

FACULDADE LABORO
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CURSO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Tássia Cristina Da Costa Dos Santos Amorim

**ÚLCERA POR PRESSÃO E O PACIENTE CRÍTICO:
Uma revisão bibliográfica**

São Luís

2018

TÁSSIA CRISTINA DA COSTA DOS SANTOS AMORIM

**ÚLCERA POR PRESSÃO E O PACIENTE CRÍTICO:
Uma revisão bibliográfica**

TCC apresentado ao Curso de Especialização em Cuidados
Intensivos da Faculdade Laboro como requisito para obtenção de Nota.

São Luís

2018

ÚLCERA POR PRESSÃO E O PACIENTE CRÍTICO:

Uma revisão bibliográfica

TCC apresentado ao Curso de Especialização em Cuidados Intensivos da Faculdade
Laboro como requisito para obtenção de Nota.

Aprovada em: _/___/

BANCA EXAMINADORA

Faculdade Laboro (Orientadora)

Faculdade Laboro (Orientadora)

Faculdade Laboro (Orientadora)

São Luís

2018

RESUMO

Úlcera por Pressão e o Paciente Crítico. As úlceras por pressão são definidas como uma área de lesão localizada da pele e dos tecidos subjacentes, causadas por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou uma combinação destes fatores. A pesquisa é de revisão bibliográfica do tipo narrativa com o objetivo de contextualizar a úlcera no paciente crítico, considerando fatores intrínsecos e extrínsecos que predispõem seu aparecimento, devido a particularidade de cada paciente. O levantamento foi realizado na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) nos bancos de dados SCIELO (Scientific Eletrônico Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), assim como, dissertações, revistas e livros. Este estudo tem como finalidade utilização de instrumentos que norteiam a identificação precoce de complicações decorrentes do estado de saúde de cada indivíduo e sua prevenção, assim como a utilização de protocolos e escalas de predição de risco para desenvolvimento das úlceras por pressão.

Palavras chave: Úlcera por pressão. Unidade de Terapia Intensiva - UTI

ABSTRACT

Pressure ulcer patient and the Critical. Pressure ulcers are defined as an area of localized lesion of the skin and underlying tissue caused by pressure, shear stress, friction, and/or a combination of these factors. The research is the type of narrative literature review in order to contextualize the ulcers in critically ill patients, considering intrinsic and extrinsic factors that predispose their appearance, due to the particularity of each patient. The survey was conducted on the Virtual Health Library (VHL) in the databases SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences), as well as dissertations, books and magazines. This study aims to use instruments that guide the early identification of complications of health status of each individual and their prevention, as well as the use of protocols and scales predictive of risk for development of pressureulcers.

Keywords: Pressure ulcer. Intensive Care Unit – ICU.

LISTA DE ABREVIATURAS

AN:AlimentaçãoNutricional

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida DM: Diabetes Mellitus

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel PIC: Pressão Intracraniana

SF: Soro Fisiológico UP: Úlcera por Pressão

1 INTRODUÇÃO

Segundo Furtado (2005), as Úlceras por Pressão são definidas como uma área de lesão localizada da pele e dos tecidos subjacentes, causadas por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou uma combinação destes fatores

A “*National Pressure Ulcer Advisory Panel*” (NPUAP), reclassificou a UP em quatro estágios e um indeterminado, representando a quantidade de perda ou destruição tecidual ocorrida. São eles:

- a) estágio I: pele intacta com hiperemia;
- b) Estágio II: Perda parcial da espessura dérmica;
- c) Estágio III: perda de tecido em sua espessura total, a gordura subcutânea pode estar visível;
- d) Estágio IV: Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão, podendo haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida;
- e) Indeterminado: presença de esfacelo no leito da ferida, sem que se possa classificar (ROGELI; CALIRI, 2007).

As medidas de prevenção das úlceras por pressão são medidas simples, a mais importante é a mudança periódica de posicionamento do paciente, pois o alívio da pressão sobre uma proeminência óssea por 5 minutos a cada 2 horas permitem uma recuperação do tecido isquêmico agressor e evita muitas vezes a formação da lesão. É importante na mudança posicional do paciente evitar movimentos que causem fricção ou cisalhamento, assim como fatores locais de risco como umidade, fezes, urina. Uma atenção global ao paciente é essencial para prevenção das úlceras (WADA; NETO; FERREIRA, 2010).

