



**SOCIEDADE METROPOLITANA DE EDUCAÇÃO, CULTURA E  
TECNOLOGIA SÃO CARLOS  
FACULDADE METROPOLITANA SÃO CARLOS - FAMESC  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CAMILA THOMÉ GARCIA  
ELOINA DE SOUZA BRAZ**

**A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO  
CUIDADO E NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Bom Jesus do Itabapoana/RJ  
2019

**CAMILA THOMÉ GARCIA  
ELOINA DE SOUZA BRAZ**

**A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO  
CUIDADO E NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Artigo apresentado como parte dos requisitos necessários para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, sob orientação da Professora Cláudia Caixeta Franco Andrade, da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC.

Bom Jesus do Itabapoana/RJ  
2019/1

# A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO E NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

THE IMPORTANCE OF NURSING ASSISTANCE IN CARE AND PREVENTION OF PRESSURE ULCERS

GARCIA, Camila Thomé<sup>1</sup>  
BRAZ, Eloina de Souza<sup>2</sup>  
ANDRADE, Cláudia Caixeta Franco<sup>3</sup>

## RESUMO

A úlcera de pressão se constitui em um sério problema em pacientes que necessitam permanecer acamados por longos períodos, sendo uma complicação bastante comum nesses indivíduos. Este problema pode ser evitado com medidas preventivas, através de uma assistência que avalie os fatores de risco junto a estes pacientes e tome as medidas necessárias, que são de grande simplicidade, não envolvendo gastos financeiros e que podem reduzir ou eliminar este sério problema. Tais medidas são cobradas do profissional enfermeiro, pois é ele quem permanece bastante tempo junto ao paciente, além de possuir um papel de educador junto ao restante da equipe. Dessa forma, o objetivo do estudo foi analisar e relatar a importância da assistência de enfermagem no cuidado e na prevenção de úlceras de pressão. Este trabalho utilizou o método exploratório e descritivo, com revisão de literatura, tendo como local de busca os bancos de dados de teses e dissertações de universidades e de revistas científicas, como o Scielo e Bireme. Conclui-se que a assistência de enfermagem deve ser realizada utilizando protocolos que tenham como meta a identificação e uniformização de condutas que possam minimizar o agravo, sendo necessário, para tanto, que o enfermeiro possua conhecimento técnico sobre o tema, a fim de oferecer um melhor atendimento, pois o sucesso, tanto na prevenção, quanto no tratamento, depende das habilidades e conhecimentos deste profissional.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem; Úlceras de Pressão; Prevenção.

## ABSTRACT

Pressure ulcer (PU) is a serious problem in patients who need to stay in bed for long periods, a common complication in these individuals. This problem can be avoided by preventive measures, through assistance that assesses risk factors with these patients and takes the necessary measures, which are very simple, do not involve financial expenses and can reduce or eliminate this serious

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos. E-mail: camilathomegarcia@gmail;

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos. E-mail: eloinabraz@hotmail.com;

<sup>3</sup> Professora orientadora: Doutora em Ciências, Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade Bom Jesus do Itabapoana, claudiacfa@yahoo.com.br.

problem. Such measures are charged to the professional nurse, since he is the one who remains a long time with the patient, besides having a role of educator with the rest of the team. Thus, the objective of the study was to analyze and report the importance of nursing care in the care and prevention of pressure ulcers. This work utilized the exploratory and descriptive method, with literature review, having as a place of search the databases of theses and dissertations of universities and scientific journals, such as Scielo and Bireme. It is concluded that nursing care should be performed using protocols that have as a goal the identification and standardization of behaviors that can minimize the burden, so that the nurse has technical knowledge on the subject, in order to offer a better care, because success, both in prevention and treatment, depends on the skills and knowledge of this professional.

**Keywords:** Nursing Assistance; Pressure Ulcers; Prevention

## INTRODUÇÃO

A úlcera de pressão (UP), também conhecida como úlcera de decúbito, escara ou escara de decúbito, se constitui em um sério problema em pacientes que necessitam permanecer acamados por longos períodos, sendo uma complicação bastante comum nesses indivíduos. São denominadas UPs as lesões que podem ocorrer nos tecidos cutâneos e subcutâneos, podendo envolver o tecido muscular e até os ossos e as articulações, acarretando a destruição total ou parcial das mesmas. Essas lesões são comuns em indivíduos acamados por longo tempo ou impossibilitados de se movimentarem, gerando uma compressão tecidual, lesão isquêmica e necrose.

