

## A assistência da enfermagem nas lesões por pressão em pacientes acamados

Nursing assistance in pressure injuries in judged patients

Asistencia de enfermería en lesiones por presión en pacientes juzgados

Recebido: 06/04/2021 | Revisado: 12/04/2021 | Aceito: 16/04/2021 | Publicado: 30/04/2021

**Mônica Juliana da Silva Lucri**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2153-7603>

Faculdade Cristo Rei, Brasil

E-mail: [monicalucri7@gmail.com](mailto:monicalucri7@gmail.com)

**Marli de Oliveira Costa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9616-4477>

Faculdade Cristo Rei, Brasil

E-mail: [marli@faccrei.edu.br](mailto:marli@faccrei.edu.br)

### Resumo

O estudo objetiva demonstrar a presença das lesões por pressão e descrever a assistência da enfermagem aos pacientes acamados que sofrem dessas lesões em unidade de internação hospitalar. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, com revisão de literatura. Segundo dados levantados, o paciente acamado encontra-se com grande propensão a desenvolver lesões por pressão, que podem ser ocasionadas por vários fatores, dentre eles, quando uma das áreas do corpo se encontra pressionada sob alguma superfície macia ou rígida, com umidade e falta de circulação sanguínea, entretanto, as lesões de uma maneira geral, podem ser preveníveis. Assim, a enfermagem juntamente com a equipe multiprofissional deve estar preparada para elaborar, desenvolver e aplicar estratégias na prevenção e tratamento dos pacientes, uma vez estando atentos quanto a localização da formação das lesões, diagnóstico médico e cuidados prestados, resultarão em qualidade de vida ao paciente. A prescrição e os cuidados da enfermagem contribuem muito no processo do cuidar, a aplicação minuciosa de prevenção na formação das lesões por pressão, deve ser seguida com condutas específicas para cada caso, assim como, com o aporte necessário na conduta. Assim, a aplicação da escala de Braden e a agregação de estratégias aplicadas na prevenção, são recursos primordiais para identificar o potencial risco do paciente, na evolução da eficácia do tratamento e no fator de agravação dessas lesões. Conclui-se que com todas as observâncias levantadas e com indicativos de apurada atenção da enfermagem, pressupõe-se que existe grande possibilidade de o paciente conseguir muito brevemente, se restabelecer do dolorido processo patológico.

**Palavras-chave:** Lesões por pressão; Pacientes acamados; Assistência da enfermagem; Prevenção.

### Abstract

The study aims to demonstrate the presence of pressure injuries and describe nursing care for bedridden patients who suffer from these injuries in a hospitalization unit. This is a qualitative, exploratory study, with a literature review. According to data collected, the bedridden patient is highly prone to develop pressure injuries, which can be caused by several factors, among them, when one of the areas of the body is pressed under some soft or rigid surface, with humidity and lack of blood circulation, however, injuries in general can be preventable. Thus, nursing together with the multidisciplinary team must be prepared to develop, develop and apply strategies in the prevention and treatment of patients, once they are aware of the location of the formation of the lesions, medical diagnosis and care provided, they will result in quality of life to the patient. The prescription and nursing care contribute a lot in the care process, the thorough application of prevention in the formation of pressure injuries, must be followed with specific conducts for each case, as well as with the necessary contribution in the conduct. Thus, the application of the Braden scale and the aggregation of strategies applied in prevention, are essential resources to identify the potential risk of the patient, in the evolution of the treatment effectiveness and in the aggravating factor of these injuries. It is concluded that with all the observances raised and with indications of accurate nursing attention, it is assumed that there is a great possibility that the patient will be able to achieve very soon, to recover from the painful pathological process.

**Keywords:** Pressure injuries; Bedridden patients; Nursing assistance; Prevention.

### Resumen

El estudio tiene como objetivo demostrar la presencia de lesiones por presión y describir la atención de enfermería a los pacientes postrados en cama que sufren estas lesiones en una unidad de hospitalización. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, con revisión de la literatura. Según los datos recogidos, el paciente encamado es muy propenso a desarrollar lesiones por presión, las cuales pueden ser provocadas por varios factores, entre ellos, cuando una de las zonas del cuerpo es presionada bajo alguna superficie blanda o rígida, con humedad y falta de sangre. circulación, sin embargo, las lesiones en general se pueden prevenir. Así, la enfermería junto con el equipo multidisciplinario deben estar preparados para desarrollar, desarrollar y aplicar estrategias en la prevención y tratamiento de los pacientes, una

vez que conozcan la ubicación de la formación de las lesiones, el diagnóstico médico y los cuidados brindados, darán como resultado calidad de vida del paciente. La prescripción y los cuidados de enfermería aportan mucho en el proceso asistencial, la aplicación detallada de la prevención en la formación de lesiones por presión, debe seguirse con conductas específicas para cada caso, así como con el aporte necesario en la conducta. Así, la aplicación de la escala de Braden y la agregación de estrategias aplicadas en prevención, son recursos fundamentales para identificar el riesgo potencial del paciente, en la evolución de la efectividad del tratamiento y en el agravante de estas lesiones. Se concluye que con todas las observancias planteadas y con indicaciones de una atención de enfermería precisa, se asume que existe una gran posibilidad de que el paciente pueda lograr muy pronto, recuperarse del proceso patológico doloroso.

**Palabras clave:** Lesiones por presión; Pacientes postrados en cama; Asistencia de enfermería; Prevención.

## 1. Introdução

As lesões por pressão representam um importante desafio no que se refere à prestação de cuidados a utentes acamados hospitalizados, pois afeta diretamente sua qualidade de vida. Além disso, o tratamento dessas lesões é muitas vezes prolongado e dispendioso, sua ocorrência é um indicador importante na qualidade dos cuidados prestados. Qualquer tipo de lesão que leve à solução de continuidade da pele, pode ser chamado de ferida (Dealey, 2012).

O significado da palavra ferida ultrapassa a simples definição de perda da solução de continuidade da pele, e se isso acontecer em áreas consideradas prejudicadas, a exemplo: proeminência óssea, poderá evoluir rapidamente para a formação de uma lesão por pressão. (Neves & Santos, 2013).

Desta forma, a problemática que se levanta no estudo são os fatores de risco que mais culminam no desenvolvimento das lesões por pressão, ou seja, a integridade da pele, a falta de mobilidade, a interrupção sanguínea numa determinada área, oxigenação deficiente do sangue, o estado nutricional e a idade do utente. (Hess, 2002).

Também, se pontua o problema de como os cuidados de enfermagem ao paciente com lesão por pressão, vão muito além dos cuidados gerais ou da realização de um curativo, já que essas feridas não são meras lesões física, mas algo que dói, sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais (Dantas, 2003), logo, os danos repetidos que interrompem ou destroem a formação dos tecidos e o processo de cicatrização, se caracteriza num quadro de ferida crônica.