Sendo a UP, uma ferida onde vários elementos desencadeiam sua ocorrência, para que se preste uma assistência de qualidade e integral a um paciente com risco de desenvolver tal patologia, é necessário não só a equipe de enfermagem, mais sim uma equipe multidisciplinar, trazendo benefícios não só ao paciente, mais sim a família e a instituição hospitalar (FERNANDES, 2005).

Este estudo se justifica por pressupor que as úlceras por pressão são complicações desagradáveis e dolorosas para o paciente, principalmente quando em estado crítico o que torna esse estudo de extrema relevância devido a necessidade de singularidade ao enfermo, uma vez que essas lesões constituem um agravante á sua patologia (PAIVA, 2008).

Essa pesquisa por abranger a UP e o paciente crítico, poderá contribuir na prevenção e

cicatrização dessas lesões, reduzindo o tempo de permanência hospitalar, o sofrimento físico e psicológico do paciente e seus familiares, bem como a melhoria do estado clínico, possibilitando alta precoce.

Para a equipe de enfermagem, poderá estabelecer rotinas de caráter interdisciplinar e protocolos de avaliação, para melhoria e qualificação profissional, no que diz respeito à prevenção das UP dentro das instituições hospitalares, principalmente nasUTI.

O interesse pelo referido estudo surgiu da experiência profissional da autora na área da enfermagem, onde prestando assistência a pacientes críticos hospitalizados, verificou-se um grande número de pacientes com úlcera por pressão e pela necessidade de aquisição de conhecimentos científicos atualizados, pois a autora sendo atualmente coordenadora de Enfermagem, necessita de informações suficientes e preparo adequado afim de prestar uma melhor assistência aos pacientes.

1.A PELE

A pele (CÚTIS) é o maior órgão sensorial do corpo humano segundo Muniz (2006), ela recobre nosso corpo como uma camada de proteção e impermeabilidade, é através dela, que percebemos diferentes sensações como: frio, calor, dor, pressão.

A pele possui diversas funções como: reposição celular, função de barreira, percepção sensorial, proteção mecânica, resposta imunológica, resposta vascular, regulação térmica, produção de suor, produção de sebo e produção de vitamina D (TORTORA; DERRICKSON, 2012).

Conforme Zalpour (2005) e Silva et al (2011a), pele constitui 15% do peso corporal, sendo constituída por duas camadas principais: a epiderme (camada externa e superficial) e a derme (camada grossa e intermediária).

1.2 Exame clínico da pele

A responsabilidade do enfermeiro no atendimento da pessoa com problemas de pele é de extrema importância, especialmente aquelas portadoras de feridas, e a eficácia de suas ações de enfermagem estão ligadas ao conhecimento que ele possui nesta área de atuação, observar sempre a pele do paciente, além do exame clínico que inclui a anamnese são essenciais (FERNANDES, 2005).

Segundo Domansky; Borges (2012), o exame físico tem por finalidade determinar os sintomas subjetivos da doença, que são colhidos na entrevista, e os sinais objetivos.

O exame físico pode ser geral ou focal e é dividido em 4 etapas: inspeção, ausculta, palpação e percussão. Na inspeção, utiliza-se o sentido da visão, que tem como objetivos detectar distúrbios do desenvolvimento, lesões cutâneas, presença de cateteres e tubos ou outros dispositivos. Já na percussão, é realizada através de pequenos golpes, sendo possível escutar sons, cada estrutura tem um som característico, os sons obtidos podem ser: maciço, indicando hemorragia interna ou presença de secreções, timpânico quando indica presença de ar e som claro pulmonar, indicando presença de ar nos alvéolos. A ausculta é o procedimento que detecta sons do organismo, só que diferente da percussão, esse procedimento usa aparelhos para auxílio, como o estetoscópio (SILVA et al, 2011a).

O conhecimento de técnicas de inspeção e palpação é importante, quando há um conhecimento sobre funções da pele, anatomia e mecanismos de cicatrização

(FERNANDES,2005).

