

**FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

LUANA GABRIELA MACHADO

**PRINCIPAIS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR
PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Guarantã do Norte - MT

2021

FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LUANA GABRIELA MACHADO

**OS PRINCIPAIS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES
POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao curso bacharelado em enfermagem da Faculdade do Norte de Mato Grosso, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em enfermagem, sob orientação da Professora Esp. Singlid Souza de Deus.

Guarantã do Norte - MT

2021

FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Linha de Pesquisa: Lesão por pressão

MACHADO, Luana Gabriela. **OS PRINCIPAIS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.** Monografia (Trabalho de conclusão de curso) – Faculdade do Norte de Mato Grosso - AJES, Guarantã do Norte – MT, 2021.

Data de Defesa:

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Singlid Souza de Deus

Faculdade do Norte de Mato Grosso

Membro Titular: Anna Carolina Daltro Pereira

Faculdade do Vale do Rio Arinos

Membro Titular: Paloma dos Santos Trabaquini

Faculdade do Vale do Juruena

Local: Faculdade do Norte de Mato Grosso – AJES

Guarantã do Norte – MT

DECLARAÇÃO DE AUTOR

Eu, Luana Gabriela Machado, portadora da cédula de identidade – RG nº 2453226-6 SSP/MT, e inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 064.225.081-23, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou tecno-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado Os principais cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva sob uma perspectiva bibliográfica, pode ser parcialmente utilizado, desde que faça referência à fonte e ao autor.

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e ao autor.

Guarantã do Norte – MT, 24 de maio de 2021

Luana Gabriela Machado

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha família, que é a maior incentivadora das realizações dos meus sonhos. Sem ela por perto não teria conseguido. Muito obrigada!

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por me permitir ter chegado até aqui, vencendo todos os obstáculos. Aos meus pais, Dulcimar Machado e Rosemar S. Machado, e aos meus irmãos Eduardo H. Machado e Lucas E. Machado, por tudo que sempre fizeram por mim, por todo apoio e incentivo durante minha trajetória de graduação, para que eu nunca desistisse dos meus sonhos. Por todas as dificuldades que passamos para que eu conseguisse chegar até aqui. José Perin por estar presente na minha vida, sempre buscando me apoiar, tornando a carga mais leve. Aos meus amigos, que sempre estiveram dispostos a ajudar nos momentos difíceis. Aos meus professores e orientadora, minha gratidão por todos os ensinamentos repassados que colaboram com o meu processo de formação profissional e também de vida.

EPÍGRAFE

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.” (Albert Einstein)

RESUMO

O objetivo do trabalho visa analisar os principais cuidados de enfermagem para prevenção de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva. O método desenvolvido trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho bibliográfico com abordagem qualitativa. Para o universo deste estudo foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online, Base de Dados de Enfermagem, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde vinculado à Biblioteca Virtual em Saúde, com os critérios de inclusão, contendo artigos publicados entre os anos de 2015 a 2021, artigos em idioma português, artigos na íntegra, artigos originais e de revisão na temática e os critérios de exclusão artigos que fogem do tema delimitado, monografias, dissertações e teses, artigos repetidos nas bases de dados, utilizada as palavras chaves enfermagem, prevenção, unidade de terapia intensiva, escalas. Através desse estudo, foram identificados 06 artigos que contém informações precisas sobre escalas para prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva, mudança de decúbito para prevenção das lesões que é de suma importância, as principais intervenções de enfermeiros para agir de forma precoce, principais medidas terapêuticas utilizadas pelos profissionais de enfermagem, recursos humanos e materiais para prevenção e, por fim, a lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. Conclui-se que a ocorrência das lesões por pressão em unidade de terapia intensiva está diretamente ligado aos cuidados básicos diários prestados através da assistência de enfermagem ao paciente, através de exame físico, uso da escala, planejamento de intervenção precoce para cada paciente, visando o seu estado como um todo buscando atender suas principais necessidades.

Palavras Chaves: Enfermagem; Prevenção; Unidade de Terapia Intensiva; Escalas.

ABSTRACT

The objective of the work is to analyze the main nursing care for the prevention of pressure injuries in an intensive care unit. The method developed is an exploratory research of a bibliographic nature with a qualitative approach. For the universe of this study, the following databases were used: Scientific Electronic Library Online, Nursing Database, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences linked to the Virtual Health Library with the inclusion criteria containing articles published among the years 2015 to 2021, articles in Portuguese language, full articles, original and review articles on the theme and the exclusion criteria Articles that escape the defined theme, mammograms, dissertations and theses, repeated articles in the databases, using the keywords nursing, prevention, intensive care unit, scales. Through this study, 06 articles were identified that contain precise information on scales for the prevention of pressure injuries in the intensive care unit, changes in decubitus for the prevention of injuries that are of paramount importance, the main interventions of nurses to act early, the main therapeutic measures used by nursing professionals, human and material resources for prevention and, finally, pressure injuries in an intensive care unit. It is concluded that the involvement of pressure injuries in an intensive care unit is directly linked to the basic daily care provided through nursing care to the patient, through physical examination, use of the scale, early intervention planning for each patient, aiming at the your state as a whole seeking to meet your main needs.

Keywords: *Nursing; Prevention; Intensive care unit; Scales;*

LISTA DE QUADRO

QUADRO 01 - Palavras-chaves utilizadas para buscas nas bases de dados.....	32
QUADRO 02 - Caracterização dos artigos selecionados.....	34
QUADRO 03 - Caracterização dos artigos conteúdos selecionados.....	35

LISTA DE FIGURA

- FIGURA 01** - Representação de um tecido normal (saudável) (A), de um tecido com LP no estágio I (B), de um tecido com LP no estágio II (C), de um tecido com LP no estágio III (D) e de um tecido com LP no estágio IV (E).....21
- FIGURA 02** - Regiões mais comuns para o surgimento de Lesões por Pressão.....22
- FIGURA 03** - Fluxograma dos artigos selecionados.....33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LPP:	Lesão por Pressão
UTI:	Unidade de Terapia Intensiva
FGF:	Fator de Crescimento de Fibroblastos
VEGF:	Fator de Crescimento Endotelial Vascular
TGF-β:	Fator de Crescimento β Transformador Beta
FE:	Fatores Externos
FI:	Fatores Internos
DPOC:	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
SCIELO:	Scientific Electronic Library Online
LILACS:	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
BDENF:	Bases de Dados da Enfermagem
MEDLINE:	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. OBJETIVOS	15
1.1 OBJETIVO GERAL:	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 UMA BREVE INTRODUÇÃO À FISIOLOGIA DA PELE, SUAS CAMADAS E AO PROCESSO DE LESÃO	16
2.2 - LESÃO POR PRESSÃO: CARACTERÍSTICAS GRAUS, PROCEDIMENTOS E AVALIAÇÕES	18
2.3 ESCALA DE BRADEN.....	23
2.4 TIPOS DE CURATIVOS.....	24
2.5 PROCEDIMENTOS NA UTI.....	25
2.6 PROCEDIMENTOS À MOBILIDADE	27
2.7 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA LESÃO POR PRESSÃO	28
3. MÉTODO.....	30
3.1- TIPOS DE PESQUISA.....	30
3.2- QUESTÃO NORTEADORA	31
3.3- UNIVERSO E AMOSTRA	31
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	31
3.5 COLETA DE DADOS	32
3.6 ANÁLISE E TABULAÇÃO DOS DADOS	32
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão são definidas como danos que acometem a pele e tecidos subjacentes, principalmente sobre regiões de proeminências ósseas, como calcâneo, trocânter e sacral, e como os pressupostos de que os danos na pele ou demais tecidos podem ser classificados em estágios, sabendo que a lesão ocorre geralmente sobre uma superfície óssea, visa-se analisar suas conjunções acerca do papel de medidas da equipe de enfermagem na prevenção dessas lesões (LAURENTI et al., 2015).

As lesões por pressão geram no paciente desconforto, dor, piora de seu quadro clínico, alto custo para o sistema de saúde, conseqüentemente, maior tempo de internação. E os fatores de risco ocorrem principalmente em unidade de terapia intensiva, pois os pacientes encontram-se acamados, com estado nutricional deficiente, forças de fricção combinadas com a pressão da massa corporal e dispositivos invasivos, são alguns dos principais fatores que levam ao aparecimento da lesão por pressão (VASCONCELOS, 2015).

Com a pressão que ocorre, principalmente sobre as proeminências ósseas dos pacientes durante a permanência de internação, acompanhada de fricção e cisalhamento no local, ocorre lesão nos tecidos moles entre proeminências ósseas, provocando isquemia e morte tecidual. Geralmente, os principais locais acometidos são as regiões isquiática, sacral, trocânter e calcânea (VASCONCELOS, 2015).

Nessa perspectiva, a pesquisa limita-se a uma visão bibliográfica, ao aporte dos principais cuidados para prevenção de lesão por pressão em unidade intensiva, integrando seus elementos, características, procedimentos e avaliações, além da identificação à fisiologia da pele, suas camadas e ao processo inicial de cicatrização e lesão, e suas complicações (FREITAS et al., 2011).

Assim, analisando sobre as questões ao conceito-chave, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva, e refletindo sobre as complicações do comedimento por parte do paciente, uma vez que esse tipo de lesão ainda está frequente nos diversos contextos de assistência à saúde, constituindo-se um agravo que afeta, especialmente, pacientes críticos, o que colabora para o aumento do risco de complicações hospitalares, surgiu a seguinte pergunta: quais são os principais cuidados de enfermagem para prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva? (GOMES et al., 2017).

A responsabilidade e o cuidado com a pele são atribuídos à equipe de enfermagem, pois ela cuida diretamente do paciente e permanece com ele por mais tempo do que qualquer outro profissional de saúde, sendo assim necessárias medidas de cuidado preventivas e sistemáticas para garantir a segurança do paciente (CRUZ, 2015).

Deve-se realizar a prevenção através da ação de práticas básicas a todos os pacientes atendendo-se as necessidades reais, como: avaliação diária do paciente, aplicação de escala de braden, hidratação da pele, higienização, mudança de decúbito a cada 2 horas, uso de coxins, colchões especiais e coberturas adequadas. Sendo assim, a valorização da prevenção é uma medida muito importante que se faz necessária, uma vez que a prevenção é a forma mais eficaz de abordagem contra essa condição (VASCONCELOS, 2015).

