



Fundação Educacional do Município de Assis  
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

EDUARDO RAOONE EVANGELISTA NEGRÃO

## A OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Assis

2016

EDUARDO RAOONE EVANGELISTA NEGRÃO

## A OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis- FEMA

**Orientando:** Eduardo Raoone Evangelista Negrão.

**Orientador:** Prof. Espec. Salviano Francisco Chagas Filho

Assis

2016

## FICHA CATALOGRÁFICA

N385o NEGRÃO, Eduardo Raoone Evangelista.

**A ocorrência de úlceras por pressão. / Eduardo Raoone  
Evangelista Negrão**

FEMA-Fundação Educacional do Município de Assis-2015.

40 pag.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)-Enfermagem-Instituto  
Municipal de Ensino Superior de Assis

Orientador: Prof. Esp. Salviano Francisco Chagas Filho

1. Úlcera. 2.Lesão. 3.Ferida.

CDD: 617.14

Biblioteca da Fema

# A OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

EDUARDO RAOONE EVANGELISTA NEGRÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação em Enfermagem, analisado pela seguinte comissão examinadora.

Orientadora: \_\_\_\_\_

Prof. Esp. Salviano Francisco Chagas Filho

Analisadora: \_\_\_\_\_

Prof. Esp. Mariana Carolina Vastag R. de Oliveira

Assis

2016

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a meus pais,  
Por terem apoiado em tudo e dedicado todo o amor fraternal  
possível a minha pessoa.*

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de aqui poder elencar todos aqueles que participaram deste Trabalho tão grande em minha vida, desde o início da pesquisa, até este momento.

Em primeiro lugar agradeço a Deus pelo dom da vida e pela condição de ser um homem pensante.

Agradeço em especial ao professor David Valverde pelo grande empenho em trazer as claras o que deve ser a pesquisa e também como satisfazer as necessidades de um trabalho acadêmico de nível superior.

Agradeço a meu orientador professor Salviano Francisco Chagas Filho pela grande paciência e compreensão com minhas dificuldades e por ter mostrado o caminho para a conclusão do trabalho, ao mesmo tenho grande carinho e espelho me em seus feitos.

A professora Mariana Carolina Vastag pela paciência e empenho em esclarecer as dúvidas que surgirão durante a pesquisa e pelo seu apoio como amiga.

Agradeço a todos os professores que no processo de formação iluminaram o caminho para ser um bom profissional da área de saúde.

Agradeço aos meus pais e familiares pelo apoio e paciência em todo o processo de graduação é claro somente mediante a isso e ao amor de minha família é que foi possível este trabalho.

Agradeço ainda a graduando de Química Rafaelli Borba, a qual não somente como namorada, mas também como amiga e que deu me forças e tem ajudado em tudo para a conclusão desse trabalho e também durante a graduação.

## EPÍGRAFE

*“A enfermagem é uma arte; e para realiza-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor pois o que é tratar da tela morta ou o frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espirito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes! ”.*

**Florence Nightingale**

(1820-1910)

## RESUMO

Trata-se de um estudo e pesquisa científica de característica de revisão bibliográfica, a fim de explicitar questões relacionadas às causas diversas da ocorrência de úlcera por pressão em pacientes acamados sua prevenção e a metodologia de busca utilizada. Com utilização de livros, artigos científicos em meios eletrônicos abordando o tema úlcera por pressão, estas se caracterizam como feridas de origem intrínsecas, extrínsecas e crônicas, que representam um grande problema relacionado a assistência. Ocorre em pacientes acamados por causas diversas como: lesão medular e cisalhamento entre outras. O levantamento bibliográfico foi realizado a partir de Dezembro de 2015 a Fevereiro de 2016, foram consideradas publicações dos últimos 10 anos, com disponibilidades na íntegra e em português. O objetivo deste trabalho foi compreender os danos biopsicossociais causados pelas úlceras por pressão e a importância da enfermagem na prevenção. Chegou-se à conclusão com este estudo que a enfermagem tem papel indispensável na intervenção adequada a esta patologia, o enfermeiro precisa de uma abordagem envolvendo o paciente em todos os âmbitos na prevenção e cuidados com a pele, não podendo olhar apenas para a ferida mas também o indivíduo como um todo.

**Palavras chave: úlceras, lesão, feridas.**



## ABSTRACT

This is a study and scientific research characteristic of literature review in order to clarify issues related to the various causes of the occurrence of pressure ulcers in patient's bedridden prevention and the search methodology. With use of books, journal articles in electronic media covering the subject pressure ulcers, these are characterized as intrinsic source wounds, extrinsic and chronic, which represent a major problem related to assistance. It occurs in patients bedridden for several causes such as spinal cord injury and shear among others. The bibliographic survey was conducted from December 2015 to February 2016, publications were considered the last 10 years, with cash in full and in Portuguese. The aim of this study was to understand the biopsychosocial damage caused by pressure ulcers and the importance of nursing in prevention. We came to the conclusion to this study that nursing has an indispensable role in the adequate intervention for this disease, nurses need an approach involving the patient at all levels in the prevention and skin care, can not only look at the wound but also the individual as a whole.

**Keywords:** ulcers, injury, wounds.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. PROBLEMATIZAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
2.1 HIPOTHESES .....	13
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	14
3.2 OBJETIVO ESPEÍFICO.....	14
<b>4. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>6. REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....</b>	<b>17</b>
<b>7. A ÚLCERA POR PRESSÃO.....</b>	<b>19</b>
7.1 CAUSAS DE ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	21
7.2 FATORES DE RISCO.....	23
<b>8. PREVENÇÃO.....</b>	<b>26</b>
8.1 PRÉ DISPOSIÇÃO AO TRATAMENTO.....	30
<b>9. CONCLUSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho aqui desenvolvido tratará da ocorrência de úlceras por pressão periférica (UPP) em pacientes que permanecem por muito tempo no leito em uma mesma posição devido impossibilidades de se movimentar, ou seja, clientes acamados por causas distintas, suas causas e também a sua prevenção.

Úlcera por pressão periférica UPP é uma lesão localizada na pele ou também em tecidos subjacente com a ocorrência de anóxia celular em geral ocorre em locais de proeminências ósseas, que vem resultando em uma pressão excessiva, isolada ou em outros pontos e cisalhamento, uma intercorrência muito comum em pacientes que ficam por muito tempo em repouso absoluto no leito. (NPUAP/EPUAP, 2014).

Compreende-se também que estas lesões podem aumentar o risco de se desenvolver infecções e sepse o que aumenta o tempo de internação e pode contribuir para aumentar a taxa de morbimortalidade. Dessa maneira o número de intercorrências com a presença de UPP se mostram-se como um indicador da qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde servindo como parâmetro de grande importância e necessidade de se ter um atendimento qualificado. (ROLIM et al., 2013, p. 57-148).