Assim, além do ponto principal que é a saúde, o bem-estar e a qualidade dos cuidados com o paciente, fica explícito que o objetivo de qualquer instituição de atendimento à saúde, é finalizar o processo do cuidado com êxito e satisfação para todos envolvidos no processo, seja os pacientes, suas famílias e a própria instituição.

Face ao exposto, o objetivo que copilou este assunto, foi demonstrar que embora a formação das lesões por pressão tenha mortalidade quase nula, ela apresenta uma morbidade significativa, constituindo importante causa de desconforto e incapacidade, interferindo em vários aspectos da vida do paciente, principalmente na qualidade de vida (Dantas, 2003).

Logo, quando o processo de prevenção e cuidados são empregados adequadamente e mesmo assim as lesões se instalam, todos os envolvidos, iniciam uma peregrinação em busca de soluções que causam significativo impacto social e econômico devido à natureza recorrente do longo tempo entre a abertura da ferida e sua cicatrização. Para isso, é importante saber como prevenir, quais as fases e risco da formação da lesão por pressão, e classificar o seu grau de gravidade, assim como identificar indivíduos em risco que necessitem de prevenção e os fatores desencadeantes. Assim, na Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), deve constar estratégias específicas para cada tipo de paciente e para cada tipo de lesão. Uma vez conhecendo as especificidades destes pontos, facilitará a escolha do tratamento (Borges, Caliri & Haas, 2007).

Assim, diante dos apontamentos levantados, destaca-se a necessidade de os profissionais da saúde desenvolverem práticas embasadas em evidências para produzirem resultados efetivos ao paciente e aos serviços de saúde, ainda que, com dificuldades encontradas.

## 2. Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório, com revisão de literatura, realizado por meio de fontes secundárias constituídas por publicações em periódicos da área da saúde e saúde hospitalar. Para Triviños (1987) a pesquisa qualitativa em suma é descritiva, e nesse tipo de pesquisa, os dados coletados são ricos em descrição de pessoas, situações, fatos históricos, comportamentos, atitudes etc. Cervo, Bervian & Silva (2007) assinalam que a pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses.

A revisão da literatura serve para reconhecer a unidade e a diversidade interpretativa existente no eixo temático em que se insere o problema em estudo, para ampliar, ramificar a análise interpretativa, bem como para compor as abstrações e sínteses que qualquer pesquisa requer colaborando para a coerência nas argumentações do pesquisador. (Echer, 2001, p.7).

A busca foi realizada em bibliotecas *on line* de algumas universidades, bancos de dados científicos como Scielo, Medline (PubMed), Lilacs (BVS) entre outros e revistas eletrônicas da área da saúde, através dos descritores: assistência de enfermagem, lesões por pressão, pacientes acamados e prevenção, onde levantou-se a literatura utilizada neste estudo.

A revisão de literatura, pode ser bastante útil no processo de familiarização de um tema relevante, além de indicar as estratégias, procedimentos e instrumentos específicos que possam trazer resultados na solução da problemática levantada.

Para avaliação do risco das lesões por pressão utilizou-se a Escala de Braden (Jansen, Silva & Moura, 2020). Tal instrumento permite a previsão do risco de desenvolvimento de lesão por pressão, mediante a observação, registo e pontuação de seis dimensões presentes no paciente: 1) Percepção sensorial, 2) Humidade, 3) Atividade, 4) Mobilidade, 5) Nutrição e 6) Fricção e forças de deslizamento. Quanto mais baixa a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma lesão de pressão. A Escala de Braden é referida pela literatura como tendo uma boa sensibilidade e especificidade para avaliação de doentes em risco de desenvolver lesões por pressão.

## 3. Resultados e Discussão

Os resultados encontrados na literatura foram amplos e variados, pois o assunto é abrangente em várias esferas da área da saúde, assim, após um refinamento nas pesquisas utilizando-se dos descritores: lesões por pressão, pacientes acamados, assistência de enfermagem e prevenção, com o critério que fossem publicações na língua portuguesa, foram selecionados 51 artigos onde priorizou-se o critério temporal de publicações entre os anos de 2001 a 2020.

Excetuando 20 estudos os que não atendiam os critérios de inclusão, 31 estudos foram selecionados e se encontram relacionados no referencial bibliográfico, juntamente com alguns documentos oficiais norteadores da temática. A discussão dos resultados deu-se mediante os critérios de análise da temática e na sequencialidade dos descritores, que também construíram o referencial teórico que embasou este estudo.

### 3.1 Lesão por Pressão

De acordo com a definição internacional de *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), uma lesão por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às lesões por pressão também estão associados fatores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido (NPUAP, 2016).

Já a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define Lesões por pressão como um foco de atenção descrito como dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada (Classificação Internacional para Práticas de Enfermagem, 2006).

Assim, nessa percepção, os estudos realizados atualmente definem que as lesões por pressão, são lesões cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica, secundárias a aumento de pressão externa contínua, geralmente localizadas sobre uma proeminência óssea, são lesões localizadas no tecido epitelial e nos tecidos de estruturas subjacentes, este processo ocorre pelo evento da pressão local de 70 mmHg e cisalhamento contra uma proeminência óssea mantida por uma a duas horas, é a combinação perfeita para danificar a estrutura da pele por oclusão dos vasos sanguíneos, linfáticos, isquemia e edema intersticial, levando a um risco alto de hemorragia local e consequente necrose tecidual e infecção secundária, (Rolim , 2016).

A baixa intensidade e longa duração é tão capaz de produzir lesões teciduais como alta pressão por menor duração. A pressão se desenvolve de dentro para fora, há pressão prolongada necrose tecidual e lesão de reperfusão, fluido forçado para fora dos espaços intersticiais causando contato célula a célula e rompendo a membrana celular com liberação de material tóxico causando danos linfático que impedem a remoção de substâncias tóxicas necrose do tecido, através do processo de fagocitose (Moraes-Lopes *et al.*, 2017, Okamoto, 2014).

De acordo com Costa (2009), a maior prevalência das lesões por pressão encontra-se associada à presença de anemia, doença mental e do sistema nervoso, e o restante, às demais morbidades (doenças do sistema circulatório, reumáticas, do aparelho respiratório, do sistema digestivo, infecciosas, metabólicas, oncológicas e urinárias). Calcula-se que até 38% dos pacientes que se encontram hospitalizados podem vir desenvolver lesão por pressão, o que se torna um problema evitável de saúde e que ao final, acaba afetando a recuperação do paciente, adiando sua alta hospitalar, além de causar sofrimento e aumentar consideravelmente a carga de trabalho dos profissionais de saúde (Sales & Waters, 2019)

Costa (2009), afirma que as lesões por pressão podem se desenvolver em 24 horas, ou levar até 5 dias para sua manifestação. A primeira lesão pode aparecer em média 4,9 dias após a admissão no hospital e devido a comorbidade, alguns pacientes desenvolveram mais de uma ferida. As localizações mais frequentes foram a região sacral seguidas pelos calcanhares, que são áreas submetidas à grande pressão naqueles indivíduos que permanecem por longos períodos em decúbito dorsal, confirmando o descrito por autores selecionados e citados.

