



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

ELUANA COSTA DE OLIVEIRA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS
ÚLCERAS POR PRESSÃO

NATAL/RN
2015

ELUANA COSTA DE OLIVEIRA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS
ÚLCERAS POR PRESSÃO

Artigo científico apresentado como
requisito final para a conclusão da
disciplina de Trabalho de Conclusão
de Curso II.

Orientadora: Profa. Ms. Edilene
Castro dos Santos

RESUMO

As Úlceras Por Pressão, representa um grande problema nas unidades de internação. É definida como lesão na pele, tecido, músculo ou osso, causada por pressão intensa e/ou contínua. A medida mais simples e indispensável para a prevenção da úlcera por pressão, é a mudança de decúbito que reduz a força e cisalhamento, e a pressão do local. Diante do que foi exposto, surge o questionamento. Como acontece a assistência de enfermagem quanto a prevenção e tratamento das úlceras por pressão? O objetivo desta pesquisa é descrever a assistência de enfermagem quanto a prevenção e tratamento das úlceras por pressão. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativo do tipo revisão integrativa da literatura. O desenvolvimento das úlceras por pressão, é um fenômeno complexo que envolve tanto fatores relacionados ao paciente, quanto ao meio externo. Existem quatro fatores que podem levar ao aparecimento destas lesões: a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade. O diagnóstico das úlceras por pressão realiza-se através dos métodos visuais simples e palpação. É possível classificar as úlceras em estágios, o que permite fundamentar a elaboração de estratégias terapêuticas, são os estágios I, II, III e IV. A maioria das úlceras por pressão, poderiam ser evitada se houvesse maior conhecimento por parte dos profissionais de saúde. Os princípios do tratamento é manter a úlcera limpa, úmida, e coberta, favorecendo o processo de cicatrização. Ao avaliar os artigos relacionados com prevenção e tratamento, foram observados que os trabalhos relevaram a importância do enfermeiro ao realizar e implementar medidas de prevenção das úlceras por pressão.

PALAVRAS-CHAVES: Úlceras, Prevenção, Tratamento

ABSTRACT

Pressure ulcers, is a major problem in inpatient units. It is defined as an injury to the skin tissue, muscle or bone, caused by intense or continual pressure. The simplest and most essential way to prevent Pressure ulcers is changing body' position which reduces the strength and shear, and pressure of the location. Before the foregoing, the question arises. How nursing care as the prevention and treatment of pressure ulcers? The objective of this research is to describe the nursing care as prevention and treatment of Pressure ulcers. It is an exploratory descriptive study of qualitative approach to the type integrative literature review. We used the crossing with ulcers descriptors, therapy and nursing, the database LILACS and IBECs. They found a total of 19 articles, which were selected 6 to data collection. Were prioritized articles that prioritized prevention, with the development of algorithm therefore have low-cost and painless to the patient. Therefore it can be concluded how much is extremely important to nurse as main team member, to implement preventive ways of Pressure ulcers and trace the first options for a more effective treatment.

KEY-WORDS: Ulcers, Prevention, Treatment

1.INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO TEMA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

As Úlceras Por Pressão (UPP), representa um grande problema nas unidades de internação, podendo desenvolver outras complicações, apesar do empenho da equipe de enfermagem em preveni-las.

A UPP é definida como uma lesão provocada na pele, tecido, músculo ou osso, causada por pressão intensa e/ou contínua, levando à diminuição da circulação sanguínea, consequentemente à morte e necrose da pele (ALVES *et.al*, 2008).

Segundo Irion (2005), há definições para quatro tipos de estágio de úlceras.

Estágio I-Eritema não branqueável de pele intacta. Geralmente localizado sobre proeminências ósseas. Estágio II - Perda parcial da pele que envolve a epiderme, a derme ou ambas. A úlcera é superficial e apresenta clinicamente como uma abrasão ou flictena. Estágio III – Perda da espessura total da pele podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo com extensão até a fáscia subjacente, mas sem atingir totalmente. Estágio IV – Destruição extensa, necrose dos tecidos, ou lesão muscular e óssea ou das estruturas de apoio com ou sem perda de espessura total da pele. Sistema de estadiamento refere-se à profundidade da lesão observada e não corresponde necessariamente a uma progressão observável da lesão tissular. (IRION, p.121, 2005)

Por muito tempo as UPP foram descritas sendo um problema restrita da enfermagem, decorrente de cuidados inadequados por parte desses profissionais. Habitualmente uma úlcera resulta de cuidados domiciliares inadequados ou desenvolvem no próprio hospital, em pacientes acamados causando um grande problema na rotina das instituições e dos familiares, pois são de difícil cicatrização, alto custo e dor (POTTER, PERRY, 2012; SOUZA, 2005).

Existem vários estudos de avaliação de riscos, prevalência e incidência de UPP em pacientes internados Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Neurológica, Oncológica, Ortopédica, mais o enfoque para clientela geriátrica é mais extrema importância.

Segundo dados da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2013), EUA, a prevalência de UPP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7%. No Reino Unido, casos novos, acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital. Aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluem a óbito a cada em decorrência de complicações a UPP. O custo total estimado do tratamento das úlceras por pressão nos EUA é de 11 bilhões de dólares por ano. No

Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de UPP, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81%.

A prevenção da UPP, é mais importante que as propostas de tratamento, visto que o custo é menor e o risco do paciente é praticamente inexistente. Porém, este processo deve envolver uma equipe, multidisciplinar integrada para a obtenção de melhores resultados. O conhecimento e entendimento da definição, causas e fatores de risco por parte dos profissionais da saúde se faz por necessário, a fim de se implantar medidas de prevenção e tratamento mais eficazes (GOULART *et.al*, 2010).

A medida mais simples e indispensável para a prevenção da UPP, é a mudança de decúbito, que é realizada a cada duas horas, reduzindo a força e cisalhamento, e a pressão do local.

1.2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo visa a importância da assistência de enfermagem ao cliente com UPP, orientando e proporcionando meios, de que as prevenções bem executadas pelos profissionais de saúde, são mais eficientes e indolor ao paciente, do que o tratamento longo, doloroso e custoso e alertando de possíveis complicações que as úlceras possam vir a ocasionar.