O grande problema no enfrentamento da ocorrência de UPP é que passam a frente da assistência prestada pela enfermagem como categoria de profissão, onde a atuação tem papel muito significativo para prevenir e tratar esse tipo de ferida no qual tem em vista a redução da permanência em internação e de custos no que diz respeito ao tratamento e assim melhorando o prognóstico e ajudando a prevenir infecções (ROLIM et al., 2013, p. 57-148).

No que diz respeito à prevenção podem ser apontadas cinco etapas são elas: a coleta de dados com um histórico fidedigno colhendo o máximo possível de dados do paciente, após vem à aplicação da escalas de risco que avaliam predisposições a lesões como a escala de Braden, que avalia seis fatores de risco e tem seu exponencial resultante de 6 a 26 pontos que são importantes ferramentas que auxiliam na identificação de risco para desenvolver UPP, dentre os seis fatores estão: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, fricção e cisalhamento. A partir disto é realizado então o levantamento de diagnósticos de

enfermagem (NANDA), depois planejamento com as metas almejadas ao caso (NOC), e elaboração das prescrições para intervenções de enfermagem (NIC), também se acompanha de perto o caso para ter a consciência dos resultados que estarão sendo alcançados e se estão de acordo com os objetivos antes almejados (NOC), respeitando sempre o protocolo assistencial de prevenções e tratamento de UPP (SANTOS et al., 2013, p. 111-118).

Conforme Brandão et al. (2012), esta lesão geralmente acomete indivíduos acamados e tem como pressuposto a elevação de custos e do tempo de internação com isso trazendo prejuízo tanto para o serviço de saúde como para o paciente que vem a desenvolver tais feridas, e por este motivo necessita de trabalho intensivo com isso entende-se a importância de que o profissional da área da saúde adquira um bom conhecimento e habilidades específicas para avaliação da lesão, não somente isso mas ter a responsabilidade para poder identificar os pacientes que apresentam evidências do risco de se desenvolver UPP, e classificá-los em grupos de pessoas com maior vulnerabilidade.

O enfermeiro deve avaliar diariamente os pacientes e implementar medidas eficazes de prevenção e tratamento mais ainda em pessoas idosas deve se ter atenção maior devido as condições de pele e outras condições relacionadas ao próprio envelhecimento que as pré dispõe a esse mal, tais cuidados devem ser realizados pelo enfermeiro que terá o conhecimento necessário sobre fatores de risco e as complicações decorrentes do desenvolvimento de úlceras por pressão (VIEIRA et al., 2014, p. 650-658).

Neste âmbito, objetivou-se ampliar o conhecimento sobre a ocorrência, causas e prevenção de úlceras por pressão, oferecendo assim subsídios para uma melhor assistência aos pacientes e servindo também como fonte de informações para futuras pesquisas.

Baseado nas grandes dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na atenção aos pacientes acometidos por úlceras por pressão, observou-se a necessidade de abordar e explanar este tema.

## 2. PROBLEMATIZAÇÃO

- a) O que é ulcera por pressão;
- b) Principais causas de úlceras por pressão;
- c) Prevenir o aparecimento de úlceras por pressão com implementação adequada de cuidados rigorosos.

### 2.1. HIPÓTESES

- a) Quanto as causas de úlceras por pressão se relacionam excesso de pressão da pele contra tecido do colchão em proeminências ósseas, cisalhamento, condições de pele, peso do paciente e doenças;
- b) Realização de cuidados: aplicação de escalas como a de BRADEN, mudança de decúbito, manter nutrição adequada;
- c) Analisar as condições nas quais o trabalho direcionado da equipe de enfermagem e a capacitação dos mesmos para agir em defesa da redução de incidência de úlceras por pressão.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Através de conhecimento científico a respeito da ocorrência de úlceras por pressão, enfatizar as suas principais causas de ocorrência, fatores de risco relacionados ao aparecimento da lesão e as condições do profissional mediante a prevenção e cuidados adequados.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1- Levantar conhecimento científico a respeito da anatomia e fisiologia da pele, para se entenda como será realizado procedimentos preventivos;
- 2- Avaliar os fatores de risco para a ocorrência de UPP;
- 3- observar as habilidades na prevenção e promoção da saúde a respeito das UPP.

#### 4. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelo grande número de casos de úlceras por pressão. De modo geral leva-se em consideração o grande sofrimento dos pacientes, que já estando confinados ao leito e impossibilitados de andar ou se movimentar, devem ser assistidos pela equipe de enfermagem, dependendo quase que totalmente dos cuidados de uma pessoa ou mais, para atender corretamente os cuidados de uma ferida considerada de cicatrização lenta sempre por segunda ou terceira intenção. Convém notar também que é indubitável as condições emocionais dos familiares em relação aos seus entes queridos, isto é a percepção de uma ferida de grande proporção que muitas vezes pode apresentar tecido necrótico e secreções. É preciso insistir no fato de que esse tipo de imagem pode causar grande impacto o que geralmente pode levar a muito sofrimento e desconforto aos familiares e amigos. Porém é bom ressaltar que na maioria dos casos os pacientes mantêm as úlceras por pressão até o óbito. O fato é que já existem teorias relacionadas ao tema. No entanto ainda existe a necessidade de se aprofundar, adaptar e desenvolver técnicas para reduzir os índices atuais.

## 5. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica a respeito do assunto de grande importância por ser uma intercorrência que pode aumentar os custos e riscos ao biopsicossocial do paciente. Foram utilizados 25 artigos e dois livros na busca de dados a respeito da ocorrência de úlcera por pressão, as causas e as maneiras preventivas. As ferramentas de busca utilizadas foram: LILACS, BIREME, BVS NPUAP/EPUAP. As buscas feitas com descritores de assunto, “úlcera por pressão”, “úlceras de decúbito” e “feridas”, tendo um total de 322 artigos com relação ao assunto ao refinar com ano de 2010 à frente, foram filtrados nos últimos 5 anos, foram selecionados somente artigos em português e com foco as causas de úlceras por pressão, fatores de risco e prevenção que tem maior relevância a pesquisa. A busca de dados foi realizada de Dezembro de 2015 a Fevereiro de 2016. Os artigos selecionados foram analisados e condensados em resumos para a síntese do trabalho visando à fidedignidade das informações utilizadas.



## 6. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A história do cuidado com feridas vem desde os tempos antigo e é aparente a preocupação do ser humano em cuidar de sua saúde, como também manter a integridade da pele. Vendo que houve avanços da tecnologia na área de tratamento de feridas obteve-se uma procura aos produtos e métodos empíricos no cuidado, porém tudo influenciou para a necessidade de buscar melhor preparo técnico-científico (FERREIRA et al., 2008).

