



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

SEGURANÇA DO PACIENTE E ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NA
PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO: de acordo com o protocolo

Silva, Rayane Aline de Melo¹
Amorim, Mônica de O. Rocha²

RESUMO

Cuidados de saúde inadequados resultam em gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde e representam uma grande preocupação na atualidade. Estudos sobre segurança do paciente possibilitam o conhecimento de fatores relacionados ao processo de cuidado do paciente, uma vez que a falta desse conhecimento prejudica o desenvolvimento de estratégias e a adoção de práticas seguras que visem à minimização de riscos e efeitos adversos, bem como a melhoria da assistência. Esse trabalho tem como objetivo analisar o protocolo de segurança do paciente enfatizando a assistência de enfermagem na prevenção de riscos no aparecimento das LPP- Lesões por pressão. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, cujos dados foram coletados entre julho de 2016 e Maio de 2017, disponíveis nas bases de dados eletrônicas Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe, em ciências da saúde) e Google acadêmico, nos idiomas português e espanhol, utilizando o operador booleano and. Os estudos apontam para o papel primordial do enfermeiro no reconhecimento e na prevenção de riscos para o aparecimento das LPP, onde devido à sua proximidade constante e ininterrupta na assistência ao paciente, ele deve ser o protagonista na redução e prevenção desses agravos.

Palavras-chave: Lesões por pressão. Segurança do paciente. Riscos. Assistência de enfermagem. Prevenção.

¹ Graduanda em enfermagem- rayanealine91outlook.com

² Profª Msc, Orientador – monicaamorimrn@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar e domiciliar. As questões associadas à segurança do paciente constituem um problema de saúde em todo mundo, uma vez que os riscos e a ocorrência de eventos que provocam danos à saúde do paciente têm aumentado em todos os ambientes, fatos estes inerentes tanto ao ambiente hospitalar quanto ao domiciliar (RIGOBELLO MCG et al., 2012).

Em 2013, o Ministério da Saúde como modo de promover a segurança do paciente, implementou as seis metas internacionais da OMS (Organização Mundial da Saúde), através do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que são descritas como a Identificação do paciente, comunicação efetiva, uso de medicamentos, cirurgia segura, higienização das mãos e redução de quedas e úlceras por pressão (UPP) (BRASIL, 2013).

O PNSP que foi instituído pela Portaria GM/MS n 529/2013, possui como prioridades estratégicas a implantação de diretrizes e protocolos, e como objetivo a prevenção e redução de danos ao paciente, bem como, de custos ao sistema de saúde. Com a criação desse programa, o Ministério da Saúde objetiva incentivar a participação ativa de profissionais de saúde, no planejamento e implementação de intervenções efetivas para garantir a prevenção de erros e eventos adversos, promovendo uma assistência segura (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, está inserida a prevenção do aparecimento e redução de lesões por pressão-LPP. Segundo dados da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), EUA, a prevalência de UPP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7%. No Reino Unido, casos novos de UPP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital. 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%. (BRASIL,2013).

Pesquisas realizadas em âmbito nacional e internacional sobre o conhecimento de profissionais de enfermagem referentes à prevenção e ao tratamento de UP (MAURICIO AB et al.,2016) surgem como uma preocupação dos especialistas pelos elevados coeficientes de prevalência e incidência que ainda existem nas instituições de saúde e domicílios. Deve-se considerar que o aumento do conhecimento por parte da equipe de enfermagem e a implementação de práticas baseadas em evidências, acarretam benefícios tanto na redução do tempo de internação hospitalar quanto no número de pacientes que sofrem com esse agravo (FERNANDES LM et al.,2016).

O interesse pela realização deste estudo advém de uma experiência no campo de estágio, em um hospital privado, no qual foi observada o grande índice de pacientes diagnosticados com LPP e a dificuldade do profissional

enfermeiro em exercer práticas para prevenção. Com o objetivo de promover uma assistência de enfermagem mais humanizada identificando fatores de risco e reduzindo os danos aos pacientes com LPP, para o desenvolvimento do plano de cuidar, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do PNSP. Assim, realizou-se uma revisão teórica na promoção de prevenção da ocorrência de lesão por pressão.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Em 2016 o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) anunciou uma mudança na terminologia úlcera por pressão. Agora, o termo “Lesão por Pressão(LPP)” deve ser utilizado pelos profissionais de saúde, pois descreve com mais precisão as lesões em peles intactas e ulceradas.