2 ÚLCERA POR PRESSÃO: conceito, etiologia e classificação

As UP têm diversas denominações como escara, úlcera de decúbito e ferida de pressão, mais a mais comum é úlcera por pressão, as mesmas são definidas como uma área localizada de morte celular, que se desenvolvem quando um tecido mole é comprimido entre uma saliência óssea e uma superfície dura por um longo período de tempo como uma área de lesão na pele e tecidos subjacentes provocados por uma pressão não aliviada, resultando em morte tecidual, sendo localizadas em áreas de proeminências ósseas (FURTADO, 2005; MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

O termo decubere vem do latim (ficar deitado), essa denominação não é aceita atualmente, pois não abrange lesões isquêmicas adquiridas em outras posições, já o termo escara é utilizado quando se tem necrose, em que não se pode classificar a úlcera. As áreas mais acometidas são: região sacra, calcâneo, glúteo, trocânteres, cotovelos, tronco dentre outras (SANTOS, 2007).

Muitos são os métodos elaborados para graduar a UP, no entanto, a forma de classificação mais utilizada é a proposta pela American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e adotados como diretrizes pela Agency for Health Care Policy and Research. A NPUAP cita e descreve quatro estágios ou graus na evolução da úlcera por pressão e um indeterminado:

ESTÁGIO I: É caracterizado por eritema não esbranquiçado da pele intacta que pode ser pálido ou não pálido. (WADA; NETO; FERREIRA, 2010; SILVA et al,2011a).

ESTÁGIO II: Nesse estágio há o comprometimento da epiderme e derme, podendo chegar a envolver o tecido subcutâneo (SILVA et al, 2011a).

ESTÁGIO III – Ocorre a lesão total da epiderme e da derme, além do tecido subcutâneo, sem exposição de osso, tendão ou músculo. (DOMANSKY; BORGES, 2012).

ESTÁGIO IV - Ocorre uma perda da pele na sua total espessura, com uma extensa destruição, necrose do tecido ou danos no músculo, ossos ou estrutura de suporte, como tendões ou cápsulas articular, podendo haver riscos eminentes para complicações do tipo septicemia, osteomielite (SILVA et al, 2011a).

ESTÁGIO INDETERMINADO: Lesão com total perda do tecido, em que sua base está recoberta por esfacelo (amarelo, cinza, esverdeado ou acastanha) no leito da ferida. Nesse estágio, a profundidade não pode ser determinada até que a superfície esfacelo seja removida

para expor a base da ferida (DOMANSKY; BORGES, 2011).

2.1 Incidência

A incidência é a relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de desenvolver úlcera na população estudada, no mesmo período, multiplicado por 100 para se obter um percentual (VIANA; LEÃO; FIGUEREDO, 2010).

Nº de “casos novos” em um determinado período X 100

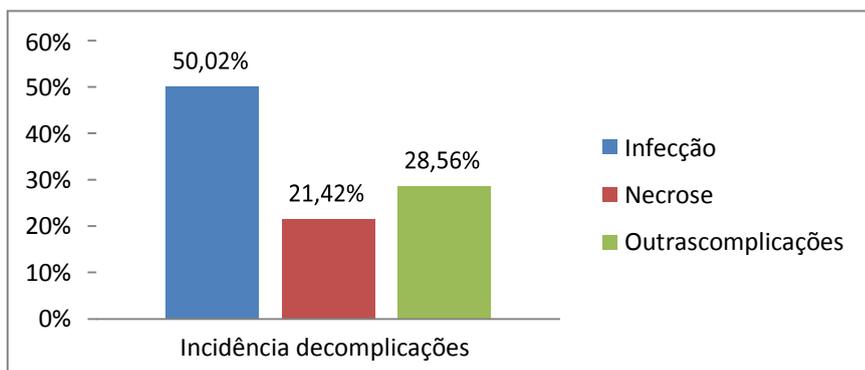
Índice de incidência= _____

Nº de pessoas expostas ao risco no mesmo período

A incidência de úlcera por pressão é considerada como um indicativo da qualidade dos cuidados e está associado ao aumento do tempo de internamento, da carga de trabalho para enfermagem e aumento de custos, além de maior morbidade e mortalidade aos pacientes Internados. É necessário que se investigue o nível de risco de indivíduos em adquirir úlcera por pressão (LIMA; GUERRA,2007).

Em São Luis – Ma, uma pesquisa realizado no hospital universitário Presidente Dutra, mostrou que a maior incidência de complicações das UP, foi a infecção (50,02%), seguida de necrose (21,42%) conforme Gráfico 1. Com relação a localização das UP, a maior prevalência foi a região sacra representando (50%) dos pacientes, sendo confirmado os estudos realizados no Brasil que apontam essa região, como a localização mais atingida para o desenvolvimento de UP (ROSARIO et al,2011).