Complementando os estudos de Costa (2009), NPUAP (2016) assevera que a fisiopatologia no desenvolvimento das lesões está associada a inconsciência urinária coma, perda da sensibilidade, perda da função motora, perda de continência urinária ou fecal, presença de espasmos musculares, doenças circulatórias, doença arterial periférica, imunodeficiência ou uso de corticosteroide.

Cada grupo histológico apresenta uma capacidade individual de suportar determinados períodos de hipoperfusão. Se esse período for prolongado, há sofrimento tecidual, resultando em acidose local, hemorragia intersticial, obstrução linfática e acúmulo de metabólitos produzidos a partir da morte celular e necrose tissular. Em seguida, a atividade fibrinolítica diminui, ocorrendo depósito de fibrina que leva à obstrução intravascular.

Esse quadro agrava ainda mais a hipoperfusão local, tornando-se irreversível até mesmo com a redução da pressão externa. As paredes dos vasos são danificadas, acarretando um aumento da permeabilidade capilar com liberação de macromoléculas do seu interior para a pele, o que provoca as alterações cutâneas observadas sob a forma de edema, eczema, hiperpigmentação, lipodermatoesclerose e culminando na ulceração do tecido.

### 3.2 Pacientes Acamados e o Desenvolvimento das Lesões por Pressão

Quando se analisa os setores hospitalares, observa-se que há diversos pacientes em estado grave ou críticos que necessitam de cuidados específicos, já que muitas vezes se encontram inconscientes, ou são responsivos e que apresentam um quadro de dependência total dos seus cuidadores (Saatkamp, 2012).

Rogenski & Kurcgant (2012), alertam no sentido de criarem um protocolo pela equipe de enfermagem para diminuir a incidência de casos do desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes com longos períodos de internação em ambiente hospitalar, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva.

O processo de assistência ao paciente acamado é uma competência da equipe de enfermagem, segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen n. 311, 2007), no entanto, nem sempre a assistência acontece de forma adequada. De acordo com Souza, Ribeiro & Tanaka (2020), a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que dentro da enfermagem, um erro é definido como falha em completar uma ação planejada, seja de forma intencional (erro de omissão) ou quando sua aplicação é realizada de forma incorreta (erro de comissão), dentro de um plano específico para aquele paciente. Desta forma, saber sobre a real efetividade dos cuidados de enfermagem frente ao tratamento de um paciente hospitalizado é de suma importância para a prestação de um cuidado humanizado e de excelência, promovendo a segurança deste paciente (Souza, Ribeiro & Tanaka, 2020).

Diante disso, os principais desafios na prevenção das lesões por pressão são prioritamente, as equipes de trabalho, que nem sempre conseguem desenvolver seu trabalho com o contingente necessário de profissionais, muitas vezes essas equipes se encontram reduzidas, e devido ao excesso de cuidados necessários ao paciente, a complexidade dos casos, impossibilidade de realizar a troca de decúbito, a quantidade de medicamentos a serem administrados, o tamanho (estrutura física) e excesso de peso dos pacientes, resultando numa rotina estressante e um colapso nos serviços da saúde, e isso tem se tornado cada vez mais frequente na rotina hospitalar (Magnus, 2015).

A formação de uma lesão por pressão é algo indesejável de ocorrer durante o período de internação na unidade hospitalar, entretanto, é algo passível de ocorrer por uma série de fatores e dentre eles, segundo Milagres (2015), Silveira (2016) corroborando com Magnus(2015), são os fatores humanos, onde a gama de pacientes que a equipe de enfermagem possui dentro do período do seu plantão, em geral, são bem maiores do que a sua capacidade de atendimento, ficando estes pacientes mais propensos à abertura de feridas principalmente naqueles que não possuem autonomia para realizarem as mudanças de decúbito. Porém, existem fatores intrínsecos e extrínsecos que levam a formação das lesões por pressão e alteram o quadro clínico do acamado e a incidência do agravo.

#### 3.2.1 Fatores Intrínsecos

Os fatores intrínsecos estão relacionados às condições do paciente que alteram as condições dos tecidos, tais como: Isquemia, redução do controle autonômico, idade avançada, perda de sensibilidade e doenças crônicas, descritos a seguir.

Segundo Silva *et al.* (2002), a isquemia tem papel fundamental em muitas situações clínicas. Apesar da revascularização sanguínea a um local isquêmico sendo essencial para prevenir a irreversibilidade da lesão celular, a reperfusão pode agravar as lesões produzidas na fase isquêmica. Já a redução do controle autonômico de acordo com Foss-Freitas, Marques Junior e Foss (2008) é produzido pela neuropatia autônoma e compromete o sistema nervoso autônomo, provocando disfunções em quase todo o corpo com manifestações clínicas que incluem vários agravos e entre eles a anidrose de membros inferiores, decorrente da inativação das glândulas sudoríparas e um considerável fator de risco para o desenvolvimento de lesões, já que propicia o ressecamento da pele, que a faz ficar mais fina e mais propensa a lesões.

No que se refere à idade avançada, Perrone *et al.* (2011) pontuam que o agravo de lesões por pressão apresentava-se em quase um terço dos idosos, predominando as doenças urinárias, cardiovasculares e respiratórias juntamente com o

comprometimento da mobilidade que são os maiores fatores de risco, contribuindo para maior vulnerabilidade e desenvolvimento das lesões por pressão. Para Brito (2017), a perda de sensibilidade é um dos relevantes fatores intrínsecos que contribuem na formação de lesão por pressão e o qual pode ser de natureza transitória ou permanente já que apresenta ligação direta com o estado neurológico do indivíduo e seu nível de consciência.

E as doenças crônicas como: nefropatias, hepatopatias, neoplasias e problemas vasculares agem sobre a cicatrização, também as diabetes tipo 2, diabetes Melito (DM) e síndrome metabólica aumenta os riscos de infecções em feridas e atrasa essa cicatrização, principalmente em pacientes obesos. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) também pode atuar negativamente na circulação cutânea levando a isquemia local associada ao tempo prolongado em posição restrita fazendo com que esses pacientes se tornem mais susceptíveis ao surgimento de lesões por pressão (Neves & Santos, 2013).

### **3.2.2 Fatores extrínsecos**

Os fatores extrínsecos estão relacionados às forças mecânicas que agem sobre os tecidos quando pacientes encontram-se acamados, são elas: cisalhamento, pressão, fricção e umidade. Para Geovanini (2014), o cisalhamento ocorre sobretudo quando o indivíduo se encontra inclinado no leito e sofre com a pressão empurrando as proeminências ósseas sobre os tecidos, a pele das costas e nádegas ficam imóveis, isso ocorre pela associação do peso corporal sobre a superfície e da ação da gravidade. Quanto mais elevada cabeceira, maiores os riscos e danos.