Esse tema foi escolhido com critério, relatar para transparecer a atuação do enfermeiro diante a UPP, como finalidade de esclarecer dúvidas devido a prevenção e tratamento.

Diante do que foi exposto, surge o questionamento. Como acontece a assistência de enfermagem quanto a prevenção e tratamento das úlceras por pressão?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a assistência de enfermagem quanto a prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as ações de enfermagem quanto a prevenção e das UPP aos pacientes acamados.

Descrever os recursos terapêuticos disponível para tratar as UPP.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTÓRICO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

O desenvolvimento das Úlceras Por Pressão é um fenômeno complexo que envolve tanto fatores relacionados ao paciente, quanto ao meio externo, sendo a imobilidade o fator de risco de maior importância nos pacientes hospitalizados. Alterações no nível de consciência podem determinar a diminuição da percepção sensorial e consequente dependência para mobilização, fatores considerados como determinantes para o desenvolvimento das úlceras (FERNANDES, CALIRI, 2008, CARVALHO, 2011).

Existem quatro fatores que podem levar ao aparecimento destas lesões: a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade. Além da pressão, forças de cisalhamento e fricção podem agir sinergicamente no desenvolvimento de uma ferida em pacientes que são desnutridos, incontinentes, acamados ou com distúrbio mental. A UPP é definida como qualquer lesão provocada por pressão mantida sobre a superfície da pele que causa dano ao tecido subjacente. Em geral, ocorre sobre as proeminências ósseas e são separadas em estágios para a classificação do grau de dano tissular observado (IRION, 2005).

Cisalhamento, é a deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes. Classificação da UPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual (BRASIL, 2013).

O diagnóstico das UPP realiza-se através dos métodos visuais simples e palpação; com eles é possível classificar as úlceras em estágios, o que permite fundamentar a elaboração de estratégias terapêuticas. Visando a orientar a melhor conduta clínica, *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) classificou as úlceras em quatro estágios. Acrescidos a esses estudiosos dos EUA, atualmente, propõem duas categorias adicionais para classificação; UPP não estadiável, ou não classificável e a lesão com suspeita de perda tecidual profunda (CARVALHO, 2011).

Sua classificação é apresentada da seguinte forma:

Estágio 1: Eritema não branqueável: pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea.

(O estágio 1 - pode ser difícil de se identificar em indivíduo com tons escuros), esse estágio pode ser indicativo de pessoas “em risco” (BRASIL, 2013).

Estágio 2: perda parcial da espessura da derme, que se apresenta, como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa esfacelo. Pode também apresentar como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso. Apresenta-se ainda como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (um indicador de lesão profunda) (BRASIL, 2013).

Estágio 3: Apresenta-se como uma cratera profunda, podendo apresentar ou não danos aos tecidos adjacentes. A gordura subcutânea pode estar visível, mais o tendão e os ossos não. A profundidade de uma UPP em estágio III varia de acordo com as áreas anatômicas em que essas se situam (CARVALHO, 2010).

Estágio 4: Perda total da espessura dos tecidos com intensa destruição ou nas estruturas de suporte, como cápsula articular e tendões; a osteomielite pode surgir. Neste estágio, os ossos aparecem expostos, os tendões são visíveis e palpáveis, podem evidenciar túneis com produção constante de exsudato (CARVALHO, 2011).

Não estadiável: quando há perda total de espessura da pele, onde a base da UPP, apresenta tecido necrótico (amarelo, bege, cinza, verde ou marrom) e ou escara (bege, marrom ou preta). A escara obscurece a profundidade da lesão, sendo necessária, a princípio, a remoção da necrose para possibilitar o estadiamento da UPP. Estável, quando as úlceras se apresentam secas, aderentes, sem eritema ao redor ou flutuação e se encontram comumente localizadas nos calcanhares. As mesmas devem ser preservadas como “cobertura biológica natural”, portanto, não devem ser removidas (NPUAP, 2007).

3.1.1 Lesão suspeita de perda de profundidade

Neste tipo de lesão a profundidade é desconhecida. Apresenta-se na coloração marrom ou roxa, situada em área de pele intacta. Pode, também, apresentar-se descolorida ou em bolhas cheias de sangue, devido aos danos que acometem os tecidos subjacentes e/ou devido ao cisalhamento da área (CARVALHO, 2011).

3.2 SISTEMA TEGUMENTAR

O sistema tegumentar recobre o corpo, protegendo-o contra o atrito, a perda de água, invasão de microrganismos, e a radiação ultravioleta. Converte moléculas precursoras em vitamina D e tem um papel na percepção do tato, termo regulação,

na excreção de substâncias e na secreção de lipídios protetores e de leite (JUNQUEIRA, CARNEIRO, 2008).

O indivíduo adulto encontra-se revestido por aproximadamente 2 m² de pele, com aproximadamente 2 mm de espessura. Isso faz da pele o maior órgão do corpo humano, que representa 16% do peso corporal, e sua principal função é revestir e delimitar o nosso corpo. É composta de três camadas: epiderme, derme, hipoderme ou tecido subcutâneo (JUNQUEIRA, CARNEIRO, 2008, IRION, 2005).

A epiderme, é a camada externa, formado pelo epitélio pavimentoso estratificado queratinizado, originado a partir do ectoderma cutâneo. Sem vascularização, formada por várias camadas de células. Tem como função principal a proteção do organismo e a constante regeneração de pele. Impede a penetração de microrganismos ou substâncias químicas destrutivas, absorve radiação ultravioleta do sol e previne as perdas de fluídos e eletrólitos (BRASIL, 2012).

Derme é a camada intermediária, constituída por tecido fibroso, fibras de colágenos, reticulares e elásticas. Nela, se situam os vasos, os nervos, e os anexos cutâneos (glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos) (BRASIL, 2012).

A hipoderme é a camada mais profunda da pele, também chamado de tecido celular subcutâneo. Tem como a principal função o depósito nutritivo de reserva, funcionando como isolante térmico e proteção mecânica, quanto as pressões e traumatismo externos facilitando a mobilidade da pele em relação às estruturas subjacentes (BRASIL, 2012).

