



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ÚLCERA DE PRESSÃO PELA
ENFERMAGEM: uma revisão integrativa**

TAIZE CAVALCANTE DA SILVA

**Natal/RN
2014**

TAIZE CAVALCANTE DA SILVA

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ÚLCERA DE PRESSÃO PELA
ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem do Centro Universitário do Rio
Grande do Norte, como requisito para a
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora:

Profª Dra. Hérica Paiva Felismino

NATAL/RN

2014

RESUMO

As Úlceras de Pressão (UP) são lesões decorrentes da isquemia gerada pela compressão extrínseca e prolongada da pele, tecidos adjacentes e ossos, que ocorre em indivíduos com mobilidade comprometida. Objetiva-se com este estudo identificar os cuidados de enfermagem desenvolvidos para a prevenção e tratamento do paciente com UP. Para tanto, a SAE permite os profissionais de enfermagem sistematizem as suas ações de forma integrada e dinâmica, com o objetivo de prestar uma assistência ao paciente com qualidade, atendendo suas necessidades. Trata-se de uma revisão integrativa, constituída por fases em que inicialmente foi estabelecido a hipótese e objetivos da revisão integrativa; os critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados. A amostra resultou em doze artigos pesquisados nas bases de dados Lilacs e BDENF, com destaque para o uso de instrumentos ou escalas de avaliação de risco de UP pela enfermagem para facilitar a identificação de fatores predisponentes ou de risco para seu desenvolvimento, bem como com a utilização de seus dados, realizar o planejamento de medidas preventivas para evitar o surgimento dessas lesões e ações para o seu tratamento. Concluiu-se na revisão que os artigos estudados apontam cuidados de enfermagem direcionados para a prevenção e tratamento da UP, enfatizando-se a importância de procedimentos sistematizados para o sucesso da assistência e a necessidade de uma assistência mais humanizada.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão. Cuidados. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Pressure ulcers (PU) are injuries caused by the ischemia resulting from extrinsic and prolonged compression of skin, bones, and surrounding tissue, which occurs in individuals with impaired mobility. Objective with this study was to identify nursing care developed for the prevention and treatment of patients with UP. To this end, SAE allows nursing professionals systematize their actions in an integrated and dynamic way, with the aim of providing assistance to the patient with quality, meeting their needs. This is an integrative review, consisting of phases it was first established the hypothesis and objectives of the integrative review; the criteria for inclusion and exclusion of articles (sample selection); definition of information to be extracted from the selected articles; analyzing the results; discussion and presentation of results. The sample comprised twelve articles surveyed in the databases Lilacs and BDENF, especially the use of instruments or by nursing UP risk assessment scales for easy identification of predisposing factors or risk factors for its development, as well as the use of your data, carry out the planning of preventive measures to avoid the appearance of these lesions and actions for your treatment. It was concluded in reviewing the articles studied indicate nursing care directed to the prevention and treatment of UP, emphasizing the importance of systematic procedures for the success of assistance and the need for a more humanized care.

Keywords: Pressure Ulcer. Care. Systematization of Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	REVISÃO DA LITERATURA	08
2.1	ÚLCERA POR PRESSÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	08
2.2	A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)	10
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	13
4	RESULTADO.....	15
5	DISCUSSÃO	20
6	CONCLUSÃO	22
	REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos adentraram na área da saúde e, conseqüentemente, influenciou a enfermagem em seus planos assistenciais com profundas e constantes mudanças, principalmente no âmbito da inovação tecnológica, em que coloca à disposição dos profissionais e usuários, os mais diversos tipos de tecnologia, tais como: tecnologias educacionais, tecnologias gerenciais e tecnologias assistenciais (BARRA et al, 2006).

Contudo, em meio a diversos meios inovadores para o salvamento de vidas e avanços nos cuidados em saúde, as Úlceras por Pressão (UP) ainda são causa importante para a morbidade e mortalidade, com impactos consideráveis na qualidade de vida dos pacientes e familiares (LUZ et al 2010).

As UP são lesões cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica, secundária a um aumento de pressão externa, acometendo pele e/ou tecidos subjacentes. São localizadas, usualmente, sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão, ou pressão associada a cisalhamento e/ou fricção. O diagnóstico é feito por meio de métodos visuais, ou seja, clínico, podendo ser identificado sem grandes dificuldades. As UP são classificadas em níveis de I a IV de acordo com os danos observados nos tecidos, considerando as suas estruturas, podendo envolver a pele, tecidos subcutâneos, músculos, cartilagem e até mesmo ossos que também classificam as úlceras em estágios, importantes na elaboração de estratégias terapêuticas (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010; ARAÚJO et al, 2011).

A incidência de úlceras por pressão está em pacientes internados em serviços de atendimento de emergência, pacientes com paraplegias crurais, idosos e pacientes submetidos a cuidados intensivos. Estes apresentam, geralmente, alto risco para desenvolver UP, devido a limitações ambientais e psicobiológicas, tais como: instabilidade hemodinâmica, restrição de movimentos por período prolongado de tempo e uso de drogas sedativas e analgésicas, as quais diminuem a percepção sensorial e prejudicam a mobilidade. Como tratamento mais indicado está a mudança periódica de decúbito, para que haja o alívio da pressão no local da lesão (ARAÚJO et al, 2011).

Para a prevenção da doença, segundo Luz et al (2010) a identificação precoce dos pacientes suscetíveis é relevante, uma vez que possibilita o cuidador a tomar medidas que possam prevenir os riscos da doença para o portador. De acordo com os autores, o uso de mecanismos que possa ser feito na distribuição da pressão, com uma mudança de posição do paciente de forma periódica, bem como o controle da incontinência, cuidados com a pele e nutrição são essenciais.