Portanto, o intuito dessa pesquisa é evidenciar os principais cuidados de enfermagem para prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva e alertar profissionais de enfermagem, equipe de enfermagem e acadêmicos da área a importância de realizar a prevenção das lesões a pacientes críticos. É de suma importância realizar um exame físico (céfalo-caudal), detalhado, saber classificar quais são os principais fatores de risco que cada paciente apresenta avaliando seu quadro clínico e sua subdivisão entre fatores intrínsecos e extrínsecos.

É necessário que os profissionais de saúde possam adquirir um conhecimento técnico-científico sobre o quanto é significativo as informações alocadas nesse estudo, buscando melhores práticas assistenciais de saúde aos pacientes dentro de unidades de terapia intensiva.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL:

- Evidenciar os principais cuidados de enfermagem para prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever sobre o uso e a importância das escalas de avaliação de LPP utilizadas em unidades de terapia intensiva.
- Identificar as principais características, procedimentos e avaliações na lesão por pressão.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 UMA BREVE INTRODUÇÃO À FISIOLOGIA DA PELE, SUAS CAMADAS E AO PROCESSO DE LESÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, equivalente a um sexto do peso corporal. Possui múltiplas funções e pode resistir a organismos patogênicos, substâncias químicas e físicas, além de funções sensitivas (tato, dor, calor, frio); metabolismo (síntese de vitamina D); e excretora (suor e sebo). Ela é dividida em três camadas: epiderme, derme e tecido subcutâneo com diferentes características e funções (VASCONCELOS, 2015).

A camada externa é chamada de epiderme, que é composta por epitélio lamelar estratificado queratinizado, composto principalmente por queratinócitos e células de Langherans, e fornece proteção contra atrito e imunidade. Essa camada é dividida em cinco outras camadas: camada basal, camada espinhosa, camada granulosa, camada lúcida e camada córnea (CRUZ, 2015).

A camada basal é composta por células basais e melanócitos, e a camada mais profunda da epiderme está em contato direto com a derme. É tida como a camada básica de germinação com alta atividade mitótica, sendo responsável pela renovação contínua da pele juntamente com a camada complexa. A camada espinhosa é composta de células cúbicas ou prismáticas, tem um núcleo central e contém filamentos de queratina intermediários, que são espinhosos. A camada granular é composta por citoplasma. O citoplasma é preenchido por ácido hialurônico corneano e partículas lamelares, que podem garantir a impermeabilidade da pele e preencher o espaço intercelular com lipídios. A camada lúcida é composta por células planas, translúcidas e eosinofílicas. A córnea é composta por células planas, mortas e não nucleadas, e apresenta grande quantidade de filamentos de queratina no citoplasma (CRUZ, 2015).

Já a derme está localizada abaixo da epiderme e é dividida em duas camadas. O papilar é composto por fibras de tecido conjuntivo frouxas e a reticular é composta por feixes de fibras de colágeno. Além de boa formação de vasos sanguíneos e colágeno abundante, existem anexos na pele, como suor, glândulas sebáceas e glândulas do folículo piloso na derme. O tecido subcutâneo é a camada mais profunda, rica em tecido adiposo, e sua principal função é a proteção mecânica e o isolamento térmico (BOTELHO, 2011).

Quando a continuidade da pele é rompida, seja ela interna ou externa, ocorre um ferimento, que pode ou não ser acompanhado de dano à camada subjacente. Além disso, após a lesão, o organismo inicia um processo fisiológico, sistêmico e dinâmico, denominado cicatrização, para reparar os tecidos lesados. A cura inclui três fases importantes: inflamação, proliferação e remodelação (VASCONCELOS, 2015).

A fase inflamatória é caracterizada por reações vasculares e celulares que ocorrem imediatamente quando o tecido é danificado. Em primeiro lugar, tem um efeito vasoconstritor sobre os agentes inflamatórios, reduzindo assim o fluxo sanguíneo. Onde o sangue vaza do vaso sanguíneo lesado, coágulos de fibrina são depositados para inibir o sangramento. As plaquetas do coágulo são ativadas por substâncias da matriz extracelular que envolve o endotélio, que inicia o processo de adesão e agregação celular, formando um trombo hemostático. Após a trombina cortar o fibrinogênio sérico, ela forma monômeros de fibrina por meio da ação do fator XIII, formando uma rede que pode aumentar a agregação plaquetária (CRUZ, 2015).

No processo, em retorno à produção de leucotrienos, a permeabilidade vascular às células migratórias e às substâncias biologicamente ativas aumentam gradativamente, sendo necessária uma recuperação fisiologicamente sustentável. Quando esses componentes passam pelo espaço vascular, podem causar sinais de inflamação como edema, febre, vermelhidão e dor (VASCONCELOS, 2015).

Nesse estágio, os neutrófilos migram dos vasos sanguíneos para a lesão e, então, os monócitos serão transformados em macrófagos, absorvendo detritos, bactérias e tecido morto do leito da ferida. Os neutrófilos têm efeitos antimicrobianos ao gerar radicais livres de oxigênio, enquanto os macrófagos reagem com os peróxidos sintetizando óxido nítrico para produzir agentes mais eficazes (BARBOSA, 2014).

Assim, a fase proliferativa é caracterizada por fibrose, angiogênese e reepitelização. Nele, os fibroblastos migram e proliferam, formando uma rede de migração celular e passam a sintetizar colágeno e mucopolissacarídeos, importantes para aumentar a resistência à tração. Ao mesmo tempo, novos vasos sanguíneos são formados a partir dos vasos sanguíneos adjacentes à ferida, e os principais agentes envolvidos são FGF (fator de crescimento de fibroblastos), VEGF (fator de crescimento endotelial vascular) e TGF- β (fator de crescimento β transformador beta). Esses novos vasos sanguíneos são características do tecido de granulação e têm a função de nutrir e oxigenar o crescimento do tecido (BARBOSA, 2014).

A epitelização da epiderme tem a função de reconstruir as funções epidérmicas perdidas pela lesão, como proteção mecânica, ajuste da temperatura local, resistência a microrganismos e impermeabilização. Seu propósito é fornecer um selo de barramento à barreira hídrica às bactérias para a ferida. As células epiteliais continuam migrando da periferia para a profundidade da lesão por meio de hiperplasia e hipertrofia, até que a formação epitelial seja alcançada. As camadas mais profundas são estratificadas, enquanto as camadas mais rasas são queratinizadas (MORAES, 2016).

A fase final do processo é a remodelação, incluindo a mudança do tipo de colágeno que compõe a derme e como é manuseado. Inicialmente, o colágeno tipo III mais abundante começa a se degradar, enquanto o colágeno tipo I aumenta a produção através dos fibroblastos. A substituição e a reorganização ocorrem gradualmente, mudando de fibras paralelas dispostas aleatoriamente para arranjos escalonados, aumentando assim a resistência a danos ao leito. Em cerca de um ano ou mais, a relação entre os tipos de colágeno atinge uma proporção semelhante à anterior à ferida, mas nunca atinge 100% de sua resistência fisiológica (BOTELHO, 2011).

Quanto aos tipos de cicatrização, existem três tipos: primeira, segunda e terceira intenções. Na primeira cicatrização, a ferida é estéril, quase não há lesão tecidual, pode ser fechada aproximadamente com suturas ou bordas, e cicatrizada com uma pequena reação tecidual, sem a formação de tecido de granulação. Uma cicatriz de segunda intenção pode ser produzida em feridas infectadas ou feridas que não podem se juntar às bordas. O processo de reparo é mais complicado e requer a formação de tecido de granulação no leito, quando feridas profundas não são suturadas corretamente ou as suturas são rompidas e a ferida é reorganizada posteriormente, ocorre a cicatrização de terceira intenção (VASCONCELOS, 2015).

Ainda, de acordo com Vasconcelos (2015), embora não haja consenso entre os estudiosos, alguns autores adotam o quarto tipo de cicatrização intencional na classificação que está relacionada à cicatrização acelerada por meio de cirurgia plástica por meio de enxertos de pele.

2.2 - LESÃO POR PRESSÃO: CARACTERÍSTICAS GRAUS, PROCEDIMENTOS E AVALIAÇÕES

No Brasil, a incidência de Lesões por Pressão tem variado entre 13,3 e 62,5% e a prevalência entre 9,2 e 37,41%, dependendo da população e região (COSTA et al., 2015), sendo

um problema de saúde persistente. Por esse motivo, estudos demonstram a necessidade de diminuir a sua incidência através da prevenção e identificação de fatores de risco, o que pode ser feito por meio da educação constante da equipe multiprofissional, com uma prática fundamentada em suposições, em que se estabelece relação com o conhecimento e as experiências clínicas (SANTOS et al., 2013).

Dentre as várias feridas existentes, destaca-se a lesão por pressão (LPP), que é uma lesão na pele ou nos tecidos moles, que geralmente ocorre em protrusões ósseas ou está relacionada ao uso de determinados dispositivos médicos ou outros produtos artificiais. Devido a fortes e prolongadas pressões ou forças de cisalhamento que alteram a perfusão tecidual, podem surgir lesões em toda a pele ou úlceras abertas (SOBEST, 2016).

Para a perfusão tecidual, a participação da pressão capilar é muito importante, o que garante o transporte contínuo de gases e nutrientes pelo sangue. Quando a pressão no tecido interno ultrapassa a pressão capilar (32 mmHg) por mais de 2 horas, os pequenos vasos sanguíneos se fecham, prejudicando o fluxo sanguíneo, principalmente na microcirculação. A interrupção da oxigenação e do fornecimento de nutrientes às células neste local leva à necrose do tecido. Em relação ao tempo, pesquisas têm mostrado que, além de outros fatores e forças envolvidas, a alta pressão também pode causar danos em um período de tempo relativamente curto (MESSER, 2012).

A força de cisalhamento causa tensão mecânica e sua força é paralela ao plano alvo. Essa força relacionada à gravidade e ao atrito pode causar deformação e danos aos pequenos vasos sanguíneos e linfáticos que se conectam aos músculos. Alguns estudos em animais demonstraram que a presença dessa força pode reduzir em 50% o tempo e a intensidade da pressão necessária para causar danos aos tecidos. Certos procedimentos requerem atenção ao transporte do paciente e cuidados com a mobilidade (MESSER, 2012).