A importância dada ao tema úlcera por pressão, agora Lesão por pressão –LPP (NPUAC) revela-se como marco a partir de 1987, quando o governo norte-americano criou um órgão para avaliação e credenciamento dos serviços de saúde – The Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) – o qual estabeleceu que a lesão por pressão passaria a constituir um indicador de qualidade do cuidado, tornando-se, assim, um parâmetro para avaliação dos serviços de saúde (IRION, 2005).

A lesão por pressão (LPP) é definida como lesão na pele, tecidos e/ou estruturas subjacentes. É ocasionada devido a pressão isolada de um tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período de tempo, ou combinada com fricção e/ou cisalhamento (BRASIL, 2013).

As LPPs podem desenvolver-se a partir de 24 horas ou levar até cinco dias para se manifestar. Podem originar-se em todas as posições que sejam mantidas prolongadamente um paciente, essas áreas incluem as regiões sacrais, coccígenas, tuberosidades isquiáticas, trocânter maior, calcâneo, maléolos, côndilo medial da tíbia, cabeça da fíbula, escápula, cotovelo, processos acromiais e cristas ilíacas (IRION, 2005). Dentre os vários fatores de risco que contribuem para a sua formação, existem os intrínsecos, que são idade avançada do paciente, estado neurológico e nutricional, incontinência urinária e/ou fecal, temperatura corporal e mobilidade prejudicada e os extrínsecos que são definidos por pressão excessiva no corpo, traumatismos, fricção e cisalhamento (SMELTZER; BARE, 2014).

De acordo com o sistema de estadiamento desenvolvido pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), órgão responsável pelas diretrizes para a prevenção de LPP nos EUA, as LPP são classificadas por estágios, de I a IV, pela profundidade de comprometimento da pele e outros tecidos. Estágio I: eritema que não desaparece em 24 horas, após a pressão ser aliviada; Estágio II: lesão dérmica, como, flictemas, fissuras e abrasões; Estágio III:

lesão cutânea com exposição do subcutâneo com margens definidas, não chegando até a fáscia muscular; Estágio IV: exposição muscular e/ou óssea.

2.2 INTERVENÇÕES

Uma precoce e regular estratificação do risco de desenvolver uma UP é fundamental para a adoção de medidas preventivas adequadas e para implementação de uma estratégia terapêutica atempada. Esta inclui métodos para a redução de fatores predisponentes à hipoperfusão tecidual, a otimização do estado geral e nutricional do doente, e cuidado locais a ulcera. As escalas de avaliação de risco e os protocolos de tratamento permitem diminuir a incidência e o predomínio das UP. (MALAGUTTI E KAKIHARA, 2014.p.162)

Segundo o protocolo, são seis etapas fundamentais para estratégia de prevenção das LPP:

2.2.1 Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes (etapa 1)

Consiste na avaliação da pele na admissão do paciente, com o intuito de observar se o indivíduo tem alguma lesão já instalada ou se apresenta risco para desenvolvimento. Considerando os seguintes fatores de riscos: a) mobilidade; b) incontinência; c) déficit sensitivo; d) estado nutricional e desidratação.

A escala de Braden é a mais utilizada para identificar o risco do desenvolvimento de LPP. Sendo classificada com pontuação de 1 a 4, quanto menor a pontuação maior o risco. Nela inclui os seguintes parâmetros: percepção sensorial, mobilidade, nutrição, atividade, presença ou ausência de umidade, atrito e fricção.

Além da avaliação da escala de Braden, é imprescindível à avaliação clínica no paciente independente do escore alcançado. A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas (BRASIL, 2013).

2.2.2 Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos pacientes internados (etapa 2)

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento

de UPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes (BRASIL, 2013).

2.2.3 Inspeção diária da pele (etapa 3)

Deve-se inspecionar a pele minuciosamente e diariamente dos pacientes que apresentaram risco de desenvolvimento de LPP. Avaliar a presença de eritema, temperatura da pele, edema e alteração na consistência tecidual, principalmente em áreas consideradas de risco, sobrejacentes às proeminências ósseas.

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas (BRASIL, 2013).

2.2.4 Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada (etapa 4)

O cuidado com a pele é essencial na prevenção para LPP, por isso a importância de proteger e promover a sua integridade. Sendo assim, é essencial o manejo da umidade para minimizar a exposição com a umidade excessiva. Por isso, pacientes com incontinência fecal e/ou urinária estão propícios a desenvolver LPP, assim como ressecamento e rachaduras. E nestes casos devem-se ter alguns cuidados.

