

IMPORTANCIA DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

*Jean Eduardo Pedro¹; Victor Pedro²;
Hormildo Félix de Souza Júnior³;
Gabrielle Dantas de Souza Silva⁴;
Izete Soares S. D. Pereira⁵*

RESUMO

As úlceras por pressão representam um problema de alta relevância na prática médica hospitalar, especialmente para pessoas idosas e em situação de adoecimento crônico degenerativo. O presente artigo aborda a importância da sistematização da assistência de enfermagem a portadores de úlceras por pressão após internação hospitalar. Tem-se como objetivo do estudo coletar artigos sobre temas referentes ao processo de ulceração após internação hospitalar tais como grupos de risco, etiologia e fisiopatologia da doença, afecções físicas e emocionais ao portador de úlcera e familiares, conhecimento dos profissionais de enfermagem na SAE e fatores de risco para quem desenvolve UPs. Para melhor compreensão deste problema foram analisados artigos dos bancos de dados do SCIELO, LILACS e pesquisa bibliográfica para reunir mais conteúdo sobre o tema. Foram utilizados como referencia 21 artigos sobre úlceras de pressão e implicações decorrentes das lesões além de outros aspectos referentes ao tema. Concluiu-se que a tomada de ações do enfermeiro é fundamental para a diminuição de ocorrências de úlceras após internação hospitalar e que, portanto faz-se necessário a elaboração de protocolos de condutas de enfermagem nos hospitais sobre úlceras por pressão. Foi realizada leitura exaustiva do material selecionado o que proporcionou a identificação de três aspectos estudados: úlcera de pressão, tratamento e prevenção de ulceras e cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Úlcera de pressão – tratamento. Prevenção de úlceras - cuidados de Enfermagem.

-
- 1 Enfermeiro graduado pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte. E-mail: terrenoslitoral@hotmail.com. Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4601196764025883>.
 - 2 Discente de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte. Email: victor_pedro@live.com.
 - 3 Discente de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte. E-mail: hormildo_jr@hotmail.com. [Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/9559459764724990](http://lattes.cnpq.br/9559459764724990).
 - 4 Discentes de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte. E-mail: gabrielasouza_91@hotmail.com
 - 5 Orientadora e professora do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, izetedantas@yahoo.com. Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9917613553868245>.

IMPORTANCE OF NURSING ASSISTANCE IN PREVENTION AND TREATMENT OF PRESSURE ULCERS: BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT

Pressure ulcers represent a problem of high importance in medical practice hospital, especially for older people and in situations of chronic degenerative diseases. This article discusses the importance of the systematization of nursing care for patients with pressure ulcers after hospitalization, the study objective was to collect articles on topics related to the process of ulceration after hospitalization such as risk groups, etiology and pathophysiology of the disease, physical and emotional disorders bearer ulcer and family knowledge of nursing professionals in SAE and risk factors for developers refs. For better understanding of this problem were analyzed articles from databases SciELO, and LILACS bibliographic research to gather more content on the subject. Were used as reference 21 articles on pressure ulcers and lesions implications and other aspects related to the topic. It was concluded that taking actions of nurses is critical to reducing the occurrence of ulcers after hospitalization and that therefore it is necessary to develop protocols for nursing procedures in hospitals for pressure ulcers. We performed a thorough reading of the material selected which yielded three aspects studied: pressure ulcer treatment and prevention of ulcers and nursing care.

Keywords: Pressure ulcer – treating. Preventing ulcers-nursing.

1 INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão representam um grave problema de saúde para os pacientes que necessitam de internação hospitalar por curto, médio e longo período, o risco de desenvolvimento das úlceras por decúbito se dá principalmente as condições nutricionais do paciente e a sua mobilidade.

De acordo com Araújo (2008) as úlceras de decúbito podem ocorrer em qualquer paciente desde que exista pressão sobre certa região que possa causar isquemia, e elas são encontradas mais frequentemente nos desnutridos portadores de balanço nitrogenado negativo e se desenvolvem sobre as proeminências ósseas do corpo, caso não sejam tratadas elas se estendem rapidamente e são muito dolorosas e aumenta a susceptibilidade de causar infecções secundárias. Nos setores hospitalares como clínica médica, enfermarias e UTIs encontram-se pacientes desenvolvendo UPs, as causas de internamentos dos clientes que desenvolvem úlceras de pressão são variadas, decorrentes de doenças respiratórias, pacientes sequelados medulares ou com diminuição da sensibilidade neurológica, pós-cirúrgicos, neoplásicos, estas condições são agravadas com a idade avançada do paciente, o uso de várias medicações e a existência de diabetes mellitus.

Ainda seguindo este particular de acordo com Rocha (2006), apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das úlceras de pressão permanece elevada, particularmente nos doentes hospitalizados, sendo as úlceras uma importante causa de morbidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida do doente dos seus cuidadores, e constituindo uma insustentável sobrecarga econômica para os serviços de saúde. Além dos problemas fisiológicos e econômicos, as úlceras de pressão representam grande importância na vida emocional e social dos pacientes, causando, por exemplo, diminuição da autoestima, sentimentos de desesperança, desinteresse pelo autocuidado, não querer higienizar-se, alimentar-se, recusa ao tratamento e estado de angústia. De acordo com Rocha (2006, p. 29), as localizações mais frequentes são isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocantérica (15%), e calcânea 8(%). Outras localizações incluem maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital (1%), e região escapular e a as úlceras por pressão (UPs) representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados.

São considerados pacientes críticos aqueles que têm condições clínicas graves ou necessidade de controles mais frequentes e rigorosos, associados a terapias de maior complexidade, de caráter invasivo ou não. A atuação do enfermeiro é fundamental no acompanhamento destes pacientes, tendo em vista o grande grupo de risco quando submetido à internação hospitalar como idosos, pacientes desnutridos e com morbidades preexistentes dando entrada no setor de enfermagem e UTI.