Apesar de diversos termos serem utilizados para se referir à úlcera de pressão, Wada, Teixeira Neto e Ferreira (2010) consideram que estes são erroneamente empregados, pois são imprecisos. Assim, o termo úlcera de decúbito se refere a pacientes que permanecem deitados, sem abranger lesões em proeminências ósseas de pacientes sentados. O termo escara também não deve ser utilizado, pois esta se refere apenas ao tecido necrosado sobre a úlcera.

O tratamento da UP, especialmente quando está em estágio avançado, é longo, com altos custos, necessitando, em algumas situações, de intervenções cirúrgicas. Acredita-se que o sistema de saúde seja altamente onerado devido a este problema, pois, apesar de não existirem estudos na literatura nacional que forneçam dados precisos, estudos internacionais vêm demonstrando gastos exorbitantes por ano no tratamento do problema (ARAÚJO *et al.*, 2011).

Este problema pode ser evitado com medidas preventivas, através de uma assistência que avalie os fatores de risco junto a estes pacientes e tome as medidas

necessárias, que são de grande simplicidade, não envolvendo gastos financeiros e que podem reduzir ou eliminar este sério problema. Tais medidas são cobradas do profissional enfermeiro, pois é ele quem permanece bastante tempo junto ao paciente, além de possuir um papel de educador junto ao restante da equipe, tornando-o apto a avaliar e prevenir os riscos ao desenvolvimento das UPs.

É necessário que o enfermeiro possua conhecimento científico sobre a UP, a fim de prevenir tal agravo, permitindo a identificação e o tratamento precoces. Com avaliações sistemáticas do paciente, desde sua admissão, torna-se possível a prevenção da progressão e uma regeneração mais rápida da UP (CARVALHO *et al.*, 2011).

Como a prevenção não demanda gastos, ao contrário, minimiza aqueles que possam ser gerados no tratamento do problema, é importante que toda a equipe de saúde, em especial os enfermeiros, possuam conhecimentos técnicos e científicos na prevenção do problema, a fim de reduzir sua incidência, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes acamados por longos períodos.

Assim, é importante que o enfermeiro volte sua atenção aos pacientes que apresentam predisposição a essa complicação, pois a prevenção ainda é o melhor remédio. Deverá ainda, orientar a equipe de enfermagem para identificar, reduzir ou eliminar os fatores de risco para a UP, reconhecendo que, para que a prevenção seja realmente eficaz, é necessária a participação de todos os profissionais de enfermagem (ALVES *et al.*, 2008).

Dessa forma, o objetivo do estudo foi analisar e relatar a importância da assistência de enfermagem no cuidado e na prevenção de úlceras de pressão.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este trabalho utilizou o método exploratório e descritivo, com revisão de literatura, tendo como local de busca os bancos de dados de teses e dissertações de universidades e de revistas científicas, como o Scielo e Bireme. Foram selecionados estudos que tenham relação com o tema, disponíveis na íntegra e na língua portuguesa, entre os anos de 2008 a 2018. Para isso, foi feita uma busca utilizando os termos “assistência de enfermagem”, “úlceras de pressão” e “prevenção”.

## DESENVOLVIMENTO

### ÚLCERAS DE PRESSÃO

Dentre os diversos tipos de feridas consideradas complexas, a úlcera de pressão (UP) é definida pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2016) como uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Tanto os pacientes que apresentam comprometimento da percepção sensorial, como aqueles que se encontram em coma, com paraplegia ou que se submeteram a cirurgias de grande porte, são considerados suscetíveis a desenvolverem UP (SILVA *et al.*, 2011).

Segundo Wada, Teixeira Neto e Ferreira (2010, p. 171), apesar de receber outras denominações, o termo mais correto é úlcera de pressão, pois:

O termo úlcera de decúbito, por exemplo, apesar de rotineiramente empregado, não contempla a possibilidade de ocorrência da lesão em locais acometidos pela pressão exercida sobre proeminências ósseas com o paciente sentado, porque a palavra “decúbito”, do latim “*decumbere*”, significa “deitado”. Da mesma forma, o termo escara não deve ser empregado, pois se refere apenas ao tecido necrótico que pode existir sobre a úlcera. Uma úlcera por pressão pode estar recoberta por uma escara, assim como pode haver apenas a úlcera, sem o tecido necrótico sobre ela. Portanto, o termo escara deve ser utilizado apenas quando houver tecido necrótico sobre a úlcera (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010, p. 171).