O enfermeiro sempre esteve inserido no papel do tratamento de feridas desde o surgimento da profissão, um fato é que em pesquisas relacionadas mesmo estas sendo escassas, observa-se a ênfase no cuidado de curativos, feridas e tecidos. As publicações médicas não apresentam esse foco, o que vem por atribuir a responsabilidade da prevenção de feridas ao mesmo, devendo este ter condições de avaliar os diferentes tipos de lesão e tecidos observados e prescrição do curativo e cuidados adequados a ferida e também orientar e ordenar a equipe de enfermagem na execução correta do curativo. FERREIRA et al., 2008)

A enfermagem deve sempre assumir essa responsabilidade pois faz parte de suas atribuições, porém não pode perder de vista que o foco do seu cuidado não deve ser somente a ferida e o curativo e deve ter a concepção de que trata de seres humanos que tem suas necessidades distintas com isso o foco não é só a ferida mas também o paciente ferido, seus anseios e suas particularidades, essas habilidades pertencentes ao enfermeiro é reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND) e pela Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) (FERREIRA et al., 2008).

Os primeiros registros de estudos sobre feridas e cicatrização em ambientes úmidos tiveram início no fim da década de 1950, o que veio a despertar o interesse científico para a área. No Brasil começa na década de 1990 com os trabalhos de curativos úmidos e no mesmo ano entram no mercado nacional o que conheceu-se como produtos específicos para o cuidado com feridas e com isso tem início as

atividades de pesquisas voltadas para o melhor e mais adequado tratamento para feridas (SANTOS et al., 2010).

A pele é composta por três camadas a epiderme, a derme e tecido subcutâneo que tem a função de manter a integridade do corpo, proteger de agressões externas, absorver e excretar líquidos, regular a temperatura corporal, absorver luz ultravioleta, metabolizar vitamina D, detectar estímulos sensoriais, servir de barreira contra micro-organismos e por fim exercer papel estético (COUTO, 2005).

É o maior órgão do corpo humano contendo muitos receptores nervosos que recebem e transportam informações, entre elas a dor, considerada uma barreira natural, a qual proteja da invasão de micro-organismos. Uma lesão em pele geralmente significa uma porta aberta para se desenvolver infecções hospitalares que é também considerado um grande agravo para uma boa recuperação do paciente e também acarreta o aumento do sofrimento do cliente e maior tempo de internação o que geralmente além dos prejuízos a saúde e ao bem estar do paciente pode pôr fim aumentar custos as instituições de saúde (COUTO, 2005).

## 7. A ÚLCERA POR PRESSÃO

Úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele ou também em tecidos subjacente com a ocorrência de anóxia celular em geral ocorre em locais de proeminência óssea, que vem resultando em uma pressão excessiva, isolada ou com a combinação de cisalhamento é uma intercorrência muito comum em pacientes que ficam por muito tempo em repouso absoluto no leito (NPUAP/EPUAP, 2014).

Trata-se de uma manifestação da destruição do tecido local decorrente de falta de perfusão sanguínea em áreas que estão sobre pressão, podem ocorrer em determinadas áreas do corpo, ocorre em adultos e também em crianças, são mais frequentes abaixo da linha da cintura e sobre as proeminências ósseas, como calcâneo, trocanter e sacra. (BRANDAO et al., 2012)

É considerado um grande problema de saúde não só no Brasil como também no mundo, pois sua incidência tem acarretado impacto econômico e social o que compromete a qualidade de vida dos pacientes e familiares, eleva os indicadores sociais de morbimortalidade e também os custos hospitalares. Ainda além, demanda obrigatoriamente maior empenho da força de trabalho da equipe de enfermagem nos cuidados das situações previsíveis (BRANDAO et al., 2012).

Esse tipo de lesão acomete pessoas que estão em sua maioria retidas ao leito, em casos crônicos ou agudos, estando aos cuidados em instituições de longa permanência ou em domicílio. Porém a determinação de sua incidência e prevalência é muito difícil devido à baixa atenção aos registros de enfermagem sobre as lesões e também algumas limitações metodológicas dos estudos realizados, o que impede uma boa análise dos dados disponíveis. De onde mais se tem estudos são de população hospitalizada geralmente em unidades de terapia intensiva UTI tanto adulto como UTI neonatal (BRANDAO et al., 2012).

Um estudo de cunho retrospectivo que foi realizado em prontuários de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva de uma hospital de Recife – PE, revelou que de 56 clientes, 24 desenvolveram UPP, ou seja 42,86 % dos pacientes (SANTOS et al., 2012).

O desenvolvimento de UPP pode ser considerado uma histogenia e pode gerar processos e demandas judiciais para profissionais de saúde e para as instituições, por isso destaca-se que a ação para prevenção desse tipo de lesão é um desafio para as equipe de saúde se tornando um permanente objetivo do profissional da saúde em ser qualificado a identificar os fatores de risco que são apresentados pelo paciente, implementar e planejar cuidados eficazes para reduzir ou eliminar a ocorrência de UPP (BRANDAO et al., 2012).

De acordo com a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP 2014), as UPP são divididas em IV estágios são eles : estágio I presença de eritema da pele intacta (vermelhidão) que não embranquece após ter remoção da pressão ; estágio II perda da pele podendo envolver a epiderme e derme, úlcera superficial pode se apresentar como abrasão ou cratera rasa; estágio III se tem a perda da pele na sua espessura total tendo danos e necrose do tecido subcutâneo, que pode se aprofundar , não chegando até a fascia muscular apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda ; estágio IV tem a perda da pele em toda sua espessura e com extensa destruição, necrose dos tecidos ou até danos aos músculos ,ossos tendões e capsulas das articulações ( NPUAP ;EPUAP; PPIIA, 2014).

A National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), é o órgão que serve como a voz autorizada para melhorar os resultados na prevenção e tratamento de úlceras de pressão, através de políticas públicas de educação e pesquisa. Entre os dias 8 e 9 de abril de 2016 foi realizada na cidade de Chicago uma conferência para tratar do tema, onde foi alterado o termo ulcera por pressão para lesão por pressão devido o novo termo descrever com mais clareza tanto as lesões em pele intacta quanto os casos de ulceração, havia uma discrepância entre os profissionais da área da saúde em descrever as lesões em fase I, onde a pele se encontrava sem a presença de ulceras propriamente ditas (NPUAP, 2016).

## 7.1. CAUSAS DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

No que diz respeito ao aspecto cronológico, sabe-se que o tempo para desenvolver uma UPP não é bem esclarecido, em virtude das mudanças clínicas da pele de cada paciente; porém, a literatura aponta que o surgimento de UPP pode se dar após 24 horas de internação, ou também de 10 a 15 horas após a admissão do paciente, dependendo dos insumos e assistência dispensados (ARAUJO; ARAUJO; CAETANO, 2011).