O custo do tratamento das úlceras de pressão também é um grande problema para os serviços de saúde por ser extremamente oneroso, principalmente se as lesões cutâneas evoluem ou encontra-se em estágio avançado, nestes casos o tratamento de uma úlcera em grau avançado é muito maior que em estágios anteriores e a recuperação torna-se potencialmente mais complicada o tratamento é dispendioso e exige grande mobilização da equipe de saúde para a realização da sistematização da assistência de enfermagem cujo protocolo de cuidados é extenso e dispendioso inclui a mudança de decúbito do paciente a cada 2 horas, controle da umidade, cuidados com a arrumação do leito, diminuição de áreas de atrito, controle da redução da força de cisalhamento, observação de sinais e sintomas do paciente diariamente, inspeção de toda a pele do paciente diariamente, uso de loções hidratantes e demais cuidados com a pele e atuação sistemática da equipe de saúde na evolução do estado de saúde do paciente visando promover com maior brevidade possível a melhora das suas capacidades fisiológicas com o objetivo de diminuir o tempo de restrição ao leito.

O diagnóstico das lesões é clínico e geralmente não oferece grandes dificuldades e o principal ponto do tratamento é a mudança periódica de decúbito, com alívio da pressão no local da lesão.

A prevenção é principal foco dos profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente. A abordagem preventiva deve ser multidisciplinar e tem início na identificação precoce dos pacientes suscetíveis, devendo abranger a equipe cuidadora, além dos familiares envolvidos e do próprio paciente, quando possível. Os sinais precoces da úlcera incluem eritema e a hipersensibilidade da região, além do paciente queixar-se de sensação de queimação no local comprometido. Outros sinais indicativos são a diminuição da temperatura local e o edema. Estas escaras apresentam difícil cicatrização e podem exigir intervenção cirúrgica em casos mais avançados. O tratamento

cirúrgico é considerado diante de lesões em estágio adiantado, com risco de graves complicações para o cliente. De acordo com Medeiros (2009) em um estudo realizado nos Estados Unidos em 2004, apenas uma pequena parcela dos pacientes são candidatos para cirurgia. As modalidades mais comuns são o enxerto de pele, desbridamento e reconstrução plástica, procedimentos que necessitam de suporte pós-operatório e controle de infecção.

De acordo com Rocha (2006), apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das úlceras de pressão permanece elevada, particularmente nos doentes hospitalizados, a equipe de enfermagem deve atuar intensivamente nas ações de prevenção principalmente para pacientes com pouca mobilidade e que necessitam passar mais de uma semana internado, geralmente os pacientes que desenvolvem as úlceras de pressão são idosos e possuem diversas características de risco para tanto a utilização de escalas de risco como elemento de qualificação de clientes suscetíveis a desenvolver úlceras de pressão logo na admissão.

1.1 Objetivos gerais

- Realizar uma revisão de literatura sobre aspectos gerais das úlceras por pressão para ilustrar a gravidade da doença.
- Elaborar uma revisão de literatura acerca da sistematização da assistência de enfermagem como importante instrumento de enfrentamento na prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

1.2 Objetivos específicos

- Levantamento de artigos referentes à descrição epidemiológicos dos pacientes portadores das Ups e os aspectos clínicos da doença, a fim de ilustrar o problema de forma fidedigna.
- Levantamento de artigos referentes à sistematização da assistência de Enfermagem que deve ser empregada para pacientes com Ups e artigos que abordam a utilização da escala de Braden para a prevenção de úlceras e identificação de pacientes com risco, a fim de ressaltar as diversas ações interventivas de enfermagem já consagradas e realizar uma revisão da literatura disponível a respeito das Ups.

2 REVISÃO DA LITERATURA E IMPORTÂNCIA DO TEMA

A escolha deste tema se deve a sua relevância no que diz respeito à gravidade da doença em vários aspectos: social, emocional, fisiológico e devido ao alto índice de pacientes desenvolvendo úlceras de decúbito após internação hospitalar frente a este problema a enfermagem detém uma série de ações valiosas para o tratamento e prevenção de úlceras através de protocolos de assistência. De acordo com Souza (2010) o enfermeiro, membro da equipe multiprofissional de saúde e líder da equipe de enfermagem é responsável pelo gerenciamento do cuidado. Gerenciamento este, que destaca a tomada de decisão, e que propicia a escolha da melhor prática de cuidar a ser empregada ao paciente hospitalizado. Entretanto, para uma prática com qualidade, faz-se necessário que as ações de cuidado estejam cientificamente sustentadas na melhor evidência clínica, para a otimização dos recursos humanos disponíveis e a redução de custos à instituição. As úlceras por pressão causam grandes mudanças na vida de pacientes acometidos, e por todo contexto que envolve suas repercussões em níveis econômicos para o serviço de saúde e para pacientes e familiares, pela importância do trauma emocional e físico causado pelas úlceras nos pacientes e devido a atuação do profissional enfermeiro estar diretamente ligada em todas as etapas durante o aparecimento de úlceras por decúbito desde a admissão através do processo de classificação de risco, até o desenvolvimento da assistência de enfermagem específica para cada caso. É extremamente comum encontrar-se nos setores de clínica médica e UTI um número elevado de pacientes com úlceras ou desenvolvendo úlceras de decúbito.

Combater e prevenir as úlceras de pressão é um grande desafio para as equipes de saúde, mas é também uma grande responsabilidade da equipe de enfermagem, uma vez que diversos estudos demonstram o quanto à incidência do aparecimento de úlceras diminui quando são tomadas medidas pontuais de prevenção, conscientização, tratamento e monitorização. Muitos estudos apontam que o conhecimento dos profissionais de enfermagem a respeito do tratamento e prevenção das úlceras de decúbito apresentam algumas fragilidades.

Este é um terreno muito amplo que pode ser explorado pela categoria dos enfermeiros, que sem dúvida trará muitas realizações ao profissional e ao cliente que está sendo acompanhado.

Segundo a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2004) estimativas indicam que 1 a 3 milhões de pessoas nos EUA desenvolvem úlceras de pressão em cada ano. De acordo com a Comissão Mista, mais de 2,5 milhões de pacientes nos Estados Unidos (EUA) sofrem de úlceras de pressão, e 60.000 morrem devido a complicações da úlcera de pressão cada ano.