Segundo o NPUAP, as lesões por pressão são classificadas em estágios, de acordo com a integridade da pele, podendo ser classificadas em seis tipos, como apresentado abaixo:

Lesão por pressão	Definição
<b>Estágio 1</b>	Pele íntegra com eritema que não embranquece.
<b>Estágio 2</b>	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.
<b>Estágio 3</b>	Perda da pele em sua espessura total.
<b>Estágio 4</b>	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.
<b>Não Classificável</b>	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.
<b>Tissular Profunda</b>	Coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.
Definições adicionais	
<b>Relacionadas a dispositivos médicos</b>	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.
<b>Em membranas mucosas</b>	Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.
<b>Relacionadas a utensílios domésticos</b>	Resulta do contato prolongado com utensílios usualmente encontrados no domicílio de pacientes cadeirantes ou restritos ao leito.

**Figura 1 – Classificação das Úlceras de pressão**

Fonte: (NPUAP, 2016)

As UP podem ser superficiais ou profundas e sua fisiopatogenia se relaciona a elementos complexos, que envolvem diversos fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente (SOARES *et al.*, 2011). Os locais mais comumente acometidos por UP são as proeminências ósseas, a região sacra, calcâneos, trocanteres, ocorrendo sempre que a pressão capilar normal é menor que a pressão aplicada a pele, especialmente naquelas regiões com proeminências ósseas (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010).

Nas instituições hospitalares, algumas unidades apresentam maior risco no desenvolvimento de UP, sendo estas as unidades de clínica médica, clínica cirúrgica, unidade de terapia intensiva (UTI) e unidade coronariana semi-intensiva. Esta predisposição ocorre devido ao estado crítico dos pacientes que ali se encontram, estando mais vulneráveis e recebendo intervenções complexas, estando, portanto, com sua mobilidade diminuída ou inexistente (SILVA *et al.*, 2011).

Entende-se por mobilidade a capacidade do indivíduo em manter, mudar ou sustentar certas posições corporais, não conseguindo anular qualquer pressão em áreas da pele e do corpo, a fim de manter ou promover a circulação. Desta forma, estes pacientes necessitam de inspeções sistemáticas na pele, a fim de evitar tais problemas (SILVA *et al.*, 2011).

O risco de desenvolver UP é diretamente proporcional à gravidade da doença e às condições imunológicas e nutricionais do indivíduo, além do tempo de internação e dos procedimentos a que o mesmo está sendo submetido (SOUZA, 2010). De acordo com a profundidade das lesões nos tecidos causadas pela úlcera de pressão, as complicações podem se tornar gravíssimas, variando desde a osteomielite ou septicemia, até o óbito (CALIRI & SANTOS, 2002). Segundo Nogueira, Caliri e Santos (2002, p. 15), “além das perdas financeiras ocasionadas ao paciente e familiares, o problema traz, também, transtornos psicológicos e impedem ou dificultam a participação do indivíduo em programas de reabilitação”.

São considerados como principais fatores de risco no desenvolvimento das UP, a duração e a intensidade prolongada de compressão sobre os tecidos, além da tolerância da pele e de suas estruturas adjacentes em suportar tal pressão (ANSELMÍ; PEDUZZI; FRANÇA JÚNIOR, 2009). Esta tolerância pode ser influenciada por fatores extrínsecos e intrínsecos. Dentre os fatores extrínsecos, podem ser citados: as forças de cisalhamento, a pressão e a fricção.

As forças de cisalhamento podem causar a deformação e destruição do tecido, danificando também os vasos sanguíneos. Segundo Paranhos (2008), se a cabeceira da cama estiver elevada acima de 30°, pode ocorrer o cisalhamento sobre o corpo, pois a fáscia superficial e a pele se mantêm fixas, mas a fáscia profunda se movimenta para baixo, na direção do pé da cama. Quando é acompanhado de pressão pode acarretar danos aos capilares venosos levando a uma isquemia tecidual. De acordo com Anselmi, Peduzzi e França Júnior ocorre fricção quando:

Duas superfícies são esfregadas uma na outra. A causa mais comum é arrastar o paciente pelo leito ao invés de levantá-lo. Tal ação remove as camadas superiores de células epiteliais da pele. A fricção isolada não contribui para o aparecimento de UP profunda, mas ocasiona a ulceração superficial da pele pelo rompimento da superfície cutânea com o meio externo possibilitando a infecção bacteriana. A umidade, que exacerba o efeito da fricção, pode ser encontrada na pele do paciente como resultado de sudorese excessiva ou incontinência urinária (ANSELMÍ; PEDUZZI; FRANÇA JÚNIOR, 2009, p. 259).