Lesões por pressão também são referidas como escaras e úlceras por pressão na literatura, mas de acordo com as recomendações do National Pressure Ulcer Advisory Group (NPUAP) de 2016, esta pesquisa foi adotado o termo lesão por pressão – desde a sua criação em 1988, é uma organização americana sem fins lucrativos dedicada à prevenção e tratamento de LPP; cooperou com outras entidades, como a European Pressure Ulcer Advisory (EPUAP) e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPIA), publicando sobre o tema trabalhos e diretrizes (SOBEST, 2016).

As LPP têm classificação internacional de acordo com o grau de envolvimento da pele e dos tecidos básicos e é dividida em 6 categorias: estágio I, estágio II, estágio III, estágio IV,

"inclassificável" e "lesão de tecido profundo". Essas definições foram assinadas em uma reunião do NPUAP, realizada em Rosemont, Chicago, em 2016. Além de mudar a terminologia, a reunião também chegou a um consenso com mais de 400 profissionais especialistas na área e concordou com sua classificação (BOTELHO, 2011).

Seu aparecimento se dá a partir de dois determinantes críticos, a intensidade e a duração da pressão, assim como a fricção, cisalhamento, umidade, imobilidade e redução ou perda da sensibilidade e força muscular (FREITAS et al., 2011).

A ocorrência de Lesões por Pressão ainda é frequente nos diversos contextos de assistência à saúde, constituindo-se um agravo que afeta, especialmente, pacientes críticos, o que colabora para o aumento do risco de complicações hospitalares. Apesar do aprimoramento dos serviços e cuidados de saúde, a incidência de lesão por pressão se mantém alta, principalmente em pacientes de unidade de terapia intensiva, de acordo com estudos brasileiros (BORGHARDT et al., 2015).

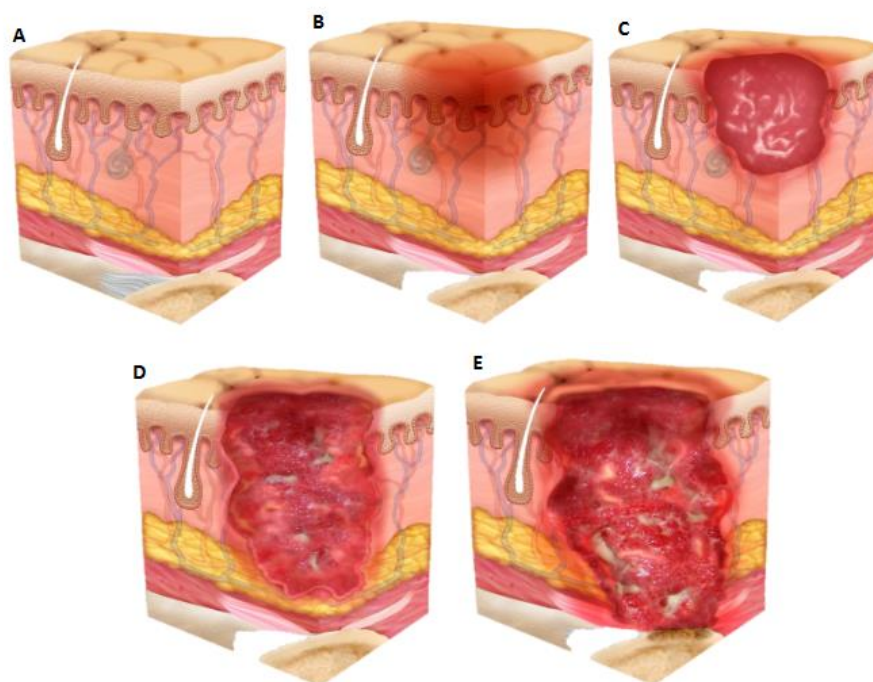
As lesões são divididas em quatro estágios, que variam desde lesões leves a lesões graves. Há lesão por pressão de estágio 1, classificada como uma região com pele íntegra e eritema local que não embranquece, essa coloração é visível em todos os tipos de pele como também mudanças na sensibilidade do local, temperatura e mudanças nas características da pele (BRASIL, 2019).

Há lesão por pressão de estágio 2, caracterizada por perda parcial da pele com exposição da derme. Esse tipo de lesão tem coloração rosa ou vermelha, pode apresentar-se também como uma bolha, tecido apresenta umidade. Essa lesão ocorre devido a fatores externos como microclima, cisalhamento ou fricção de local de contato da pele acometendo, principalmente, a região da pélvis e do calcâneo (BRASIL, 2019).

Na lesão por pressão de estágio 3, ocorre a perda da pele total, com exposição de tecido adiposo, com presença de tecido de granulação, com a visualização de bordas e da lesão propriamente formada. A profundidade do dano depende da localização anatômica do paciente (FARIA et al., 2019).

O estágio 4 da lesão por pressão ocorre a perda da pele em sua espessura total, com exposição de tecidos da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. A lesão encontra-se visível, é o estágio mais grave da lesão por pressão (AGOSTINHO, 2017)

FIGURA 01 - Representação de um tecido normal (saudável) (A), de um tecido com LP no estágio I (B), de um tecido com LP no estágio II (C), de um tecido com LP no estágio III (D) e de um tecido com LP no estágio IV (E)



Fonte: NPUAP (2016).

De acordo com BRASIL (2013), também existem as LPP Inclassificáveis/Não graduáveis, que é a perda total da espessura da pele ou de tecidos, ou seja, a profundidade é indeterminada, na qual a profundidade atual da lesão está impedida pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. Desta forma, até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada.

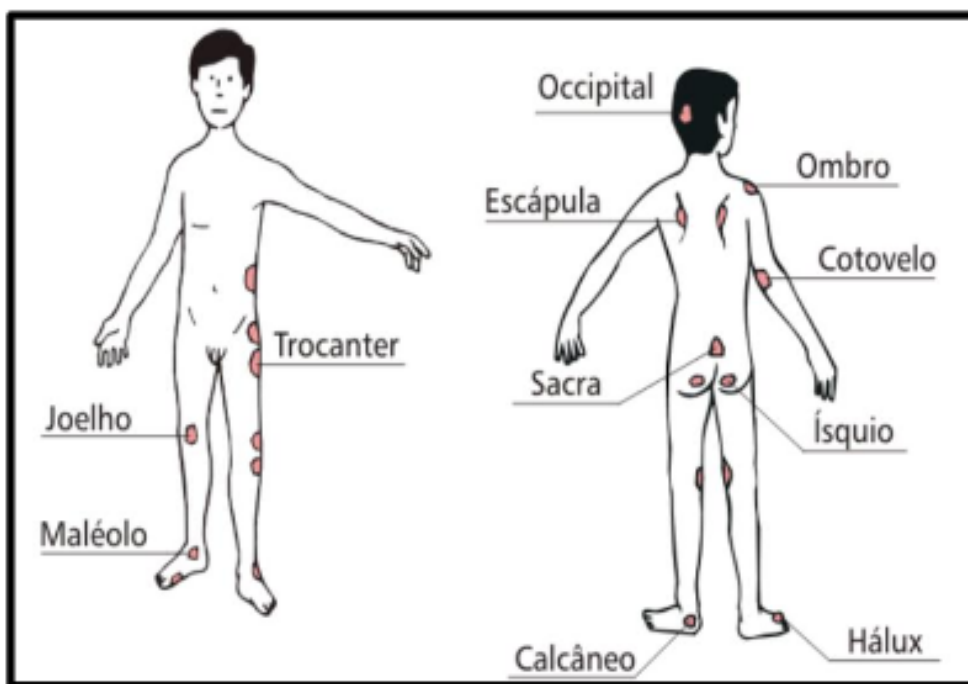
De acordo com Matos (2010), Brasil (2013) e Santos et al., (2013), os fatores de risco para o surgimento de LPP podem ser extrínsecos ou intrínsecos. Dentre os fatores extrínsecos, pode-se citar a pressão contínua, que é quando ocorre pressão demasiada ou frequente em região lesionada ou proeminência óssea, tornando-se a distribuição sanguínea prejudicada, e impedindo a distribuição no local da lesão.

O cisalhamento é outro fator decorrente do deslizamento do paciente no leito, no qual os tecidos anexos e o esqueleto se movimentam, mas a pele sobre os glúteos conserva-se imóvel. Já a fricção é resultado do atrito entre duas superfícies. O principal motivo é quando o paciente é arrastado ao invés de ser levantado. A umidade agrava as consequências da fricção, resultando em lesão epidérmica (SANTOS et al., 2013).

Por fim, a umidade é um fator onde ocorre alteração mecânica e química (pH), com aumento da susceptibilidade à lesão causada por outros fatores, como secreções respiratórias, vômito, sudorese, incontinência urinária e/ou fecal, e exsudação de lesão. É fundamental reduzir a exposição da pele ao excesso de umidade, evitando assim, o rompimento da epiderme (BEZERRA, 2010).

Em relação aos fatores intrínsecos, pode-se citar a idade avançada, no qual pessoas idosas são mais sujeitas às lesões e a redução da cicatrização em decorrência da ausência de nutrição, baixa imunidade, ao comprometimento respiratório e circulatório, a fragilidade capilar e desidratação da pele. Outras propriedades relacionadas à idade podem aumentar à exposição às lesões: produção de vitamina D, a resposta inflamatória, a síntese de colágeno, a angiogênese, a agilidade de cicatrização e a redução da largura da derme (SILVA, 2017).

FIGURA 02 - Regiões mais comuns para o surgimento de Lesões por Pressão.



Fonte: Matos (2010).

As localizações mais comuns da Lesão por Pressão são: isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocantérica (15%), e calcânea 8 (%). Outras localizações incluem maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital (1%), e região escapular (Brasil, 2013). Esses locais mais comuns podem ser melhor observados na Figura 2.

Assim, o desenvolvimento da LPP está relacionado a diferentes fatores de risco, sendo que a maioria dos autores o divide em externos (FE) ou internos (FI). A FE é relacionada a fatores ambientais que podem afetar o aparecimento da LPP nos indivíduos. Os FI são aqueles que estão relacionados com as características pessoais dos indivíduos e são propícios ao surgimento da LPP (ROCHA, 2012).