3.3 CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS

A pele, quando lesada, inicia imediatamente o processo de cicatrização. Após uma lesão, ocorre uma sequência determinada de eventos que levam à correção do defeito e a restauração da superfície da pele (IRION, 2005).

Quanto ao grau de contaminação, as feridas limpas, são produzidos em ambientes cirúrgico. Há reação inflamatória. São consideradas contaminadas aquela que passou seis horas após o ato que resultou em ferida. O risco de infecção atinge de 10 a 17%. Infectada: Apresenta sinais nítidos de infecção (POTTER, PERRY, 2012).

Quanto a cor: vermelha, indica tecido de granulação, saudável e limpo. Amarelo: Indica a presença de exsudato ou secreção e a necessidade de limpeza da ferida. Preta: Indica a presença de necrose. O tecido necrótico, torna mais lenta a

cicatrização e proporciona um local para a proliferação de microrganismo (POTTER, PERRY, 2012).

A restauração da pele ocorre por meio de um processo dinâmico, contínuo, complexo e interdependente composto por uma série de fases sobreposta, denominada de cicatrização (BRASIL, 2012).

3.3.1 Fases de Cicatrização

Reação inflamatória é a primeira etapa desse processo, constituída pela resposta inicial do organismo ao trauma. (OLIVEIRA, DIAS, 2012)

Ocorre com uma reação vascular e inflamatória, que conduz a hemostasia, à remoção de resto celulares e de microrganismo. Imediatamente, após o trauma, ocorre a vasoconstrição que leva a parada de sangramento. A inflamação leva às conhecidas manifestações clínicas de calor, dor, edema e perda de função, sinais que podem ser mínimos, transitórios ou duradouros. A infecção intensifica e prolonga a inflamação (BRASIL, 2012; OLIVEIRA; DIAS; 2012).

Proliferação é a segunda etapa. Ocorre após a reação inflamatória inicial e compreende os seguintes estágios: granulação, epitelização e contração. A granulação é a formação de um tecido novo composto de novos capilares (angiogênese), da proliferação dos fibroblastos responsável pela síntese de colágeno. (BRASIL 2012, OLIVEIRA, 2012; DIAS, 2012).

Maturação e remodelagem é a terceira etapa do processo de cicatrização. Trata-se de um processo lento, que se inicia com a formação do tecido de granulação e da reorganização das fibras de colágeno proliferado, estende-se por meses após a revitalização (BRASIL 2012; OLIVEIRA, 2012; DIAS, 2012).

A pressão contínua sobre a área lesada por proeminências ósseas, impede que o fluxo sanguíneo chegue aos tecidos. Na Infecção, prolonga a fase inflamatória do processo de cicatrização. O Edema caracteriza o acúmulo de líquidos no organismo devido. A idade é fator importante na cicatrização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; IRION, 2005).

3.4 PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

O surgimento das UPP, produz intenso sofrimento nas pessoas que delas padecem e suas famílias, além de repercutir negativamente nos índices de

qualidade dos serviços de saúde e sobre o custo que se produz ao tratá-la.

3.4.1 A escala de Risco de Braden

Foi publicada em 1987 e tem sido utilizada principalmente nos Estados Unidos da América (EUA). É uma das medidas utilizadas para identificar o risco de pessoas em desenvolver UPP. Essa escala, tem sido validada e aplicada, desde então, em várias instituições brasileiras de saúde (CARVALHO *et.al*, 2011).

Possui seis sub escalas que refletem os determinantes críticos de pressão (mobilidade, atividade percepção sensorial) e fatores que influenciam na tolerância da pele à pressão (umidade da pele, estado nutricional, fricção e cisalhamento). Cada sub escala é graduada de 1 a 3 ou 4 pontos, num total máximo de 23 pontos. Uma baixa pontuação na escala de Braden indica alto risco ao paciente desenvolver UPP (CARVALHO *et.al*, 2011).

3.4.2 Escala de Norton

Foi primeira escala relatada na literatura é a de Norton. Ela é marca cinco fatores de risco: condição física, condição mental, atividade, mobilidade e incontinência. Cada um dos fatores de risco é dividido em vários níveis, e cada nível é pontuado numa escala de 1 a 4, com uma ou duas palavras descritas para cada nível. A soma dos cinco níveis produz uma pontuação que pode variar de 5 a 20, com uma baixa pontuação indicando o risco aumentado (POTTER, PERRY, 2012).

3.4.3 Escala de Avaliação de Gosnell

É constituída por cinco fatores de risco, sendo uma adaptação da escala de Norton, acrescentando nutrição e retirando condição física, sendo que sua pontuação varia entre 5 a 20 cuja fase crítica ainda está em teste (ALVES, 2014; BORGES, 2014).

3.4.4 Escala de Risco de Waterlow

Utiliza variáveis tais como IMC (Índice de Massa Corporal), continência, mobilidade, sexo, apetite, tipo de pele, débito neurológico, nutrição e medicações

que variam entre 10 a 20 pontos, sendo que quanto a maior a pontuação, maior o risco (ALVES, 2014, BORGES, 2014).

A maioria das UPP, poderiam ser evitadas se houvesse maior conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, a respeito das características principais dos pacientes que as desenvolvem e das escalas de avaliação de risco, com possibilidade de realizar prognóstico e, assim, preveni-las (CARVALHO, 2011).

A medida mais simples para a prevenção das UPP, é a mudança de decúbito para alívio da pressão. Ela deve ser realizada sistematicamente, a cada duas horas ou mesmo antes, quando for evidenciado alto risco para o desenvolvimento da UPP. Medidas de apoio, como almofadas, coxins e rolos de espuma, devem ser utilizadas para apoiar e distribuir o peso corporal sobre o leito e promover o alívio das áreas ósseas (CARVALHO, 2011; POTTER, PERRY, 2012).