A pressão, fator mais relevante no surgimento da UP, ocorre quando o tecido mole se comprime entre uma superfície dura e uma saliência óssea, ocasionando

uma pressão maior do que a capilar, acarretando uma isquemia localizada. Se esta pressão perdurar por muito tempo, o tecido fica necrosado (DEALEY, 2008).

## **IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO CUIDADO E PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO**

A equipe de enfermagem é responsável pela assistência contínua e direta tanto na prevenção quanto no tratamento da UP, sendo esta considerada um reflexo da qualidade da assistência e do cuidado prestado. Segundo Wada *et al.* (2010), associar o surgimento da UP à falhas na qualidade do cuidado penaliza excessivamente a enfermagem, por não levar em consideração aspectos administrativos e/ou organizacionais dos serviços de saúde que certamente, estão envolvidos na questão da qualidade da assistência. Um dos requisitos para que a assistência de enfermagem seja oferecida com qualidade, é a necessidade deste profissional ter conhecimento e como base de cuidado as evidências disponíveis sobre o tema, conhecimento este que deve fazer parte da prática de todos os profissionais de enfermagem.

Silva *et al.* (2011) ressaltam que a mobilização e o reposicionamento do paciente a cada duas horas, utilização de cremes hidratantes e de colchões especiais, cuidados e higienização da pele, monitoração da ingestão hídrica e nutricional estão entre os cuidados essenciais que devem ser dispensados pela enfermagem aos pacientes a fim de evitar o desenvolvimento de UP, levando em conta que deve ser dispensada uma abordagem sistêmica, que considere os riscos existentes e adotando medidas preventivas que envolva toda a equipe profissional. Neste sentido, a enfermagem desempenha um papel fundamental na prevenção das UPs, atuando como educador frente à equipe de enfermagem e multiplicador de informações na equipe, necessitando, assim, possuir conhecimentos e habilidades frente a pacientes suscetível ao aparecimento de UP, como afirma Silva *et al.* (2011).

Para uma prática com qualidade, faz-se necessário que as ações de cuidado estejam cientificamente sustentadas na melhor evidência clínica, para a otimização dos recursos humanos disponíveis e a redução de custos à instituição. Para o eficaz gerenciamento

relacionado tanto as práticas curativas quanto preventivas das UP, é necessário que o enfermeiro mantenha-se constantemente vinculado as bases científicas do cuidado, a pesquisa, consciente da sua relevância para a prática (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010).

Estão disponíveis diferentes escalas para avaliar o risco de UP. A primeira a ser desenvolvida foi a Escala de Norton, na década de 1950, que avalia cinco parâmetros para grau de risco: condição física; nível de consciência; atividade; mobilidade; incontinência. Cada parâmetro é pontuado com valores de 1 a 4 e a soma dos cinco níveis produz um escore que varia de 5 a 20 pontos, interpretados da seguinte forma: <14 (risco) e < 12 (alto risco), levando-se em conta que quanto menor for o somatório final, maior será o risco para o desenvolvimento de UP (SANTOS *et al.*, 2013).

Em 1973, Gosnell realizou uma adaptação da escala de Norton, onde retirou o item condição física e acrescentou a nutrição, estando a Escala de Gosnell, como ficou conhecida, constituída de cinco fatores de risco: estado mental, continência, mobilidade, atividade e nutrição, contendo três ou mais palavras ou sentenças descritivas para cada fator de risco. Nesta escala, foram acrescentados, além do condicionamento físico, diagnóstico médico, dados demográficos e data de admissão e alta (SANTOS *et al.*, 2013).

Outra escala também utilizada na avaliação da UP é a de Waterlow, que avalia sete tópicos principais: relação peso/altura (IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite e medicações, assim como quatro itens que observam fatores de risco especiais, subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia, acima de duas horas e trauma abaixo da medula lombar, onde, um escore mais alto significa risco de desenvolvimento de UP. Esta escala é menos utilizada na prática da assistência (ARAÚJO *et al.*, 2011).