Nos FE principais, o que se pode citar é que quando a pressão ultrapassar a pressão de perfusão do tecido (32 mmHg), a pressão aumentará quando o paciente permanecer na mesma posição. Força de cisalhamento e força de tração, quando ocorrer atrito entre as duas superfícies, devido à execução indevida, cabeceira da cama estiver acima de 30°, se houver incontinência urinária ou fecal, sudorese, secreção respiratória, vômitos e exsudatos, que causam alterações mecânicas e químicas (pH) da pele, aumentando assim a susceptibilidade a lesões causadas por outros fatores (ANDRADE, 2006).

Já os principais FI incluem: estado nutricional, perda de peso (> 10%), hipoalbuminemia (<3,5 mg / dL) e hiperalbuminemia (<6,4g / dL); idade acima de 65 anos; masculino; devido à função neurológica ou alterações no estado de consciência podendo estar alterado pelo uso de medicamentos causando transtornos; pele seca; má perfusão por doença vascular, anemia, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença renal ou diabetes (FERNANDES, 2008).

Assim, com base nos fatores de risco, foi criada uma ferramenta preditiva para avaliar o risco dessas lesões, auxiliando nas medidas preventivas. Essas ferramentas incluem Norton Scale (1962), Gosbell (1973), Braden (1987), Warterlow (1988) e escala de revista Cubbin & Jackson (1998) (BAVARESCO, 2013).

2.3 ESCALA DE BRADEN

A mais recorrida no Brasil é a escala de Braden, criada em 1987. Segundo a escala de Braden, seis fatores de risco (subescalas) são avaliados. Destes seis parâmetros, três medem os determinantes clínicos da exposição à pressão-sensação, atividade e mobilidade, e três medem a tolerância dos tecidos à pressão-umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. A pontuação da escala de Braden varia de 6 a 23, e a pontuação mais baixa indica que a pessoa está sob alto risco de LPP. Pacientes com escores entre 19 e 23 são considerados sem risco de LPP; 15 a 18 de baixo risco; 13 a 14, médio risco; 10 a 12, de alto risco; 9 ou menos, o risco é muito alto. Vale ressaltar que esse valor igual ou menor que 16 pontos indicam que o paciente adulto está

sob risco de desenvolver LPP. Porém, na presença de outros fatores (como idade acima de 65 anos, febre, baixa ingestão proteica, pressão arterial diastólica abaixo de 60mmHg e instabilidade hemodinâmica), pacientes com escores 17 e 18 também são considerados de alto risco. A descrição e avaliação da escala são as seguintes (PARANHOS, 1999):

Essa escala é dividida em seis fatores de risco como: Percepção sensorial, que se refere à capacidade do paciente em responder à pressão relacionada ao desconforto (à capacidade de responder ao desconforto e ao estresse, podendo ser totalmente restrita, muito restrita, ligeiramente restrita e irrestrita. Quando o desejo de mudar de posição muda, o risco de LPP aumenta). Umidade, que está relacionada à umidade da pele (Incontinência anal ou urinária, desperdício de comida ou secreção de feridas podem promover essa umidade. A pele pode estar completamente molhada, muito molhada, ocasionalmente molhada e raramente molhada). Atividade, que está relacionada ao grau de atividade física relevante (de estar fora da cama, estar acamado, apenas sentar em uma cadeira, caminhar ocasionalmente e caminhar frequentemente). Mobilidade, relacionada à capacidade de mudar e controlar a posição corporal (é a capacidade de mudar e controlar a posição do corpo, liberar a pressão através do exercício, completamente imóvel, bastante limitado, ligeiramente restrito e irrestrito. A liquidez é um dos fatores de risco mais relevantes na formação do LPP, que está relacionado ao conforto físico e mental pessoal). Nutrição, relacionada ao consumo alimentar normal (avalia-se a ingestão alimentar usual, que pode ser muito pobre, pode ser insuficiente, suficiente e de boa qualidade). Fricção e força de cisalhamento, referem-se à dependência da mobilidade (seja necessário ou não, e possui as seguintes categorias: problema, problema potencial e sem problema).

As primeiras cinco pontuações são de 1 a 4 e a sexta pontuação é de 1 a 3. O valor total da avaliação da escala está entre 6 e 23 pontos, quanto menor o valor, maior o risco de LPP. De acordo com os resultados, os riscos podem ser divididos em: baixo (15 a 18), médio (13 a 14), alto (10 a 12), muito alto (igual ou menor que 9) e sem risco (19 a 23) (SILVA, 2011).

2.4 TIPOS DE CURATIVOS

O tratamento de feridas e a perda de tecido cutâneo são uma das preocupações médicas mais antigas. Segundo os autores, esse tratamento pode ser realizado por meio de procedimentos cirúrgicos ou clínicos, sendo este último o método de reparo tecidual mais utilizado. Para a realização desses tratamentos, é fundamental o conhecimento fisiológico e bioquímico dos mecanismos de cicatrização e reparo dos tecidos (CARDOSO, 2019).

Certas feridas podem ser causadas por trauma, lesão por pressão, diabetes e radioterapia, etc., e podem ser divididas nos seguintes tipos: feridas simples e feridas complexas. As feridas simples seguem os três estágios principais da fisiologia e evoluem espontaneamente para a cicatrização regressiva de feridas: Inflamação, proliferação celular e remodelação de tecidos (CARDOSO, 2019).

Os curativos são classificados como: curativos passivos, curativos com princípios ativos, curativos inteligentes e curativos biológicos. Costa (2015) evidencia poliacrilamida e polietileno) e Alginato de cálcio (a fibra da alga é impregnada de cálcio). Curativos passivos são utilizados para protegerem as feridas, para que não fiquem expostas no ar, como: hidrogel, hidrocoloide e alginato de cálcio. Curativos com princípios ativos têm efeito local e é ativo no desbridamento de feridas e controle de bactérias nas partes lesadas, são eles o Papaína (composto com a enzima proteolítica do látex de *Carica papaya*) e o Colagenase (feito com Enzima proteolítica Clostridiopeptidase). Curativos inteligentes, que são curativos que estimulam a transdução de sinais endógenos e são responsáveis pela restauração dos tecidos doentes. São eles, o Carvão ativado com prata (composto com fibras de carvão ativado impregnado com prata 0,15%), espuma com prata (feito a partir dos poliuretanos ou silicones entremeadas por bolhas de ar impregnadas com prata.) e a placa de prata (composto com sais de prata). E os curativos biológicos, que são usados para substituir temporariamente a pele. São tecidos heterogêneos ou alogênicos, podem não ter células (descelularizados) e são imunologicamente inertes, são eles Matriz de colágeno (feito a partir do colágeno bovino ou suíno descelularizado com celulose oxidada.), Matriz de celulose (que é composto com a membrana de celulose produzida por *Acinetobacter xylinum* desidratada, acrescida de poros artificialmente.), e a Pele alógena (que é composto com a lâmina de pele humana de doador descelularizada).

2.5 PROCEDIMENTOS NA UTI

A UTI é o local de atendimento ao paciente clínico ou cirúrgico crítico e / ou de alto risco, que necessita de acompanhamento contínuo (24), equipamentos e recursos profissionais, além de atendimento médico, de enfermagem e fisioterapeuta 24 horas por dia (SILVA, 2011).

A unidade de terapia intensiva é dividida por faixa etária (neonatal, pediátrica e adulta) e especialidade médica, sendo classificada de acordo com as seguintes doenças: cardiopatias, artéria coronária, nervo, aparelho respiratório, traumas, queimaduras, etc. Pacientes graves e /

ou de alto risco que podem se recuperar, e pacientes com morte encefálica são potenciais doadores que precisam e estão indicados para internação em UTI. Nesse sentido, cada UTI deve atender às normas ambientais e de estrutura física (PARANHOS, 1999).

Em comparação com pacientes hospitalizados em outros setores, a LPP é mais comum em pacientes de UTI porque eles apresentam fatores de risco como instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória, necessidade de sedação contínua, gravidade da doença e falência de múltiplos órgãos. Levando-se em consideração a incidência de LPP, ressalta-se que a avaliação de risco deve ser realizada mesmo em pacientes que já possuem LPP, pois isso pode evitar que ocorram danos em outros lugares (GOMES et al., 2017).

Um estudo avaliou pacientes gravemente enfermos em quatro diferentes UTIs (dois departamentos de neurologia, um departamento de cardiologia e um departamento geral) em dois hospitais privados de São Paulo. Demorou de 1 a 15 meses e constatou que a incidência de LPP varia de 10 a 62,5% (10). Em outro estudo realizado na unidade de terapia intensiva de um grande hospital terciário do estado de São Paulo, a incidência de LPP foi de 62,5% (LAURENTI et al., 2015).

O enfermeiro desempenha um papel importante no cotidiano da unidade de terapia intensiva, partindo do processo de enfermagem, desde a observação, coleta de dados, anamnese do paciente, exame físico, tratamento, aconselhamento e orientação sobre a manutenção da saúde, e orientar os pacientes para promover o relacionamento entre paciente e equipe de enfermagem e a continuidade do tratamento, planejamento, implementação, desenvolvimento, avaliação e interação entre os diferentes profissionais de saúde. Além do processo de gestão e organização da assistência, o enfermeiro também deve oferecer educação continuada para qualificar a equipe de enfermagem. O enfermeiro deve saber cuidar de todos os pacientes internados na UTI, saber dar continuidade ao enfrentamento do binômio vida / morte e manter a estabilidade emocional (BAVARESCO, 2013).

A atuação do enfermeiro em unidade de terapia intensiva é caracterizada por atividades de enfermagem e gerenciais complexas, que requerem capacitação técnica e científica. A tomada de decisões e o comportamento seguro estão diretamente relacionados à vida e morte das pessoas (PARANHOS, 1999).

A LPP é um problema de saúde com graves consequências, totalmente evitáveis, portanto, o uso da escala de Braden tem despertado interesse nesta pesquisa. A utilização dessa

escala pode ser utilizada como forma de tomar medidas preventivas e possibilitar que a equipe de saúde recomende cuidados aos pacientes que apresentam maior risco de LPP (SILVA, 2011).

2.6 PROCEDIMENTOS À MOBILIDADE

No estudo de Bezerra (2010), uma das principais medidas de enfermagem citadas pelos enfermeiros é a mudança de decúbito. Nesse caso, todos os pacientes devem ser reposicionados para reduzir a duração e a intensidade da pressão em áreas vulneráveis (como protrusões ósseas). A troca de decúbito deve ser realizada em horário pré-determinado, a frequência deve levar em consideração a condição do paciente e o intervalo é de 2 horas.