A úlcera por pressão está diretamente relacionada à pressão excessiva da pele contra o tecido dos colchões, tem-se a pressão interna dos ossos contra as partes moles como músculo e pele dando início a essa ferida que geralmente acomete indivíduos acamados, eleva custos e o tempo de internação e com isso traz prejuízos tanto para os serviços de saúde como para os pacientes que vem a desenvolver tais feridas (NPUAP, 2014).

Compreende-se também que estas lesões podem aumentar o risco de se desenvolver infecções e sepse o que aumenta o tempo de internação e pode contribuir para aumentar a taxa de mortalidade. Dessa maneira o número de intercorrências com a presença de UPP se mostram como um indicador da qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde mostrando assim a grande importância e necessidade de se ter uma boa investigação no que diz respeito à incidência e prevalência no Brasil (ROLIM et al., 2013).

O grande problema no enfrentamento da ocorrência de UPP é que passam a frente da assistência prestada pela enfermagem como categoria de profissão, onde a atuação tem papel muito significativo para prevenir e tratar esse tipo de ferida no qual tem em vista a redução da permanência em internação, e de custos no que diz respeito ao tratamento e assim melhorando o prognóstico e ajudando a prevenir infecções (ROLIM et al., 2013).

Estes fatores predisõem no aparecimento de UPP: alterações de pele relacionadas ao processo de envelhecimento, cisalhamento, força de atrito contra o colchão, exposição à umidade no leito, percepção sensorial prejudicada, pressão prolongada contra o tecido, mobilidade comprometida, perda dos reflexos de

proteção, déficit sensorial, perfusão cutânea deficiente incontinência, edema, desnutrição, anemia, deficiência de vitaminas, traumas, idade avançada, tração e contenção e outros.

A respeito da ocorrência de UPP podem ser consideradas causas intrínsecas: idade, sensibilidade reduzida, imobilidade, alterações nutricionais como obesidade, nível de consciência alterado e doenças crônicas de base não transmissíveis como a hipertensão arterial sistêmica e acidente vascular encefálico, e também causas extrínsecas: pressão prolongada sobre o tecido, cisalhamento, umidade e fricção e também o uso de medicações que podem influenciar devido as modificações sistêmicas que causam importantes reações no organismo, como anticoagulantes ,analgésicos e anti-hipertensivos (VIEIRA et al., 2014).

A úlcera por pressão surge pela permanência prolongada do paciente em uma mesma posição. Essas áreas incluem regiões sacrais, coccígeas, tuberosidades isquiáticas, trocanterina maior, calcâneo, maléolos, côndilo medial da tíbia, cabeça da fíbula, escápula, cotovelo, e cristas ilíacas. Estudos apontam que 95% dessas lesões por pressão se desenvolvem sobre proeminências (protuberâncias) ósseas na metade inferior do corpo, por serem regiões de maior apoio do mesmo contra o colchão. (BRANDAO et al., 2012)

A concentração do peso corporal com aumento da pressão em relação à superfície, tendo como fatores predisponentes a longa permanência do paciente no leito e com dificuldades sensoriais ou motoras, cognitivas prejudicadas, imobilidade, atrofia muscular e redução do acolchoamento entre a pele sobreposta e o osso subjacente. Algumas doença de base são consideradas também como causa de UPP, uma delas é o diabetes. (BRANDAO et al., 2012)

Segundo Carvalho (2014, p. 17):

O diabetes é um dos fatores de risco que contribui para o aparecimento das úlceras por pressão principalmente nos pés, por apresentar a circulação deficiente nos membros inferiores quando o diabetes é mal controlado.

Devido a uma inadequada perfusão periférica que geralmente vem como um dos problemas enfrentados pelo paciente no quadro de diabetes também a sensibilidade periférica diminuída o que dificulta a percepção dos sinais dolorosos de uma ferida a isso os profissionais de saúde devem estar bem atentos para poder perceber os sinais clínicos em um paciente que tenha o diagnóstico de diabetes também faz se necessário a constante inspeção principalmente em membros inferiores.

## 7.2. FATORES DE RISCO

A pressão capilar normal é de 32 mmHg para uma perfusão periférica perfeita, se essa pressão sobre as áreas de risco a desenvolver as lesões por pressão em indivíduos acamados ou sentados, for maior que esse limite o paciente pode vir a desenvolver uma isquemia que pode dar início a uma úlcera por pressão, que apresenta como o primeiro sinal o eritema devido à hiperemia reativa da pele, pois aparece um rubor à medida que o corpo tenta suprir o oxigênio ao tecido que sofre constante pressão (CADÓ et al., 2012; NPUAP, 2014).

A fricção: ocorre quando a pele se move contra uma superfície de apoio como colchão ou superfície da maca, ou seja, é a força de duas superfícies movendo-se uma sobre a outra. A fricção pode causar danos ao tecido quando o paciente é arrastado na cama mediante a isso percebe-se a grande importância em levantar o paciente ao invés de arrasta-lo. Isso faz com que a camada superficial de células epiteliais da pele sejam retiradas o que pode levar a uma lesão. É presente quando ocorre cisalhamento (CADÓ et al., 2012; NPUAP, 2014).

O cisalhamento: uma pressão exercida quando o paciente é mobilizado ou reposicionado na cama ou cadeira em geral é compreendido como a força da gravidade, empurrando o corpo do paciente para baixo. Quando o paciente é recolocado na posição inicial várias vezes e nesse movimento a pele permanece aderida ao lençol enquanto o restante do corpo é projetado a cima o que deixa vulnerável a pele podendo ocorrer lesões por pressão (CADÓ et al., 2012; NPUAP, 2014).

A idade: o processo de envelhecimento pode influenciar em alterações que comprometem a habilidade da pele para redistribuir a pressão como, baixa produção de colágeno que resultam em diminuição na força do tecido e o aumento na rigidez e a perda da espessura. Tais mudanças causam ainda a redução da capacidade do tecido de distribuir a pressão sobre ele, levando a diminuição do fluxo sanguíneo e ao aumento do risco (CADÓ et al., 2012; NPUAP, 2014).

Alterações no nível de consciência: propiciam a perda de habilidade do paciente sentir as sensações que indiquem a necessidade de mudança na posição através de movimentos espontâneos, com o objetivo de aliviar a pressão em regiões de proeminências ósseas. Pré-dispõe a isquemia da pele que está em contato com uma superfície do leito, geralmente ocorre em pacientes sedados ou sobre efeito de medicações (CADÓ et al., 2012; NPUAP, 2014).

Mobilidade: é a capacidade do paciente de por si aliviar a pressão através de movimentos espontâneos para contribuir com o bem estar do mesmo. Existem condições que contribuem para a imobilidade são elas: o acidente vascular encefálico (AVE), artrite, esclerose múltipla, lesão medular, traumatismo craniano, sedação excessiva, depressão, fraqueza e confusão (CADÓ et al., 2012; NPUAP, 2014).