De acordo com Rocha(2006), a incidência global nos doentes hospitalizados é de 2,7 a 29%.

A incidência em doentes internados na UCI (Unidade de Cuidados Intensivos) é de até 33%.

A incidência em doentes com lesão medular:

1. ▲ 34% desenvolvem úlceras de pressão durante o período de internamento inicial.
2. ▲ 30-40% desenvolvem úlceras de pressão nos primeiros 5 anos após lesão.
3. ▲ 50-80% desenvolvem úlceras de pressão pelo menos uma vez na vida.
4. A sua existência tem importantes repercussões em nível de morbidade, mortalidade e gastos em cuidados de saúde:
5. ▲ Associa-se a um prolongamento da duração do internamento hospitalar até cinco vezes.
6. ▲ Alta taxa de recorrência de 36% independentemente de o tratamento ser médico ou cirúrgico².
7. ▲ Aumenta o risco de morte 4,5 vezes, comparando com doentes com o mesmo risco prévio de mortalidade, que não desenvolvam úlceras de pressão.

Como descrevem diversos autores a susceptibilidade de desenvolvimento de Ups ocorre principalmente em pacientes considerados críticos. Que são submetidos a procedimentos cirúrgicos, como por exemplo cirurgias cardíacas, doenças crônicas, os portadores de afecções neurológicas sérias ou traumas que tragam restrições.

De acordo com Potter (2001), qualquer pessoa que vivencie a condição clínica de diminuição da mobilidade, funcionamento neurológico comprometido, diminuição da percepção sensorial ou da circulação está em risco de desenvolver úlcera de pressão e os pacientes em estado crítico apresentam ainda características peculiares em razão da gravidade de suas condições clínicas, como a associação de terapias complexas e necessidade de vigilância e controles mais frequentes e rigorosos desta forma estão mais expostos a procedimentos invasivos e possui maior necessidade de manipulação, o que, portanto, os tornam mais suscetíveis a complicações, resultando em um maior tempo de permanência hospitalar.

De acordo com Cremasco (2009), nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a demanda de cuidados especializados com o uso de tecnologia complexa é elevada, a equipe de saúde prioriza a estabilização da situação crítica do paciente, enquanto, os procedimentos de manutenção da higiene corporal que incluem a integridade cutânea, a emocional e os vínculos familiares podem ser comprometidos ou dificultados.

Ainda seguindo este particular de acordo com Rocha (2006), apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das úlceras de pressão permanece elevada, particularmente nos doentes hospitalizados, sendo as úlceras uma importante causa de morbidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida do doente dos seus cuidadores, e constituindo uma insustentável sobrecarga econômica para os serviços de saúde. Além dos problemas fisiológicos e econômicos, as úlceras de pressão representam grande importância na vida emocional e social dos pacientes, causando, por exemplo, diminuição da autoestima, sentimentos de desesperança, desinteresse pelo autocuidado, não querer higienizar-se, alimentar-se, recusa ao tratamento e estado de angústia.

De acordo com Blanes (2002), em uma avaliação clínica e epidemiológica realizada em um hospital em São Paulo, foram identificados 78 portadores de UP, 66,7% tinham idade acima de 61 anos, com média de idade igual há 64 anos, a média de tempo de internação foi de 33 dias e 68% da amostra desenvolveram a úlcera no hospital, sendo que 34 (43,7%) eram pré-úlceras. As causas mais frequentes de hospitalização foram neoplasias (29,5%) e doenças neurológicas (29,5%) e na classificação das UP, todos os estágios foram encontrados na região sacral, sendo 19 (24,4%) pré-úlcera,

30 (38,5%) grau II, nove (11,5%) grau III e dez (12,8%) grau IV. De acordo com a Escala de Braden, metade dos pacientes internados possuía alto risco para formação de UP, enquanto 16 (20,5%) apresentaram risco moderado, 15 (19,3%) baixo risco e apenas 8 (10,2%) não eram de risco. A partir deste estudo a amostra revelou um risco elevado de desenvolvimento de UP, sendo necessário adotar medidas adequadas também para preveni-las, principalmente durante o período de hospitalização.

2.1 Fatores extrínsecos e intrínsecos desencadeantes para úlceras por pressão

Para Campos (2010, p.3), “na prática diária, muitos profissionais referem-se à desnutrição como um dos principais fatores que contribuem para UP”, e relatam ainda que a úlcera é um expoente da fragilidade interna e têm observado que pacientes com UP ou com risco aumentado para desenvolvê-la frequentemente não estão nutridos de forma adequada. A etiologia da UP é multifatorial e depende de fatores de risco extrínsecos e intrínsecos, estudos apontam como os principais fatores extrínsecos as forças de fricção e cisalhamento e, como intrínsecos a idade avançada (>80 anos), sexo, limitação nas atividades de vida diária, incontinência urinária e ou anal, anemia, infecção e estado nutricional e outros fatores de risco citados também, são: uso de alguns tipos de medicamento, nível de consciência e percepção sensorial reduzido, história prévia de UP, estado mental depletado, imobilidade e prejuízo do sistema imune.

De acordo com Potter (2001), as úlceras por pressão são causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. Existem quatro fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento destas lesões: a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade.

A pressão é a força exercida sobre os capilares que estão comprimidos contra as proeminências ósseas e a superfícies externas, provocado o fechamento ou a diminuição da passagem de sangue pelos vasos sanguíneos, conseqüentemente impedindo as trocas gasosas, o transporte de nutrientes e a eliminação de resíduos metabólicos, isto proporciona um quadro de isquemia tissular que pode ser observada pela descoloração da pele. Depois de um período de isquemia pode ser observados na pele dois tipo

de reação, a hiperemia reativa normal que é identificada como um rubor e a hiperemia reativa anormal que se caracteriza por uma vasodilatação e induração excessiva, esta já é caracterizada como sendo uma pré-úlcera ou úlcera de grau.

A força de cisalhamento é a pressão que é exercida contra a pele quando esticada. E a umidade apresentasse quando a pele do paciente encontra-se molhada, geralmente devido á incontinência urinária. A umidade macera e enfraquece as camadas superficiais da pele, tornando-a mais vulnerável às lesões, principalmente quando associada à fricção e ao cisalhamento.