Já no estudo de Cruz (2015), os profissionais de enfermagem acreditam que a mudança de decúbito no leito é uma medida necessária para a prevenção da LPP e deve ser feita a cada duas horas, com o objetivo de redistribuir a pressão da superfície corporal mantendo a circulação sanguínea para prevenir a oclusão por muito tempo.

Bezerra (2010) relatou que mudanças de decúbito realizadas por enfermeiros no estudo é considerada a principal medida de prevenção da LPP. No entanto, em relação ao tempo de rotação de 2/2 horas, consideram que esta medida é inviável devido à sobrecarga de pessoal, e a doença grave do paciente. Apesar de compreenderem as recomendações da literatura, realizaram avaliações de pesquisas na UTI e, de acordo com o relógio disponibilizado pelo serviço, era utilizado um protocolo com medidas preventivas e trocas de decúbito a cada 3 horas, indicando o horário e local a serem realizados.

Cruz (2015) aponta que a troca de decúbito a cada 2 horas também é uma medida preventiva importante, e que 41,05% dos pacientes de UTI utilizam colchões e almofadas em formato de pirâmide.

As Diretrizes internacionais recomendam que todos os indivíduos com potencial de desenvolvimento ou que desenvolveram LPP sejam reassentados, se não houver contraindicações (MORAES, 2016).

Quanto à frequência, além do estado clínico do paciente, as diretrizes também recomendam considerar o tipo de superfície de apoio, para pacientes em cuidados paliativos, deve ser reposicionada em colchão que redistribui a pressão a cada duas horas em colchão de espuma. (MORAES, 2016).

Em um estudo realizado na Espanha por Botelho (2011), não houve diferença significativa na incidência de LPP na comparação entre a frequência de realocação de 2 horas e 4 horas em pacientes ventilados mecanicamente em UTI. No entanto, a quantidade de trabalho de cuidado e eventos adversos relacionados aos equipamentos aumentou.

Bezerra (2010) evidencia que cada turno é composto por uma equipe de dois membros para receber treinamento e realizar mudança de decúbito a cada 2 horas, reduzindo muito a incidência de LPP. De acordo com um estudo sobre a prevenção da LPP em pacientes obesos, constatou que o uso de equipamentos de mobilidade reduziu a LPP em 30% e as lesões musculoesqueléticas dos funcionários em 62%, o que é benéfico para pacientes e equipes multidisciplinares. De acordo com as recomendações das diretrizes internacionais sobre o uso de auxiliares de transferências manuais para evitar cisalhamento e fricção.

No estudo selecionado, a tecnologia de posicionamento utilizada não foi descrita em detalhes. A principal recomendação nesta diretriz é que o reposicionamento deve ser feito de forma a reduzir ou redistribuir a pressão, evitando o posicionamento em protruções ósseas que exibem eritema ou LPP, deve evitar estresse ou cisalhamento sob a pele e a força, não arrastar para a superfície com a ajuda da transferência manual do paciente e elevar a cabeceira de 30° a 45° graus na posição deitada (BARBOSA, 2014).

2.7 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA LESÃO POR PRESSÃO

O conhecimento sobre as Lesões por pressão pela equipe de enfermagem que prestam cuidados aos pacientes é fundamental para a qualidade do cuidado prestado, pois a assistência prestada será prejudicada se a habilidade e o conhecimento estiverem sendo utilizados inadequadamente (GOMES et al., 2017).

A ocorrência de lesão por pressão consequentemente está associada à não realização das medidas preventivas, à ausência dos recursos materiais adequados e necessários para cada caso e também pela ausência de registros de enfermagem completos que podem ser caracterizados pela falta de checagem da enfermagem ou até mesmo preenchimento inadequado do instrumento (LAURENTI et al., 2015).

O papel do enfermeiro é realizar consulta de enfermagem utilizando a Escala de Braden e Radar da Escala de Braden à admissão do paciente e, sucessivamente, de acordo com o risco anterior, avaliar e considerar os fatores de risco extrínsecos e intrínsecos. Além disso, planeja a assistência de enfermagem com a colaboração do técnico de enfermagem, planeja junto à

equipe multiprofissional as ações preventivas, bem como solicita as intervenções quando preciso (BRASIL, 2013).

O enfermeiro também avalia as lesões já existentes e prescrevem o tratamento, indicando coberturas/produtos apropriados para a realização dos curativos, faz os curativos ou acompanha a realização pelo técnico de enfermagem, determina a frequência de troca do curativo de acordo com cada caso e tipo de cobertura/produto utilizado, e realiza o desbridamento mecânico quando necessário. Por fim, eles também capacitam a equipe multiprofissional sempre que possível ou necessário e participam de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição (LAURENTI et al., 2015).

3. MÉTODO

3.1- TIPOS DE PESQUISA

Observando os objetivos que ocasionam a investigação, a qual está centrada os principais cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva, através de uma perspectiva bibliográfica, a metodologia da pesquisa foi fundamentada em uma pesquisa exploratória de cunho bibliográfico, com abordagem qualitativa. Reconhecendo a conjuntura dos sujeitos da pesquisa — historicamente e socialmente —, ocorre uma aproximação aos fins metodológicos sócio-históricos.

Segundo Minayo (2001, p. 14):

[...] a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p. 14).

O primeiro passo na realização da pesquisa foi a escolha de um referencial teórico e, para esta pesquisa, a revisão bibliográfica consistiu em coletar e analisar os principais cuidados de enfermagem para prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. Assim, a investigação e a análise são os pontos básicos que necessitam ser considerados antes de se chegar ao tópico de pesquisa e, dessa análise e investigação, a hipótese de pesquisa e o campo de pesquisa podem ser derivados. Boccato (2006) destaca que:

A pesquisa bibliográfica visa resolver problemas (hipóteses), analisando e discutindo várias contribuições científicas através do quadro teórico publicado. Este tipo de pesquisa fornecerá subsídios para o conhecimento estudado, como e sob que enfoque e / ou ponto de vista são tratados os temas apresentados na literatura científica. Para tanto, é imprescindível que os pesquisadores planejem sistematicamente o processo de pesquisa, incluindo a definição do tema, a construção lógica do trabalho e a determinação de sua disseminação e forma de disseminação (2006, p. 268).

A partir de sínteses de algumas obras literárias, bem como periódicos e revistas científicas sobre o tema, de autores como Vasconcelos (2015), Cardoso (2019), Laurenti (2015) e Santos (2013), pretendeu-se chegar aos resultados finais dos objetivos elencados às discussões e conceitos que estão em consonância à problemática deste projeto. Os dados serão analisados pelo método proposto por Minayo (2002), para análise de conteúdo. Esse método abrange as

seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O estudo faz a descrição de um breve esclarecimento à fisiologia da pele, suas camadas e ao processo inicial de cicatrização da lesão, trazendo um entendimento sobre as camadas da pele e aos processos inflamatórios e de cicatrização. Busca descrever as principais características, procedimentos e avaliações na lesão por pressão, que pode ser entendida como uma lesão na pele ou nos tecidos moles, que geralmente ocorre em protrusões ósseas ou está relacionada ao uso de determinados dispositivos médicos ou outros produtos artificiais. E, contudo, busca evidenciar, sob uma perspectiva bibliográfica, a atuação do profissional de saúde na lesão por pressão, juntamente com sua proposição preventiva, uma vez que o profissional de enfermagem também avalia as lesões já existentes e prescrevem o tratamento, indicando coberturas/produtos apropriados para a realização dos curativos, faz os curativos ou acompanha a realização pelo técnico de enfermagem, determina a frequência de troca do curativo de acordo com cada caso e tipo de cobertura/produto utilizado e realiza o desbridamento mecânico quando necessário.

3.2- QUESTÃO NORTEADORA

Quais os principais métodos, dispositivos, procedimentos e avaliações utilizados pelo enfermeiro e equipe de enfermagem para prevenção das lesões por pressão em UTI?

3.3- UNIVERSO E AMOSTRA

Para universo e amostra dessa pesquisa, foram coletados dados das seguintes bases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados da Enfermagem (BDENF), e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Para a amostra, foram coletados artigos de forma aleatória, respeitando os critérios de inclusão e exclusão abaixo descritos, que tratam sobre lesões por pressão.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Aos critérios de inclusão de artigos utilizados foram:

Artigos publicados entre os anos de 2015 a 2020;

Artigos em idioma português;

Artigos na íntegra;

Aos critérios de exclusão de artigos:

Artigos que fogem do tema delimitado pelo título;

Monografias, dissertações e teses;

Artigos repetidos nas bases de dados;

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados de bases de dados visando reconhecer os principais métodos utilizados para prevenção de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva.

Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves:

QUADRO 01 - Palavras-chaves utilizadas para buscas nas bases de dados

SCIELO	Úlcera por pressão AND prevenção
MEDLINE	Lesão por pressão AND unidade de terapia intensiva
LILACS	Lesão por pressão AND avaliações AND UTI
BDENF	Lesão por pressão AND escalas AND enfermagem

Fonte: autoria própria, 2021.