Para aplicação de coxins e outros aparatos, o profissional deve ter em mente que os mesmos não sejam aplicados diretamente sob a área que pretende aliviar, pois a aplicação direta exercerá pressões contínuas mesmo que em menores níveis, mas que são capazes de atuar na etiologia da UPP. Desse modo, tais coxins, almofadas e travesseiros devem ser utilizados em nível mais acima da área que se pretende aliviar, pois a parte do corpo se eleva e a proeminência óssea fica livre de pressão (CARVALHO, 2011).

A hidratação da pele através de adequada ingestão hídrica e nutrição equilibrada, podem contribuir para a prevenção da UPP. A pele necessita ser lubrificada, diariamente com emolientes ou hidratantes. Evitar o uso de água quente e preferir água morna durante o banho. (CARVALHO, 2011)

Em caso de incontinência urinária, o uso de sonda vesical de demora, ou dispositivo urinário externo, pode ser aventado para assegurar a integridade da pele. Exceto quando houver risco maior de infecção do trato urinário. Os colchões infláveis de pressão regulada são recomendados por permitir a aplicação simultânea de esvaziamento e aumento de pressão. (CARVALHO, 2011).

3.5 TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO E TIPOS DE COBERTURA

Os profissionais envolvidos com o tratamento de úlceras, devem estar preparados e atualizados, sobre o processo dinâmico da cicatrização e os fatores que interferem com o mesmo e também, estabelecer critérios para a seleção do tratamento indicado para cada tipo de lesão considerada a efetividade, mecanismo

de ação, contraindicação, frequência de troca dos curativos e custo operacional.

A implementação de terapia tópica tem por objetivo criar um microambiente local adequado no leito da úlcera. Os princípios do tratamento é manter a úlcera limpa, úmida, e coberta, favorecendo o processo de cicatrização (BRASIL, 2012)

A cicatrização em meio úmido, reduz a dor, devido às terminações nervosas estarem imersa; o risco de infecção é menor, em decorrência da quantidade reduzida de tecido morto, o que inibe a presença de microrganismo; causa menor dano aos tecidos na remoção do curativo; existe menor risco de contaminação, por causa do ambiente fechado, que inibe a oxigenação das bactérias e promove desbridamento autolítico eficaz, permitindo a hidrólise das proteínas (BRASIL, 2012; IRION,2005).

Quatro princípios precisam ser considerados no tratamento local das UPP: Aliviar ou eliminar a fonte ou a causa da UPP; otimizar o microambiente; Apoio ao paciente com feridas; Fornecimento de educação (CALIRI, 2010).

Para uma avaliação completa das úlceras, devemos observar: Tamanho (largura, comprimento) em centímetros; Profundidade em centímetros; Presença de túneis, fístulas – medir em centímetros; Presença de descolamento, lojas - medir a profundidade e extensão e documentar a localização usando a posição dos ponteiros do relógio como referência. Localização; Drenagem (exsudato) – cor, odor, qualidade. Presença de tecido necrótico; Evidência de infecção (CALIRI,2010).

Para o curativo, para ser eficaz, deve atender às seguintes finalidades: Ser impecável à água e outros fluídos, permitindo as trocas gasosas; Ser de fácil aplicação e remoção, sem causar traumas; Auxiliar na hemostasia; Proteger a UPP contra traumas mecânicos e infecções; Promover um ambiente úmido; Absorver secreções; Tratar as cavidades existentes na úlcera; Promover desbridamento; aliviar a dor; Proporcionar condições favoráveis às atividades da vida diária do doente (CALIRI, 2010).

Objetivos da Seleção da Terapia Tópica: Eliminar tecido não viável ou com o desbridamento cirúrgico, mecânica, químico ou autolítico; eliminar a infecção; atender as características da ferida; atender as metas da terapia para o paciente e família; ser prático para o paciente e família; ter boa relação custo/benefício (CALIRI, 2010).

3.5.1 Tipos de cobertura tópica

Gaze umedecida com solução fisiológica: Indicação - Manutenção da úlcera úmida, indicada para todos os tipos de úlcera. Mecanismo de Ação: Mantém a umidade, favorece a formação de tecido de granulação, amolece os tecidos desvitalizados, estimula o desbridamento autolítico, absorve exsudato. Vantagem: Usado para grandes feridas com grande volume de exsudato, baixo custo. (CALIRI, 2010; BRASIL 2012).

Hidrocolóides - Indicação: As que são em forma de placas são indicadas para úlceras pequenas ou moderada quantidade de secreção. Em forma de pasta, indicadas para úlceras profundas, podendo ser usados para preencher os espaços mortos da mesma. Mecanismo de Ação: Estimula o crescimento de novos vasos tecido de granulação e protege terminações nervosas, mantém o ambiente úmido. Vantagem: Protege o tecido de granulação e epitelização de ressecamento e trauma. (CALIRI,2010; BRASIL,2012).

Filme transparente: Indicado em úlceras superficiais com drenagem mínima em grau I, feridas cirúrgicas com pouco exsudato, e prevenção das UPP. Mecanismo de ação: Mantém o ambiente úmido, favorece o desbridamento autolítico, favorecendo a cicatrização. Pode também ser utilizado como curativo secundário. Contraindicados: não é recomendado para úlceras exsudativas, profundas e infectadas. Vantagens: São permeáveis as bactérias, fornecendo assim uma barreira mecânica, mantém o ambiente úmido para a ferida, permite a sua visualização (CALIRI, 2010; BRASIL, 2012).

Alginato de cálcio: Indicações – usado em úlceras infectadas e exsudativas. Mecanismo de Ação: Tipo de curativo com propriedade desbridante. Vantagens: São altamente absorventes, diminuindo a necessidade de troca do curativo, pode ser usado em diferentes tipos de ferida, tem propriedades hemostáticas em pequenos sangramentos (CALIRI,2010; BRASIL, 2012).

Carvão ativado: Indicações: Pode ser usado em todas as feridas crônicas com presença de exsudato e odor. Mecanismo de Ação: Esse tipo de curativo tem propriedade desbridante. Vantagens: Auxilia na redução a carga bacteriana que dificulta ou impede a cicatrização, reduzindo o exsudato e o odor. É confortável, pode permanecer até 7 dias, dependendo da quantidade de secreção (CALIRI,2010; BRASIL, 2012).