As úlceras por pressão são divididas em 4 estágios definidas pela sua coloração e pela descrição da profundidade do tecido destruído. A National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) 2007 define o estadiamento das úlceras da seguinte forma:

- Estágio I – Lesão eritematosa não esbranquiçada em pele intacta. Descoloração, aumento de temperatura, edema ou endurecimento podem ser indicadores.
- Estágio II – A superfície lesada encontra-se desunida da epiderme, derme ou ambas, apresentando-se de forma abrasiva, bolha ou despitelização rasa.
- Estágio III – Perda tecidual acometendo área de tecido subcutâneo, que pode estender-se até a fáscia subjacente.
- Estágio IV – Perda tecidual extensa e necrose de músculos, osso e/ ou tendões subjacentes.

No aspecto em que tangem os fatores desencadeantes diversos autores afirmam que existam fatores extrínsecos e intrínsecos de risco que predispõe um paciente a desenvolver UP. Segundo Blanes (2002) dentre as causas intrínsecas, destacam-se a idade, o estado nutricional, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos e as doenças crônicas como o diabetes mellitus e doenças cardiovasculares.

A idade do paciente está incluída, devido á uma diminuição na produção de tecido conjuntivo na derme do paciente, tornando-o menos tênsil, pela diminuição da vascularização, diminuição da massa e tônus muscular e também pelo fato da cicatrização no idoso ocorrer pelo menos 30 por cento mais lentas do que em uma pessoa jovem agravando assim a condição de morbidade.

O estímulo sensorial diminuído, é devido aos pacientes não perceberem quando uma parte do seu corpo sente pressão ou dor excessiva.

A função motora comprometida é devida o fato de que os pacientes com este diagnóstico geralmente ficam restritos ao leito e não conseguem ter autonomia para a mudança de posição, proporcionando, portanto o aumento do tempo de pressão sobre a pele, estes clientes podem perceber a pressão, mas são incapazes de alterar as posições de modo independente para aliviá-la. Este quadro gera uma condição de espasmo muscular o que aumenta ainda mais a pressão do corpo sobre a pele.

Alteração no nível da consciência se dá devido os clientes confusos ou desorientados podem ser capazes de sentir a pressão, mas podem não conseguir compreender como aliviá-la. Os clientes em coma podem não perceber a pressão, sendo incapazes de se mover para uma posição mais protetora. E os clientes cujos níveis de consciência se modificam podem ficar facilmente confusos, e o uso prolongado de antibióticos por mais que sejam necessários retarda o processo de cicatrização.

2.2 Importância da assistência de enfermagem na prevenção e tratamento

De acordo com Serpa (2011), úlcera de pressão é um problema socioeconômico e educacional e que tem um impacto financeiro importante, devido a sua prevenção ser menos onerosa do que o seu tratamento, o seu tratamento ocupa a terceira posição entre os tratamentos de saúde mais caros, menos caros do que apenas o tratamento do câncer e cirurgia cardíaca. Além disso, quando o paciente desenvolve uma UP, a equipe de enfermagem deve tornar-se mais intensiva, gerando maior necessidade de mobilização dos profissionais, desta forma a prevenção da UP é de importância fundamental para o atendimento ao paciente, com os consequentes benefícios para o sistema de saúde.

É imprescindível a atuação do profissional enfermeiro na identificação e na tomada de ações para o combate do desenvolvimento de úlceras de pressão, o tratamento de úlcera é altamente dispendioso em vários aspectos, portanto, o combate a úlcera de pressão e a utilização de métodos preventivos e de classificação como o uso da escala de Braden e da escala de glasgow para identificar grupos vulneráveis é de importante relevância e consiste um grande benefício. Por repercutir em diversos níveis de importância, tanto na área econômica, quanto na qualidade de vida dos pacientes, o desenvolvimento de UP implica sobrecargas físicas, emocionais e sociais para os pacientes e suas famílias e conseqüentemente reduza sua qualidade de vida e aumenta os custos dos serviços de saúde, ocasionados pelos longos períodos de hospitalização e maiores índices de morbidade e mortalidade.

De acordo com Rocha (2006, p.30), “uma precoce e regular estratificação do risco de desenvolver uma úlcera de pressão é fundamental para a adoção de medidas preventivas adequadas e para a implementação de uma estratégia terapêutica atempada”. Esta ação inclui métodos para redução de fatores predisponentes à hipoperfusão tecidual, a otimização do estado geral e nutricional do doente, e cuidados locais com a úlcera de pressão.

A incidência de úlceras por pressão possui claramente como demonstraram os estudos acima de Moro e Blanes referentes à prevalência de úlceras em pacientes submetidos à internação hospitalar, índices elevados. Medeiros (2009), orienta que a ação do enfermeiro é indispensável e enfatiza que o enfermeiro possui ações determinantes na prevenção e tratamento das úlceras por pressão e as rotinas de prevenção incluem:

1. Avaliação do grau de risco com individualização da assistência, como a confecção de um protocolo para prevenção da úlcera por pressão;
2. Utilização de escalas de avaliação do grau de risco, como por exemplo, a Escala de Braden adaptada para a língua portuguesa, e outras como as de Norton e Waterlow;
3. Quadro demonstrativo enfatizando as áreas suscetíveis à úlcera por pressão;

4. Providenciar um colchão de poliuretano (colchão de caixa de ovo) para o paciente, especialmente pacientes em cadeiras de rodas ou acamados;
5. Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais;
6. Mobilização ou mudança de posição de duas em duas horas, bem como realizar massagem de conforto com emulsão;
7. Proteger saliências ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiros;
8. Registro das alterações da pele do paciente seguindo os estágios de classificação das úlceras por pressão proposto pela NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) em 1989;
9. Tratamento precoce da pele: manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão;
10. Checar as áreas vulneráveis da pele de todos os pacientes de risco e otimizar o estado dessa pele, através da hidratação com cremes à base de ácidos graxos essenciais, tratar a incontinência, evitar o uso de água muito quente, providenciar suporte nutricional;
11. Monitorar e documentar intervenções e resultados obtidos;
12. Implementar medidas de suporte mecânico: proteger/evitar complicações adversas de forças mecânicas externas;
13. Criar e fornecer um programa de ensino para pacientes de risco em longo prazo e para as pessoas que tomam conta deles.