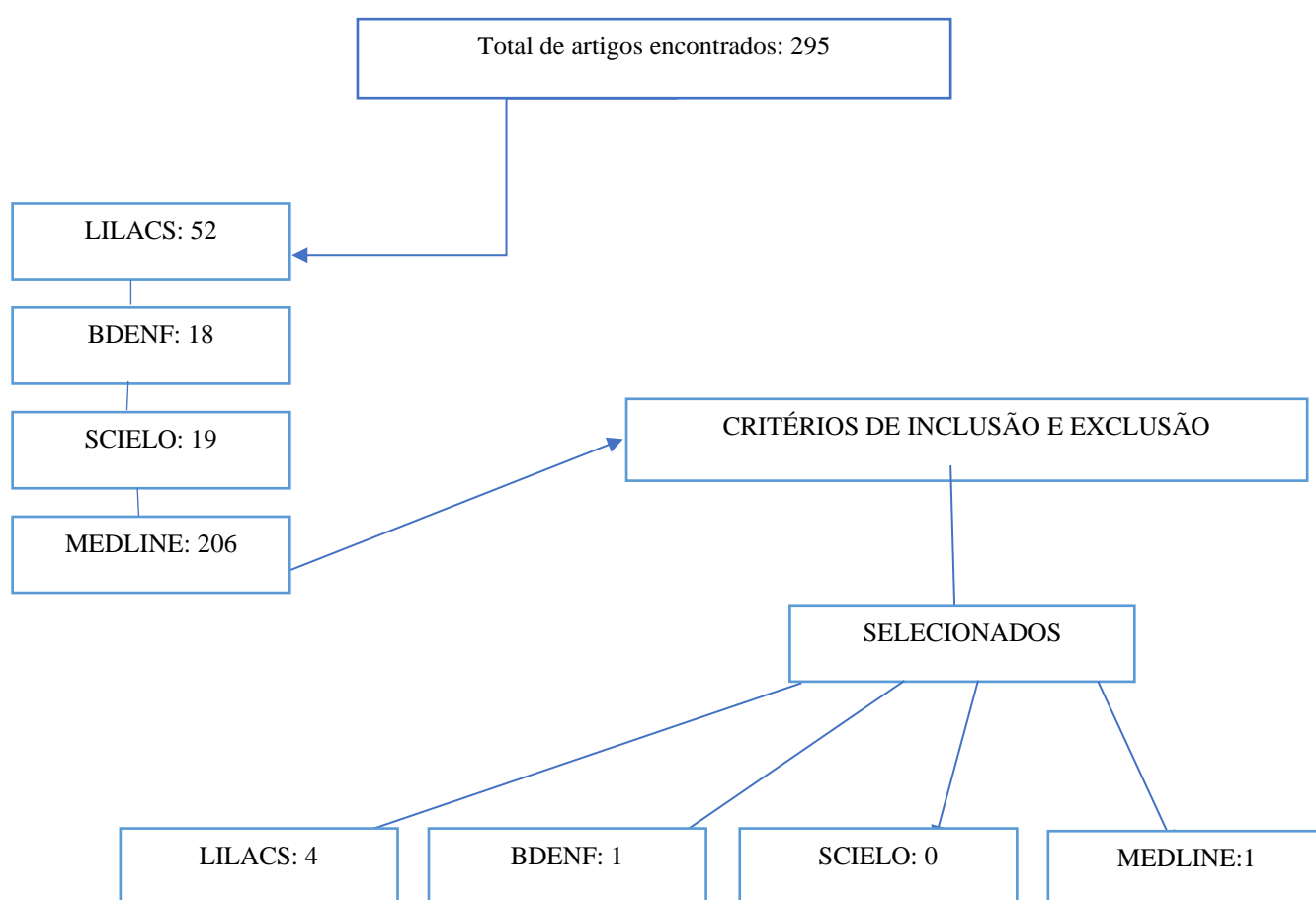
3.6 ANÁLISE E TABULAÇÃO DOS DADOS

As informações dos dados coletados foram realizadas através de ferramentas de pesquisa e posteriormente foram tabulados em tabelas através do programa Microsoft Excel.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os respectivos estudos foram simultaneamente codificados com a numeração em forma crescente, como exemplo: 01. Após ser feita a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e realizada uma leitura minuciosa dos artigos, resultaram em um total de 06 artigos.

FIGURA 03 - Fluxograma dos artigos selecionados



Fonte: autoria própria, 2021.

Em seguida, os artigos encontrados foram submetidos a análises utilizando os processos de inclusão e exclusão. Foram excluídos um total de 45 artigos que não estavam na íntegra, 148 por não estarem no idioma português, 37 por não estarem entre os anos de 2015 a 2021, 26 excluídos pelo título, 15 excluídos após leitura, 08 excluídos por serem teses e monografias, 10 artigos excluídos por serem repetidos nas bases. Portanto, foram utilizados na amostra final 06 artigos.

Após a seleção dos artigos estudados serem feitas, efetuamos a caracterização das composições e atribuímos um código específico para cada um, conforme mostrado abaixo no quadro 2.

QUADRO 02 - Caracterização dos artigos selecionados

Cód	Título	Autores	Ano	Revista	Banco de Dados
01	Escalas para prevenção de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa	Ítalo Lennon Sales de Almeida. Thiago Santos Garces. Glória Yanne Martins de Oliveira Thereza Maria Magalhães Moreira1	2020	Rev. Rener.	LILACS
02	A mudança de decúbito na prevenção da lesão por pressão em pacientes na terapia intensiva	Gonçalves, Adriely Duany Cardoso. Binda Ana Lucia Mota. Pinto Eriane Nascimento. Oliveira Elson Santos Neto. Isidoro Binda.	2020	Rev. Nursing	LILACS
03	Intervenções de enfermeiros na prevenção da lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva	Rigielli Ribeiro Manganelli. Raquel Soares Kirchhof. Greice Machado Pieszak. Carla da Silveira Dornelles.	2019	Rev. Enfermagem da UFSM	LILACS
04	Lesão por pressão: medidas terapêuticas utilizadas por profissionais de enfermagem	Analine de Souza Bandeira Correia. Lolanda Beserra da Costa Santos	2019	Ver. Bras. Ciênc. Saúde	LILACS
05	Recursos humanos e matérias para prevenção de lesão por pressão	Renato Tonole. Euzeli da Silva Brandão.	2019	Rev. Enferm. UERJ	BDENF
06	Lesão por pressão em unidade de terapia intensiva: estudo de caso-controlado	Heloisa Helena Ponchio PacháI. Josimerci Ittavo Lamana FariaI. Kleber Aparecido de OliveiraI. Lúcia Marinilza BeccariaI.	2018	REBEn. REV. brasileira de enfermagem	MEDLINE

Fonte: autoria própria, 2021.

O quadro a seguir demonstra um intensivo estudo com os artigos selecionados, onde utilizou-se de características importantes para o presente estudo, como título utilizado para a elaboração dos artigos científicos, o objetivo que é um fator importante para a iniciação dos estudos, o método utilizado para as pesquisas e por fim os resultados encontrados. O quadro

abaixo demonstra a caracterização dos artigos que compõem esse estudo, onde se apresenta o título, objetivo, método e os principais resultados dos artigos utilizados nas bases de dados.

QUADRO 03 - Caracterização dos artigos com conteúdo selecionados

CÓD	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
01	Escalas para prevenção de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa	Descrever os elementos que constituem os cuidados de enfermagem presentes nas escalas de avaliação de risco em UTI	Trata-se de uma revisão integrativa de literatura a partir de bases como LILACS, MEDLINE, SCIELO E BDNF.	A escala de Braden foi a mais utilizada no estudo. Os elementos evidenciaram avaliação da pele e tecidos, cuidados com a pele, nutrição e dispositivos médicos.
02	A mudança de decúbito na prevenção da lesão por pressão em pacientes na terapia intensiva	Identificar os motivos que possam estar relacionados a dificuldade da realização da mudança de decúbito em pacientes de UTI.	A metodologia utilizada foi a de caráter bibliográfico com artigos publicados entre os anos de 2013 a 2019. Buscado na BVS e google acadêmico.	É fundamental a participação do enfermeiro a executar medidas preventivas de forma
03	Intervenções de enfermeiros na prevenção da lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva	Caracterizar a população estudada e inscrever as intervenções dos enfermeiros para prevenção de lesão por pressão em UTI adulto.	Trata-se de uma pesquisa transversal descritiva com 13 enfermeiros, utilizando questionário e estatística descritiva.	Os cuidados apontados com maior frequência foram a avaliação da atividade-mobilidade dos pacientes e exame físico em sua admissão. Como cuidados preventivos prescrevem cuidados com a pele hidratada, mudança de decúbito, higiene corporal e o uso do colchão piramidal.
04	Lesão por pressão: medidas terapêuticas utilizadas por profissionais de enfermagem	Verificar a avaliação da pele quanto ao risco de LP, identificar medidas utilizadas pela equipe de enfermagem, uso de terapias tópica e as dificuldades para cuidar das LP interpostas pelo ambiente de trabalho.	É um estudo de caráter descritivo exploratório de abordagem quantitativa, realizado nas clínicas médicas, cirúrgicas e UTI.	Os cuidados ao portador de LP foram a avaliação da pele em sua admissão, avaliação dos riscos de LP através da escala de BRADEN
05	Recursos humanos e materiais para prevenção de lesão por pressão	Refletir sobre a importância dos recursos humanos e materiais para a prevenção de LP.	Estudo de reflexão pautado em literatura científica e de políticas públicas relacionadas ao tema.	Os recursos humanos e materiais são imprescindíveis na realização das intervenções de enfermagem em LP, pois os recursos viabilizam uma assistência segura e livre de danos.
06	lesão por pressão em unidade de	Avaliar a relação entre presença e ausência de	Estudo de caso-controle realizado por	Entre os fatores de risco destacam-se: idade superior

	terapia intensiva: estudo de caso-controle	lesão por pressão e fatores sociodemográficos e da internação	meio de regressão logística múltipla com base em informações do sistema de notificação de eventos adversos.	ou igual a 60 anos, internação por doenças infecciosas, parasitárias ou neoplasias, períodos de internação maiores que sete dias. A maioria das lesões identificadas foram de estágio II.
--	--	---	---	---

Fonte: autoria própria, 2021.

O artigo 01, aborda a importância da utilização do uso de escalas para avaliação de LPP em UTI, que contribui na elaboração de práticas clínicas, buscando realizar a prevenção, avaliando os principais riscos que o paciente apresenta. De acordo com Almeida et al. (2020), essas escalas são usadas como método de avaliação de LPP capaz de gerar uma classificação de risco em que pode haver uma possibilidade de alto e baixo risco de lesão no paciente, no qual a classificação alta deve ser reavaliada com maior frequência.

Segundo Castanheira et al. (2018), em uma unidade de terapia intensiva adulto as escalas de predição de risco são ferramentas que contribuem para reconhecer de forma preventiva os riscos de adquirir uma LPP e, com isso, auxilia a reduzir problemas futuros à saúde do paciente.

Segundo Alves et al. (2016), em uma uti localizada na cidade de Belém no estado do Pará, o uso da escala de braden garante uma confiabilidade maior, no que se refere a prevenção precoce de LPP, o que contribui na identificação de fatores individuais de risco.

O artigo 02, descreve a importância da participação do enfermeiro na verificação de risco que cada paciente apresenta e suas restrições, para prescrever a mudança de decúbito garantindo assim ser possível realizar a prevenção de lesão por pressão aos pacientes críticos, pois a equipe de enfermagem tem um contato maior e por mais tempo com seus pacientes. Deve-se ter uma boa comunicação entre os profissionais e assim ter uma continuidade dos cuidados prestados com toda a equipe, viabilizando a eficácia preventiva de LPP. (GONÇALVEZ et al. 2020).