Nutrição: a nutrição inadequada é um fator que favorece o aparecimento da úlcera por pressão, pois contribui para diminuir a tolerância da pele a pressão. Recomenda-se dietas ricas em proteínas e carboidratos, para promover um balanço positivo de nitrogênio e suprir as necessidades metabólicas e nutricionais necessária para a prevenção do aparecimento de lesões (CADÓ et al., 2012; NPUAP, 2014).

Umidade e Incontinência: a umidade é um fator importante que pode contribuir no aparecimento de lesões cutâneas e quando não é controlada causa amolecimento e maceração da pele, junto a isso pode ocorrer também rugas ou a permanência das roupas de cama úmida, o que proporciona o aparecimento de lesões, isso mostra a importância de se esticar corretamente as roupas de cama e troca-las sempre que necessário, bem como as fraldas e a roupa do paciente. A incontinência é um dos fatores relacionados na gênese de úlceras por pressão, a



incontinência fecal também pode ser um fator de risco mais importante que a incontinência urinária para a formação da lesão por pressão, devido a pele estar exposta a invasão bacteriana e toxinas presentes nas fezes (CADÓ et al., 2012; NPUAP, 2014).

Hipertermia: a temperatura corporal elevada também é um fator que apresenta um risco para ocorrer necrose das úlceras por pressão. A elevação de cada 1°C, tem-se um aumento de 10% no metabolismo tecidual e no consumo de oxigênio, consumo este que desvitaliza o tecido e provocara a sudorese que leva a maceração tecidual (CADÓ et al., 2012; NPUAP, 2014).

Lesão Medular: pacientes com lesão medular apresentam alteração na sensibilidade da pele, o que leva à predisposição para o desenvolvimento das feridas devido a impossibilidade ou capacidade reduzida de se movimentar. Geralmente, esse tipo de paciente fica por longos períodos em uma mesma posição de decúbito ou sentado, exercendo compressão contínua da pele e tecidos mole contra as superfícies em diferentes áreas do corpo (CADÓ et al., 2012; NPUAP, 2014).

## 8. PREVENÇÃO

A atuação da enfermagem é primordial na prevenção de úlcera por pressão periférica devido ser o profissional que mais tem contato com o paciente e também tem condição de delegar os cuidados o que dá ao enfermeiro autonomia para agir preventivamente na ocorrência desse tipo de feridas. As maneiras preventivas mais conhecidas são: sistema de classificação de risco, escalas, cuidados com a pele, mobilização do paciente no leito, frequente avaliação da pele e manutenção nutricional e hídrica (SIMÃO et al., 2013)

A prevenção de úlceras de pressão é geralmente baseada em uso de ferramentas conhecidas como escala, existem vários tipos de escala de prevenção de UPP entre essas escalas mais conhecidas são: a escala de Braden, escala de Norton e escala de Waterlow, a mais usada no Brasil é a de Braden.

Segundo Araujo, Araujo, Caetano, (2011):

“As escalas de avaliação de risco para UP são ferramentas importantes para os enfermeiros, pois apontam pontos vulneráveis, reforçam a necessidade de avaliação constante e estimulam a prevenção, todavia é necessário além da destreza que o enfermeiro adote os instrumentos mais viáveis e eficazes para seu cenário de trabalho”.

A escala de Braden foi publicada em 1987 e validada para o Brasil em 1999 tem por forma de avaliação os seguintes fatores: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade no leito, nutrição, fricção e o cisalhamento, a máxima pontuação é de 23 pontos que significa que o paciente não tem risco de desenvolver úlcera por pressão, entre 19 a 23 pontos são considerados sem risco, e de 18 a 15 pontos de baixo risco, de 14 a 13 pontos considerados de risco moderado, os de alto risco apresentam de 12 a 10 pontos e os de 9 ou menos de altíssimo risco. É sugerido que a escala de Braden seja aplicada em dias alternados para se observar alterações e ter tempo para intervir adequadamente (SIMÃO et al., 2013).

A escala de Norton foi apresentada em 1962, que por meio da análise avalia a pontuação dos fatores de risco que são: condição física, nível de consciência,

Atividade, mobilidade e incontinência urinária. Os parâmetros foram mensurados em valores de 1 a 4 pontos. E dividem-se em cinco níveis, que variam de 5 a 20 pontos, interpretados da seguinte forma: <14 (risco) e < 12 (alto risco). Por tanto, quanto menor for a somatória final maior será o risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão periférica (ARAUJO, ARAUJO.CAETANO, 2011).

A escala de Waterlow foi criada pela enfermeira Judy Waterlow, em 1985 para avaliação de risco de úlceras por pressão, foi feita uma pesquisa com 650 pacientes que estavam hospitalizados em Hospital Universitário Musgrove Park, no Reino Unido, esse estudo proporcionou a enfermeira desenvolvimento de um processo de enfermagem em forma de cartão de pontuação (STUDART et al., 2011).

Essa escala foi traduzida para a língua portuguesa e validada por Rocha no ano de 2003 que fez as adaptações necessárias para ser utilizada como ferramenta de prevenção nos hospitais brasileiros e é a única que apresenta alguns fatores de risco como: débito neurológico, porte de cirurgia e a características da pele, por isso é considerada uma boa escolha para pacientes com lesão medular devido a esses fatores específicos (STUDART et al., 2011).

A pontuação dos fatores contém os tópicos: o cálculo do IMC (relação peso e altura), a avaliação visual da pele nas regiões de risco, sexo e idade, incontinência, mobilidade apetite, medicações e os fatores mais específicos: subnutrição dos tecidos celulares, déficit neurológico, grandes cirurgias e traumas. Quanto maior a pontuação mais alto é o risco de desenvolver a úlcera por pressão, os escores são classificados em: de 10 a 14 pontos baixo risco, de 15 a 19 alto risco e >20 é já é considerado altíssimo risco (STUDART et al., 2011).

Mesmo sendo instrumentos de avaliação de risco a sua aplicação isolada não garante que fique o paciente livre de risco pois a enfermagem deve estar atenta a tudo e avaliar com frequência pois não apresenta pontuação de risco, não previne ulcerações, o que realmente previne são os cuidados com a pele e intervenções preventiva como mudança de decúbito e mobilização adequada dos pacientes associada a aplicação das escalas (NPUAP; EPUAP; PPIA, 2014).