Estas ações podem ser realizadas pelos cuidadores profissionais de enfermagem, como também pelos familiares. No ambiente hospitalar, a manutenção da integridade da pele em pacientes acometidos pela UP é um importante aspecto do cuidado de enfermagem, já que essas lesões são considerados problemas graves (LUZ et al, 2010). Contudo, de acordo com Araújo (2011), foi criado vários protocolos e instrumentos que visem assegurar a qualidade da assistência, aplicados nos atendimentos.

Para as práticas de Enfermagem a sistematização da assistência em UP vem sendo conduzida por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE é um processo de enfermagem que permite que estes profissionais sistematizem as suas ações de forma integrada e dinâmica, com o objetivo de prestar uma assistência ao paciente com qualidade, atendendo suas necessidades. A implementação do SAE é uma forma inovadora na prestação da assistência e a sua implementação surgiu mediante a preocupação em orientar atividades de enfermagem com ênfase ou pautadas no método científico (SILVA; SILVA, 2008).

De acordo com a resolução do COFEN 358/2009 as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil devem implantar o processo de sistematização e utilizá-la como uma estratégia na organização da Assistência de Enfermagem, atendendo assim, aos requisitos do Manual Brasileiro da Acreditação Hospitalar. A SAE oferece subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas para o cuidado, centrado no ser humano e não somente na doença (NASCIMENTO et al, 2008).

Para que a sistematização da assistência ocorra, faz-se necessário a implantação de um Processo de Enfermagem (PE), o qual é considerado por alguns autores como a base de sustentação da SAE. O PE direciona o trabalho dos enfermeiros para determinar as necessidades identificadas a partir da história pregressa e durante a consulta de enfermagem, proporcionando um bom atendimento (SILVA; SILVA, 2008).

O Processo de Enfermagem (PE) “é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação”. Tais fases se relacionam e dependem uma da outra, e por meio deste processo, pode-se ter uma enfermagem humanizada, contínua e de qualidade (ALFAVARO-LÉFEVRE apud BRITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006, p. 618).

Em UP, torna-se necessário que haja uma assistência voltada para a humanização do cuidado a estes pacientes, devendo-se propiciar uma atenção de qualidade diferenciada, uma vez que esta doença apresenta fatores de risco diversos que podem levar o paciente a morte. A motivação pelo estudo se deu por meio de vivência durante a trajetória profissional em que se pode observar a necessidade de atenção e cuidados em UP e a relevância em se obter maiores conhecimentos sobre a doença e seu tratamento.

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais os cuidados de enfermagem para a prevenção e tratamento da úlcera de pressão? Responder a este questionamento torna-se relevante, uma vez que os resultados desta pesquisa poderão contribuir com a construção de conhecimentos dos profissionais enfermeiros para que se possa melhorar a assistência de enfermagem prestada ao portador de UP.

Sendo assim, objetiva-se com este estudo identificar os cuidados de enfermagem desenvolvidos para a prevenção e tratamento do paciente com UP.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ÚLCERA POR PRESSÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Úlcera por Pressão é definida na literatura como áreas localizadas de isquemia e necrose tecidular. O Ministério da Saúde define úlcera por pressão (UPP) como sendo “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento causado pela fricção”. O cisalhamento, trata-se de uma deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes (BRASIL, 2013, p.2).

As úlceras surgem frequentemente em locais como os maléolos laterais, cotovelos, região occipital e região escapular. O seu desenvolvimento é multifatorial, mas o principal fator é a pressão exercida sobre um capilar, entre o arcabouço ósseo e uma superfície, colabando-o e ocasionando a necrose tissular (GOMES et al, 2010).

A UP é uma doença que tem uma difícil recuperação e isso gera nos pacientes um longo período de sofrimento. Isso ocorre devido ao processo de cicatrização da úlcera, uma vez que é lento. Autores estudados apontam que há prejuízo ainda quanto ao tratamento para os pacientes e a instituição, pois gera custos altos e aumenta a carga de trabalho da equipe de saúde. Segundo Santos et al (2013), estima-se que 0,4% a 38% de pacientes hospitalizados desenvolvem UP, sendo um problema de saúde persistente.

Para que este problema seja minimizado, faz-se necessário que seja feito um trabalho preventivo para que se reduza a sua incidência, com identificação de fatores de risco. Para tanto, ações de educação permanente da equipe multiprofissional torna-se elemento relevante no processo, bem como a prática baseada em evidências, em que se estabelece relação com o conhecimento e as experiências clínicas (SANTOS et al, 2013).

De acordo com Gomes et al (2011), é possível haver a identificação de pacientes em risco de desenvolver a doença para que se possa aplicar intervenções de cuidados e prevenção, com a utilização de instrumentos de avaliação específicos para o problema, ou seja, por meio de escalas de risco. No entanto, ressalta-se que na escolha de um método de avaliação de risco, alguns requisitos devem ser levados em consideração, tais como: eficácia, alta sensibilidade e especificidade,

facilidade de aplicação do instrumento de medida e presença de critérios claros e definidos.

Atualmente, as escalas mais conhecidas são a de Norton, Gosnell, Waterlow e Braden, que são relevantes para o prognóstico, já que a identificação dos pacientes em risco permite a implementação de medidas preventivas precocemente, o que pode reduzir pela metade a incidência da UP. Para a utilização destes instrumento, é necessário que o profissional tenha maior disponibilidade de tempo na assistência para sua avaliação e acompanhamento da doença com qualidade, mesmo que o uso deste não necessita de muita habilidade do profissional enfermeiro (ARAÚJO et al, 2011).