A pressão é uma ação que decorre paralelamente ao cisalhamento, ou seja, o atrito entre a superfície de apoio e a pele, provoca movimentação dos vasos sanguíneos e linfáticos alterando seu posicionamento, podendo resultar numa trombose de vasos na transição derme epidérmica cessando a microcirculação local.

A fricção acontece, quando o indivíduo permanece na mesma posição por muito tempo, principalmente nas áreas de proeminências ósseas que se tornam mais suscetíveis devido a pressão contínua e excessiva, acarretando insuficiência da circulação e do fornecimento de nutrientes no local, danificando-o. E, o fator da umidade, está ligada à pacientes com incontinências, urinária e/ou fecal, secreções respiratórias e vômitos, que representa um considerável agente no desenvolvimento de lesões por pressão (Matos, 2020).

### **3.2.3 Incidência das Lesões por pressão**

Matos (2020) explicita que pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), são alvos fáceis para o acontecimento deste evento, isso porque apresentam maior risco para o desenvolvimento dessas lesões, devido as comorbidades já existentes. Também, apresentam maior risco para o desenvolvimento dessas lesões, em razão de longo período imóvel ao leito, uso de terapias invasivas e complexas, maior tempo de permanência intra-hospitalar, acarretando em maior exposição aos fatores de risco.

Corroborado por Giovanini (2014) que evidência que a incidência de lesões por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTIs) é sempre maior, seja pela gravidade do quadro clínico, estado inflamatório e morbidades apresentadas, seja pelos baixos níveis de consciência e percepção sensorial que muitas vezes são decorrentes da sedação, conforme o Quadro 1, que traz a frequência maior e menor dos fatores de risco que contribuem para formação de lesão por pressão.

**Quadro 1.** Frequência maior/menor fatores de risco que contribuem na formação de lesão por pressão em pacientes acamados.

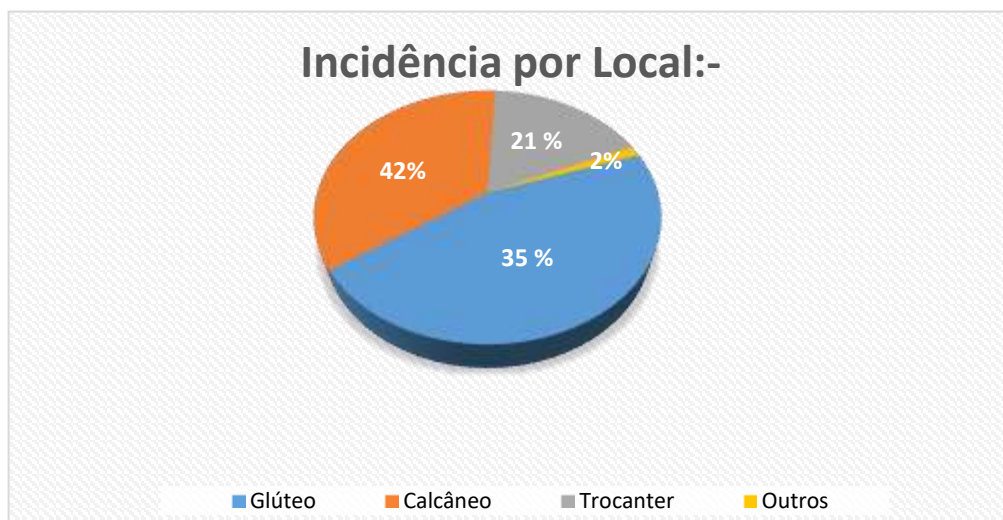
Fatores de risco	%
Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS)	31,1 %
Diabetes Melito(DM)	16,5 %
Afecções neurológicas	13,2 %
Neoplasias	6,3 %
Obesidade	11,5 %
Plegia	15,5 %
Infecções	5,9 %

Fonte: Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular (2015).

No Quadro 1, pode-se comparar estes fatores com índices maior e menor que contribuem para o surgimento de novos casos ou para a piora dos casos já existentes em pacientes acamados. Matos (2020); Geovanini (2014) asseveram que quanto mais elevada a cabeceira maior risco e provável dano e que em decorrência disto, o atrito entre a superfície de apoio e a pele, provoca movimentação dos vasos sanguíneos e linfáticos alterando seu posicionamento o que pode propiciar em trombose de vasos na transição dermo epidérmica, o que faz com que haja o cessar da microcirculação local.

Também, cabe ressaltar que, no que diz respeito à localização das lesões, a região sacral é a mais acometida. Sua incidência chega 42%. O calcâneo é o segundo local mais acometido, com incidência de 35%. A região trocântérica ocupa o terceiro lugar, com incidência de 21%. Outros locais com acometimento menos frequente, incidem em 2%, conforme mostra o gráfico 1.

**Gráfico 1.** Localização mais comuns das lesões por pressão.



Fonte: Acta Ortopédica Brasileira (2005).

Na incidência, ocorre a pressão contínua quando o paciente permanece na mesma posição, nas áreas de proeminências ósseas são mais prováveis que ocorra uma pressão contínua e excessiva, o que provoca ineficácia da circulação e do suprimento de nutrientes naquela região (Matos, 2020).

### 3.3 Assistência e Cuidados da Enfermagem

Para um efetivo cuidado, a prescrição de enfermagem deve contemplar estratégias para a efetivação de um plano minucioso a ser aplicado ao paciente acamado que desenvolve, ou poderá a vir desenvolver lesões por pressão. As medidas de prevenção da ocorrência dessas lesões por pressão participam do processo de segurança do paciente, a Organização Mundial da Saúde estabelece protocolos para evitar erros e a ocorrência desses eventos adversos (Leite, 2017).

Leite (2017) complementa que em alguns países já existe a responsabilização, revogação de licenças e coimas penalizando as instituições pelo desenvolvimento destas lesões, o papel do profissional de enfermagem juntamente com toda a equipe multidisciplinar tem sua responsabilidade na prevenção, tratamento e cuidados com as feridas provocadas por lesão por pressão, e da necessidade de toda a equipe estar ciente dos avanços recentes e suas implicações, para que haja um atendimento efetivo e de boa qualidade.

O estado clínico já agravado do paciente em especial pelas comorbidades associadas, já se espera que poderá desenvolver uma lesão por pressão, mas, como a manutenção da integridade da pele dos pacientes que estão restritos ao leito ou através da recuperação retardada da pele ou do tecido que foi lesionado por um processo cirúrgico, lesões medular com paciente com tetraplégicos, paraplégicos ou hemiplégicos, fratura femoral, internados em unidades hospitalares, pós alta da unidade de terapia intensiva copilam fatores para causas agregadas ao desenvolvimento de lesões de pressão e, conseqüentemente, a demora na cicatrização, estes pacientes deverão ser a menina dos olhos no cuidado da enfermagem, no que diz respeito à prevenção (Rogenski & Kurcgant, 2012).

O Quadro 2, mostra a faixa etária predominante no desenvolvimento das lesões por pressão, encontrada na literatura brasileira e levantada neste estudo.