Manter a pele sempre limpa e seca, principalmente após eliminações. Utilizar sabão neutro e água morna. Após banho é recomendável o uso de hidratante corporal, nunca massagear, principalmente se houver áreas hiperemiadas. Se necessário, utilizar uma barreira tópica ou pomada para proteger a pele.

2.2.5 Otimização da nutrição e da hidratação (etapa 5)

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de UPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil (BRASIL, 2013).

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas. (BRASIL, 2013)

Avaliar, notificar e comunicar todos os pacientes com risco de desenvolvimento de LPP ao nutricionista, como também a equipe multiprofissional. Para discutirem e instituir uma mudança no tratamento do

paciente. Como por exemplo, a possibilidade de sondagem em um paciente com baixa aceitação alimentar.

2.2.6 Minimizar a pressão (etapa 6)

A mobilidade e o reposicionamento frequente no paciente é um dos meios que exige mais atenção da equipe de enfermagem, pois é necessário reduzir o tempo e a quantidade de pressão a que o paciente está exposto. Principalmente com os pacientes restritos ao leito e que apresentam pouca mobilidade, o que dificulta a redistribuição da pressão exercida pelo corpo.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para UPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento (BRASIL, 2013).

Neste caso, deve-se proporcionar medidas para alívio da pressão como: mudança de decúbito ou reposicionamento a cada duas horas, o uso de almofadas, coxins, travesseiros, a elevação da cabeceira a 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posição laterais, sempre respeitando o limite do paciente. O uso de colchão especial também é indicado.

2.3 O ENFERMEIRO NA ASSISTENCIA

A enfermagem é vista como principal agente de prevenção para as LPPs, já que são os profissionais que estão em contato constantemente com o paciente. Identificar pacientes em risco e os fatores que expõem o paciente ao risco promove a prevenção. A segurança do paciente baseia-se da ajuda da equipe multiprofissional com a participação do paciente e família, assim garantindo a continuidade do cuidado. Por isso a importância do enfermeiro como cuidador e educador.

Principais ações da enfermagem preventivas para o paciente:

- a) Avaliar o paciente na admissão e diária para o risco de LPP;
- b) Avaliar e estabelecer condutas e plano de cuidar para cada paciente conforme classificação de risco (usar escala de Braden);
- c) Fazer a mudança de decúbito no paciente a cada 2 horas;
- d) Colocar placas de hidrocolóides em regiões onde a possibilidade maior de desenvolvimento de LPP;
- e) Higienizar e hidratar a pele do paciente;

- f) A utilização de um colchão especial que diminua a pressão (colchão piramidal e caixa de ovo), em pacientes com a mobilidade física prejudicada;
- g) A utilização de coxim, almofadas, travesseiros adequados, para promover a redistribuição da pressão do corpo. Não é recomendável o uso de luvas com água para a proteção do calcâneo;
- h) Manter as roupas de cama bem organizadas e esticadas, evitando a fricção e cisalhamento.

São ações consideradas simples e de custo baixos, mas com uma magnitude para a prevenção de LPP considerável. Se protocolos como esses fossem adotados e seguidos, a incidência de LPP seria bem menor, consequentemente o tempo de internação dos pacientes diminuiria, assim como o número de infecções e custos hospitalares.

3 METODOLOGIA

O artigo científico se trata de uma revisão integrativa, com consulta de material bibliográfico dos principais autores e sites científicos disponíveis nas bases de dados eletrônicos Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe, em ciências da saúde) e Google acadêmico, nos idiomas português e espanhol.

O levantamento bibliográfico realizou-se com base na necessidade de se construir um conhecimento acerca do Programa Nacional de Segurança do Paciente, dando ênfase a parte de prevenção das LPP em pacientes hospitalizados, tendo como análise principal o Protocolo para Prevenção de úlceras por pressão. Os dados foram coletados no período compreendido entre julho de 2016 à Maio de 2017. Os unitermos utilizados na busca foram: “anatomia da pele e lesão por pressão e enfermagem”, “lesão por pressão e fatores de risco e enfermagem”; “úlcera por pressão e prevenção e enfermagem e hospitalização”, dando prioridade a artigos publicados nos idiomas português e espanhol. Foram encontrados um total de 419 artigos, além de 13 dissertações de mestrado e cinco teses de doutorado, no entanto, grande parte desse material não correspondia ao objetivo do presente estudo. Após um refinamento deste material, foram utilizadas 10 publicações que se enquadravam nos critérios exigidos pelo tema em questão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o desenvolvimento de Lesão por Pressão em pacientes hospitalizados, o fator que determina o surgimento é a demasiada pressão, sendo citado em 19 das publicações filtradas. De modo geral, expuseram que a

intensidade e duração da pressão estão diretamente comparadas a capacidade de percepção sensorial, mobilidade e atividade.