Dentre as diversas escalas utilizadas na avaliação do risco de UP, a Escala de Braden é a mais utilizada, tendo sido adaptada para a língua portuguesa por Paranhos e Santos, em 1999. Esta escala é constituída por seis domínios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento e sua pontuação final varia entre seis e 24, onde os escores de 15 a 16 correspondem a risco leve, de 12 a 14 risco moderado, e inferiores a 11, risco alto para o desenvolvimento de UP (SILVA *et al.*, 2011).

De acordo com Silva *et al.* (2011), a escala de Braden possui significativo valor preditivo no desenvolvimento de UP, tornando possível uma avaliação dos diversos fatores responsáveis pela incidência do problema, permitindo, através de sua aplicação, um detalhado perfil das condições do paciente, sendo, portanto, superior às demais escalas existentes.

O uso de instrumentos de avaliação de riscos para o desenvolvimento de UP, como a escala de Braden, identifica o paciente em risco e os fatores de risco associados, auxiliando o enfermeiro na tomada de decisões quanto ao planejamento das medidas preventivas subsequentes a serem adotadas para cada paciente. O conhecimento dessas escalas e o seu uso devem ser prioridades na formação e programas de educação permanente (MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010).

Observa-se, portanto, que uma das medidas necessárias para que o enfermeiro preste uma boa assistência de enfermagem é a utilização de escalas de avaliação de risco para UP, o que não requer muitas habilidades do profissional, devido à sua simplicidade, apesar de requerer um tempo maior na assistência em sua avaliação e acompanhamento. No entanto, sua utilização é de essencial importância, pois identifica aqueles pacientes que estão em risco de desenvolvimento de UP, permitindo ao profissional implementar medidas preventivas em tempo hábil, podendo reduzir, com tal cuidado, em cerca de 50% da incidência do problema (ARAÚJO *et al.*, 2011).

Vale, no entanto, ressaltar que “a avaliação de risco deve sempre estar acompanhada do julgamento clínico do enfermeiro, o qual nada mais é do que o processo de enfermagem”, aqui compreendido como “uma atividade intelectual deliberada, por meio da qual a prática de enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistemática” (ARAÚJO *et al.*, 2011).

## **AÇÕES DA ENFERMAGEM JUNTO AO PORTADOR DE ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Avaliados os riscos ao desenvolvimento de UPs, cabe ao enfermeiro oferecer cuidados que previnam este evento. Dentre as ações preventivas, é possível citar a

mobilização e o (re)posicionamento adequado do paciente; os cuidados com a pele, utilizando técnicas adequadas de higiene, uso de creme hidratante; indicação e monitoramento das condições nutricionais e ingestão hídrica, dentre outros (ANSELMÍ; PEDUZZI; FRANÇA JÚNIOR, 2009).

Recomenda-se que o enfermeiro faça mudança de decúbito de duas em duas horas; que troque o paciente sempre que este se molhar ou evacuar; hidratação de 1500 a 2000ml/dia; ministrando dieta prescrita e utilizando diariamente hidratante na pele, além de ser importante um colchão adequado (água, ar e ou caixa de ovo) (ANSELMÍ; PEDUZZI; FRANÇA JÚNIOR, 2009).

Rocha e Barros (2007), ressaltam que os cuidados devem ser direcionados aos cuidados com a pele, ao fatores extrínsecos, e redução da pressão. No que se refere à pele, esta deve ser mantida limpa e seca, sendo utilizados agentes de limpeza suaves, evitando água quente e fricção, com uso diário de emoliente ou hidratante, não massagear. Também deve ser controlado o esvaziamento intestinal, limpando-se o paciente logo após a evacuação e uso de fraldas altamente absorventes, oferecendo-se suporte nutricional.