**Quadro 2.** Frequência de lesão por pressão em pacientes acamados menores e maiores de 60 anos.

Percentual de idade de pacientes acamados que desenvolvem lesão por pressão	
IDADE	%
> 80 anos	21,1 %
75 a 80 anos	18,2 %
70 a 75 anos	16,7 %
65 a 70 anos	15,3 %
60 a 65 anos	13,7 %
55 a 60 anos	9,1 %
50 a 55 anos	3,3 %
≤ 50 anos	2,6 %

Fonte: Dados do estudo (2021).

Estes pacientes devem ser examinados ao menos uma vez ao dia observando-se os principais pontos de proeminências ósseas com risco de formação dessas lesões e anotá-las descrevendo minuciosamente as características destas feridas no prontuário, e todos os cuidados.

Assim, a enfermagem traz um importante papel no acompanhamento e assistência ao paciente acamado na prevenção e cuidados com as lesões por pressão.



Para um efetivo cuidado, a prescrição de enfermagem deve contemplar estratégias para a efetivação de um plano minucioso a ser aplicado ao paciente acamado que desenvolve, ou que poderá vir desenvolver lesão por pressão.

Assim, a equipe da enfermagem deve manter alguns cuidados básicos, segundo Saatkamp (2012):

- Cuidados com a pele: a pele deverá ser limpa e a frequência da limpeza individualizada deve ser de acordo com a necessidade de cada paciente;
- Diminuir os fatores ambientais: umidade baixa e exposição ao frio, estes tipos de fatores levam ao ressecamento da pele;
- Evitar massagem: o massageamento sobre proeminências ósseas pode provocar forças de cisalhamento sobre a superfície óssea que são prejudiciais;
- Evitar a exposição da pele quanto: à umidade, devido a resíduos urinários, fecais, perspiração ou drenagem de feridas. Não podendo controlar essas fontes, devem-se usar fraldas descartáveis ou forros feitos de materiais que absorvam a umidade e que mantenham seca a superfície em contato com a pele. Cremes, películas protetoras ou óleos, também podem ser usados, já que agem como barreiras para a umidade;
- Lesões: as lesões da pele devido a fricção e força de cisalhamento devem ser minimizadas através de um posicionamento adequado e do uso de técnicas corretas para transferência e mudança de decúbito;
- Nutrição: Avaliar o estado nutricional e oferecer suplementos caso necessário;
- Dispositivos: almofadas ou acolchoados para manter as proeminências ósseas (como os joelhos ou calcanhares) longe de contato direto um com o outro ou com a superfície da cama. Nunca usar almofadas com orifício no meio;
- Manter o paciente de risco em superfície e redistribuição de pressão recomendável;
- A utilização de materiais de pele de carneiro sintética, dispositivos recortados em forma de anel ou luvas cheias de água;
- Os calcâneos devem ser mantidos livres de pressão, com o auxílio de um travesseiro na região posterior da perna, permitindo que os joelhos apresentem ligeira flexão;
- Realizar mudança de decúbito para reduzir a pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo;
- A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas à característica do paciente e pelas superfícies de apoio em uso;

Em conformidade com Moraes-Lopes (2017), é papel da enfermagem saber que as lesões por pressão são classificadas em quatro estágios, sendo o grau 1 o mais leve e o grau 4, o mais grave. Desta forma, as lesões de grau 1 mostram uma pele intacta com hiperemia em regiões de proeminências ósseas, já as lesões de grau 2, ocasionam perda parcial da espessura da derme, apresentando uma ferida superficial com leito de coloração avermelhada, mas sem a presença de esfacelo, podendo apresentar bolhas preenchidas por exsudato seroso. Nas lesões de grau 3, ocorrem a perda do tecido em sua espessura total, atingindo o tecido adiposo subcutâneo, mas não ocorre a exposição de tecidos ósseos, tendões ou músculos, pode ter a presença de esfacela e nas lesões de grau 4, ocorrem uma perda total do tecido, possui a exposição de tecidos muscular, ósseo e tendões e ainda a presença de esfacela.

O que também é ressaltado por Okamoto (2014) que durante os cuidados prestados a este tipo de agravo, é de fundamental importância a classificação dos estágios que as lesões passam, como pontuados abaixo:

**Estágio 1** – quando há somente eritema que não desaparece mesmo após a retirada da pressão local. Pode-se considerar esse estágio como pré-lesão, uma vez que ainda não se estabeleceu uma solução de continuidade;

**Estágio 2** – lesão da derme superficial, podendo se apresentar sob forma de flictenas, fissuras e abrasões;

**Estágio 3** – lesão da espessura total da pele com exposição do tecido subcutâneo; e,

**Estágio 4** – lesão profunda atingido plano muscular e/ou ósseo, podendo ocorrer comunicação com outras lesões próximas.

**Não estadiável:** coberta por tecido necrótico ou escara sobre o leito da ferida.

Estes estágios estão representados no Quadro 3.

**Quadro 3.** Representação dos estágios da Lesão por pressão.

Estágios	Descrição
Estágio 1	Pele íntegra com eritema não branqueável.
Estágio 2	Perda parcial da espessura da pele com exposição dérmica.
Estágio 3	Perda total da espessura da pele.
Estágio 4	Perda tissular e de toda espessura da pele com exposições.
Não estadiável	Coberta por tecido necrótico ou escara sobre o leito da ferida.

Fonte: *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (2016).

Existe ainda outro método, segundo Saatkamp (2012) que é a fotografia, que proporciona uma evidência visual da aparência de uma lesão, no entanto, não detecta a profundidade da mesma. Esse método exige a repetição do procedimento, em intervalos regulares, sob o mesmo ângulo, luminosidade e distância focal constante, para permitir comparações futuras. O inconveniente deste método é que nem todos os profissionais têm treinamento e acesso a uma boa câmera.

### 3.3.1 A importância da Enfermagem no Tratamento da Lesão por Pressão

Segundo Saatkamp (2012), os produtos e coberturas específicas são ferramentas da equipe de enfermagem, que se destacam no tratamento desses pacientes, pois realizará os cuidados onde identificaram as lesões e classificará, realizando o banho no leito, troca de lençóis, na mudança do decúbito, troca de uma fralda, na troca do curativo.

No processo de cuidar, deve-se iniciar a abordagem com a anamnese, estando-se atento à identificação (nome, idade, sexo, etc.), história, condição socioeconômica e psicológica, higiene pessoal, estado nutricional, doenças associadas, uso de medicamentos e drogas e valores culturais.