Sulfadiazina de Prata: Indicações: Prevenção da colonização e tratamento de queimadura. Contraindicação: Em casos com grandes áreas (mais de 25% de

extensão), em mulheres grávidas, recém-nascidos e prematuros(CALIRI,2010; BRASIL, 2012).

Ácidos Graxos Essenciais (AGE) ou Trigliceril de Cadeia Média (TCM): Indicação: Prevenção e tratamento de dermatites, UPP, tratamento de úlceras aberta com ou sem infecção. Mecanismo de Ação: Promove a quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogênese, mantém o meio úmido e aceleram o processo de granulação tecidual (CALIRI,2010 BRASIL,2012).

Papaína: Indicações: Tratamento de úlceras aberta, infectadas e desbridamento de tecidos desvitalizados ou necróticos. Obs. Durante o preparo e aplicação da papaína deve-se evitar o contato com metais, devido ao risco de oxidação. E devem ser conservado em geladeira (CALIRI,2010; BRASIL, 2012).

3.5.2 Desbridamento/ Debridamento

É a remoção do tecido desvitalizado presente na ferida. Atualmente os métodos utilizados na prática clínica, são o autolítico, enzimático, mecânico e cirúrgico:

Autolítico - Usa enzimas do próprio organismo humano para dissolver o tecido necrótico. Isto ocorre quando os curativos oclusivos ou semi-oclusivos são utilizados. Geralmente não causam dor e requer em pouca habilidade técnica para a sua realização. O desbridamento pode ser bastante lento, mas é o mais seletivo. Na presença de infecção ou grandes extensões de necrose assim como em pacientes imunodeprimidos o seu uso é contraindicado. A ferida apresenta odor durante o processo de desbridamento. As coberturas sintéticas como hidrocolóide, hidrogel, e filmes transparentes promovem o desbriamento autolítico (CALIRI, 2010; BRASIL, 2012).

Enzimático: Utiliza agentes químicos que são seletivos para o tecido necrótico e causam danos mínimos em tecidos saudáveis. Podem ser utilizados em feridas extensas com quantidades moderados de tecido necrótico. Podem ter custos elevados e requerer prescrição para compra. Os dois agentes mais comuns é a collagenase e papaína (CALIRI, 2010; BRASIL, 2012).

Mecânico: usam força física para remover o tecido necrótico sendo produzido pela ficção com pinça, gaze, pela retirada da gaze aderida ao leito da ferida ou pela hidroterapia que força a remoção. Os curativos de gaze é uma técnica bastante popular, não são seletivos e danificam o tecido saudável ao remover o tecido necrótico; a cicatrização pode demorar mais tempo. O principal benefício da

hidroterapia, apresenta um melhor custo-benefício (CALIRI,2010, BRASIL,2012; IRION, 2005).

Desbridamento cirúrgico: Utiliza-se métodos cirúrgicos para remoção do tecido necrótico. É um método rápido, porém agressivo. É utilizado para preparar uma ferida para receber enxerto. É considerado invasivo e de custos elevado, requer o uso de sala cirúrgica. O desbridamento instrumental pode ser realizado no leito do paciente por profissional não médico, desde que habilitado. Para o enfermeiro, essa prática é regulamentada pelos Conselhos Regionais de cada estado (CALIRI,2010; BRASIL, 2012).

Motivos para o desbridamento: A otimização da cicatrização de uma ferida é um objetivo presente em qualquer caso e é também importante, para diminuir a ameaça de infecção. O tecido desvitalizado, age por um meio para infecção, o que pode resultar em fístulas e abscessos. Um desbridamento rápido pode trazer uma ferida de volta ao equilíbrio bacteriano (IRION,2005).

Muitas soluções tópicas, pomadas e cremes são utilizados nas feridas. As informações abaixo podem ser úteis para decidir o que não usar:

Antibacterianos tópicos frequentemente são prescritos para tratamento das feridas. Antissépticos, no Brasil, o uso é pelo Ministério da Saúde. Exemplos: PVPI (Povidine), ácido acético, hipoclorito de sódio, água oxigenada. Solução salina normal não causa efeitos colaterais e pode ser usada com segurança. No ambiente domiciliar onde existe fornecimento regular de água potável, pode ser utilizada na limpeza de feridas (CALIRI, 2010).

3.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

É importante realizar o exame detalhado da pele diariamente para detecção precoce das áreas de risco e até mesmo a evolução de lesões pré-existente. O momento do banho no leito, é ideal para as avaliações das lesões e também a inspeção da pele, buscando alterações através de métodos visuais e palpáveis.

Rangel e Caliri (2006), afirma que as estratégias de prevenção da UPP, consiste em avaliar o paciente a partir da sua admissão e a reavaliação periódica, inspeção da pele diariamente e a sua proteção contra excesso de umidade, ressecamento, fricção, cisalhamento, iniciar o tratamento ao identificar anormalidades, uso de superfícies de suporte e alívio da carga mecânica e pôr fim a educação dos profissionais de saúde, pacientes, familiares e cuidadores.

A prevenção das UPP, são cuidados básicos de toda equipe de enfermagem, que devem ser executados durante todo tempo de internamento.

O enfermeiro, é visto como líder da equipe, e é responsável pelo gerenciamento do cuidado. Gerenciamento este, que destaca na tomada de decisão e que propicia a melhor escolha, da melhor prática de cuidado a ser empregada ao paciente hospitalizado (SOUZA, *et. al*, 2010).

Em 8 artigos estudados, indicam a escala de Braden, como instrumento de avaliação de risco para o aparecimento das UPP. É uma escala que demonstram os melhores valores preditivos reportados, constituindo-se um referencial agregado aos julgamentos clínicos dos enfermeiros.

A enfermeira avalia continuamente a pele a respeito de sinais do desenvolvimento de uma úlcera. Calor localizado, edema e tumefação, foram todos identificados como sendo sinais de alerta para o desenvolvimento das UPP. Como nem sempre é possível detectar sinais de rubor, em peles mais pigmentadas, estes sinais adicionais devem ser utilizados na avaliação. O cliente debilitado a um ponto de vista neurológico, ao cliente cronicamente doente em cuidado de longa duração. Devemos notar quando a pele apresentar hiperemia reativa anormal, e delimitar a região afetada com um marcador para fazer uma reavaliação mais fácil. Esses sinais são indicadores precoce da integridade danificada da pele (NPUAP, 2009; POTTER, PERRY, 2012).

