paciente e o leito onde o cliente se encontra.

Devido a complexidade das lesões por pressão anteriormente descritas, cabe ao enfermeiro gerenciar toda a logística relacionada a prevenção e ao tratamento dos pacientes portadores de lesão por pressão, avaliar de maneira integral o paciente, levando em consideração comorbidades associadas, estilo de vida e poder econômico, ser claro na orientação ao paciente e familiares, evitar gastos excessivos com curativos que são mal utilizados ou mal indicados, adotar medidas preventivas e

sensibilizar a equipe quanto a importância da prevenção e do uso consciente de materiais disponíveis.

No que diz respeito a prevenção das LPP, esta lesão está diretamente ligada aos cuidados da enfermagem. Para tanto, a equipe deve prover conhecimentos teóricos científicos para que ofereça as principais medidas de prevenção, como por exemplo, as medidas simples, porém eficazes como: mudanças de decúbito, hidratação da pele, proteção das proeminências ósseas e manutenção da higiene do paciente.

Os enfermeiros tem o papel fundamental na avaliação e no tratamento dessas lesões e devem sensibilizar, incentivar e treinar a equipe para que sigam padrões definidos de tratamento, assim como tem também a responsabilidade de prever e prover recursos humanos, materiais e estruturais, e de implantar medidas preventivas para que assim tenhamos melhores resultados.

REFERÊNCIAS

- [1] Rogenski NMB. Úlceras por pressão: definição, fatores de risco, epidemiologia e classificação. Editora Atheneu. São Paulo, 2014.
- [2] Pereira AGS, Santos CT, Menegon DB, Azambuja F, Lucena AF. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. Rev. esc. Enferm [online]. USP. 2014; 48(3).
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de úlcera por pressão. 2013.
- [4] National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Injury Stages; Staging Consensus Conference that was held April, 2016.
- [5] Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA. O uso da escala de Braden e fotografias na avaliação do risco para úlceras por pressão. Rev. esc. Enferm [online]. USP, ago. 2012, 46(4).
- [6] Carvalho ESS. Úlceras por pressão: conhecer, prevenir e tratar. Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional. 1. ed. Salvador: Atualiza, 2012.
- [7] Souza TS, Maciel OB, Méier MJ, Danski MTR, Lacerda MR. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. Rev. bras. enferm. [online], Brasília, may/june, 2010, 6(3). May/June 2010.
- [8] Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Ed. 29. Petrópolis-RJ; Vozes, 2010.
- [9] Sousa LRM, Bezerra SMG, Mesquita RF, Luz MHBA, Moura MB. Análise da prevalência de desbridamento cirúrgico de úlcera por pressão em um hospital municipal. Revista de enfermagem cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, abr./jun. 2016, 8(2):4186-4196.
- [10] Smaniotto PHDS, Ferreira MC, Isaac C, Galli R. Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, 2012;27(4):623-626.
- [11] Favreto, FJL, Betiolli SE, Silva FB, Campa A. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. Revista Gestão & Saúde. 2017;17(2):37-47.
- [12] Dantas ALM, Araújo JDB, Ferreira PC, Valença CN, Diniz KD, Lira ALBC. Prevenção de Úlceras Por Pressão segundo a perspectiva do enfermeiro intensivista.

- Rev Enferm UFPE on line, Recife, 2013, 7(1):706-712.
- [13] Araujo TM, Moreira MP, Caetano JÁ. Avaliação de risco para úlceras por pressão em pacientes críticos. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011, 19(1):58-63.
- [14] Moraes GFDC, Oliveira SHDS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto & contexto enferm. 2012; 98-105.
- [15] Mata VE, Porto F, Firmino F. Tempo e custo do procedimento: curativo em úlcera vasculogênica. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online, 2012;2(3):244-244.
- [16] Santos AARD, Medeiros ABDA, Soares MJGO, Costa MML. Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. Rev. enferm. UERJ. 2010; 547-552.
- [17] Cunha NA. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas. 2014.
- [18] Bajay HM, Araújo IEM. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. Acta Paul Enferm, 2015;19(3):290-5.
- [19] Franco D, Gonçalves L.F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. RevColBrasCir. 2011; 35(3):203-6.
- [20] Sousa B. Tradução, Adaptação e Validação para o Português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson. Rev. Bras. Ter. Intensiva. Online, Lisboa, 2013, 25(2):106-114.
- [21] Paranhos W, Santos V. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua Portuguesa. Rev. Esc. Enferm. Usp. Online, São Paulo, 1999, 33:191-206.
- [22] Silva D, Barbosa MH, Araújo DF, Oliveira LP, Melo AF. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. Rev. Eletr. de Enf. Online, Goiânia, 2011, 13(1):118-123.
- [23] Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national pressure ulcer advisory panel. Enferm. Cent. O. Min. 2016 mai/ago; 6(2):2292-2306.
- [24] Stein EA, Santos JLG, Pestana AL, Guerra ST, Prochnow AG, Erdmann AL. Ações dos enfermeiros na gerencia do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. R. pesq.: cuid. fundam. online, 2012, 4(3):2605-2612.
- [25] Brandão ES, Mandelbaum MHS, Santos I. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir Úlceras Por Pressão no cliente. R. pesq. Cuid. fundam. online, 2013, 5(1):3221-3228.
- [26] Brito KKG, Soares MJGO, Silva MA. Cuidados de enfermagem nas ações preventivas nas úlceras por pressão. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2014, 12(40):56-61.
- [27] Costa IG. Incidência de Úlceras Por Pressão em Hospitais Regionais de Mato Grosso, Brasil. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, 2012, 31(4):693-700.
- [28] Rolim JÁ, Vasconcelos JMB, Caliri MHL, Santos IBC. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. Rev. Rene, 2013, 14(1):148-157.
- [29] Mittag BF, Krause TCC, Roehrs H, Meier MJ, Dansk MTR. Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. ESTIMA, 2017, 15(1):19-25.
- [30] Roehrs H, Malagutti W. Competências legais e éticas do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente com feridas. In: Malagutti W, Kakihara T. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2011.
- [31] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Diário Oficial da União; 2013.