Ao avaliar a lesão, é importante considerar os seguintes pontos (Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas, 2002):

1) **Histórico do doente:** avaliar fatores que interferem na cicatrização, data do início da lesão, causa, se é a primeira ou uma úlcera recorrente e presença de dor;

2) **Exame físico:** verificar as medidas antropométricas (peso e altura), localização da lesão, condições da pele, presença de calosidades, atrofia muscular, edema, pulsos (pedioso e tibial posterior), alterações de sensibilidade e sinais de inflamação. O exame dos pulsos periféricos deve ser realizado, para a detecção de possível insuficiência de irrigação sanguínea. A avaliação neurológica ajuda a detectar problemas de sensibilidade;

3) **Avaliação psicossocial:** este aspecto também deve ser avaliado, pois alterações em sua imagem corporal, ansiedade em relação ao diagnóstico, podem levar o doente a situações de estresse, o que contribui negativamente para a cicatrização;

4) **Autocuidado:** identificar esta possibilidade em relação à sua lesão, orientando-o a colaborar auxiliando nos movimentos na hora da realização do curativo;

5) **Características da úlcera e da pele ao seu redor**, podem indicar alterações da pele, como: hiperemia, calor, edema, dor, maceração, ressecamento, descamação, eczema, hiperpigmentação, ou outras alterações, também valiosas para direcionar o tratamento;

6) **Características do exsudato**: podem ser indicadores valiosos para determinar o tratamento.

No processo de cicatrização, os fluidos das úlceras contêm enzimas e são consideradas normais nas primeiras 48 a 72 horas. Depois desse período, a presença de exsudato é sinal de prejuízo à cicatrização. A coloração e a consistência deste, podem variar. Os fluidos serosos e sanguinolentos são considerados normais. O exsudato purulento indica processo infeccioso. A quantidade de exsudato pode ser estimada por observação clínica e quantificada pela drenagem.

Uma lesão seca não apresenta exsudato; a úlcera ligeiramente úmida possui exsudato escasso, não mensurável; a molhada, com pequena quantidade de exsudato envolve uma área menor ou igual a 25% de sua cobertura; um exsudato moderado corresponde a uma úlcera saturada, com uma drenagem que envolve entre 25% a 75% da cobertura; um exsudato em grande quantidade corresponde a uma úlcera banhada de fluidos, com drenagem livre, envolvendo mais que 75% da cobertura.

Aparência da úlcera: o tipo de tecido presente indica a fase do processo de cicatrização em que a úlcera se encontra: Tecido necrótico: varia de coloração, desde a cor preta, cinza, esbranquiçada, marrom, até a esverdeada e preta. Corresponde ao tecido morto, desidratado, podendo estar presente também o pus e o material fibroso, que favorecem a multiplicação de microrganismos. A crosta é um tipo de tecido desvitalizado, devido a sua exposição ao ar, ocasionado pelo ressecamento e desidratação celular.

Dos estudos selecionados destaca-se que a prevenção ainda é a melhor forma de tratamento, o uso de escalas e protocolos e a compreensão das coberturas de tratamentos, por outro lado, discordam no sentido de embora possuam vários estudos sobre produtos para prevenir e tratar as lesões por pressão, ainda as taxas da incidência ainda sejam altas, o que poderia representar uma falha quanto aos profissionais da equipe multidisciplinar, podendo indicar que falta a mudança de decúbito, altas jornadas de trabalho, falta de atenção na hora dos banhos dos pacientes, a umidade das peles, a demora na troca de fraldas, excesso de produtos utilizados ou o despreparo da equipe em utilizar os produtos certos para cada grau de lesão apresentada nas peles (Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas, 2002).

O tratamento da dor inclui a prestação de cuidados após a administração de medicamentos para minimizar a dor e interrupções para confortar o indivíduo. Trabalhar com a equipa multidisciplinar de cuidados de saúde para desenvolver um plano holístico de tratamento de dor crónica da úlcera por pressão. Este plano deve ser desenvolvido com a participação de vários profissionais de saúde (por exemplo, especialistas da dor, profissionais da área médica e da enfermagem e demais profissionais de saúde).

Monitoramento do tratamento de úlceras: para uma completa assistência, deve-se monitorar o progresso da cicatrização e avaliar a efetividade das intervenções e do tratamento utilizado.

Depois da escolha de opções e alternativas, o tratamento mais rigoroso é a implantação de pedaços de tecidos, enxerto de pele, retalho de rotação fasciocutâneo, retalhos fasciocutâneos baseados em perfurantes glúteas ou intercostais ou algum retalho miocutâneo que preserve a função muscular, após rigoroso desbridamento da ferida. Para tanto ser levado em conta se o paciente conserva certas funções musculares (como a do músculo glúteo máximo) que devem ser preservadas. Se o paciente é restrito ao leito, a opção de reconstrução deve ser mais durável e estável.

Recomenda-se que para evolução do tratamento, todas as alternativas descritas são cabíveis, e necessárias para evitar-se a perda funcional do indivíduo, minimizando as consequências clínicas da doença e a resolubilidade do problema e da cicatrização da ferida.

A reparação do tecido exige que o ambiente local propicie a formação de colágeno, angiogênese, epitelização e contratura da ferida. Esses processos ocorrem com mais sucesso em ambiente local onde existam ótimas condições de

temperatura, hidratação e oxigenação. A comprovação da necessidade do meio úmido para promover a migração celular e a formação do tecido de granulação trouxe novas concepções ao tratamento e cuidado das lesões (NPUAP, 2016).

Neves e Santos (2013), pontuam sobre o emprego da escala de Braden como sendo uma estratégia de prevenção que o profissional possui para avaliar se o paciente possui probabilidade de desenvolver uma lesão por pressão, ela avalia seis itens sendo a percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento, cada item varia de 1 a 4, sendo que os melhores valores indicam uma maior possibilidade de desenvolver lesões por pressão.

Logo, a promoção da segurança do paciente, através de ações de gerenciamento dos riscos e integração de boas práticas embasadas em evidências científicas, é fundamental para efetivos cuidados seguros de enfermagem, prevenção de incidentes e de danos que possam decorrer de falhas na assistência à saúde, para tanto, é necessário adotar ferramentas e técnicas adequadas à rotina de cada local (Cedraz, et al., 2018).

### 3.4 A Prevenção

A prevenção é sem dúvida o tópico mais importante no que se refere aos cuidados a serem dispensados aos pacientes com risco de lesões por pressão. A maioria das úlceras por pressão são preveníveis, além da orientação e educação do paciente e da disponibilidade de recursos, aplicações de estratégias se faz necessário para o total desempenho do processo cuidar. Assim, existem algumas alternativas que podem se transformar em recursos valiosos no que se refere à prevenção (Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas, 2002):

- Os calcâneos devem ser mantidos livres de pressão, com o auxílio de um travesseiro na região posterior da perna, permitindo que os joelhos apresentem ligeira flexão;
- A mudança de decúbito reduz a pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo;
- Remoção de sujidade da pele, com água e sabão neutro;
- Utilizar hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia;
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos e barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão;
- Adequar os cuidados com base nas condições socioeconômicas da instituição;
- Atentar para a nutrição, em especial uso de sonda;
- Avaliar a condição física da pessoa (ex. não tem dentes), a deglutição pode se tornar inadequada.;
- Promover apoio emocional ao paciente e familiares;
- Estimular ações interdisciplinares e envolver os demais profissionais: nutricionista, psicólogo, geriatra, fisioterapeutas;
- Estimular a avaliação da equipe multiprofissional;
- Propagar para a equipe, que a prevenção e a promoção devem se manter juntas.