Outro fator comumente citada nas publicações analisadas foi a tolerância tissular. Esta tolerância pode estar diminuída devido à umidade (períodos prolongados de incontinência fecal ou episódios febris que levam a uma sudorese contínua) e por fricção e cisalhamento, ocasionados por cansaço físico ou fadiga e diminuição da força muscular, levando o paciente a escorregar facilmente no leito. Esta ligada a fatores extrínsecos e intrínsecos, como a nutrição, idade e doenças degenerativas.

Foram identificados tópicos relacionados ao envelhecimento. Pacientes mais idosos, possuem uma pele mais fragilizada, o que leva a diversas mudanças na pele e em suas estruturas de suporte, por isso o envelhecimento apresenta uma diminuição na elasticidade e turgor da pele, atenuação da reposição celular, atenuação redução de atividade e mobilidade e também da massa corporal.

Uma vez analisados os fatores de risco, pode-se observar a significativa causas que se inter-relacionam e predispõe o paciente hospitalizado suscetível ao desenvolvimento de Lesão por Pressão. É primordial o domínio sobre o assunto por parte dos profissionais que prestam o cuidado, porque a lesão por pressão não desencadeia devido a um só fator. Há uma multicausalidade de fatores de risco inerentes ao paciente.

O surgimento de lesões por pressão no âmbito hospitalar tem sido considerado como um dos critérios da qualidade da assistência fornecida por toda equipe. Porém, condisera-se que esse tópico é questionável, uma vez um dos sinais de fragilidade tegumentar pode ser um fator de diminuição das condições físicas do paciente, e consequentemente potencializa a possibilidade de surgimento de lesão por pressão.

Pode-se afirmar que a maioria das úlceras por pressão é possível de prevenção por meio de cuidados adequados ao paciente, da orientação e educação.

A adoção de ações preventivas e corretas para a implantação de medidas terapêuticas é decorrente de uma identificação precoce e frequente dos fatores de risco para o desencadeamento de uma lesão por pressão.

De forma geral, a avaliação global do risco deve incluir: a) avaliação clínica global incluindo o grau de mobilidade, incontinência urinária e fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doenças crônicas degenerativas, doenças vasculares, e estado nutricional; b) inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias; ensino ao paciente e familiar.

Os artigos analisados nesta temática evidenciaram que as intervenções preventivas devem ser mais frequentes ou intensas à medida que o risco apresentar-se aumentado. A avaliação de risco permite não somente a identificação do nível de risco, mas também os fatores contribuintes. A avaliação de risco de o paciente hospitalizado desenvolver lesão por pressão

deverá ser efetuada nas primeiras seis horas após a admissão do cliente na instituição hospitalar, com reavaliação às 48 horas.

Enfatiza-se que durante a admissão do paciente na instituição hospitalar, se faz necessário analisar os fatores de risco relacionados ao paciente e, também os eventos que ocorrem nas salas de emergência, traumas, salas de cirurgia e os ligados à estrutura institucional que podem acarretar lesões neste paciente

5 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo mostram que as medidas de prevenção estão associadas aos cuidados, à promoção do bem-estar, à qualidade de vida e à saúde do paciente, mesmo na presença de doenças crônicas. Por tanto, a presença de LPP é um indicador de qualidade (negativo) da assistência prestada pelos profissionais.

As referências selecionadas para o presente estudo evidenciaram que a enfermagem esta a frente não só do cuidado, mas também da pesquisa e ciência no que concerne o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes hospitalizados. Assim, diante dos fatores de risco para LPP e da necessidade de conhecimento científico, é necessário que o enfermeiro busque continuamente informações atualizadas para a prevenção de LPP em pacientes hospitalizados.

No entanto, ainda é grande o número de artigos que mencionam que prevenir a LPP em pacientes hospitalizados é atividade privativa apenas dos profissionais de enfermagem, em especial do enfermeiro. Quando na verdade, se faz necessário, evidenciar que a atividade de prevenção das lesões deve ser um trabalho multiprofissional.