Dentre as ações implementadas para reduzir os fatores extrínsecos, estão o reposicionamentos no leito (no mínimo de 2/2h), sendo iniciado tão logo a situação clínica e neurológica esteja estabilizada; decúbitos laterais de 30°; cabeceira da cama sempre inferior a 30°; uso de almofadas ou cunhas em espuma para evitar contacto direto das superfícies ósseas; uso de almofadas ao nível da face posterior da perna para elevação dos calcanhares; lençóis sempre secos, sem vincos e sem restos alimentares, dentre outros. Na redução da pressão, o enfermeiro deve utilizar no paciente calcaneira, cotovela, almofada anti-escaras para cadeira; dispositivos de redução da pressão para o leito; cama, colchão, cobertura (ROCHA & BARROS, 2007). Assim, cabe ao enfermeiro desenvolver ações de prevenção, pois é o mais capacitado para elaborar um plano de assistência que tenha como meta a redução destas lesões.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A úlcera de pressão é considerada um grave problema de saúde pública, atingindo especialmente aqueles pacientes que se encontram acamados por longos períodos, sendo um indicador de qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde. Por ser um tratamento oneroso e doloroso, medidas preventivas devem ser realizadas, a fim de reduzir o impacto desse agravo, possibilitando uma melhor qualidade de vida aos doentes que necessitam de longos períodos de imobilidade. Sua prevenção e tratamento é um dos muitos aspectos do cuidado ao paciente no qual a enfermagem interage diretamente, pois tradicionalmente a prevenção e o tratamento deste problema é deixado para esses profissionais.

Os profissionais de enfermagem, por permanecerem um maior período de tempo junto ao paciente, necessitam implementar ações interventivas, avaliando e acompanhando integralmente o doente que possui risco de desenvolver a UP. Para uma ação preventiva eficaz, existem diversas escalas de avaliação de tais riscos, dentre as quais, a mais utilizada no Brasil é a de Braden, importante ferramenta nesta avaliação. Neste sentido, cabe a esses profissionais prestar uma assistência que previna tais lesões ou que preste cuidados intensivos, quando o paciente já as adquiriu.

Conclui-se, portanto, que a assistência de enfermagem deve ser realizada utilizando protocolos que tenham como meta a identificação e uniformização de condutas que possam prevenir o agravo, sendo necessário, para tanto, que o enfermeiro possua conhecimento técnico sobre o tema, a fim de oferecer um melhor atendimento, pois o sucesso, tanto na prevenção, quanto no tratamento, depende das habilidades e conhecimentos deste profissional. Cabe ao enfermeiro submeter todos os pacientes aos quais presta cuidado a uma avaliação completa das condições de pele, incluindo úlceras de pressão que já estejam presentes, documentando essas condições no registro do exame físico.

## Referências

- ALVES, A.R. *et al.* A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. *In: Rev Inst Ciênc Saúde*, v. 26, n. 4, p. 397-402, 2008. Disponível em: [https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04\\_out\\_d ez/V26\\_N4\\_p397-402.pdf](https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04_out_d ez/V26_N4_p397-402.pdf). Acesso em: 26 mar. 2019.
- ANSEMI, M. L.; PEDUZZI, M.; FRANÇA JÚNIOR, I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. *In: Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 257-264, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a04v22n3.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- ARAÚJO, T.M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 4, p. 671-676, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a07v64n4.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- CARVALHO, G.B. *et al.* Epidemiologia e riscos associados à úlceras por pressão em crianças. *In: Cogitare Enferm.*, v. 16, n. 4, p. 640-646, out./dez. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25432>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- MATOS, L. S.; DUARTE, N. L. V.; MINETTO, R. C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *In: Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 719-726, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a18.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- MIYAZAKI, M. Y.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *In: Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 6, p. 1203-1211, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_22](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_22). Acesso em: 26 mar. 2019.
- NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera de pressão no lesado medular: experiência da equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. *In: Medicina*, Ribeirão Preto, v. 1, n. 35, p. 14-23, 2002. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/787/798>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão**: Guia de Consulta Rápida. 2016. Disponível em: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019.
- PARANHOS, W. Y. Úlceras de pressão. *In: JORGE, A. S.; DANTAS, S. R. P. E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu, 2008.

ROCHA, A. B.; BARROS, S. M. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *In: Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a06v20n2.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

SANTOS, M. P. *et al.* Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. *In: Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 2, n. 1, p. 19-31, 2013. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/185/186>. Acesso em: 26 mar. 2019.

SILVA, D. P. *et al.* Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. *In: Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 118-123, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a13.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

SOARES, D.A.S. *et al.* Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. *In: Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 26, n. 4, p. 578-581, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v26n4/a07.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

SOUZA, T. S. **Avaliação da efetividade do Filme Transparente de Poliuretano na prevenção de úlcera por pressão em calcâneo**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/25538/Dissertacao%20versao%20final%2023.11.10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 mar. 2019.

WADA, A.; TEIXEIRA NETO, N.; FERREIRA, M.C. Úlceras por pressão. *In: Revista de Medicina*, São Paulo, v. 89, n. 3/4, p. 170-177, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46293>. Acesso em: 26 mar. 2019.