A Escala de Braden (EB) tornou-se o instrumentos de predição de risco para UP mais utilizados por enfermeiros, uma vez que auxilia a identificar de forma mais eficaz e possibilita o enfermeiro realizar o diagnóstico, planejamento e prescrição das intervenções de enfermagem, de acordo com o “Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão” (SANTOS et al, 2013).

Segundo Santos et al (2013, p. 112), “na aplicação da EB, os enfermeiros avaliam seis fatores específicos (subescalas de Braden) que contribuem ao desenvolvimento da UP: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento”.

Os cuidados com a integridade da pele e tecidos são elementos da prática do enfermeiro. Para tanto, a aplicação do processo de enfermagem para a elevação qualidade da assistência em saúde neste pacientes pode beneficiá-los, através de um atendimento individualizado, como também o profissional da enfermagem. Isso porque para os cuidados com UP torna-se necessário que seja realizado uma avaliação dos pacientes com identificação de riscos e, conseqüentemente, implementar as intervenções necessárias para prevenir complicações que podem comprometer o estado de saúde e a qualidade de vida dos mesmos (PEREIRA, et al, 2014).

As intervenções de enfermagem deve estar pautadas em medidas para a redução ou eliminação dos fatores desencadeantes, otimização do estado geral e nutricional do doente e no tratamento local (conservador ou cirúrgico). Para tanto, o profissional deve realizar diariamente uma inspeção da área ulcerada e um registro semanal das suas características objetivas: estado, dimensão, exsudado, presença de tecido necrótico, tecido de granulação, re-epitelização ou sinais de celulite. Com

o processo de enfermagem por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o profissional pode levantar questionamentos para o risco e elaboração de planos de cuidados para estes pacientes (ARAÚJO et al, 2011).

2.2 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

A SAE é desenvolvida por meio do planejamento de cuidados de enfermagem e composto por uma prescrição da situação do paciente de forma organizada e os objetivos diários da assistência a cada paciente. É uma estratégia assistencial que visa proporcionar ao paciente uma melhor qualidade assistencial. A implementação do SAE em instituições de saúde prevê como atividade privativa do Enfermeiro a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do Processo de Enfermagem (ANJOS et al, 2010).

De acordo com a resolução 359/2009 do COFEN, o processo da SAE é constituído de Consulta de enfermagem, o qual compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Para tanto, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas do processo. Conforme a Resolução, este processo deve ser da seguinte forma:

- I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
- II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
- IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
- V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, , 2009, p. 1).

Para que a SAE seja realizada de forma organizada e eficiente, existem diversos modos, entre as quais podemos citar os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o Processo de Enfermagem (PE). O PE, torna-se o elemento norteador neste processo de implementação, uma vez que visa à assistência ao ser humano, através da dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas. Este processo direciona o trabalho dos enfermeiros para determinar as necessidades identificadas a partir da história pregressa e durante a consulta de enfermagem, proporcionando um bom atendimento (HORTA, 1979 apud SPERANDIO; ÉVORA, 2005; TEIXEIRA; SILVA, 2009).

Segundo Figueiredo et al (2006 apud TEIXEIRA; SILVA, 2009), o processo de Enfermagem pode ser definido como um método através do qual a estrutura teórica da enfermagem é aplicada à prática e leva em consideração suas fases. Horta (1979) distingue as fases do processo em seis passos, sendo o primeiro processo o *histórico de enfermagem*: roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, os quais são significativos para o enfermeiro, tornando possível a identificação de seus problemas, devendo ser seguido em todos os tipos de serviços de saúde.

Caron e Silva (2002 apud TEIXEIRA; SILVA, 2009, p. 16) diz que “para o levantamento e validação dos dados, a participação do cliente no processo de enfermagem é de fundamental importância, pois ela expressa seus reais problemas, procurando realizar a troca de informações, expectativas e experiências”

O segundo passo definido por Horta (1979) é o *diagnóstico de enfermagem*. Neste processo são identificados as necessidades do ser humano e determinado pelo enfermeiro o grau de dependência em natureza e extensão. Após a realização o diagnóstico, faz-se então o Plano Assistencial determinando de forma global a assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido. Esse então passa a ser o terceiro passo. Horta acrescenta ainda que no *Plano Assistencial* é feito os encaminhamentos, supervisão (observação e controle), orientação, ajuda e execução de cuidados, todos de forma sistematizadas, auxiliando assim no cuidado.

O quarto passo definido por Horta é o *Plano de cuidado ou prescrição de enfermagem*. Nesta parte do processo é feito a coordenação da execução dos cuidados, realizando-os de acordo com as necessidades básicas e específicas do paciente. Collingwood, citado por Guimarães et al (2002) diz que o plano de

cuidados é um instrumento utilizado para auxiliar na individualização do cuidado do paciente, descrevendo qual cuidado o paciente deverá receber e como esse cuidado poderá ser melhor executado.

Guimarães et al (2002, tela 2) acrescenta afirmando que “inúmeras vantagens têm sido levantadas ao se aplicar o plano de cuidados na prática profissional, não só do ponto de vista do enfermeiro, mas principalmente do paciente, por tornar a assistência de enfermagem personalizada, eficiente e eficaz”. Neste processo de enfermagem, é realizada a avaliação do plano de cuidado, obtendo com isso dados necessários para a realização da próxima fase.

Segundo Teixeira e Silva (2009), as avaliações e resultados consistem em definir o estado geral do paciente num determinado momento ou tempo, eles indicam se a paciente teve uma melhora ou piora do estado clínico, servindo de base para um bom julgamento do sucesso de intervenções de enfermagem, incluindo também muitas variáveis para a obtenção de resultados significativos.