**PATIENT SAFETY AND NURSING CARE IN THE PREVENTION OF
PRESSURE INJURY: an analysis of the protocol**

ABSTRACT

Inadequate health care results in additional spending with the maintenance of health systems and represent a big concern in the present days. Patient safety studies allow the knowledge of factors related to the patient care process, since the lack of such knowledge impedes the development of strategies and the adoption of safe practices aimed at minimizing risks and adverse effects, as well as improving the assistance. This study aims to analyze the patient safety protocol emphasizing nursing care in the prevention of risks in the appearance of LPP(Lesão por pressão). It is a bibliographical research, whose data were collected between July 2016 and May 2017, available in the electronic databases Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe, em ciências da saúde) and academic Google, Portuguese And Spanish language, using the boolean operator. The studies point to the primary role of nurses in the recognition and prevention of risks for the appearance of LPP, where due to their constant and uninterrupted proximity to patient care, they should be the protagonist in the reduction and prevention of these diseases.

Key Word: Pressure Injury. Patient safety. Risks. Nursing care. Prevention.

REFERÊNCIAS

Alves AR, Belaz K, Rodrigues RM, Ribeiro SMT, Kato TTM, Medina NVJ. **A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado**. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008; 26(4):397-402.

Anvisa (Brasil). Boletins Informativo - **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. 2013. Disponíveis em:

<<http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>> Acesso em 8 de jun. 2017.

BLANES L, FERREIRA LM. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

BRASIL. Brasil. Portaria MS n.529/2013 de 1 de abril de 2013. **Institui o PNSP e define o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente – o CIPNSP, colegiado, de caráter consultivo, para promover ações de melhoria da segurança do cuidado em saúde**. Diário oficial da união, Brasília, DF, 01 de abril de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 06 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão** [Internet]. 2013.

Disponível em:

<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-porpressao>> Acesso em: 06 jun. 2017.

Chayamiti, Emília Maria Paulina Campos and Caliri, Maria Helena

Larcher **Úlcera por pressão em pacientes sob assistência**

domiciliária. Acta paul. enferm., 2010, vol.23, no.1, p.29-34. ISSN 0103-2100

DOMANSKY RC, BORGES EL. **Manual para prevenções de lesão de pele**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

Fernandes LM, Caliri MHL, Haas VJ. **Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão**. Acta Paul Enferm; 21(2):305-11. Disponível em:

<<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v21/n2/v21n2a12.pdf>> Acesso em 8 jun. 2017.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. IBSP. **Segurança do paciente**. 2011. Disponível em:

<<http://www.segurancadopaciente.com.br/>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

Mauricio AB, Lemos DS, Crosewski NI, Roehrs H. **Conhecimentos dos profissionais de enfermagem relacionados às úlceras por pressão**. Rev Enferm UFSM. 4(4):751-60. Disponível em::

<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/11707/pdf>> Acesso em: 01 jun. 2017.

MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Trazia. **Curativo, estomia e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2º edição. São Paulo: Martinari, 2011. P.640.

Medeiros, Adriana Bessa Fernandes, Lopes, Consuelo Helena Aires de Freitas and Jorge, Maria Salete Bessa **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros**. Rev. esc. enferm. USP, Mar 2009, vol.43, no.1, p.223-228. ISSN 0080-6234

National Pressure Ulcer Advisory Panel. **National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury**. Disponível em:

<<http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuapannounces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressureinjury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>> Acesso em: 05 jun. 2017.

PAIVA, Luís e al. **Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida**. NPUAP. 2014. Disponível em:

<http://sociedadesdeferidas.pt/documentos/Prevencao_e_Tratamento_de_Ulceras_Por_Pressao-Guia_de_Referencia_Rapido.pdf> Acesso em: 10 jun. 2017.

Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. **Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem**. Acta Paul Enferm 2012; 25(5):728-35.

RODRIGUES, Michele Mendes. SOUZA, Michele de Souza e. SILVA, Jorge Lima. **Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão**. Cogitare Enferm. 2008; p.566-575. Disponível em:

<<file:///C:/Users/lab2/Downloads/13117-43501-1-PB.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2017.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 12ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Sousa, Cristina Albuquerque de, Santos, Iraci dos and Silva, Lolita Dopico da **Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras**

por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. Rev. bras. enferm., Jun 2006, vol.59, no.3, p.279-284. ISSN 0034-7167

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti. CALIR, Helena Larcher. **Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva.** Escola Anna Nery 21(1) 2017. P.1-9.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170001.pdf>> Acesso: 10 jun.2017.