A escolha dos dispositivos mais apropriado deve levar em consideração características do equipamento (custo e facilidade de uso) e do paciente (risco para desenvolvimento de lesões, presença de comorbidades, prognóstico). Porém, a escala de Braden é um recurso bastante utilizado para medir o risco dos pacientes em desenvolverem lesões por pressão e por meio da implementação de dessa ferramenta, o problema/foco (risco de desenvolvimento de lesão por pressão) pode ser resolvido e as práticas podem ser aprimoradas. Identificar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão em unidade hospitalar, é perfeitamente possível por meio da análise obtida através da aplicação da ferramenta “Escala de Braden”.

### 3.4.1 A Escala de Braden

A Escala de Braden, é uma ferramenta, de escala de score, com a pontuação máxima de 18 e pontuação mínima de 6, sendo que quanto menor o score, maior o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Através da aplicação da Escala de Braden avaliam-se seis fatores que influenciam o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, sendo eles: percepção sensorial, umidade, mobilidade, estado nutricional, nível de atividade e fricção e forças de deslizamento. A partir desse registro, enfermeiros conseguem planejar medidas preventivas a serem aplicadas e promover um tratamento mais eficaz (CARVALHO, 2016).

A aplicação da Escala de Braden deve ser utilizada baseando-se no estado da pele por meio do instrumento de avaliação cutânea, levando em conta as características e tipo de alterações relacionadas com a integridade da pele, conforme relacionado no Quadro 4.

**Quadro 4.** Escala de Braden simplificada.

VARIÁVEIS	SCORE			
	1	2	3	4
<b>Percepção Sensorial</b>	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
<b>Umidade</b>	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
<b>Atividade</b>	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
<b>Mobilidade</b>	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
<b>Nutrição</b>	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
<b>Fricção e Cisalhamento</b>	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-
Risco Muito Alto			<b>6 a 9 pontos</b>	
Risco Alto			<b>10 a 12 pontos</b>	
Risco Moderado			<b>13 a 14 pontos</b>	
Risco Leve			<b>15 a 18 pontos</b>	

Fonte: Paranhos; Santos (1999).

A pontuação acima de 18 pontos na Escala de Braden deverá ser avaliado de acordo com critérios clínicos ou alteração do estado de saúde do paciente para o risco de desenvolver Lesão por pressão.

Em suma, a prevenção ainda é o melhor tratamento, o surgimento de lesões produz grande sofrimento nas pessoas que se acometem delas, especialmente os idosos, assim como suas famílias que sofrem junto, além de refletir de forma negativa nos índices de qualidade dos serviços de saúde e sobre os custos do tratamento. Por isso, a importância da equipe de profissionais da saúde, os profissionais de enfermagem na figura do enfermeiro e da área da saúde em geral, para identificar os pacientes mais suscetíveis ao desenvolvimento ou agravamento de Lesões por Pressão, assim como auxiliar em futuras reformulações de estratégias profiláticas e/ou reabilitativas para pacientes hospitalizados.

#### 4. Considerações Finais

Este estudo demonstrou que os resultados obtidos estão em concordância com a literatura encontrada, refletindo a alta incidência de lesão por pressão e sua problemática para a área de saúde. Muito tem sido discutido acerca das medidas a serem adotadas para prevenção das lesões por pressão, que devem ser prioridade máxima das instituições hospitalares. No entanto, percebe-se que existem grandes desafios do setor, no que se refere ao contingente de profissionais atuantes, principalmente na sobrecarga da equipe da enfermagem.

Deveriam existir incentivos às medidas que incluem equipar os setores hospitalares com material de alívio de zonas de pressão, monitorizar o grau de risco, a incidência e a prevalência de lesões por pressão. Tais medidas, deveriam ser o primeiro passo para a implantação de protocolos de prevenção e para a sensibilização das equipes na problemática das lesões por pressão.

Observa-se ainda, que existe uma limitação do conhecimento produzido sobre o tema nas publicações nacionais, com enfoque predominante em pacientes hospitalizados e na visão da enfermagem, quando o problema, por sua característica de multicausalidade, necessita ser considerado sob o aspecto multidisciplinar.

Diante do exposto, torna-se fundamental o incentivo da equipe multidisciplinar, aliados a equipe de enfermagem prestar os cuidados necessários aos pacientes que se mantem acamados em unidades hospitalares afim de prevenir e diminuir a incidência dos problemas que levam ao desenvolvimento de casos de lesão por pressão.

Uma possível alternativa para minimizar a queda seria preparar a equipe para prevenir que ocorra, e desenvolver protocolos para o tratamento uma vez já instalado o problema, e se ainda assim não for possível evitar estar atento para não passar do estágio 1, e para diminuir a utilização de produtos específicos e onerosos para a unidade hospitalar, reduzir o tempo de internação, saber mensurar a evolução do paciente e intervir com orientações e esclarecimento de dúvidas à família do paciente. Neste processo cabe amplitude de pessoas capazes de se envolver para a busca de alternativas de educação em saúde, favorecendo sempre o cuidado como um todo, saúde física, social e emocional.

O uso de indicadores validados poderá auxiliar a determinar o modo como cada um deles será avaliado na prática clínica, visando maior fidedignidade na aplicabilidade da prevenção, formação, cuidados, tratamento e se necessária, reabilitação, com todas essas observância e subjetividade, amenizará a dificuldade de compreensão e aceitação do problema para as famílias e podendo ter resultados significativos para a contribuição de reduzir sequelas para o paciente.

Ainda, com relação aos aspectos financeiros, cita-se o emprego de dispositivos redistribuidores da pressão, que apresentam alto custo para as instituições, porém a eficácia desses produtos faz com que esse investimento possa reduzir o tempo de internamento e reflita positivamente na qualidade dos serviços de saúde prestados. O tratamento das lesões por pressão é um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde que se dedicam a esta área, existe muitas dificuldades e dúvidas no que se refere ao tratamento, porém algumas condutas são sugeridas para norteá-los.

Espera-se que esse trabalho possa contribuir para nortear outros trabalhos sobre a temática envolvida. O tratamento das lesões por pressão é um agravo pertinente às rotinas hospitalares, principalmente em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva e o papel da enfermagem é substancial no tratamento, assim qualquer estudo que venha agregar maiores conhecimento e trazer novas alternativas de auxílio aos profissionais da saúde na sua prática da assistência aos pacientes, será de grande valia.

#### Referências

Borges, E. L., Caliri, M. H. L., Hass (2007) Revisão sistemática do tratamento tópico da úlcera venosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6),163-170.