Na quinta fase, *a evolução de enfermagem*, consiste no relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano. O sexto e último passo do Processo de Enfermagem é definido por Horta como o *Prognóstico de Enfermagem*, o qual representa a estimativa da capacidade do ser humano em atender as suas necessidades básicas alteradas após a implementação do Plano Assistencial, e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

O Processo de Enfermagem (PE) é considerado pelos autores estudado nesta pesquisa como a base de sustentação da SAE e é um instrumento eficaz para assegurar a qualidade da assistência prestada.

3 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão integrativa, constituída por fases em que inicialmente foi estabelecido a hipótese e objetivos da revisão integrativa; os critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados.

Para guiar a revisão integrativa, buscou-se responder ao questionamento da pesquisa considerando-a relevante, uma vez que os resultados desta pesquisa poderão contribuir com a construção de conhecimentos dos profissionais enfermeiros para que se possa melhorar a assistência de enfermagem prestada ao portador de UP.

A busca na literatura foi realizada nas bases de dado LILACS e BDENF que integram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a recuperação das informações necessárias para o estudo, utilizou-se como descritores: Úlcera por Pressão. Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE). Intervenções de enfermagem. Ambas as palavras foram utilizadas de forma isolada e sem cruzamento dos descritores.

Como recorte temporal de publicações dos artigos com foco para úlcera por pressão, refinou-se os publicados entre 2012 a 2014. Para refinarmos ainda mais a pesquisa, utilizou-se critérios de inclusão e exclusão de artigos, sendo incluídos na pesquisa apenas artigos completos, com acesso aberto e publicados no idioma português. Como critério de exclusão foi descartado publicações disponíveis em resumo, em língua estrangeira, publicados antes de 2012 e as que não abordassem o tema de acordo com o foco desta pesquisa.

A revisão integrativa foi constituída de 12 artigos, em que 4 encontrados na base de dados BDENF e 8 na base de dados Lilacs, sendo os mesmos recuperados de forma online e selecionados de acordo com os critérios estabelecidos nesta pesquisa. Para a análise e posterior síntese destes artigos foi utilizado um quadro sinóptico, com descrição dos aspectos, considerados pertinentes: nome da pesquisa; nome dos autores; intervenção estudada; resultados; recomendações/conclusões.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada e dos resultados apresentados que possam subsidiar para a construção de conhecimento quanto a prática de enfermagem em UP, fornecendo subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão cotidiana.

4 RESULTADOS

A revisão integrativa da literatura resultou, após análise e seleção a partir dos critérios ora estabelecidos, em doze artigos, os quais foram criteriosamente analisados, afim de atingir o objetivo desta pesquisa. Dentre os doze artigos selecionados, todos tiveram em seu quadro de autores profissionais da área de enfermagem, ou seja, enfermeiros e técnicos atuantes na área de enfermagem. Dentre os autores, três eram acadêmicos do curso de Enfermagem com publicações em parceria com enfermeiros vinculados a Instituições de Ensino Superior, atuantes como docentes.

Das pesquisas estudadas, verificou-se que uma era resultado de Trabalho de Conclusão de Curso em formato de artigo original, além deste, o estudo foi composto por mais quatro artigos originais, cinco resultados de pesquisa, sendo uma delas acadêmica, uma revisão integrativa da literatura e um artigo de revisão.

Dos artigos avaliados, nove foram desenvolvidos em unidades hospitalares, uma em uma associação de deficientes físicos e dois em pesquisas em bases de dados científicas. Das pesquisas realizadas com sujeitos, sete foram realizadas com pacientes adultos e quatro com enfermeiros.

Na presente revisão integrativa, os artigos foram coletados, sendo encontrados oito na base de dados BDENF e quatro na base Lilac's. As revistas científicas as quais publicaram os artigos pesquisados são todas da área de enfermagem, brasileiras e da região sul e sudeste do país. A coleta dos dados foi feita no período de agosto a outubro de 2014.

O quadro 1 abaixo apresenta a síntese dos artigos pesquisados para a revisão integrativa.

Quadro 1: Síntese dos artigos da revisão integrativa.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR	INTERVENÇÃO ESTUDADA	RESULTADO	RECOMENDAÇÕES/ CONCLUSÃO
------------------	-------	----------------------	-----------	--------------------------