Nesse contexto, Lamão et al. (2016) enfatiza que as LPP estão ligadas diretamente aos cuidados da equipe de enfermagem. Contudo, para que as condutas sejam eficazes é necessário o empenho da equipe, manter uma boa comunicação, ter educação continuada nos setores, realizar cuidados básicos e importantes no cenário da prevenção, como: mudanças de decúbito, hidratação da pele, manutenção da higiene corporal, cuidados com as proeminências ósseas

aliviando-as com o uso de coxins. Procedendo de forma precoce, o enfermeiro e sua equipe tendem a diminuir o índice pertinente no ambiente na formação de lesões.

Santos et al., (2018), enfatiza as dificuldades encontradas por enfermeiros recém formados em realizar a mudança de decúbito em alguns pacientes devido às restrições críticas/patológicas encontradas individualmente. Para isso, se destaca a importância da competência do enfermeiro em elaborar um planejamento de cuidados voltado a cada paciente. A enfermagem deve agir de forma a buscar conhecimentos através de um processo contínuo com base científica, buscando treinar toda sua equipe para que realizem assistência de forma segura aos seus pacientes.

O artigo 03 cita os principais cuidados de enfermagem na prevenção de LPP ofertados em uma unidade de terapia intensiva após admissão de pacientes, sendo indispensáveis para a conduta do enfermeiro: avaliação do paciente através de um exame físico detalhado, aplicação da escala de braden, hidratação da pele, uso de colchão piramidal ou pneumático e o uso de placas de hidrocolóides. Deve-se manter um processo contínuo de aprendizado entre a equipe, com respaldo científico para que o enfermeiro possa agir de forma eficiente, utilizando medidas terapêuticas básicas, porém, eficazes cientificamente. (MANGANELLI et al., 2019).

Segundo Benevides et al. (2017), o filme transparente é um recurso com valor mais acessível e se mostra eficiente na prevenção de lesão sacral no lugar do uso de placas de hidrocolóides, além de ser transparente, ele permite uma visualização do tecido e uma melhor assistência. Os cuidados básicos diários são uma medição efetiva no processo de prevenção, o enfermeiro é responsável pela gestão do cuidado com embasamento científico para o mesmo, realizando diariamente avaliação rigorosa do paciente, avaliando fatores intrínsecos e extrínsecos para traçar um planejamento eficiente que possa atender a necessidade do paciente.

Para Campos et al. (2021), é muito importante a elaboração de um protocolo de assistência a LPP dentro do setor, que visa designar e conduzir um manuseio eficiente para agir frente a diferentes comorbidades físicas apresentadas pelos pacientes. Utilizar de forma precoce protetores em proeminências ósseas e colchões pneumáticos para redistribuição do peso corporal.

O artigo 04, deste estudo relata as principais medidas terapêuticas adotadas pelos profissionais de enfermagem para a prevenção de LPP ofertados em uma unidade de terapia intensiva, sendo indispensáveis pelos autores: avaliação do paciente e aplicação da escala de Braden. Os principais métodos de barreira utilizados são: mudança de decúbito a cada 2 horas,

uso de coxins, hidratantes, AGE (ácidos graxos essenciais), colchão pneumático ou piramidal e placas de hidrocolóide. Foram expostas algumas situações e a coberta ideal a ser utilizada. A situação I e II, onde no local surgem bolhas, recomenda a utilização de SF 0,9% (temperatura corporal) e cobrir com hidrocolóide. Assim, propõe-se que haja um aceleração de tecido de granulação no local da lesão. Na situação III, existe necrose tecidual, onde recomenda-se limpar a ferida com SF 0,9%, aplicar hidrogel para que a ferida se mantenha úmida e promover a autólise do tecido. Caso a ferida se apresentar com exsudato, optar por alginato de cálcio ou hidrogel. O desbridamento tem como objetivo retirar as camadas de tecido necrótico da lesão e promover uma absorção das coberturas, levando a uma cicatrização mais rápida, comprovando também o uso de AGE para proteção das bordas da ferida. (CORREIA E SANTOS., 2019).

Segundo Dantas et al. (2014), o cuidado prestado aos pacientes que sofrem com o acometimento de lesões está ligado diretamente a equipe de enfermagem que mantém um contato frequente, no qual o enfermeiro deve se encarregar de manter uma constante avaliação rigorosa em seus pacientes e realizar intervenções precoces de acordo com a necessidade de cada paciente, assim como saber identificar os estágios e as principais coberturas que devem ser utilizadas em cada caso nas LPP.

De acordo com Silva et al. (2017), a enfermagem possui conhecimentos científicos e habilidades, o que a torna responsável através de sua prescrição da escolha do tratamento mais adequado na LPP, além de orientar e supervisionar sua equipe na prática do curativo. Algumas coberturas utilizadas são: sulfadiazina de prata 1%, exerce ação bactericida e bacteriostática rapidamente. Colagenase possui propriedade em destruir células de colágeno que formam o tecido morto da ferida. AGE é composto por óleos essenciais graxos, é uma fonte de hidratação e nutrição para os tecidos, sua função é a formação de uma película protetora na pele.

O Hidrocolóide possui um formato gelatinoso, autoadesivo, garante o desbridamento autolítico otimizando assim o processo de granulação e oferece barreira bacteriana. Hidrogel é um gel transparente utilizado no tratamento de feridas superficiais ou moderado, com pouca quantidade de exsudato. O alginato de cálcio é utilizado em feridas superficiais e profundas, principalmente em feridas que apresentam uma grande quantidade de exsudato. O carvão ativado tem objetivo de retirar as bactérias da lesão e faz a redução de infecção. O adesivo de hidropolímero é uma almofada revestida por poliuretano, que estimula o desbridamento e absorve o exsudato em feridas extensas e profundas (Silva et al. 2017),

De acordo com o artigo 05, para Tonole e Brandão (2018), o desenvolvimento de LPP envolve fatores extrínsecos e intrínsecos, sendo necessária a avaliação da equipe multidisciplinar de fatores como: nutrição, infecções, uso de medicamentos, mobilidade, nível de consciência, já os fatores extrínsecos são cuidados a serem observados como: pressão exercida nas proeminências ósseas, fricção, cisalhamento e maceração, evitando arrastar o paciente no leito com objetivo de evitar ruptura de tecidos. O uso dos recursos auxiliares utilizados como medidas preventivas recomenda: colchão piramidal, pneumático, coxins, almofadas, AGE e hidratantes indicados após o banho. O uso correto dos recursos em relação a prevenção minimiza a incidência de LPP. Tais recursos quando estão em déficit na unidade fazem com que uma grande parte da assistência precoce seja comprometida.

Para Gomes et al. (2018), as LP são obstáculos de saúde pública porque aumentam significativamente o período de internação hospitalar do paciente e está diretamente ligado à atuação da equipe de enfermagem.

Segundo Silva et al. (2017), as LPP além de gerar danos ao paciente, elas desencadeiam uma geração de recursos financeiros proporcionais que poderiam ser evitados e também entra em um quesito de indicador de qualidade de assistência como um evento adverso. Estes indicadores servem para que o profissional realize prevenção, avaliação e planejamento das ações de enfermagem. É necessário ações de educação continuada com a sua equipe.

No artigo 06, Pachá et al. (2018), afirmam em um estudo realizado em 5 UTIs localizadas no Norte de São Paulo, que o tempo de permanência superior há 7 dias de internação em UTI já predispõe ao acometimento de lesões, quanto mais prolongada a internação do paciente mais chances terão de desenvolver lesões, maior ocorrência de óbito em pacientes com LPP e risco de vir a óbito através de choque séptico.

Portando, Candaten et al. (2019), refere que na ausência de métodos de prevenção eficazes frente aos riscos que o paciente apresenta leva ao acometimento de LPP. Um atendimento com tratamento planejado, com ações no intuito de atender as necessidades do paciente, favorece a sua recuperação, diminui a permanência hospitalar, reduz gastos que seriam desnecessários.

Dessa forma, de acordo Souza et al. (2019), o enfermeiro possui uma variedade de opções para agir através de métodos eficazes para prevenção, planejamento e excelente assistência de LPP em UTI. É importante que haja um comprometimento dos profissionais através do cuidado e uma boa comunicação entre a equipe multidisciplinar, pois o trabalho em

equipe é essencial frente aos riscos que o paciente apresenta, reduzindo danos à sua saúde. O estudo afirma que a prioridade é a mudança de decúbito de 2 em 2 horas e hidratação da pele como primordiais na prevenção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com este trabalho, consideramos que a UTI é um local de cuidados intensivos a pacientes críticos, que necessitam de um suporte complexo e monitorização contínua possuindo muitas restrições no leito, principalmente pela falta da mobilidade física. Em decorrência da pluralidade dos fatores intrínsecos e extrínsecos, os índices de acometimento de LPP é considerado elevado nesse setor.

Para que esses casos possam ser minimizados, o enfermeiro responsável deve intervir na elaboração de planejamentos envolvendo estratégias como: treinamento contínuo das equipes de enfermagem, inserção de indicadores de qualidade, reconhecimento da equipe através de metas estabelecidas, com o objetivo de fornecer uma assistência mais humanizada.

Portanto, o intuito é conscientizar os profissionais de enfermagem a buscarem mais conhecimento técnico científico acerca das formas de prevenção dos cuidados de enfermagem aos pacientes críticos, para que haja supervisionamento mais rigoroso e adesão de protocolos assistências nestes setores.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, Paula Amaral. **O impacto das úlceras por pressão na qualidade de vida da pessoa.** 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20269/>>. Acesso em: 05 abr. 2021.

ALMEIDA, Ítalo Lennon Sales; et al. **Escalas para prevenção de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa.** Revista Rene, 2020/21. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142053>. Acesso em: Abr.2021

ALVES, Cristiane Ribeiro; COSTA, Laís Moreira, Boução, Daniela Maria Nantes. **Escala de braden: a importância da avaliação do risco de úlcera de pressão em pacientes em uma unidade de terapia intensiva.** Revista Brasileira de enfermagem. 2016, vol: 73, n:6. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.17.36-44>. Acesso em: Abr.2021

ANDRADE, Ernani Nery. **Medidas preventivas relacionada à úlcera por pressão no contexto da segurança do cliente:** revisão integrativa. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4713561E2>>. Acesso em: 06 abr. 2021.