A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e aonde exista a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil (NPUAP, 2009).

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativo do tipo revisão integrativa da literatura.

A pesquisa descritiva exploratória, é definida como um método de pesquisa de dados secundários, que resume a literatura de um problema clínico ou fenômeno de interesse que incorpora múltiplas perspectivas e tipos de literatura. O termo revisão integrativa, é a expressão utilizada para indicar a análise sistemática e síntese da investigação sobre o tema alvo (SERTÓRIO, BREVIDELLI, 2010).

A pesquisa descritiva é um “procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo de conhecimento”. A pesquisa, portanto, é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais (LAKATOS, MARCONI, 2010).

Uma pesquisa qualitativa descritiva, consistem em investigação de pesquisa empírica cuja principal finalidade é delineamento ou análise das características de fato ou fenômenos. Qualquer um desses estudos pode utilizar métodos formais, que se aproximam dos projetos experimentais. Todos eles, empregam artifícios quantitativos tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações (LAKATOS, MARCONI; 2010).

No caso de pesquisa exploratória, são investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para uma realização de uma pesquisa futura mais precisa, ou modificar e clarificar conceitos (LAKATOS, MARCONI; 2010).

A revisão integrativa é definida como um método de pesquisa de dados secundários, que resume a literatura de um problema clínico ou fenômeno de interesse que incorpora múltiplas perspectivas e tipos de literatura. O termo revisão integrativa, é a expressão utilizada para, indicar a análise sistemática e síntese da investigação sobre o tema alvo (SERTÓRIO, BREVIDELLI; 2010).

As seis fases da pesquisa integrativa são: seleção de hipótese ou questão para revisão; estabelecimento de critérios da seleção de amostra; categorização dos estudos e síntese do conhecimento produzido; análise de dados e resultados; e interpretação de resultados.

A coleta de dados foi realizada através da BVS (Biblioteca Virtual da Saúde)

pela base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e biblioteca IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), onde foram capturados os artigos disponíveis online e gratuitamente.

Os descritores para pesquisa foram enfermagem, úlcera, terapêutica, foi pelo operador booleano AND ((Enfermagem) AND (Úlceras) AND (Terapêutica)). Primeiramente ocorreu a leitura dos títulos e após os resumos, onde totalizará a amostra final.

Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na língua portuguesa, e na íntegra. Os critérios de exclusão, foram os artigos escritos em outro idioma só apresentarem resumos e não contemplarem os objetivos proposta.

A análise dos resultados, ocorreu através de um quadro sinóptico descritivamente.

Esquema de revisão/fluxograma



Fig 2: Foram encontrados um total de 16 artigos pelo LILACS, e 3 pela IBECS, conforme as palavras-chaves citadas. Sendo retirados 5 da LILACS e 1 IBECS artigos para a revisão bibliográfica.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta aconteceu no mês de setembro onde foram aplicados critérios de inclusão.

CÓDIGO	TÍTULO	AUTOR	PERIÓDICO/ BASE DE DADOS	ANO
1	Avaliação das escaras de risco para úlceras por pressão em pacientes críticos. Uma corte prospectiva.	Borghardt, <i>et. al</i>	Rev. Latino Americana De Enf. e LILACS	Abril/2015
2	A produção científica acerca da aplicabilidade da fenitoína na cicatrização de feridas	Firmino, <i>et. al</i>	Rev. Esc.. Enf.. (USP). LILACS	2014
3	Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão	Pott, <i>et al</i> ;	LILACS; Cogitare Enf.	2013
4	O autocuidado para o tratamento de ulcera de perna falciforme: orientações de enfermagem	Martins, <i>et al</i> .	Esc. Ana Nery De Enfermagem. e LILACS	2013
5	Úlceras de pressão de notação e feridas crônicas. A folha de registo na Primária / Avaliação de úlceras de pressão e feridas crônicas cuidados	Rodriguez Palma, M; Malia Gázquez, R; Barba Chacón, A	IBECS; Rev. <i>Nurse Papel</i> .	2011
6	A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado	Alves, et, al.	Rev. Inst. Ciências Da Saúde. E LILACS	2008

QUADRO 1: Síntese dos artigos encontrados da revisão integrativa, Natal/RN, Brasil, 2015

ARTIGO	METODOLOGIA	RESULTADOS	ASSISTÊNCIA	PREVENÇÃO	TRATAMENTO

Avaliação das escaras de risco para úlceras por pressão em pacientes críticos. Uma corte prospectiva.	Revisão integrativa, quali-quantitativa com base de dados, lilacs e Rev. Latino Americana de Enfermagem	A incidência de UPP foi de 30,9%, utilizando as escalas de Braden e de Waterlow apresentaram, nas três avaliações, alta sensibilidade (41% e 71 %) e baixa especificidade (21% e 47%), respectivamente.	Avaliar a precisão das escalas de avaliação de risco em pacientes internados em estados críticos	Mudança de decúbito em 2/2 horas, de massagem de conforto.	Serão avaliadas o uso de específicos de cobertura, para melhor êxito.
A produção científica acerca da aplicabilidade da fenitoína na cicatrização de feridas.	Revisão integrativa da literatura e análise pela hierarquia das práticas baseadas em evidências	Analísaram-se 18 artigos que testaram a intervenção em feridas como úlceras de perna, por hanseníase, pé diabético, úlceras por pressão.	Necessário fazer um protocolo para o uso da fenitoína, como outra opção de agente de cura na prática clínica.	Conclui-se que a fenitoína tópica é uma evidência científica.	Uso sistêmico da fenitoína no tratamento.
Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão.	Estudo descritivo com objetivou de descrever o desenvolviment o de um algoritmo para a prevenção e tratamento de UPP.	A elaboração e estruturação do algoritmo compreenderam três momentos: avaliação da enfermagem, ações de cuidado, e proposta terapêutica.	O algoritmo é uma tecnologia formulada a partir de evidências científicas para subsidiar a prática baseada em evidências, e facilita o gerenciamento do cuidado de enfermagem.	O uso de hidrocolóides na região sacra, é um ótimo meio de prevenção para UPP na região sacra.	A partir da necessidade do cliente, será escolhido um tipo de cobertura específica.
O autocuidado para o tratamento de úlcera de perna falciforme: orientações de enfermagem	Trata-se de um estudo longitudinal com abordagem quantitativa realizado com 40 clientes no setor de curativos de uma instituição de saúde pública, especializada no tratamento hematológico, situada no Rio de Janeiro.	O objetivo deste estudo foi verificar a eficácia do Programa do Autocuidado, pela progressão do processo cicatricial de úlcera da perna falciforme.	Com a implementação do programa, firmou-se como modalidade terapêutica, sendo incorporado como programa institucional	Prevenção do trauma através do uso de meias e sapatos de algodão; o uso de repelentes para evitar picadas de insetos; o uso tópico de hidratação para evitar a esfoliação e	Limpeza diária, a utilização de ataduras, o tratamento cirúrgico, descanso e elevação do membro afetado.