Análise da concordância da avaliação de estadiamento de úlcera por pressão	Flávia Sampaio Latini Gomes, Marisa Antonini Ribeiro Bastos, Fernanda Penido Matozinhos, Hanrieti Rotelli Temponi, Gustavo Velásquez-Meléndez	Avaliação da consistência dos diagnósticos de enfermagem por meio de imagens bidimensionais dos estágios de I ao IV do estadiamento das úlceras por pressão.	Nas primeiras avaliações houve grande variabilidade quanto a classificação do estadiamento das feridas entre as enfermeiras. Somente na terceira avaliação a variabilidade interobservador, medida pelo teste Kappa, foi considerada de ótima a perfeita.	O estudo identificou que a classificação adequada de estadiamento das úlceras por pressão depende, em grande parte, da capacitação dos profissionais que a realizam. Para tanto, recomenda que haja programas de educação em serviço para os enfermeiros das instituições de saúde.
Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão	Ana Gabriela Silva Pereira, Cássia Teixeira dos Santos, Dóris Baratz Menegon, Bruna Mello, Fernanda Azambuja, Amália de Fátima Lucena	A intervenção utilizada no estudo foi realizado em três grandes fases: a) identificação das prescrições de cuidados de enfermagem vinculados aos diagnósticos selecionados e relacionados à prevenção da UP; b) comparação de cada cuidado de enfermagem prescrito com as intervenções de enfermagem da NIC; c) organização de uma listagem de intervenções NIC para cada DE estudado, considerando-se o cenário de cuidado de prevenção de UP. As regras utilizadas no mapeamento cruzado tiveram base no referencial de Moorhead e Delaney, tendo como ponto de partida os DE da NANDA-I e as intervenções de enfermagem NIC, com seus diferentes níveis de ligação aos DE.	O diagnóstico de enfermagem em Risco de integridade da pele prejudicada se mostrou o mais indicado, uma vez que o mapeamento cruzado dos cuidados prescritos foram identificados de forma semelhante na intervenção prioritária da NIC Prevenção de úlcera por pressão. Os DE Síndrome do déficit do autocuidado, Mobilidade física prejudicada, Integridade tissular prejudicada e Integridade da pele prejudicada se mostraram menos acurados para descrever a situação de risco para UP, embora as prescrições de cuidado de enfermagem tenham se mostrado em parte com semelhança na NIC.	Aponta-se a necessidade de um Diagnóstico de enfermagem que retrate de maneira específica a questão do risco para UP, a fim de melhor explorar os fatores de risco desta lesão, como também facilitar o planejamento dos cuidados mais apropriados na busca de melhores resultados para o paciente.
Úlceras por pressão em pacientes com lesão medular traumática: subsídios na identificação microbiológica	Emiliana de Omena Bomfim, Danielle Bezerra Cabral, Luís Carlos Lopes-Júnior, Milena Flória-Santos, Giani Maria Cavalcante.	Uso de material biológico, com amostras de exsudato da superfície das UPs por meio de suabes com algodão estéril e mantidas em meio Ágar Sangue à temperatura ambiente e, em seguida, incubadas a 37°C por 24 a 48 horas para determinar a prevalência de espécies bacterianas em úlceras por pressão de pacientes com lesão raquimedular.	O estudo apontou que pesquisas anteriores detectaram microrganismos prevalentes em úlceras por pressão, sendo eles: <i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , <i>S. saprophyticus</i> , <i>Proteus spp.</i> , <i>Escherichia coli</i> e <i>Enterobacter spp.</i> Estes ocasionam infecções hospitalares através de cateteres, sondas e próteses.	O estudo apontou a relevância de investigação microbiológica para pacientes lesionados medulares para que, com a identificação e determinação do perfil bacteriano utilize-se estratégias e possibilitem uma redução da resistência microbiana e leva ao sucesso terapêutico.
Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-CE.	Lidia Samara de Castro Sanders Francisco Jose Maia Pinto	Investigação da ocorrência de UP por meio de teste de qui-quadrado de Pearson, sendo considerado Significante o valor de $p < 0,05$.	demonstrou-se uma ocorrência total de UP de 36% em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-CE	O estudo sugere haja treinamentos para equipe multidisciplinar da instituição estudada em relação aos aspectos preventivos e curativos das úlceras

				por pressão.
Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidentes	Cássia Teixeira dos Santos, Magáli Costa Oliveira, Ana Gabriela da Silva Pereira, Lyliam Midori Suzuki, Amália de Fátima Lucena	Utilizou o Processo de Enfermagem (PE) descrito em prontuário e a notificação do incidente no indicador de qualidade assistencial de UP como fonte de informação para comparar os dados notificados pelo indicador de qualidade assistencial de UP com os registros das evoluções de enfermagem no prontuário do paciente, e descrever o perfil clínico e os diagnósticos de enfermagem (DEs) dos pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais.	Dos 188 pacientes, seis (3%) apresentaram notificação de UP grau II ou mais, entretanto, 19 (10%) tiveram registro nas evoluções de enfermagem, constatando-se subnotificação de dados. A maioria eram mulheres, idosos e portadores de doenças cerebrovasculares. O diagnóstico de enfermagem mais frequente foi Risco de infecção. Os resultados mostraram o quanto os dados notificados em um sistema de indicador de qualidade assistencial de UP eram fidedignos e como se caracterizaram os pacientes que desenvolveram este tipo de lesão na hospitalização, utilizando-se para isto duas fontes de informação.	Concluiu que os DEs estabelecidos para os pacientes demonstraram ser comuns à prática clínica de enfermagem, mas não tão acurados. Assim, sugere-se estudo dos mesmos, como forma de aprimorar a sua acurácia por parte dos enfermeiros
A relação entre a dependência de cuidados, risco e úlcera por pressão	Janete de Souza Urbanetto Maria Angélica Casa Nova dos Santos Angeline Francines Poltozi Ana Lúcia Comparsi Pechansky Graziela Hax Aline Custódio	Utilização do teste Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher, com simulação de Monte Carlo e uso de estatística descritiva para a comparação de proporções entre as categorias de uma mesma variável. Analisou-se a associação entre os escores de cuidados do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) com as classificações de risco da Escala de Braden e a ocorrência de úlcera por pressão (UP).	O estudo encontrou associação do SCP (cuidados intermediários e semi-intensivos) e da Braden (Risco Moderado/Elevado) com a ocorrência de UP. Ainda constatou que as duas escalas estão associadas entre si, confirmando que os pacientes com classificação de cuidados semi-intensivos no SCP concentram-se na classificação de Risco Moderado/Elevado para o desenvolvimento de UP.	A utilização de instrumentos de avaliação dos pacientes são ferramentas importantes para o planejamento em saúde. É possível e indicada a utilização desses instrumentos para a avaliação de riscos para o desenvolvimento de UP em pacientes internados.
Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva	Emanoeli Agnes Stein, José Luís Guedes dos Santos, Aline Lima Pestana, Soeli Terezinha Guerra, Adelina Giacomelli Prochnow, Alacoque Lorenzini Erdmann	Utilização de entrevistas semi-estruturadas com oito enfermeiros e analisados mediante análise temática, com o intuito de identificar as ações de prevenção de Úlceras por Pressão UP utilizadas pelos enfermeiros na gerência do cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).	As principais estratégias preventivas referidas pelos enfermeiros foram mudança de decúbito, exame físico diário da pele, hidratação da pele, uso de coxins, suporte nutricional, uso de colchão piramidal e realização de massagens de conforto.	as enfermeiras demonstraram conhecimento das medidas necessárias à prevenção de UP. Recomenda-se que as enfermeiras busquem uma atualização contínua, por meio da participação em eventos/cursos relacionados à temática, para a criação de outros dispositivos pelo aumento de discussões e ações coletivas de capacitação a fim de melhoramento da prática clínica, efetivando a qualidade da oferta dos serviços de saúde e diminuição da incidência de lesões

Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente	Euzeli da Silva Brandão, Maria Helena Santanna Mandelbaum, Iraci dos Santos	Revisão na literatura com o objetivo de refletir sobre uma proposta de atuação da enfermagem, junto ao cliente, centrada na prevenção de úlceras por pressão.	Descobriu-se a importância da avaliação do cliente e os cuidados preventivos fundamentados em recomendações de órgãos públicos e em resultados de produção científica, inclusive da área de dermatologia, visando um atendimento sem riscos para a integridade física, mental e espiritual do cliente e para o profissional de enfermagem.	de pele. Implementação de programas educacionais estruturados, organizados, compreensivos e direcionados para todos os níveis de serviços de saúde.
Avaliação das úlceras por pressão por meio da aplicação da escala <i>pressure ulcer scale for healing</i> (push)	Stefy Letícia Pessoa Silveira, Grazielle Roberta Freitas da Silva, Elaine Cristina Carvalho Moura, Elaine Maria Leite Rangel, Jairo Edilson Rodrigues Barbosa de Sousa	Realização de avaliação do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em três UTIs de um hospital privado de grande porte de Teresina, Piauí por meio a escala PUSH, versão brasileira	O resultado do estudo apontou pelo predomínio de UPP no sexo feminino (52,6%), ≥ 80 anos (36,8%) e cor parda (52,6%); prevaleceram como cuidadores diretos os filhos (73,7%). Todos os pacientes apresentaram sonda vesical, incontinência intestinal e restrição ao leito com média de 1,18 anos ($\pm 5,18$). Limitações em 73,68% dos casos causadas pela doença de base, sendo que 84,2% estavam inconscientes. A prevalência de UPPs foi 61,29%, das quais 63,33% localizadas na região sacral, grau II, sendo que 29,6% eram tratadas com óleo AGE. A EFA foi a cobertura predominante (29,6%). Houve queda ou manutenção dos escores da escala..	A PUSH é útil na avaliação da cicatrização de feridas, permitindo monitorar resultados globais e apresentando-se válida para integrar protocolos, a fim de implementar a assistência de enfermagem
Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa	Ana Glecia Pimentel Alves, José Wicto Pereira Borges, Mychelangel de Assis Brito	Revisão integrativa da literatura com o objetivo de Analisar a utilização de escalas de avaliação de risco para Úlcera por Pressão (UPP) em Unidade de Terapia Intensiva.	Constatarem-se vários fatores de risco, tais como: a divergência na predominância da UPP em relação aos sexos, o índice de massa corporal e a dificuldade de mobilidade no leito, a percepção sensorial alterada comprometendo a verbalização de desconforto, e o uso da Sonda Vesical de Demora prevendo o surgimento das lesões. As pontuações das escalas mantiveram-se em risco elevado e a utilização da escala de coma de Glasgow ajudou na prevenção do risco para UPP quando associada à de Bradem.	As pontuações das escalas apresentaram graus de risco elevado para UPP. Destaca-se a utilização da escala de coma de Glasgow como um instrumento útil na prevenção do risco para UPP quando associada à escala de Bradem. São necessárias novas pesquisas que avaliem os riscos para UPP, bem a fim de proporcionar conhecimento que possa modificar essa realidade.
Prática do enfermeiro intensivista no tratamento de úlceras por pressão	Anna Lívia de Medeiros Dantas, Patrícia Cabral Ferreira, Késsya Dantas Diniz, Ana Beatriz de Almeida Medeiros, Ana	Uso de um roteiro de entrevista semiestruturado, constituído de duas partes, sendo a primeira para investigar os dados profissionais dos enfermeiros e a segunda,	As atuações do enfermeiro em pacientes com UP apontadas no estudo foi: a avaliação inicial; a escolha da cobertura, conforme avaliação individual; e a realização de desbridamento mecânico.	A atuação dos enfermeiros do estudo é restrita e não segue uma padronização dos cuidados. Para tanto, os autores acrescentam cuidados sistematizados para a

	Luisa Brandão de Carvalho Lira	sobre o manejo clínico de pacientes portadores de UPs. O objetivo desta intervenção foi analisar a atuação dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva no tratamento das úlceras por pressão		assistência em UP, dentre eles, a utilização de protocolos para prevenção e tratamento de úlceras por pressão, sendo uma importante ferramenta para a assistência. A implantação do protocolo de prevenção de UP significa uma decisão estratégica de fortalecimento das melhores práticas assistenciais.
Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem	Mara Rosane Vargas e Silva Nidea Rita Michels Dick Angela Conte Martini	Analisar a incidência de úlcera por pressão como indicador da qualidade assistencial no Hospital Coronel Frota/Porto Alegre no ano de 2010. Para tanto, utilizou-se de informações obtidas por meio da análise documental do formulário indicador assistencial, observação e análise voltadas às manifestações que foram registradas e às ideias elaboradas a partir delas.	Identificou-se com o estudo os fatores de risco as alterações nutricionais, de mobilidade e de nível de consciência. Destacou-se como cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão o uso de colchão piramidal e a mudança de decúbito.	Recomenda-se a Educação em Saúde, visando a formação profissional e humana por meio da educação em serviço e a busca pelo conhecimento científico para uma melhoria da qualidade da assistência prestada.