Com relação aos cuidados com a pele é recomendado: evitar colocar o paciente em posições que partes ruborizadas fiquem diretamente encostadas nas superfícies, o eritema é um sinal de que aquele local já sofreu pressão e precisa de um tempo para se recuperar, manter a pele sempre limpa e seca e utilizar produtos (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014)

Para a limpeza da pele com o pH equilibrado, nunca massagear ou esfregar em locais de eritema pois pode ser doloroso, provocar destruição tecidual e processos inflamatórios, desenvolver e implementar um plano de cuidado para incontinência e limpar a pele logo após evacuações e diurese e usar barreiras para proteger a pele de umidade, podem ser usados emolientes para hidratar a pele seca; utilizar pensos de espuma ou poliuretano nas regiões de proeminências ósseas (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

O estado nutricional também é um dos fatores de risco, para tanto é feito como medida preventiva o rastreio nutricional, que é uma avaliação prévia dos pacientes que irão necessitar de assistência do estado nutricional que pode ser aplicado por todos os membros da equipe de saúde no momento da admissão do paciente, mudanças clínicas quando não tiver resultados de cicatrização das feridas. (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014)

Esta avaliação de estado nutricional avalia o peso do paciente, para ter base da perda e ganho de peso, avaliar adequadamente os nutrientes ingeridos pelo paciente onde são formatados para cada paciente um plano individual de cuidados nutricionais que deve ser instalado com a atuação de nutricionista, na ausência dos profissional nutricionista o enfermeiro deve trabalhar para manter os níveis mínimos de nutrientes para favorecer a manutenção da pele (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

A hidratação também é um fator muito importante na prevenção de ferida pois os líquidos funcionam como solventes de vitaminas, sais minerais e outros nutrientes, também servem de transporte para os nutrientes e os resíduos corpóreos o enfermeiro deve estar atento aos sinais de desidratação: turgor da pele, debito urinário, níveis séricos de sódio alterados a tentar para as

Incontinências urinárias que podem aumentar o risco de aparecer ulcerações (NPUAP ;EPUAP; PPPIA, 2014).

Recomenda se a mudança de decúbito de paciente que por algum motivo fica impossibilitado de se mover o que proporciona a redução da pressão exercida sobre as áreas de risco que ajuda no conforto, na limpeza, na capacidade funcional. Em geral a mudança de posição deve ocorrer de duas em duas horas, em pacientes que apresentem risco ou que já tenha úlceras é indispensável para a prevenção pois ajuda a reduzir a pressão e a força de cisalhamento bem como ajuda a recuperar as áreas com isquemias (CADÓ et al., 2012).

Quando paciente apresentar hiperemia da pele, em regiões de risco a mudança deve ser feita com mais frequência e também deve se usar de proteção para a área que apresenta sinais de lesão isso contribui para a prevenção, também faz se necessário dizer que deve se evitar colocar paciente em posições em que o mesmo fique sobre as proeminências ósseas, quando o paciente não está totalmente dependente e pode se movimentar faz parte do papel do enfermeiro incentivar que o mesmo procure mudar de posição (CADÓ et al., 2012).

É indispensável tomar cuidado para não posicionar o indivíduo sobre os equipamentos médicos como tubos e sistema de drenagem pois os mesmo podem causar lesões na pele. Sempre posicionar o paciente a uma inclinação de 30° para colocar em posições laterais e alternar entre decúbito lateral direito, posição dorsal e decúbito lateral esquerdo para indivíduos que forem capazes de mudar de posição o enfermeiro deve incentivar a dormirem lateralizados em 30° ou 40° graus para pacientes em repouso no leito limitar a elevação da cabeceira a 30° salvo quando contraindicado devido ao estado do paciente ou quando estiver recebendo a dieta (CADÓ et al., 2012).

Em alguns casos a elevação da cabeceira da cama é clinicamente necessária para facilitar a respiração e prevenir aspirações e pneumonias com associação a ventilação mecânica, para tanto fica como mais indicada a posição *semi-fowler* porém deve ter o cuidado para não apoiar o cliente de forma que o mesmo deslize sobre a cama para evitar a ação da força de cisalhamento (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

Deve se utilizar de superfícies de redistribuição de pressão tais como coxins, travesseiros, colchão caixa de ovos, faz se necessário realizar uma inspeção a cada mudança de decúbito nas regiões propensas ou que antes apresentem sinais de eritema e atentar para os pacientes que estejam em posição de pronação (decúbito ventral), devido ao seu estado clínico, pois estes tem mais propensão a desenvolver lesões por pressão na face (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

Manter também atenção sobre paciente sentado devido a constante necessidade se reposicionar, isso pode influenciar no cisalhamento e a pressão nas tuberosidades isquiáticas que impede o fluxo sanguíneo garanta o apoio dos pés tanto em cadeira de rodas como em cadeiras junto a cama isso ajuda a manter o paciente com dois tipos de apoio (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

Outras formas de cuidados preventivos são a realização de exercícios como a elevação de membros inferiores, movimentos dos membros superiores e outros que podem ser ativos realizados pelo próprio paciente com incentivo do enfermeiro ou até a atuação de fisioterapeuta, ou passivos necessitando assim da manipulação motora dos profissionais de saúde, a realização de tais é essencial para a prevenção pois aumenta o tônus muscular, ajuda na perfusão sanguínea periférica (CADÓ et al., 2012).

aumenta a demanda de oxigênio, reduz as isquemias tissular, melhora do retorno venoso, diminuição da congestão venosa, bem como o uso de massagens de conforto que deve ser feita com uso de óleos e cremes à base de ácidos graxos essenciais próprios que não tragam malefício a pele com a manipulação manual e sistêmica dos tecidos corporais, porém deve ser feito com critérios, pelo menos com tempo dez minutos e somente em pele íntegra, a massagem em regiões já afetada pela pressão pode lesionar o tecido além disso a enfermagem deve atuar como educadores de métodos preventivos para o paciente e familiares que tem mais contato com o mesmo e também podem exercer papel ativo a prevenção (CADÓ et al., 2012).

## 8.1. PRÉ DISPOSIÇÃO AO TRATAMENTO

O tratamento varia de acordo com alguns fatores, porém todos levam em consideração as fases da cicatrização, a hemostasia que começa logo após a lesão com vaso constrição que perdura por 5 a 10 minutos, que como reflexo a agressão após já na fase inflamatória aumenta a permeabilidade vascular o que permite a passagem do plasma, eritrócitos e leucócitos isso chama-se diapedese e apresenta exsudato e após os sinais de inflamação calor, rubor, edema, perda de função e dor que se relaciona a extensão da agressão. (ISAAC et al., 2010).

Junto essa ação tem a resposta celular com os neutrófilos que fazem a digestão de bactérias e tecidos desvitalizados e monócitos que se transformam em macrófagos e auxiliam na fagocitose de bactérias e restos de células, quando ocorre um trauma são liberados mediadores celulares que estimulam o processo inflamatório (histamina, serotonina, bradicinina, prostaglandinas, tromboxanes, linfocinas e interleucina 1 e 2), após é liberado fatores de crescimento pelas células epidérmicas e plaquetas, esses fatores influenciam na cicatrização (ISAAC et al., 2010).