Gráfico 1 – Incidência de complicações em UP



Fonte: Rosário et al, 2011.

Conforme dados epidemiológicos publicados, a taxa de incidência e prevalência destas lesões é maior nas UTI. A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza a incidência e a prevalência das UP como um dos indicadores para determinar a qualidade dos cuidados prestados. (LOURO, FERREIRA e PÓVOA, 2007).

Diante do exposto, o enfermeiro deve voltar sua atenção, para os pacientes com predisposição a desenvolverem esse tipo de complicação, avaliando a qualidade dos cuidados prestados (ALVES; BELAZ; RODRIGUES, 2008).

2.2 Processo de cicatrização de feridas

De acordo com Blanes (2004) e Silva et al (2011a), o processo de cicatrização de feridas é dividido em três fases:

I- Fase inflamatória: Nessa fase há os mediadores químicos das células inflamatórias, como os leucócitos polimofonucleares, os macrófagos e os linfócitos. (DOMANSKY; BORGES, 2012).

II- Fase proliferativa: dividida em Três subfases, reepitelização, onde ocorre a migração dos queratinócitos não danificados das bordas da ferida e dos anexos epiteliais. Na fibroplasia e formação da matriz, ocorre a formação do tecido de granulação, que é uma coleção de elementos celulares, incluindo fibroblastos, células inflamatórias e componentes neovasculares e da matriz, como a fibronectina, as glicosaminoglicanas e o colágeno. (SILVA; FIGUEREDO; MEIRELES, 2007).

III- Fase de maturação: pode durar de 21 dias a 2 anos. As fibras de colágeno se reorganizam, remodelam, ganhando força de tensão. Esse processo acontece até que 80% da força original da pele se recupere, entretanto, a força de tensão da pele será sempre inferior a da pele íntegra, deixando o tecido predisponente a outras lesões. Os nutrientes importantes nessa fase são proteínas, carboidratos, lipídios, vitaminas A, C e E, zinco e cobre (BLANES, 2004; MEIRELIS, 2007).

A cicatrização das feridas podem ocorrerem por primeira intenção, quando não há perda de tecido e extremidades da pele, por exemplo, feridas cirúrgicas. Por segunda intenção, ocorre em feridas onde houve perda de tecido e as extremidades da pele ficam distantes umas das outras, sendo necessária formação de tecido de granulação até que a contração e epitelização aconteçam, por exemplo, úlceras por pressão estágio III. E por terceira intenção,

quando a ferida é deixada aberta por determinado período, funcionando como cicatrização por segunda intenção, sendo suturada posteriormente, como cicatrização por primeira intenção. Este procedimento é empregado geralmente nas feridas cirúrgicas infeccionadas (BLANES, 2004; SILVA et al, 2011a)

2.3 Tratamento

A UP, sempre foi um problema para os serviços de saúde, especialmente para a enfermagem pela prevalência e incidência e particularidade no tratamento, que prolongam a internação e aumentam dos custos hospitalares (VIANA; LEÃO; FIGUEREDO, 2010).

A limpeza da ferida envolve uma seleção de materiais a serem utilizados, meios mecânicos como jato com seringa e gaze embebida em solução fisiológica, por exemplo, deve ser utilizado o mínimo de solução química conforme Silva et al (2011a) cita em alguns passos de limpeza, tais como: limpar a úlcera a cada troca de curativo, utilizar menos força no momento da limpeza da ferida, quando estiver limpando a úlcera com gases ou compressas; não utilizar antissépticos: o uso desses produtos é contra indicado em peles íntegras, pois tratam-se de substâncias citotóxicas; utilizar soro fisiológico (SF 0,9%); uma camada de curativo deve sempre proteger a ferida, ser biocompatível e formar uma hidratação ideal, mantendo o tecido úmido e a pele ao seu redor intacta e seca. O debridamento envolve a remoção do tecido necrótico, para permitir a regeneração do tecido saudável. Já o debridamento cirúrgico caracteriza-se pela retirada de material necrosado ou desvitalizado. No conservador, realiza-se uma retirada seletiva de tecido necrosado, sem atingir tecidos saudáveis. O tratamento mecânico consiste em remover tecidos necrosados e corpos estranhos, feito por fricção com gaze ou esponja macia, ou através do uso de instrumentais cirúrgicos. Debridamento químico é realizado pela ação de enzimas, atóxicas não irritantes (colagenase, papaína e hidrogel). Debridamento autolítico é o debridamento natural da ferida, ocorre por autodesintegração das células degeneradas pela ação de leucócitos e enzimas, manter o local úmido, é usado geralmente em escaras (WADA; NETO; FERREIRA, 2010).