				escarificação o da pele	
UPP e feridas crônicas. A folha de registro na Primária / Avaliação de UPP e feridas crônicas cuidados	Estudo de abordagem qualitativa através do estudo de caso, com dados coletados por meio de entrevistas não estruturadas com 11 enfermeiros	Entre as dificuldades para investigar incluem 4 temas: 1.apoio e reconhecimento; 2. Financiamento ;3. Formação em investigação. 4. Vida pessoal.	A promoção e implementação de estratégias e linhas de trabalho que visam promover e facilitar o trabalho de profissionais motivados pesquisas são necessárias	***	***
A importância da assistência de enfermagem na prevenção da UPP no paciente hospitalizado	O estudo possui caráter exploratório, em que Foram analisados os últimos dez anos da literatura, e procura esclarecer e aprofundar os conceitos de UPP e seus fatores de risco, no intuito de contribuir para a assistência de enfermagem na prevenção da UPP.	Conclui-se que prevenir a UPP é dever da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro. para que isso aconteça, é preciso conhecimento atualizado para aplicação da prevenção, visando evitar o problema	Fazer treinamentos constantes com a equipe. O enfermeiro é responsável pela capacidade de sua equipe e ensinar a forma de prevenção e tratamento das UPP.	Por em prática a escala de Braden, e observar a junção da equipe de enfermagem para o combate das UPP.	Uso de placas de microcolóide, a massagem de conforto e a mudança de decúbito, são essenciais

Quadro2: Demonstrativo dos conteúdos encontrados nos artigos de enfermagem – Natal/ RN-2015.

Na presente pesquisa, foram encontrados 19 artigos, que se atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, e quando submetidos a análise detalhadas de seus conteúdos, apenas 6 atenderam aos objetivos e responderam a questão norteadora.

A fim de definir as informações a seus extraídos dos artigos, os mesmos foram apresentados em 2 quadros sinópticos descritivos, classificados como 1 e enquanto os artigos foram identificados do 1 ao 6.

Dessa forma, no quadro sinóptico 1, estão expostos artigos em enfoque nas UPP encontrados na pesquisa destacando a base de dados e no quadro 2 destacando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, a prevenção e tratamento em relação as UPP.

Borghardt (2015), realizou uma pesquisa quantitativa e identificou problemas

no poder preditivos das escalas de avaliação de risco e afirma a importância, ou melhor, a relevância do conhecimento e da experiência clínica do enfermeiro.

Alves, *et.al* (2013) e Pott, *et.al* (2013), tem o mesmo conceito sobre a importância do conhecimento científico para equipe de enfermagem relacionado a prevenção de UPP.

Martins *et.al* (2013) e Pott *et.al* (2013) realizaram, algoritmo para prevenção mais eficazes. Segundo eles, os programas firmaram-se como modalidade terapêutica, e foi incorporado na instituição como parte da prevenção e tratamento, e obteve êxitos.

Nos estudos encontrados, observamos que é de extrema importância e necessário que os profissionais de enfermagem, desenvolvam e aperfeiçoam suas habilidades clínicas, na avaliação dos riscos para UPP, subsidiados pelo conhecimento científico.

Quanto acerca da prevenção das UPP, enfocam questões relacionadas as medidas de preventivas mais adotadas por enfermeiros, conhecimentos relacionados à utilização de prevenção, com destaque das intervenções de enfermagem. Ainda a relação custo-benefício e a forma como os profissionais lidavam com a clientela.

O instrumento proposto nesta pesquisa, visa aperfeiçoar as medidas preventivas e agilizar condutas para um tratamento eficaz.

As escalas apresentadas durante este estudo, são mais utilizadas nos Estados Unidos. No Brasil a mais utilizada é a de Braden, que é sugerido à equipe de enfermagem avaliar cada paciente nas primeiras 48 horas de internação, por meio da pontuação obtidas, o profissional, poderá visualizar no algoritmo, se o paciente está em risco.

Destaca-se ainda que na presença de avaliação informal sem o uso de escalas, os profissionais tendem a desenvolver um trabalho adequado apenas para pacientes que apresentam risco muito alto, o que acaba por negligenciar, os demais pacientes com risco moderados e, que também deveria receber medidas preventivas.

Os programas educativos são importantes por ajudar na previsão e prevenção das lesões, sendo que as instalações e desenvolvimento das UPP, para pacientes maus informados. Devemos promover ações educativas, para deixar a família e/ou o responsável cientes quanto ao risco.

Percebe-se a importância do conhecimento de toda a equipe envolvida no

cuidado e também do bom senso das unidades de saúde para o controle do problema que pode ser evitado.

Em relação aos cuidados de enfermagem as UPP, verificou-se a respeito da importância das escalas preditivas para a prevenção. Os fatores de risco que influenciam diretamente na ocorrência da mesma, bem como de forma os enfermeiros estão atuando em relação a fatores desencadeantes.