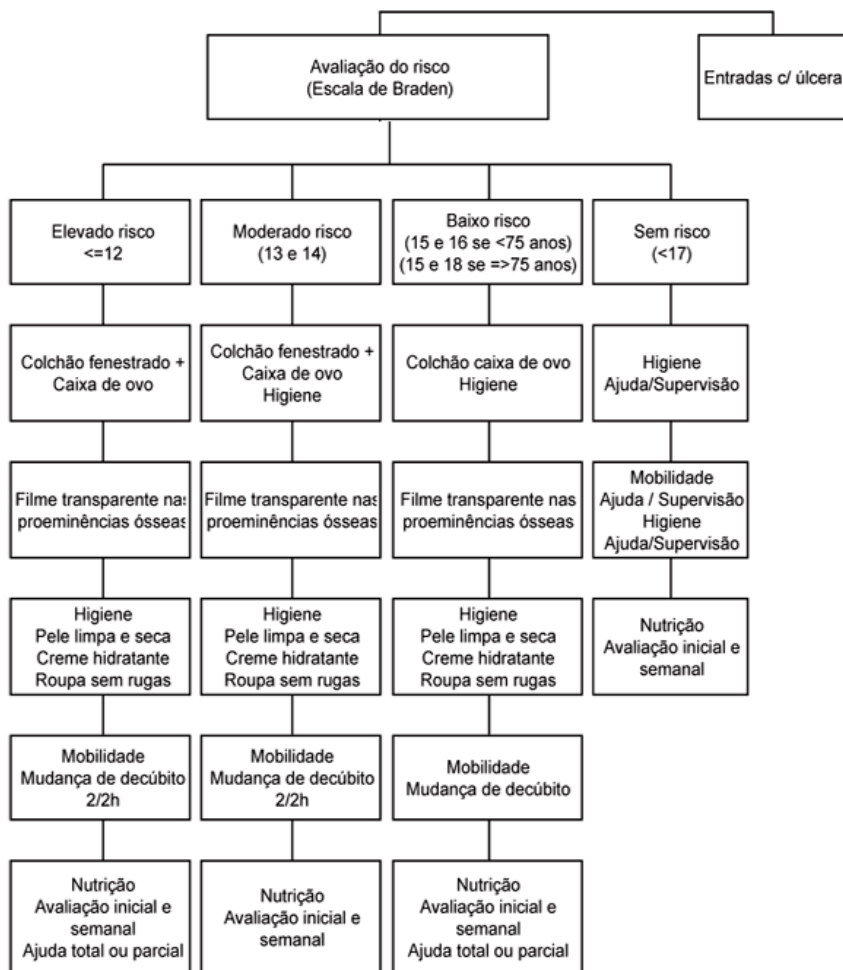
Segue abaixo a escala de Braden e seu esquema de pontuação, um fluxograma e um protocolo de ações de enfermagem referente às rotinas de prevenção:

Anexo 3 – Escala de Braden

Escala de Braden				
	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	4 Pontos
Percepção sensorial: Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto	Completamente limitado não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquisia ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	Muito limitado: responde somente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	Levemente limitado: responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades	Nenhuma limitação: responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade: Grau ao qual a pele está exposta à umidade	Constantemente úmida: a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. a umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado	Muito úmida: a pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão	Ocasionalmente úmida: a pele está ocasionalmente durante o dia úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.	Raramente úmida: a pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina
Atividade física: Grau de atividade física	Acamado: mantém-se sempre no leito	Restrito à cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não agüenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de roda	Caminha Ocasionalmente: caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira	Caminha Frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.
Mobilidade: Habilidade de mudar e controlar as posições corporais	Completamente imobilizado: não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda	Muito limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades no entanto é incapaz de fazer mudança frequentes ou significantes sem ajuda	Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda	Nenhuma limitação: faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência
Nutrição: Padrão usual de ingestão alimentar	Muito pobre: nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 da comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta de líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias	Provavelmente inadequado: raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda	Adequado: come mais da metade da maior parte das refeições. Ingerir um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais	Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	Problema: necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para freqüente reposição do corpo. Espasmos, contrações leva a uma fricção constante	Potencial para problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo	Nenhum problema aparente: movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira	
Total de pontos				

Traduzido por Maria Helena Larcher Caliri - ERP – USP), com autorização da autora Barbara Braden.⁽¹⁶⁾

Anexo 4 - Fluxograma de prevenção



As intervenções de enfermagem relacionadas com a prevenção devem abordar também aspectos como, cuidados com a integridade da pele, uso de emolientes para hidratação, utilização de dispositivos para incontinência urinária e reeducação vesical, posicionamento no leito, observação diária da pele do pênis quando usar dispositivo para incontinência urinária, cuidados higiênicos, alimentação rica em vitaminas e proteínas aos

primeiros sinais de úlcera por pressão, de acordo com a idade e condição clínica de cada cliente.

De acordo com Medeiros existem uma série de ações importantes para minimizar e prevenir o desenvolvimento das úlceras por pressão.

“As intervenções de enfermagem devem ser reforçadas, como a mobilização no leito, equipe multiprofissional interagindo no planejamento das atividades educativas, manejo da dor, elevação da cabeceira da cama até 30°, elaboração de programas de reabilitação de clientes com lesão medular, realização de pesquisas de enfermagem abordando fatores de risco, prevenção e novas terapias nas úlceras por pressão, conhecimento da prevalência das úlceras em hospitais gerais e uso de novas tecnologias na prevenção e tratamento” (MEDEIROS, 2011, p.4).