Fase proliferativa: ocorre a reparação do tecido conjuntivo e epitélio ocorre a formação do tecido de granulação com proliferação endotelial e fibroblastos, eles surgem 2 ou 3 dias após a lesão, o fibrogênio do exsudato forma a fibrina tecido amarelado, ao mesmo tempo tem se a produção de tecido de granulação devido a uma intensa proliferação vascular que é de cor avermelhada e aspecto granuloso, o miofibroblasto que é uma célula presente no tecido de granulação responsável pela capacidade contrátil que facilita a epitelização. (ISAAC et al., 2010).

Após o 15<sup>o</sup> dia o fibroblasto começa a secretar substância fundamental composta de água, eletrólitos e glicosaminoglicanos que tem aspecto de um gel e fica sobre as fibras do tecido conjuntivo colágeno, e após começa a reepitelização onde aumenta o número de mitose na camada basal em grandes ferimentos a epitelização só ocorre nas margens da ferida devido as mesmas estarem afastadas (ISAAC et al., 2010).

Fase de maturação: ocorre a deposição, agrupamento e remodelação do colágeno que norteiam o crescimento das fibras e pode durar meses, e regressão endotelial diminui os processos celulares e forma a cicatriz mais rosada e ao passar do tempo fica mais esbranquiçada. (ISAAC et al., 2010).

O processo de cicatrização pode ocorrer por primeira intenção onde há perda tecidual e as extremidades ficam próximas, já por segunda intenção há ferimentos com perda tecidual onde as extremidades ficam distantes que é necessário formar tecido de granulação para ocorrer a contração e epitelização ou por terceira intenção quando as feridas ficam abertas por um período de tempo para ocorrer a cicatrização por segunda intenção, e após é suturada isso ocorre em feridas cirúrgicas com infecção (ISAAC et al., 2010).

Com isso entende-se que o melhor curativo para cada ferida tem relação com o tipo de tecido que a lesão apresenta. Para tanto tratar adequadamente as úlceras por pressão é necessário classificar o nível e se realmente é uma lesão por pressão pois outros tipos de feridas podem se assemelhar, como: úlcera varicosa, úlcera arterial, úlcera neuropática, dermatite relacionada a incontinência, (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

A compreensão da etiologia da ferida é essencial para prosseguir com tratamento correto. Parte se do princípio que para se tratar úlceras em estágio I além de observar o eritema é crucial realizar a aferição da temperatura no local e estar sempre atento aos tons de pele mais escuro que pode tornar a identificação mais difícil também deve observar as mudanças na consistência dos tecidos e presença de dor a que é comum nos estágio I a IV das lesões (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

Deve ser feito uma avaliação bem detalhada do paciente e as pessoas ligadas ao mesmo que podem contribuir para o início do plano de cuidado, a avaliação deve conter histórico do paciente, exame físico específico, avaliação nutricional, risco para ocorrer mais lesões, saúde psicológica, capacidade de se movimentar, uso da mudança de decúbito ou outras manobras para redução da pressão, (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).



Quais recursos disponíveis para os pacientes, capacidade para aderir ao tratamento e a capacidade de cicatrização de cada indivíduo e também elaborar um plano de cuidado detalhado para tratar a ferida, é esperado algum sinal de cicatrização em 14 dias, se não ocorrer o paciente e o plano devem ser reavaliados (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

A úlcera deve ser reavaliada pelo menos uma vez por semana para detectar as possíveis complicações e adaptar o plano de cuidado, deve ser testificada essa avaliação e aconselhado também fazer a mensuração da extensão e profundidade da ferida a cada 7 dias para acompanhar o processo de cicatrização tendo êxito ou não (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

Na realização do curativo é importante dizer que com os avanços dos estudos no últimos 20 anos tem se a produção de diversos produtos para tratar feridas isso se deu pela possibilidade de se estudar e compreender os mecanismo fisiológicos e fisiopatológicos da reparação tecidual o que é de bom agrado para a enfermagem (SANTOS et al., 2010).

porém pode trazer insegurança aos profissionais de saúde quanto a qual escolha do insumo mais adequado e que esteja dentro da realidade apresentada pelo serviço de saúde e do paciente, o sucesso do tratamento depende de uma boa escolha que deve ser criteriosa, em geral leva em consideração os tipos de feridas, os tecidos e as condições como exsudação e sinais de presença ou não de infecção que as mesmas estão apresentando (SANTOS et al., 2010).

Segundo Santos et al., 2010:

“Um curativo ideal é aquele capaz de manter alta a umidade entre a sua interface e a da ferida, remover o excesso de exsudação, permitir trocas gasosas, fornece isolamento térmico, ser impermeável a bactérias, ser isento de partículas contaminadas externas à ferida e permitir sua remoção sem causar trauma na ferida”.

O próprio processo de cicatrização do paciente e as especificidades das lesões bem como seus tecidos e as respostas as terapias utilizadas serão os fatores que irão nortear o enfermeiro para uma ação adequada, para atuar no processo saúde-doença do paciente no caso para reposição da integridade da pele.

## 9. CONCLUSÃO

O aparecimento de úlceras por pressão é considerado parâmetro de avaliação da qualidade de serviços prestados em grandes hospitais no Brasil e em países desenvolvidos, quanto menor o número de ocorrência melhor se classifica a instituição. A aplicação de escalas como a de Braden tem se mostrado muito eficaz na prevenção e classificação de risco de um paciente desenvolver úlceras por pressão. Porém é necessário cuidados com a pele e a realização da mudança de decúbito, manutenção nutricional, uso de superfícies de apoio como colchão caixa de ovos e em geral a inspeção periódica da pele e tecidos das regiões de risco.

A preocupação de que um boa anamnese e exame físico tem apontado para as questões: o paciente já ter uma ou mais patologias de base como Diabetes Melitos e obesidade mórbida, que deve ser realizado a procura na admissão do paciente, não se tinha relatos a respeito de que as doenças crônicas também poderiam influenciar no aparecimento de úlceras por pressão, hoje já é considerado um fator crucial para o desenvolvimento e prevenção destas lesões.

Não se deve perder de vista que a devida aplicação de um método como o plano de cuidado, contendo o rastreamento nutricional, condições da pele, condições do indivíduo e a cicatrização devem ser realizados a todos os pacientes que apresentem o risco de aparecimento de úlceras por pressão, esse método junto com a mudança de decúbito que é imprescindível para prevenção do aparecimento dessas lesões, porém na maioria dos caso não é realizada corretamente por fatores diversos como o número inadequado de profissionais e condições de trabalho, basicamente a mudança de decúbito deveria de acordo com a classificação de risco do paciente ser realizada de 2 em 2 horas para reduzir a pressão nas regiões onde estão propensos ao aparecimento de úlceras.