Rolim et al (2013), afirma que um curativo ideal quando protege a ferida é biocompatível e hidrata a pele adequadamente. A condição do leito da ferida determina qual o tipo de curativo a ser utilizado adequadamente, é necessário escolher um curativo que controle o exudato, todavia que não resseque a ferida.

Dealey (2008) cita alguns curativos usados nas úlceras, conforme quadro 5:

Quadro 5 - Tipos de curativos

Úlcera por pressão Estágio I	<ul style="list-style-type: none"> Ácido Graxo Essencial(AGE)
Úlcera por pressão Estágio II, III e IV com sinais de infecção e odor fétido.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% (SF0,9%) Utilizar carvão ativado com
Úlcera por pressão Estágio II, III e IV com tecido desvitalizado/necrosado.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar limpeza com SF0,9% Utilizar hidrogel antisséptico, gaze de acetato impregnada com petrolatum e
Úlcera por pressão Estágio II, III e IV com exsudato moderado/abundante.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar limpeza com SF0,9% Utilizar carvão ativado com
Úlcera de pressão Estágio II, III e IV com exsudato leve.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar limpeza com SF0,9% Utilizar solução antisséptica com poliheximetilbiguanida, hidrogel
Úlcera por pressão Estágio II, III e IV com tecido de granulação.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar limpeza com SF0,9% Utilizar carvão ativado com
Úlcera por pressão Estágio II, III e IV com tecido de epitelização.	<ul style="list-style-type: none"> Ácido Graxo Essencial (AGE) Filme transparente Hidropolímero Hidrocolóide

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A natureza multifatorial do problema requer um esforço de todos os membros da equipe multidisciplinar para a prevenção e tratamento, no entanto, cabe à equipe de enfermagem a maior parcela do cuidado. O profissional de enfermagem é responsável pelo cuidado direto e pelo gerenciamento da assistência e precisa estar preparado para isto. Assim, é imprescindível que na sua formação adquira conhecimentos para o cuidado (ALVES; BELAZ; RODRIGUES, 2008).

A enfermagem deve focalizar fatores ambientais que aceleram a formação da úlcera como: cuidado com a pele, atenção a mudança de decúbito deve ser indispensável e realizada a cada 2 horas, reduzindo a força de cisalhamento e a pressão no local, medidas como a movimentação passiva dos membros, secagem e aquecimento da comadre antes do uso no

paciente, dispositivo de sustentação que envolva o posicionamento correto e o uso de leitos e colchões terapêuticos, e a educação, com a promoção de programas educacionais para a prevenção das úlceras, organizados, abrangentes e direcionados para todos os níveis de profissionais de saúde e família. Outro instrumento é a escala de Braden, que quantifica cinco fatores: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional, fricção e cisalhamento (PINTO, 2008).

O tratamento depende do estágio da úlcera, tendo os cuidados necessários para afastar a pressão sobre a área. Autores como Caliri (2010) e SILVA et al (2011b) descrevem que as principais medidas de prevenção de úlceras de pressão, relacionadas com a enfermagem são a pele, que deve ser limpa sempre que necessário ou em intervalos de rotina.

As proeminências ósseas não devem ser massageadas, pois as evidências atuais sugerem que massagem pode causar mais danos. Minimizar a exposição da pele à umidade, devido à incontinência urinária, respiração ou drenagem de feridas. Uma vez que qualquer indivíduo acamado que seja avaliado como estando em risco para ter UP deverá ser reposicionado pelo menos a cada duas horas se não houver contra-indicações. Outros cuidados preventivos são os exercícios ativos e passivos, que são essenciais, pois aumentam o tônus muscular da pele, ativa a circulação, aumenta a demanda de oxigênio, reduz a isquemia tissular e a elevação dos membros inferiores promove o retorno venoso, diminui a congestão e melhora a perfusão tissular (SILVA et al,2011b).