2.3 Utilização da escala de Braden para prevenção

De acordo com Serpa (2011), no cenário internacional, a implementação de diretrizes para prevenção de úlceras de pressão derrubou sua incidência em pacientes de cuidados intensivos de 43% a incidência atual de 28%, no entanto este escore é questionável, em uma recente revisão de literatura os autores encontraram maiores taxas de incidência, de 38% a 124%, nos estudos examinados, no Brasil, a preocupação quanto à incidência de UP em pacientes internados em UTI também foi aumentando, com estudos realizados no Rio de Janeiro e São Paulo, relatando incidência de 26,83% para 62,5%.

Escala de avaliação de risco para desenvolvimento de UP foram estudadas e implementadas em grupos vulneráveis ou grupos mais expostos a alterações de integridade da pele e é verificada a existência de mais de 40 escalas, porém apenas seis foram testados para a validade preditiva. Norton, Gosnell, Waterlow, Braden e Bergstrom.

A escala de Braden é uma importante ferramenta no reconhecimento de grupos e pacientes susceptíveis a serem acometidos por úlceras de pressão e consiste em um esquema que pontua de 1 a 4 os principais fatores causadores de úlceras, quanto maior for o escore menor é o risco de desenvolver úlcera, foi publicada em 1987, e tem sido utilizado

principalmente nos Estados Unidos. Este instrumento foi adaptado e validado para a cultura brasileira em 1999 e tem sido aplicado, desde então, por algumas instituições no Brasil. A escala de Braden é composto por seis sub escalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção / cisalhamento. O escore total pode variar de 6 a 23 e os pacientes são classificados da seguinte forma: risco muito alto (escore ≤ 9), alto risco (escore variando de 10 a 12), risco moderado (pontuação variando de 13 a 14), de baixo risco (pontuação que varia de 15 a 18), e nenhum risco (pontuação que varia de 19 a 23).

De acordo com Rogenski (2012), em estudos desenvolvidos no Brasil sobre UP, baixos escores na Escala de Braden estão associados à presença de UP, sugerindo, portanto boa validade preditiva e diretrizes internacionais recomendam o uso da escala para auxiliar o profissional a identificar os pacientes de risco, já na admissão, para nortear a adoção das medidas preventivas de cuidado, no entanto, para a efetividade da escala, é imprescindível que haja o máximo de concordância entre os diferentes profissionais em relação à pontuação das sub escalas e no total das mesmas, quando da avaliação de um mesmo paciente. Caso contrário, a escala torna-se subjetiva e perderá sua validade.

A qualidade da assistência à saúde vem sendo amplamente discutida em âmbito nacional e internacional, desde a década de 1980, em razão dos altos custos para manutenção dos serviços, dos escassos recursos disponíveis e, do envelhecimento global da população. Aliada a esse fato, verifica-se uma transição epidemiológica importante, registrada em todas as partes do mundo onde as doenças infecciosas e parasitárias cedem lugar às doenças crônicas degenerativas, demandando mais e específicos cuidados de enfermagem e o uso de um instrumento ou escala de avaliação de risco de UP facilita a identificação de fatores predisponentes ou de risco para seu desenvolvimento e favorece o planejamento de medidas preventivas para evitar o surgimento dessas lesões e ressalta também que a avaliação de risco deve ser adotada de forma sistematizada e aplicada, tanto na admissão do paciente como diariamente durante o exame físico e sempre que houver alteração em sua condição clínica.

Como estratégia para verificar os pacientes de risco no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), utilizou-se a escala de

Braden, as autoras estabeleceram um modelo, envolvendo os dois determinantes críticos para a formação das UP: a intensidade e a duração da pressão, e a tolerância da pele e das estruturas subjacentes para suportá-las.

A intensidade e a duração da pressão estão relacionadas à mobilidade, atividade e percepção sensorial, enquanto a tolerância da pele e das estruturas subjacentes refere-se a fatores intrínsecos, como nutrição e idade e a fatores extrínsecos, como umidade, fricção e cisalhamento.

O uso da escala de Braden é destacado por diversos autores profissionais da área médica como um importante instrumento de prevenção e detecção de úlceras, contudo devido a determinadas especificidades como a instabilidade do quadro clínico dos pacientes (ocorrendo à mudança de seu estado fisiológico consequentemente ocorre mudanças nos escores obtidos pela escala), não há como precisar portanto um valor padrão na pontuação de corte para a classificação de pacientes de risco, especialmente porque através dos estudos mostrados acima a susceptibilidade de desenvolver úlceras varia de acordo também com o procedimento pelo qual o paciente será submetido, de acordo com o setor no qual ele ficará instalado, de acordo com a cor da pele... Ou seja, é impossível estabelecer um valor padrão, totalmente exato na pontuação de corte de risco, porém a melhor solução para minimizar este viés é a constante monitorização e avaliação diária dos pacientes especialmente os mais instáveis como os de UTI e os que se submetem a procedimento mais delicado como cirurgia cardíaca. Os escores obtidos pela escala de Braden possuem grande eficácia na detecção de grupos de risco, apesar de não ser um instrumento totalmente preciso.

De acordo com Serpa (2011) a escala de Braden é um importante recurso que deve ser utilizado pelos enfermeiros, apesar de não ser totalmente preciso oferece uma boa demonstração do quadro do paciente:

A frequência de aplicação da Escala de Braden continua a ser uma questão controversa. Apesar de Waters recomenda a sua aplicação na admissão e 48 horas depois, não há consenso está disponível para pacientes em terapia intensiva. Na sua mais recente revisão sobre o PU Prevenção, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) recomenda que os protocolos institucionais de avaliação de risco e reavaliação devem ser desenvolvidos de acordo com as características das áreas clínicas onde o paciente é atendido (SERPA, 2011, p.5).

Restrições de mobilidade, a presença de incontinência e estado nutricional raramente são identificados na admissão à UTI, assim, a nota de corte pode ser estabelecida em avaliações subsequentes, como no presente estudo e em outra pesquisa. Aplicando a escala de Braden em intervalos de 24 horas parece ser razoável em vista da instabilidade pacientes críticos dos frequentes e a identificação de uma avaliação a posteriori como um dos melhores preditores de risco de PU em UTIs. Em uma revisão da literatura recente, Rogenski (2012) afirma que o tempo ideal para esta avaliação varia de acordo com as características dos pacientes. Em geral, a primeira avaliação deve ser realizada 72 horas após a admissão, quando o risco para o desenvolvimento de UP é elevada.