O tratamento da UPP deve ser implementada quando as medidas preventivas não foram suficientes.

Para UPP, em estágio 1, recomenda-se a hidratação na pele ou cobrir com hidrocolóides, áreas que são consideradas específicas de risco. Essas tecnologias atuam reduzindo as forças de fricção.

Para as lesões de estágio 2, 3 e 4, recomenda-se a irrigação com solução fisiológica; o uso de hidrocolóides para as lesões desses estágios, são fundamentais para estimular a angiogênese e acelera o processo de granulação de tecido. Para estágio 3 o uso de alginato é indicado para auxiliar o desbridamento autolítico e manter o meio úmido. É contraindicado para fluídos com pouco ou nenhum exsudato. O hidro gel é indicado para lesões de estágio 3 e 4, mantém a ferida úmida e promove a autólise tecidual e preserva bem é indicada para UPP desses estágios, mantém o meio úmido e reduz a dor, controla o exsudato e elimina microrganismo presentes na lesão.

Além das tecnologias terapêuticas mencionadas nas UPP de estágio 4, também se indica o uso de carvão ativado, onde o mesmo permite a absorção do exsudato e de microrganismo presentes no leito da ferida.

O tratamento também inclui fatores desencadeantes da lesão, ou seja, medidas preventivas.

7. CONCLUSÃO

A UPP pode ser definida como uma área de dano localizado na pele e estruturas subjacentes devido à pressão ou fricção destas. São lesões cutâneas que se produzem por consequência de falta de irrigação sanguínea e irrigação da pele que reveste uma proeminência óssea.

A escala de Braden é a mais utilizada no auxílio da prevenção e possui mais facilidade para sua compreensão. Podemos complementar com a mudança de decúbito, a massagem de conforto, uso de coxins, colchões especiais, lençóis limpos e sem encilhamento. A má assistência de enfermagem tem elevado o número de clientes com UPP, agravando os pacientes que são internos em UTI, que tem a mobilidade física agravada.

Ao avaliar os artigos científicos relacionados com medidas preventivas de UPP utilizadas por enfermeiros, foram observadas nos trabalhos a grande importância do enfermeiro conhecer a classificação, as escalas, fatores de risco e colocar em práticas medidas preventivas de UPP.

O tratamento das UPP devem ser implementados, quando não há mais êxitos na precaução. Os artigos apresentados, mostraram formas de tratamento, de acordo com o estágio das feridas. Como a utilização de placa de hidrocolóides e até o tratamento cirúrgico.

A maioria dos autores, afirmam que com o uso de escala de predição, será uma prevenção mais adequada e eficaz, que treinamentos constantes, oferecidos pelo enfermeiro, pode manter a equipe mais capacitada para prevenção e tratamento, podendo diminuir os riscos de manter o paciente internado mais tempo.

Objetivamos nesta pesquisa, identificar as ações de saúde implementadas por enfermeiros na prevenção e tratamento das UPP. Observamos também, que somos responsáveis pelo aparecimento dessas feridas, devido a nossa presença contínua no hospital, esquecendo que existem vários fatores desencadeadores das úlceras. A avaliação deve ser realizada a partir da admissão na unidade de saúde, para poder traçar um plano de cuidado.

Podemos perceber a necessidade de ampliação a maior abordagem as pesquisas em relação as medidas implementadas pelos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das úlceras.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.G.P; BORGES,J.W.P; **Avaliação de Risco para Úlcera por Pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental. Universidade de Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2014

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de Condutas para Úlceras Neutrófilas e Traumáticas:** caderno de reabilitação em hanseníase. N.2. 2012.

CALIRI, M.H.L. **Úlcera por pressão: recomendação para tratamento/ módulo de ensino/ tratamento.** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2010. Disponível em <> acesso em: 21 abr. 2015

CARVALHO, E. S.S. **Úlceras Por pressão: Conhecer, Prevenir e Tratar.** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; Salvador, 2011

IRION, Glenn. **FERIDAS: Novas Abordagens, Manejo Clínico e Altas em Cores.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

JUNQUEIRA,L.C ; CARNEIRO,J. **Histologia Básica** 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional>

MARCONI, Marina de Andrade A; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010

NATIONAL PRESSURE ÚLCER ADVISORY PANEL (NPUAP) (**Prevenção de Úlceras Por Pressão: Guia de Consulta Rápido.** 2009 Disponível em <<http://www.npuap.org>> Acesso em 22 de Abr. 2015

PARANHOS W. Y. SANTOS, V.L.C.G. **Avaliação de risco para úlceras por pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa.** Rev. Esc. Enfermagem, USP, 1999. p. 191-202.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem.** 7º ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2012. p. 1295.

RANGEL, M.L; CALIRI, M.H.L. **Conhecimento do enfermeiro de um hospital geral sobre a prevenção e avaliação da úlcera de pressão.** Revista Paulistana de Enfermagem, v2, n.25, p. 96-101, 2006.

ROGENSKI, N.M.B. ; SANTOS,V.L.C.G. **Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitários.** Revista Latino Americano de Enfermagem. São Paulo: 2010 Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/rlae>> Acesso: em 15 de abr. 2015.

SERPA L. F., SANTOS V. L. C. Gouveia; CAMPANILI T. C.G.F; QUEIROZ,M. **Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes de críticos.** Rev. Latino-Americana Enfermagem.

[Internet]. Jan-fev , 2011: São Paulo. Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/rlae>> Acesso em 15 abr. 2015.

SERTÓRIO; BREVIDELLI, M.M.; **TCC: Guia Prático para Docentes e Alunos da Área de Saúde**. 4 ed. São Paulo: latria, 2010 p.105

SOUZA,T.S; MACIEL,OB; MÉIER,MJ; DANSKI,MTR; LACERDA,MR. **Incidência e Prevalência de Úlceras por pressão no CTI de um Hospital Público do DF**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiás: 2010. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>

SOUZA,T.S; MACIEL,OB ; MÉIER,MJ; DANSKI,MTR; LACERDA,MR. **Estudos Clínicos Sobre Úlceras Por Pressão**. Revista Brasileira de Enfermagem. Paraná: 2010