Silva et al (2011a) e Caliri (2010), afirmam que um horário por escrito deve ser feito para se fazer a mudança de decúbito e reposicionamento do paciente. Manter objetos como travesseiros nas proeminências ósseas (como joelhos ou calcanhares). A cabeceira da cama deve ser em um grau mais baixo de elevação possível, dependendo da contra indicação do paciente. Nessa etapa é importante o enfermeiro ensinar o paciente acordado, porém crítico, quanto a importância da mudança de decúbito. As intervenções precoces são fundamentais para o controle, ao longo prazo, do risco de integridade da pele prejudicada. O enfermeiro assim como a equipe deverá conhecer os curativos que devem ser utilizados, selecionando o curativo mais seguro e mais efetivo, na maioria dos casos é uma indicação médica, entretanto, ele deve estar preparado para reavaliar os efeitos do curativo sobre as feridas e intervir quanto a troca do mesmo. Estabelecer rotinas de trocas de curativos, com frequência, dependendo do grau e exsudato.

De acordo com Rolim (2013), não existe um único curativo apropriado para todas as úlceras, é importante que se conheça a característica tanto das úlceras como dos tipos de curativos, para eleger corretamente o mais apropriado. Também é necessária a avaliação

individual de cada paciente portador de úlcera, para que sejam adotadas as medidas profiláticas diante dos fatores extrínsecos e intrínsecos atuantes.

Considerando todos os cuidados tanto para o tratamento como para a prevenção, destaca-se que a prevenção é a solução mais lógica para o problema, ocorrendo diante das identificações dos agentes causadores e da manutenção da informação e do conhecimento. Percebe-se, portanto, que o tratamento das UP não é simples e requer comprometimento do profissional com a ética e a busca constante de capacitação pessoal associada a adoção de novas tecnologias a serem implementadas na realização dos curativos, bem como a atuação deve ser multiprofissional, pois a predisposição para o desenvolvimento das úlceras por pressão é multifatorial (DOMANSKY; BORGES, 2012).

A enfermagem, neste sentido, continua tendo grande responsabilidade. Dessa forma, conhecer os estágios das úlceras de pressão, os quais foram descritos no decorrer do estudo é indispensável para que se possam promover critérios para prevenção. As principais causas das UP consistem nos fatores que atuam diretamente nos tecidos, por descuido na higiene, umidade, uso de instrumentos ortopédicos, repouso em superfícies duras, posição incorreta do paciente, entre outras. E, ainda, a forma como é feito o diagnóstico das úlceras por meio de métodos visuais que se classificam os seus estágios (DOMANSKY; BORGES, 2012).

O conhecimento do profissional que presta o cuidado ao paciente restrito ao leito é fundamental, pois a qualidade do cuidado prestado para a prevenção de úlcera por pressão pode estar prejudicada se a habilidade e o conhecimento desses não forem adequadamente conduzidos (CALIRI, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos ambientes mais hostis é a UTI, que está associada a alta vulnerabilidade para o desenvolvimento de lesões cutâneas por pressão. A utilização de instrumentos que norteiam a identificação precoce de complicações decorrentes do estado de saúde de cada indivíduo é um dos passos para preveni-las.

É de extrema importância o desenvolvimento de protocolos de cuidados visando a melhoria da qualidade da assistência prestada pela equipe multidisciplinar principalmente a de enfermagem, para a redução dos índices de UP e para redução das suas consequências, para atingir esses objetivos é necessário uma visão sistemática desse contexto investindo na melhoria da qualidade da assistência, por meio de medidas adequadas de cuidado com o cliente, educação e capacitação da equipe multiprofissional, educação de pacientes e

familiares, bem como, participação da instituição com a promoção de condições adequadas que propiciem uma assistência de qualidade.

São necessários implantações de protocolos sistematizados para avaliar o risco de desenvolvimento de UP nos pacientes predisponentes. No entanto nesse protocolo, deverá ser adotada uma escala de avaliação dentre as já existentes, ou buscar a criação e/ou aprimoramento dessas escalas, de modo a contemplar a magnitude dos fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo uma rotina para todos os hospitais públicos, dando continuidade no processo do cuidar.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. R. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros: uma abordagem interacionista. **Dissertação de Mestrado**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da universidade Estadual do Ceará. Ceará: 2007. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/albertisa_rodrigues_alves.pdf> Acesso em: Janeiro 2018.