Contudo Blanes (2002), destaca que o grande desenvolvimento na área celular nas últimas três décadas, tem levado os profissionais de saúde que atuam na prevenção e tratamento de feridas a uma revisão dos conhecimentos e procedimentos tradicionais, muitos deles empregados desde a antiguidade e, acima de tudo, ao reconhecimento de que a lesão de pele é apenas um aspecto de um todo holístico, que é o ser humano e esse motivo exige atuação interdisciplinar, através de intervenções integradas e sistematizadas, fundamentadas em um processo de tomada de decisão, que almejem, como resultado final, a restauração tissular com o melhor nível estético e funcional.

Blanes (2002), também adverte que a úlcera por pressão prolonga a hospitalização, dificultando a recuperação do doente e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações como infecção ou osteomielite, mas é por representarem um acréscimo no sofrimento físico e emocional desses pacientes, reduzindo a sua independência e funcionalidade na realização das atividades da vida diária, comprometendo qualquer processo reeducacional, que as úlceras por pressão merecem por parte da equipe multiprofissional toda a atenção, no sentido de prevenir o seu aparecimento ou favorecer o seu tratamento, e também lembra que em nosso meio, não existem estudos que estimem os custos de um paciente portador de tais lesões, principalmente quando as adquiriram em ambiente hospitalar e a maioria dessas úlceras poderia ser evitada se houvesse maior conhecimento por parte dos profissionais de saúde a respeito das características principais dos pacientes que desenvolvem as UPs e das escalas de avaliação de risco, com a possibilidade de realizar prognósticos e, assim, preveni-las.

Ainda seguindo este particular de acordo com Araújo (2009), o surtimento das úlceras pode ser evitado se houver uma melhor avaliação por parte dos enfermeiros e de outros membros da equipe de saúde sobre os riscos de desenvolvimento dessas lesões e que as ações de prevenção visam impedir que o estímulo desencadeante agredisse o indivíduo causando a doença, isso é um meio de atenuar as morbidades e reduzir a mortalidade.

A prevenção das UP é de extrema importância, Lima (2011) ressalta que o uso de fundamentos na área econômica a fim de projetar o uso racional de materiais médico-hospitalares é de fundamental importância à administração dos recursos das instituições públicas de saúde no Brasil, tendo em vista que as despesas nesta área são crescentes, enquanto os recursos disponibilizados não aumentam na mesma proporção informa também que a partir dos anos 80, surgiu no Brasil o conceito do cidadão como cliente onde a ideia central consiste em voltar às organizações públicas para seus clientes, tornando-as preocupadas com a acessibilidade e a qualidade dos serviços prestados e esta é a administração com o foco no cidadão, e alguns de seus alvos é aumentar a qualidade dos serviços visando diminuir desperdícios, aumentar a satisfação dos cidadãos com os serviços prestados e racionalizar custos através do incremento de qualidade. A política de saúde no Brasil é do tipo assistencialista, e o direito à saúde é definido na Constituição “dever do Estado e direito do cidadão». No entanto, essa política tem se tornado bastante onerosa ao Estado devido à grande demanda criada pelo crescimento populacional, mas também devido a vários problemas administrativos e desperdícios.

Ilustrando este problema Lima ressalta que:

A incidência de úlcera por pressão é considerada como um indicativo da qualidade dos cuidados. Sua presença é associada ao aumento do tempo de internamento, de carga de trabalho para enfermagem e aumento de custos, além de maior morbidade e mortalidade aos pacientes internados. Lima também adverte que é necessário que se investigue o nível de risco de indivíduos em adquirir úlcera por pressão, bem como a prevalência dela na clínica e os custos atuais com curativos de modo a melhorar o serviço de saúde e minimizar os custos com curativos industrializados (LIMA, 2011, p.5).

Seguindo este particular Lima (2011), desenvolveu um estudo com o objetivo de identificar o fator crítico que aumenta a demanda e custos com curativos industrializados. A avaliação foi realizada na Clínica Neurocirúrgica e identificou os indivíduos que apresentaram risco de desenvolver úlcera por pressão. 62 pacientes foram avaliados e a prevalência foi de 22,6%, segundo escore obtido na escala de Braden. A avaliação comparativa entre indivíduos que receberam medidas preventivas e entre os que não receberam mostrou que o custo médio diário de hospitalização para o primeiro grupo foi 45% maior que para o segundo grupo. O teste de Wilcoxon-Mann-Whitney comparou a população de risco com a população de baixo risco, mostrando que a análise dos escores da Escala de Braden entre os grupos apresenta diferenças estatisticamente significativas quando estas duas populações são comparadas, intervalo de confiança de 95%. Lima (2011) ainda adverte que úlcera por pressão é um indicador de qualidade dos serviços de saúde. Pode-se reduzir custo e oferecer serviços públicos de maior qualidade se forem implantados treinamentos com a equipe de enfermagem, usando um protocolo de medidas preventivas baseado em um teste de avaliação de risco como a escala de Braden.

De acordo com Souza (2007) é necessário qualificar os profissionais de enfermagem com o saber que, neste caso específico, é sua instrumentalização com recursos que os capacitem para predizer se o cliente corre o risco de desenvolver uma UP. Desta forma entende-se como medida preventiva de UP, a importância da utilização de escala preditiva, tal como a Braden, no cuidar de enfermagem, pois esta equivale a uma sistematização do atendimento ao cliente haja vista incluir o diagnóstico, em termos de UP, intervenção de enfermagem através das recomendações e avaliação dos resultados do cuidado implementado e completa registrando que com a utilização dessa escala por um profissional devidamente capacitado, é possível avaliar o indivíduo hospitalizado diagnosticando as situações de: estado nutricional, nível de mobilidade, percepção sensorial, fricção, cisalhamento, umidade e grau de atividade física. Souza adverte que somente a capacitação profissional para aplicar a referida escala e a descoberta do risco de acometimento de UP, no cliente, são insuficientes para responder se estas ações interferem efetivamente no seu estado de higiene física e, consequentemente, evidencia a validade desse cuidado de enfermagem.