Fonte: Do autor

5 DISCUSSÃO

Os estudos na revisão integrativa apontam a importância do enfermeiro na intervenção efetiva na assistência em UP, em que possibilita que estas pessoas tenham um atendimento de maneira individualizada e humanizada com o objetivo de ao menos reduzir as incidências do desenvolvimento da UPP com base na aplicação de protocolos que visem à redução desse risco.

A revisão apontou que se faz necessário um maior conhecimentos dos profissionais quanto ao entendimento da avaliação da úlcera por imagens. Para tanto, sugere-se que haja a utilização de diferentes estratégias para minimizar a variabilidade de diagnostico quando este e realizado por testes visuais, entre elas o estabelecimento de protocolos, a aferição por mais de um profissional e reuniões e discussão entre a equipe. De acordo com o estudo, essas medidas podem diminuir a ocorrência de erros e melhorar a qualidade de intervenções propostas.

A literatura destaca o desafio do cuidar em enfermagem junto a pacientes com UP em que esta prática exige do enfermeiro habilidades e capacidade cognitivas, psicomotoras e afetivas, além do domínio de seu conhecimento específico, bem como de perícia no uso de técnicas de resolução de problemas e de coordenação/gerenciamento do plano de cuidado ao cliente.

Dentre os artigos estudados, uma pesquisa apontou que a melhoria do cuidado de enfermagem por meio da utilização de índices de úlcera de pressão é relevante para o planejamento do cuidado de enfermagem de qualidade em UP. Esta prática pode auxiliar na prevenção e no tratamento de UP. Para tanto, medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas.

Na revisão integrativa, observou-se que os autores estudados enfatizaram a importância da identificação dos fatores de risco da UP para então desenvolver o planejamento das ações de acordo com o seu diagnóstico. Para tanto, grande parte dos artigos destacam o uso de instrumentos ou escalas de avaliação de risco de UPP para facilitar a identificação de fatores predisponentes ou de risco para seu desenvolvimento, bem como com a utilização de seus dados, realizar o

planejamento de medidas preventivas para evitar o surgimento dessas lesões e ações para o seu tratamento.

Para tanto, as escalas de Norton, Gosnell, Waterlow e de Bradem são apontadas nos artigos revisados que ambas atuam de forma eficaz para o embasamento ao diagnóstico clínico realizado pelo profissional de enfermagem para a doença, bem como utilizada para a avaliação e planejamento de cuidado.

Nesta revisão integrativa, observou-se que nos últimos anos as pesquisas publicadas sobre UP tem sido mais intensificada. Acredita-se que esta evidência se dê em virtude da incidência da doença no país e em seus agravos e custos com o tratamento. Na revisão integrativa de Alves, Borges e Brito (2014), o estudo dos autores apontaram, no Brasil, índices de UP em UTI atingindo de 10,62% a 62,5% . Nos estudos realizados, a UTI foi o setor de maior prevalência da doença em virtude dos cuidados prolongado na Unidade em virtude do alto índice de dependência relacionada com o quadro clínico.

Nesta revisão integrativa, identificou-se nos últimos 2 anos publicações sobre a UP com investigação sobre a ocorrência da doença, mapeamento e sua incidência, indicadores de qualidade para a assistência de enfermagem, práticas/ações do enfermeiro no cuidado em UP, avaliações de risco e medidas de prevenção. As investigações são relevantes, uma vez que permite obter registros para futuras pesquisas e servir como fonte de informação e conhecimento para os profissionais e estes fatores auxiliam em suas práticas diárias durante a prestação da assistência, uma vez que passam a compreender melhor as ações e planejá-las com embasamento científico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa buscou atender ao objetivo desta pesquisa, identificando a prevenção e tratamento em UP pela enfermagem. Na revisão, observou-se que os artigos estudados apontam cuidados de enfermagem direcionados para a prevenção e tratamento da UP, enfatizando-se a importância de procedimentos sistematizados para o sucesso da assistência.

Nos artigos revisados, estudos apontam a necessidade e utilização do Processo de Enfermagem (PE) como metodologia norteadora da assistência, em que se aplica as fases deste processo para se planejar e implementar a assistência, uma vez que a sistematização deste processo permite que se faça uma investigação da doença, bem como o seu monitoramento da incidência do agravamento, fatores de risco, entre outros e assim permitir que se (re) pense em medidas preventivas e melhorias do cuidado ao paciente.

Assim, a execução dos processos da SAE possibilita um planejamento de cuidados de enfermagem em que expressa, de forma organizada, os objetivos diários da assistência ao paciente em UP, visando uma melhor qualidade assistencial. A SAE torna-se uma estratégia fundamental para a execução da prática do cuidado em pacientes com UP, bem como para resultados satisfatórios de seu tratamento, uma vez que permite a incorporação de evidências científicas à prática, o acompanhamento dos resultados obtidos e a documentação das ações de enfermagem. Constata-se então que a SAE trouxe para o enfermeiro uma nova metodologia de assistência de enfermagem, o qual possibilita a estes profissionais desenvolver atividades inovadoras.