Brito, T. B. (2017). *Fatores de risco e incidência de lesão por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva do estado de Roraima* (Trabalho de conclusão de curso), Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil. Recuperado de [https://ufr.br/enfermagem/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&download=304:2017-ticiane-batista-de-brito-fatores-de-risco-e](https://ufr.br/enfermagem/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=304:2017-ticiane-batista-de-brito-fatores-de-risco-e)

incidencia-de-lesao-por-pressao-em-pacientes-internados-em-unidades-de-terapia-intensiva-do-estado-de-roraima&id=19:trabalho-de-conclusao-de-curso&Itemid=315 .

Carvalho, E. S. S.(2016). *Úlceras por pressão: conhecer, prevenir e tratar*. Recuperado de: [https://silo.tips/queue/ulceras-por-pressao-evanilda-souza-de-santana-carvalho?&queue\\_id=-1&v=1603557390&u=MjgwNDoxNGQ6ODgzOjllMmI6ZTVmNDpjN2U3OmU2ZWM6ZDExMQ](https://silo.tips/queue/ulceras-por-pressao-evanilda-souza-de-santana-carvalho?&queue_id=-1&v=1603557390&u=MjgwNDoxNGQ6ODgzOjllMmI6ZTVmNDpjN2U3OmU2ZWM6ZDExMQ) .

Cedraz, R. O., Gallasch, C. H., Pérez Júnior, E. F., Gomes, H. F., Rocha, R. G., Mininel, V. A. (2018). Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. *Esc Anna Nery* 2018;22(1):e20170252. Recuperado de [https://www.scielo.br/pdf/eann/v22n1/pt\\_1414-8145-eann-2177-9465-EAN-2017-0252.pdf](https://www.scielo.br/pdf/eann/v22n1/pt_1414-8145-eann-2177-9465-EAN-2017-0252.pdf)

Cervo, A. L., Bervian, P. A., Silva, R (2007). *Metodologia científica*, 6ª.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Classificação Internacional para Práticas de Enfermagem- CIPE® (2006) *Ordem dos Enfermeiros*. Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>

Costa, M. M. G. B (2009). À procura de identidade: Enfermagem. *Catálogo ESEP*, Porto, ISBN 0871-0775,12(2).

Dantas, J. (2003) Aspectos éticos do tratamento de feridas. **In**: SRPE. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu; p. 7-10.

Dealey, C. (2012) *O cuidado de feridas: um guia para enfermeiras*. 4 ed. Wiley-Blackwell.

*Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular* (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2a.ed. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_lesao\\_medular\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular_2ed.pdf)

Echer, I. C.(2001) A revisão de literatura na construção do trabalho científico. *Revista gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre, 22(2) (jul. 2001), p. 5-20. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/23470>

Foss-Freitas, M. C., Marques W. Jr., Foss, M. C. (2008). Neuropatia Autonômica: Uma Complicação de Alto Risco no Diabetes Melito Tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*,52(2) p.398-406. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/28.pdf>

Geovanini, T .(2014) *Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional*. 1ª ed. São Paulo: Rideel.

Hess, T. C. (2002). *Tratamento de feridas e úlceras: prática de enfermagem*. 4a ed. Rio de Janeiro: Editora Reichmann e Affonso.

Janson, R. C. S.; Silva, K. B. A.; Moura, M. E. S. (2020). A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão. *Rev Bras Enferm*. 73(6). Recuperado de [https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n6/pt\\_0034-7167-reben-73-06-e20190413.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n6/pt_0034-7167-reben-73-06-e20190413.pdf)

Leite, G. R. (2017) *Protocolo de cirurgias seguras numa região neotropical no Brasil Central*. (Pós-Graduação), Universidade Federal de Goiás. UFG, Goiás, Go. Brasil.

Magnus, L. M. (2015) *Mudança de decúbito para pacientes em cuidados intensivos neurológicos e neurocirúrgicos: guia de boas práticas de enfermagem*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC, Santa Catarina, SC, Brasil.

*Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas* (2002) Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_feridas\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf) 2020.

Matos, A. G. S.(Ed.) (2020). Protocolo de enfermagem. Hemório. *Prevenção e tratamento de lesão por pressão*. Recuperado de [http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/Protocolo\\_ulcera.pdf](http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/Protocolo_ulcera.pdf)

Milagres, L. M. (2015). *Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos*. (Dissertação de mestrado), Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Moraes-Lopes, C. M. ; Taets, G. G. C. ; Guilherme, C. ; Bergold, L. (2017). A Enfermagem na garantia do direito à saúde: o cuidado do planejamento a prática assistencial. *MACAENF* , v.7. Ed. Ártica.

*National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* (2016). Recuperado de <https://npuap.com/>

Neves, R. C.; Santos, C. O. (2013). Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2(1),19-31.

Okamoto, R. H. (2014) *Úlceras por pressão*. (Especialização em saúde da família). Universidade Aberta do SUS – UMA-SUS, Brasília, DF, Brasil. Recuperado de [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/pab/3/unidades\\_casos\\_complexos/unidade29/unidade29\\_ft\\_ulceras.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/3/unidades_casos_complexos/unidade29/unidade29_ft_ulceras.pdf)

Perrone, F. *et al.* (2011). Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. *Rev. Nutr.*, Campinas, 24(3), 431-438. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rn/v24n3/a06v24n3.pdf>

*Resolução Cofen nº 311* de 08 de fevereiro de 2007. Institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Recuperado de [http://www.corensc.gov.br/wpcontent/uploads/2016/11/Legisla%C3%A7%C3%A3o-Comentada\\_site.pdf](http://www.corensc.gov.br/wpcontent/uploads/2016/11/Legisla%C3%A7%C3%A3o-Comentada_site.pdf)

Rogenski, N. M. B.; Kurcgant, P. (2012). Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 1-7.

Rolim, J. A. (2016) Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 14(1), 148-57.

Saatkamp, F. (2012). *Cuidados de enfermagem na prevenção às úlceras por pressão (UP'S) em pacientes hospitalizados*. (Monografia). Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES. Lajeado, RS, Brasil.

- Sales, D. O., Waters, C. (2019). O uso da Escala de Braden para prevenção de lesão por pressão em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, 2(6), p. 4900-4925. doi: 10.34117/bjhrv2n6-003. Recuperado de <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/4300>
- Silva, O. C., Jr.; Centurion, S., Pacheco, S., Brisotti, J. L., Oliveira, A. F., Sasso, K. D. (2002). Aspectos básicos da lesão de isquemia e reperfusão e do pré-condicionamento isquêmico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 17 (Supl.3). Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/acb/v17s3/15274.pdf>
- Silveira, S. L. P. (2016) Avaliação das úlceras por pressão por meio da aplicação da escala pressure ulcer scale for healing (PUSH). *Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental* [Online], v.5, 3847-3855. Recuperado de [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2035/pdf\\_791](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2035/pdf_791)
- Souza, T. C., Monteiro, D. R., Tanaka, R. Y. (2020). Cuidados de enfermagem relacionados à segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 59 (10), p.1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9224>.
- Triviños, A. N. S. (1987) *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.