ALVES, A. R.; BELAZ, K; RODRIGUES, R. M. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Revista Inst Ciência e Saúde**. SP: 2008. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04_out_dez/V26_N4_p397-402.pdf> Acesso em: Janeiro. 2018.

ARAUJO, T. M; ARAUJO, M. F. M; CAETANO, J. A. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. Artigo Original. **SciELO**. Acta Paul Enferm. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/11.pd>> Acesso em: Dezembro2017.

CALIRI, M. H. L.Ulcera por Pressão: diretrizes de prevenção. 2010. **SciELO**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/11.pd>> Acesso em: Janeiro 2018.

COSTA et al. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. Revista Acta ortop. bras.[online], vol.13, n.3, pp. 124-133. 2005b. **SciELO**. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141378522005000300005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: Dezembro 2017.

DANTAS et al. **Protocolos de Enfermagem: Prevenção e tratamento de ulcera por pressão**. 1ª ed. Hemório: 2010

DEALEY, Carol. **Cuidando de Feridas**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2008

DOMANSKY, R, T; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: Recomendações baseadas em evidência.** Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2012.

GOMES et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. Artigo Original. Revista Esc. Enfermagem. USP, 45(2):313-18. **SciELO.** 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a01.pdf>.> Acesso em: Janeiro 2018.

FURTADO, K. **Úlceras por Pressão: Prevenção e Tratamento de Úlceras.** 1ª Ed, Coimbra: Formação e Saúde Ltda, 2005.

LOURO, M; FERREIRA, M; PÓVOA, P. Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de úlceras de Pressão. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. **SciELO.** Vol 19, n 03.

Almada: 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a12.pdf>.> Acesso em: Fev. 2018.

MALAGUTTI, W; KAKIHARA, C. T. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multifatorial. 544p. Martinari; 2010. **SciELO.** São Paulo: 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a12.pdf>.> Acesso em: Janeiro 2018.

MEDEIROS, A. B. F; LOPES, C. H. A. F; JORGE, M. S. B. Análise da Prevenção e Tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. Artigo de revisão. **SciELO.** 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v13n3/25672.pdf>.> Acesso em: Fev. 2018.

MUNIZ, Andréia Aparecida Pereira. **Atlas de anatomia ilustrado: a máquina humana: sistemas e funções.** São Paulo: didática Paulista, 2006.

ROGENSKI, N. M. B; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original. **SciELO.** 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v13n3/25672.pdf>.> Acesso em: Janeiro 2018.

ROLIM et al. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de

enfermeiros intensivistas. Artigo Original. **Revista de Enfermagem do nordeste**. 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a06v20n2.pdf>.> Acesso em: Fevereiro 2018.

ROCHA, A. B. L. R; BARROS, S. M. O. Avaliação de risco de ulcera por pressão: propriedades de medidas da escala da versão da escala de Waterlow. **SciELO**. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a06v20n2.pdf>.> Acesso em: Fevereiro 2018.

ROSA, Claudinei Alexandre; JUNIOR, Juan Guillen Pons. **O Uso da Escala de Braden como ferramenta de avaliação de risco para o paciente desenvolver úlceras por pressão**: monografia uma revisão de literatura. Centro Universitário Filadélfia. Londrina. 2009.

ROSÁRIO et al. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de úlceras por pressão estágio IV em um hospital universitário em São Luís – MA. Simpósio de enfermagem, 19 a 22 junho de 2011. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0332.pdf>.> Acesso em :Janeiro 2018.

SANTOS, Vera Lúcia Conceição Gouveia; CALIRI, Maria Helena Larcher. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Rev. Estima**. v. 5. 2007. Disponível em: <<http://www.npuap.org>> Acesso em: Janeiro 2018.

SILVA, R. C. L; FIGUEREDO, N. M. A; MEIRELES, I. B. **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2ª ed. Yendis; São Caetano: SP, 2007.

SILVA, et. al. **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3ª ed. Yendis; São Caetano: SP, 2011a.

VIANA, D. L; LEÃO, E. R; FIGUEREDO, N. M. A. **Especializações em Enfermagem**: atuação, intervenção e cuidados de Enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis Editora. 2010.