O tema tem muita relevância para a área de saúde, principalmente para a área de enfermagem, uma vez que este profissional está diretamente relacionado com a assistência humanizada e no cuidado com a saúde de pacientes com fatores de risco de adquirirem UP. Sendo assim, o estudo pode contribuir como uma referência de conhecimentos sobre o tema em questão e assim auxiliar na conscientização de profissionais da área quanto aos cuidados na assistência em pacientes neste grau de risco, bem como para o seu tratamento e, assim, seguir os princípios que norteiam a sua profissão, o qual é fazer o melhor pelo paciente, prestando uma assistência qualificada e segura.

Contudo, destaca-se que ainda se faz necessário haver novas pesquisas sobre os cuidados e tratamento em UP para que se possa proporcionar conhecimento necessários aos profissionais diretamente ligados à assistência a pacientes em risco de UP para que se possa haver uma assistência sistematizada.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Ana Glecia Pimentel; BORGES, José Wicto Pereira; BRITO, Mychelangela de Assis. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. Online**, v.6, n.2, p.793-804, abr./jun. 2014.
- ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Implementação informatizada da Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma proposta na evolução do cuidar. **ConScientice Saúde**, v.9, n.1, p. 147-154, 2010. Acesso em: 19. jul.2014. Disponível em: <<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/2144/1701>>
- ARAÚJO, Thiago Moura de et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.4, p. 671-6. Jul./ago.2011.
- BARRA, D.C.C., et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** V.8, n.3, p.422-30, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm> Acesso em: 10.jul.2014.
- BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, LÍlian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumentos de coleta de dados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n.4, p. 617-628, Florianópolis, 2006. Acesso em: 10.jul.2014. Disponível em: <http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/1_BIMESTRE_2009/proposta_de_instrumento_de_coleta_de_dados.pdf?cidReq=SEMIO2>
- BOMFIM, Emiliania de Omena et al. Úlceras por pressão em pacientes com lesão medular traumática: subsídios na identificação microbiológica. **J. res.: fundam. care. Online**, v.6, n.2, p.747-758,. abr./jun.2014.
- BRANDÃO, Euzeli da Silva; MANDELBAUM, Maria Helena Santanna; SANTOS, Iraci dos. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v.5, n.1, p.3221-28, jan./mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Anvisa: Fiocruz, 2013. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>> Acesso em: 10.set.2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-359/2009**. Revoga a Resolução COFEN nº 241, de 30 de agosto de 2000 e a Resolução COFEN nº 262, de 12 de julho de 2001. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3592009_4385.html> Acesso em: 10.set.2014.

DANTAS, Anna Lívia de Medeiros et al. Prática do enfermeiro intensivista no tratamento de úlceras por pressão. **J. res.: fundam. care. Online**, v.6, n.2, p.716-724, abr./jun. 2014.

GOMES, Flávia Sampaio Latini et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p.1070-6, 2010.

_____. Análise da concordância da avaliação de estadiamento de úlcera por pressão. **REME Rev Min Enferm**. v.17, n.2, p. 250-253, abr./jun.2013

_____. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.2, p.313-18, 2011.

GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares et al. Utilização do plano de cuidados como estratégia de Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Ciência e Enfermagem**, v.8 n.2, 2002. Acesso em: 16 jul. 2014. Disponível em: <

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

LUZ, Sheila Rampazzo et al. Úlceras de pressão. **Geriatrics & Gerontologia**,v.4, n.1, p.36-43, 2010.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.4, p. 643-648, 2008. Acesso em 10.jul.2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a04.pdf>>

PEREIRA, Ana Gabriela Silva et al. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.3, p.454-61, 2014.

SANDERS, Lidia Samara de Castro; PINTO, Francisco Jose Maia. Ocorrência de Úlcera por Pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-CE. **REME – Rev. Min. Enferm.**v.16, n.2, p. 166-170, abr./jun., 2012.

SANTOS, C.T, et al.. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Rev Gaúcha Enferm.** V.34, n.1, p.111-118, 2013.

SERPA, Letícia Faria. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.1, [08 telas], jan./fev. 2011.

SILVA, Mara Rosane Vargas e; DICK, Nidea Rita Michels; MARTINI, Angela Conte. Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v.2, n.2, p.339-346, Maio/Ago.2012.

SILVA, Sandra Regina L. P. T.; SILVA, Marcelo Tardelli da. **Diário de Enfermagem**. 4 Ed. São Paulo: Martinari, 2008.

SILVEIRA, Stefy Letícia Pessoa.et al. Avaliação das Úlceras por Pressão por meio da Aplicação da Escala *Pressure Ulcer Scale For Healing* (Push). **R. pesq.: cuid. fundam. online.**, v. 5, n.2, p.3847-55, abr./jun. 2013.

SPERANDIO, Dircelene Jussara; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Planejamento da Assistência de Enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Revista Latino-Americana em Enfermagem**, v.13, n.3, p. 937-943, Nov./dez.2005. Acesso em: 14.jul.2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a04.pdf>>

STEIN, Emanoeli Agnes et al. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v.4, n. 3, p.2605-12, jul./set. 2012.

STUDART, Rita Monica Borges et al.Tecnologia de enfermagem na prevenção da ulcera por pressão em pessoas com lesão medular. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.3, p. 494-500, maio/jun.2011.

TEIXEIRA, Andressa Oliveira de Macedo; SILVA, Dayse Ferreira da. **Analisando a Sistematização da Assistência de Enfermagem a gestante com DHEG no centro de parto**. 2009. Monografia (Graduação de Enfermagem)- Universidade Potiguar, Natal, 2009.

URBANETTO, Janete de Souza et al. A relacao entre a dependencia de cuidados, risco e ulcera por pressão. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.4, p. 198-201, 2012.

WADA A; TEIXEIRA NETO, N.; FERREIRA, M.C. Úlceras por pressão. **Rev Med**, São Paulo, v.89, n.3/4, p.170-7, jul./dez. 2010.