BARBOSA, Taís Pagliuc; BECCARIA, Lúcia Marinilza; POLETTI, Nádia Antônia Aparecida. **Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem.** Rev. Enferm. UERJ. Online, Rio de Janeiro. v. 22. n. 3, 2014. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13724>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BAVARESCO, Taline. **Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário.** Rev. Gaúcha de Enf., Porto Alegre, v.47, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400010>>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BENEVIDES, Jessica Lima, et al. **Estratégias de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão na terapia intensiva: revisão integrativa.** Revista de Enfermagem UFPE online. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032136>. Acesso em: Abr.2021

BEZERRA, Sandra Marina Gonçalves. **Prevalência de úlceras por pressão em pacientes acamados e cuidados dispensados no domicílio.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí (UFP), 2010. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p2_v4n1.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.

BOCCATO, Vera Regina Casari. **Metodologia da pesquisa bibliográfica e o artigo científico como forma de comunicação.** Rev. Univ. Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, 2006. Disponível em: <<https://www.semanticscholar.org/paper/Metodologia-da-pesquisa-bibliografica-na-area-e-o-Boccatto/9dabf96e1fe32c7d498cfabbb5387795f29992e2>>. Acesso em: 01 mar. 2021.

BORGHARDT, Andressa Tomazini; DO PRADO, Thiago Moura; DE ARAÚJO, Thiago Nascimento; ROGENSKI, Noemi Marisa Brunet; BRINGUENTE, Maria Edla de Oliveira. **Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00028.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2021.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** *Gestão e Sociedade*. Online, Belo Horizonte, v.5, n.11, 2011. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

BRASIL. Fundação Hospitalar Do Estado De Minas Gerais. (Org.). **Feridas Hospitalares I :Úlceras por Pressão.** Belo Horizonte: FHEMIG, 2013. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=14343&Itemid=1000000000000>. Acesso em: 06 mar. 2021.

BRASIL. Segurança do Paciente. **Prevenção de Lesão por Pressão (LP).** Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF-CPPAS, 2019. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP-2.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

CAMPOS, Dayane da Silva, et al. **Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva: revisão de literatura.** *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 2021, vol: 34, n: 01. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210304_111936.pdf>. Acesso em: Abr.2021

CANDATEN, Angela Enderle; BOEIRA, Yasmine Bado; BARCELLOS, Ruy de Almeida. **Incidência de lesões por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva.** *Revista Uningá, Maringá*. 2019, vol: 56. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1455>>. Acesso em: Abr.2021

CARDOSO, Dieffeson da Silva, et al. **Conhecimento dos Enfermeiros sobre Classificação e Prevenção de Lesão por Pressão.** *Rev Fund Care Online*. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6576/pdf_1>. Acesso em: 16 mar. 2021.

CASTANHEIRA, Silva Ludmila; et al. **Escalas de predição de risco para lesão por pressão em pacientes criticamente enfermos: revisão integrativa.** *Revista de Enfermagem (Brasília)*, vol:9, n2, 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1073/446>>. Acesso em: Abr.2021

CORREIA, Analine de Souza Bandeira; SANTOS, Lolanda Beserra da Costa. **Lesão por pressão: medidas terapêuticas utilizadas por profissionais de enfermagem.** *Revista Brasileira de Ciências e Saúde*, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n1.36793>. Acesso em: Abr.2021

COSTA, Idevania Geraldina; PETTERLE, Gustavo Rodrigues; CALIRI, Maria Helena Larcher. **Um Modelo Internacional para Desenvolvimento e Implementação de Melhores Práticas para Úlcera por Pressão: Revisão Integrativa.** Revista Estima, n 13, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201500010007>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

CRUZ, Nayara Mendes. **Prevenção de úlceras por pressão e segurança do paciente: Percepções de Enfermeiros em Terapia Intensiva.** Rev. Contexto & Saúde. Online, v.15, n.28, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/3906>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

DANTAS, Anna Livia Medeiros, et al. **Prática do enfermeiro intensivista no tratamento de úlceras por pressão.** Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online. 2014, vol: 6, n: 2, pag: 716-724. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/10415>. Acesso em: Abr.2021

FARIA, Márcio; et al. **Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica.** Rev. Med. Online, São Paulo, v.104, n.19/4, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v89i3/4p125-131>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

FERNANDES, Niedja Cibegne Silva. **Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva.** Rev. de Enf. Online, Goiânia, v.17, n.4, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v10.46624>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

FREITAS, Maria Célia; MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes; GUEDES, Maria Cavalcante; ALMEIDA, Paulo César.; GALIZA, Francisca Tereza; NOGUEIRA, Jéssica de Menezes. **Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco.** Rev. Gaúcha Enferm. (Online). 2011. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16059>>. Acesso em: 18 abril. 2021.

GOMES, Luciana Catunda; et al. **Cuidados Clínicos e Gerenciais de Enfermagem na Prevenção de Úlcera por Pressão.** Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências. Rio de Janeiro, v.15 n.2, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700020007>>. Acesso em: 08 abril. 2021. Acesso em: Abr.2021

GOMES, Regina Kelly Guimarães, et al. **Prevenção de Lesão por Pressão. Segurança do paciente na assistência à saúde pela equipe de enfermagem.** Revista Expressão Católica de Saúde. 2018, vol: 3, N: 1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25191/recs.v3i1.2164>. Acesso em: Abr.2021

GONÇALVES, Adriely Duany Cardoso; et al. **A mudança de decúbito na prevenção de lesão por pressão em pacientes na terapia intensiva.** Revista Nursing (São Paulo), 2020. Disponível em: <https://doi.org.10.36489/nursing.2020v23i265p4151-4160>. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>. Acesso em: Abr.2021

LAMÃO, Luana Corrêa Lima; QUINTÃO, Vanilda Araújo; NUNES, Clara Reis. **Cuidados de enfermagem na prevenção de Lesão por Pressão**. Revista Científica Interdisciplinar. 2016, vol: 1, n: 1. Disponível em: <http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/10>. Acesso em: Abr.2021

LAURENTI, Thaís Cristina; et al. **Gestão Informatizada de Indicadores de Úlcera Por Pressão**. Journal of health informatics. São Paulo, v. 7, 2015. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/345>. Acesso em: 09 mar. 2021.

MANGANELLI, Rigielli Ribeiro; et al. **Intervenções de enfermeiros na prevenção da lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva**. Revista de Enfermagem da UFSM, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769233881>. Acesso em: Abr.2021

MATOS, Águeda Glória Sabino. Protocolos de Enfermagem: **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. 1.ed. Rio de Janeiro: HEMORIO. 2010. Disponível em: http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Protocolo_ulcera.pdf. Acesso em: 19 mar. 2021.

MESSER, Gustavo Velásquez. **Desenvolvimento de uma ferramenta para avaliação do risco de úlcera por pressão e intervenções preventivas em pacientes de serviços auxiliares**. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200002>. Acesso em: 03 mar. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf. Acesso em: 04 mar. 2021.

MORAES, Juliano Teixeira. **Conceito e classificação de lesão por pressão: Atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel**. Rev. enferm. Cent. O. Min. Online, São João Del Rei, v.6, n.2, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423>. Acesso em: 27 mar. 2021.

PACHÁI, Heloisa Helena; et al. **Lesão por pressão em unidade de terapia intensiva: estudo de caso-controle**. REBEn. Revista Brasileira de Enfermagem, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0950>. Acesso em: Abr.2021

PARANHOS, Wanna Yeda; SANTOS, Vera Lúcia. **Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua Portuguesa**. Rev. Esc. Enferm. Usp. Online, São Paulo, v. 33, 1999. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2021. Acesso em: Abr.2021

ROCHA, Joana Alice. **Abordagem terapêutica das úlceras de pressão: Intervenções baseadas na evidência**. Acta Med Port. Online, v.24, 2012. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/ABORDAGEM-TERAPÊUTICA-DAS-ÚLCERAS-DE-PRESSÃO-na-Rocha-Miranda/16f9b962a365304f34d1486a5479e258981b8534>. Acesso em: 07 mar. 2021.

SANTOS, Célia Tânia.; OLIVEIRA, Marcos.; PEREIRA, Alberto; SUZUKI, Luana Maia; LUCENA, Adriana. **Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente.** Revista Gaúcha de Enfermagem, 2013. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/78801504/291-manuscrito-do-artigo-721-1-10-20180718/6>>. Acesso em: 27 mar. 2021.

SANTOS, Gabriel Marcos Gomes; et al. **O enfermeiro frente a prevenção de Lesão por Pressão: revisão integrativa.** Journal Of Health Connections. 2018, Vol: 2, n: 1, pag: 60-71. Acesso em: Abr.2021

SILVA, Ana Catarina de Oliveira, et al. **As principais coberturas utilizadas pelo enfermeiro.** Revista Uningá. 2017, vol: 53, n: 2. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1426>>. Acesso em: Abr.2021

SILVA, D. et al. **Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário.** Rev. Eletr. de Enf. Online, Goiânia, v.13, n.1, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423>>. Acesso em: 27 mar. 2021.

SILVA, Debora Prudêncio; et al. Histopranchas. **Mostra Científica em Biomedicina.** Online, Quixadá, v.1, n.1, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8295>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SILVA, Dinara Raquel Araújo, et al. **Curativos de lesão por pressão em pacientes críticos: análise de custos.** Revista Escola de Enfermagem da USP. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014803231>. Acesso em: Abr.2021

SOBEST-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Classificação das lesões por pressão: Consenso NPUAP.** 2016. Disponível em: <https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/CONSENSO-NPUAP-2016_traducao-SOBEST-SOBENDE.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2021.

SOUSA, Junior Ribeiro, et al. **Prevenção de lesão por pressão em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: um enfoque nas medidas preventivas.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2019, vol: 25. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>. Acesso em: Abr.2021

TONOLE, Renato; BRANDÃO, Euzeli da Silva. **Recursos humanos e matérias para prevenção de lesão por pressão.** Revista de Enfermagem UERJ, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.38472>. Acesso em: Abr.2021

VASCONCELOS, H. **Cicatrização de úlceras por pressão com a Acajumembrana: o cuidado de enfermagem.** 1ed. São Paulo, SP: Matinari, v.1, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/index/search/search?query=vasconcelos>>. Acesso em: 09 mar. 2021.