Nossos anseios para um futuro não muito distante seriam o grande êxito em realizar todos os cuidados de enfermagem para prevenção do aparecimento de úlceras por pressão e maneiras eficazes de reduzir a pressão contra a superfície dos colchões, diminuindo assim os índices relacionados a pacientes com úlceras por pressão.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Thiago Moura de, ARAUJO, Marcio Flávio Moura de, CAETANO Josilany Afio. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Revista Acta Paulista**, v. 24, n.5, 2011.

BALAN, Marli Aparecida Joaquin. **Guia terapêutico para tratamento de feridas**. São Caetano do Sul. Editora: Difusão, 2012.

BARROS, Silvia Kelie Souza A., ANAMI, Elza Hironi T, MORAES, Marisa Pires de. A elaboração de um protocolo para prevenção de úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista Nursing**, 2003, p. 29-32.

BERATA, Renata Prado, ZBOROWSKI, Ilza de Passos, SIMÃO, Carla Maria Fonseca, ANSELMO, Amanda Mayra, RIBEIRO, Suzilene, MAGNANI, Lazara Aparecida F.N. Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos. In: CUIDART ENFERMAGEM, **Proceedings Cuidart Enfermagem**, 2010.

BRANDÃO, Euzali dos Santos, MANDELBAUM, Maria Helena Silva, SANTOS, Iraci. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente. **Revista da Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, 2012. p. 3221-3228.

CADÓ, Thais, ZANON, Debora, VIEIRA, GÉSSICA, SKUPIEN Jonas, FREIGO Leticia. Úlcera por pressão – Abordagem Interdisciplinar na Atenção Básica: uma

Revisão bibliográfica. In: FORUM DE FISIOTERAPIA. Santa Maria, **Proceedings Fórum de Fisioterapia**, 2012.

CARVALHO, Maria Joana. **Úlcera por pressão: Proposta de prevenção por meio de um colchão de látex natural**. 2014. Dissertação (Mestrado) Faculdade Gama, Universidade de Brasília, Brasília, DF 2014

COUTO, Renato Camargos, BATONI, Fernando Antônio, SERUFO, José Carlos, NOGUEIRA, José Mauro, CORREA, Marcelo Mascarenhas, REIS, Marco Antônio Soares, BRAGA, Maria Aparecida, JUNIOR, Vandack Alencar Nobre. **RATTON: Emergências Médicas e Terapia Intensiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

FERNANDES, Luciana Magnani. **Úlcera por pressão em clientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura**. 2000. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2000.

FERNANDES, Luciana Magnani, CALIRI, Maria Helena Larcher. Uso da escala de braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em

pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**. 2008, v.16, n.6, p. 973-978. .

FERREIRA, Adriano M., BOGAMIL, Daiane D.D., TOMENA, Paula C. **O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado**.

2008. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Três Lagoas, 2008.

FREITAS, Maria Célia de, MEDEIROS, Adriana Bassa Fernandes, GUEDES, Maria Vilani Cavalcante, ALMEIDA Paulo César, GALIZA Francisca Tereza, NOGUEIRA Jéssica de Menezes. **Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco**. Rev. Gaúcha Enferm. 2011, v. 32, n. 1.

IRION Glenn. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

JORGE, Silvia Angélica, DANTAS, Sonia Regina Perez Evangelista. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

LOBIONDO-WOOD, Geri e HABER, Judith. **Pesquisa em Enfermagem**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001

MARTINS, Dulce Aparecida, SOARES, Fabiana Fernandes. “Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de minas gerais”. In. **Cogitare Enferm**, 2008 Jan/Mar, p. 83-90.

MORAES Geridice Lorna de Andrade, ARAÚJO Thiago Moura de, CAETANO Joselany Áfio, LOPES Marcus Vinicius de Oliveira, SILVA Maria Josefina.

Evaluation of the risk for pressure ulcers in bedridden elderly at home. **Revista: Acta Paul Enferm**. 2012, v. 25, p. 7-12.

MIYAZAKI, Margareth Yuri, CALIRI, Maria Helena Larcher, SANTOS, Claudia Benedita dos. “Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlcera por pressão”. In. **Ver. Latino-Am.Enfermagem**. 2010 Nov/Dez, p. 18.

MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de, JUCHEM, Beatriz Cavalcante, FALK, Maria Lúcia Rodrigues, MAGALHÃES, Ana Maria Muller de, SUZUKI, Lyliam Midori. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. 2009, v. 30, p. 136-140.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Austrália; 2014.

POLIT, Denise F.; BECK, Cherry Tétano; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

ROLIM, Jayani Alencar, VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti, CALIRI, Maria Helena Larcher, SANTOS, Iolanda Beserra da Costa. Prevention and treatment of pressure ulcers in the daily lives of intensivists nurses. **Rev Rene**. 2013, v. 14, p. 148-157.

ISAAC, Cesar, LADEIRA, Pedro Ribeiro Soares de, REGO, Francini Mambrini Pires do, ALDUNATE, Jhonny Conduta Borda, FERREIRA, Marcus Castro. Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. **Rev Med** (São Paulo). 2010 jul.-dez, v. 89, p. 125-131.

SANTOS, Antonio Adriano Rodrigues dos, MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida, SOARES, Maria Júlia Guimarães Oliveira, COSTAIS, Marta Miriam Lopes. Avaliação e tratamento de feridas: O conhecimento de acadêmicos de enfermagem. 2010. **Rev. Enfermagem**. 2010 out/dez, v. 18, p.547-552.

SANTOS, Cássia Teixeira dos, OLIVEIRA, Magáli Costa, PEREIRA, Ana Gabriela da Silva, SUZUKI, Lyliam Midori, LUCENA, Amália de Fátima. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2013, v.34, n.1, p. 111-118.

SIMÃO, Carla Maria Fonseca, CALIRI, Maria Helena Larcher, SANTOS, Claudia Benedita. Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão. **Revista: Acta Paul Enfermagem**, 2013, v. 26, p. 30-35.



SCEMONS, D.; ELSTON, D. “**Cuidado com Feridas em enfermagem**”. In Nurse to Nurse. Ed. AMGH Editora Ltda. 2011.

STUDART, Rita Mônica Borges, CARVALHO, Zuila Maria de Figueiredo, MELO, Elizabeth Mesquita, LOPES, Marcus Vinicius de Oliveira, BARBOSA, Islene Victor. A escala de Waterlow aplicada em pessoas com lesão medular. **Revista: AVANCES EN ENFERMERÍA**, 2011, v. 19, n. 2.

Smeltzer SC, Bare BG. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito, SÁ, Mirtes Sousa, MADEIRA, Maria Zélia de Araújo, LUZ, Maria Helena Barros Araújo. Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada. **Revista: Rene**. 2014, v. 15, n.4, p. 650-658.