O cuidar em enfermagem deve ser empregado de forma humanizada e holística, todo paciente precisa de atenção. Normalmente pacientes com úlceras estão muito desmotivados e a equipe de enfermagem também deve preocupar-se com isso, proporcionando ao paciente um ambiente calmo e tranquilo e o encorajando no tratamento, portanto, a melhor forma de tratar úlceras de pressão é aproximando a equipe de enfermagem ao paciente e colocando em prática os protocolos de atuação preconizados e que demonstram alta eficácia.

3 METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo de revisão de artigos com dados retrospectivos e abordagem qualitativa, realizado nas bases de dados eletrônicas disponível na Biblioteca Virtual de Saúde, Scielo e Lilacs destinado ao levantamento de artigos no período de 2000 á 2012 referentes á ações de enfermagem no tratamento e prevenção de úlceras por pressão.

A população foi, constituída de 23 artigos indexados.

Os critérios de inclusão utilizados foram tratamento e prevenção de úlceras por pressão, impacto da nutrição sobre UPs e validade preditiva das escalas de prevenção.

A variável definida para este estudo foi sistematização da assistência de enfermagem a pacientes portadores de úlcera por pressão, utilização da escala de Braden para a prevenção de úlceras por pressão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os conteúdos acerca de úlceras por pressão abordam os custos de tratamento para cada estágio, a descrição epidemiológica da doença, a etiologia, a sistematização dos cuidados de enfermagem disponíveis, correlações clínicas para pacientes internados com úlceras por pressão e a utilização de escalas preventivas para classificação de risco. O presente artigo abordou todos estes temas de modo a ilustrar as condições e fatores envolvidos á um portador de úlceras por pressão. Verificou-se um alto índice de clientes desenvolvendo úlceras após admissão hospitalar, observou-se também através de artigo referente ao conhecimento técnico de enfermeiros e devido aos

altos índices de novos casos que o conhecimento de muitos profissionais de enfermagem a respeito dos cuidados e da tomada de ações preventivas ainda possui algumas carências e, portanto, faz-se necessário instituir nos hospitais protocolos de atuação. A respeito da utilização de escalas de classificação diversos artigos trouxeram a diminuição expressiva de novos casos de úlceras a partir da correta utilização de classificação de risco. Relativo aos custos de tratamento os gastos para tratamento de úlceras é muito elevado e dispendioso principalmente em estágios avançados, portanto a correta atuação dos enfermeiros possui relação direta com o aumento dos gastos com o tratamento.

5 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que a utilização da sistematização da assistência de enfermagem proporciona uma série de ações preventivas e de tratamento para portadores de úlceras por pressão, demonstrado ótimos indicadores em estudos em que a utilização dos protocolos de atuação foram introduzidos. O enfoque principal do enfermeiro deve consistir no trabalho de prevenção através da classificação de risco de cada paciente já na admissão hospitalar e em outras condições estabelecidas. Levando-se em consideração as diversas repercussões negativas que as úlceras trazem para os clientes, familiares e cuidadores é importantíssimo o envolvimento da equipe multidisciplinar no acompanhamento direto a esses pacientes para que as úlceras não progridam e para que elas apareçam apenas nos casos em que toda a sistematização da assistência não foi capaz de evitar o surgimento delas. Conclui-se, portanto que a atuação do enfermeiro está totalmente ligada em todo o contexto que envolve as úlceras e que a tomada de ações pontuais e insistentes orientada pela sistematização da assistência de enfermagem é capaz de evitar a ocorrência de novos casos.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rosilene Alves de. Avaliação da utilização de protocolos na prevenção das úlceras de pressão. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre. v. 5, n. 2, p. 125-131, jul./dez. 2012.

ARAÚJO, Cleide Rejane Damasco de. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera de pressão. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2010.

ARAÚJO, Thiago Moura de. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 24, n.5, 2011.

BLANES, Leila. **Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internado no hospital São Paulo.** Trabalho realizado no programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica Reparadora da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP.

CAMPOS, Suellen Fabiane. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Rev. Nutr.**, Campinas/SP, v. 23, n.5, set./out., 2010.

CARNEIRO, Geisa Aguiari. Lesões de pele no intra-operatório de cirurgia cardíaca: incidência e caracterização. **Rev. esc. Enferm.** - USP, São Paulo, v.45, n.3, jun., 2011.

CHAYAMITI, Emilia Maria Paulina Campos. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Acta paul. Enferm, São Paulo**, v.23, n.1, 2010.

CREMASCO, Mariana Fernandes. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho **de enfermagem.** **Acta paul. enferm**, São Paulo, v.22, 2009.

FARO, Ana Cristina Mancussi e. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. **Rev. esc. enferm.** USP - São Paulo, v.33, n.3, set., 1999.

FREITAS, Maria Célia de. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v.32, n.1, mar, 2011.

GOMES, Flávia Sampaio Latini. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos **Rev. esc. Enferm.** – USP, São Paulo, v.44, n.4, dez., 2010.

LIMA, Angela Cristina Beck. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, jan. 2011.

LUCENA, Amália de Fátima. Diagnóstico e perfil clínico de enfermagem de pacientes em risco de úlceras de pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, maio / jun., 2011.

MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. esc. Enferm** – USP, São Paulo, v.43, n.1, mar., 2009.

MORO, Adriana. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.53, n.º.4, jul./ago., 2007.

ROCHA, J. A. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão-Intervenções baseadas nas evidências. **Acta médica portuguesa**, 2006.

ROGENSKI, Noemi Marisa Brunet. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores. **Acta paul. Enferm, São Paulo**, v.25, n.1, 2012.

SERPA, Leticia Faria. Validade preditiva da escala de Braden para o risco de úlceras de pressão em pacientes críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, jan. / fev., 2011.

SOUZA, Cristina Albuquerque de. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.59, n.3, maio/jun. 2006.

SOUZA, Thais Sanglard de. Estudos Clínicos sobre úlcera de pressão. Rev. bras. enferm., Brasília, v.63, n.3, maio/jun., 2010.

SMELTZER, S. C, Bare BG. Brunner: **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.