

**AJES-FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE  
DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES  
PORTADORES DE ÚLCERA POR PRESSÃO UPP**

**Autora: Neurivânia Nunes dos Santos**

**Orientador: Me. Victor Cauê Lopes**

**JUÍNA-MT**

**2015**

**AJES-FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO  
VALE DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES  
PORTADORES DE ÚLCERA POR PRESSÃO UPP**

**Autora: Neurivânia Nunes dos Santos**

**Orientador. Me. Victor Cauê Lopes**

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
a Faculdade de Ciências Contábeis e de  
Administração do Vale do Juruena, para  
obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.*

**JUÍNA- MT**

**2015**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Me. Victor Cauê Lopes. (ORIENTADOR)

AJES - Faculdade do Vale do Juruena

---

Prof. Esp. Wilson Pereira Filho

---

Prof.DR. Lucas Lecci

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Ao meu orientador Me. Victor Cauê Lopes, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais, sem nominar, terão o meu eterno agradecimento.

Minha mãe Maria Abades Nunes, heroína me apoiou, em horas difíceis, de desânimo e cansaço, pois sempre esteve ao meu lado.

Ao meu pai que apesar de não estar mais em nosso meio hoje faz morada com o pai celestial e essa vitória dedico a ele, pois sei que estou realizando o seu grande sonho.

Aos meus irmãos, sempre presentes em minha vida em especial Nildeusa Nunes dos Santos que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, a caminhada foi árdua, mas juntas vencemos.

Ao meu esposo Fernando Marino que sempre me apoio nessa caminhada com seu carinho e compreensão e mais ainda a sua paciência nos meus momentos de estresse.

Aos meus filhos João Pedro e Anna Beatriz que embora não tivessem conhecimento disto, mas iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

## **DEDICATÓRIA**

A minha mãe e ao meu pai, pois são as razões da minha existência.

“Se enxerguei mais longe, foi porque estava sobre os ombros de gigantes.”

(Isaac Newton).

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS E QUADROS

Figura 1 – Estagio da úlcera por pressão.....	17
Figura 3 - Localidade do estudo.....	23
Figura 4 – Processo de Prevenção.....	36
Tabela 1 - Distribuição dos artigos segundo os periódicos.....	22
Tabela 2 - Descrição da titulação pesquisadores por categoria, número de autores e localidade de estudo	22
Tabela 3 – Quantidade de autores por artigos.....	23
Tabela 4 - Apresentação dos dados encontrados nas publicações científicas.....	26
Tabela 5 - Apresentação dos dados encontrados nas publicações científicas.....	28
Tabela 6 - Apresentação dos dados encontrados nas publicações científicas.....	29
Tabela 7 - Apresentação dos dados encontrados nas publicações científicas.....	31
Tabela 8 - Apresentação dos dados encontrados nas publicações científicas.....	33
Quadro 1 - Níveis de Evidência, segundo a classificação de Melnyk BM, Fineout Overhold E.....	20
Quadro 2 - Principais diagnósticos de enfermagem levantados nos artigos selecionados.....	24
Quadro 3 – Intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos. ....	24

## DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA POR PRESSÃO UPP

### RESUMO

**Introdução:** A Úlcera por pressão é uma lesão na pele, geralmente sobre uma proeminência óssea, devido à pressão que o paciente sofre por fricção na cama ou cadeira. Muito se debate, hoje em dia, que os cuidados com a pele e os tecidos são componentes da prática do enfermeiro, que dessa forma praticam a prevenção das UPP, mas é necessária também a avaliação dos pacientes com identificação de riscos de desenvolvimento dessas lesões, prevenindo assim complicações que possam comprometer a qualidade de vida e o estado de saúde e recuperação dos pacientes. **Objetivo:** Este estudo teve como principal objetivo Identificar na literatura científica os diagnósticos de intervenção de enfermagem direcionados aos pacientes portadores de UPP. **Metodologia:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, a qual teve como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado. **Resultados:** A importância em definir em um ponto de corte esta no fato de se delimitar o risco para a UPP e, assim, direcionar ações de prevenção específica a esses pacientes, evitando-se medidas desnecessárias a um número maior deles. No tratamento para úlcera por pressão salienta-se, que essa intervenção é composta por um conjunto de atividades, estabelecida no protocolo assistencial de cuidado, para prevenção e tratamento de UP da instituição. **Conclusão:** Após a leitura, análise e discussão dos 5 (cinco) artigos, conclui-se que este estudo respondeu a questão norteadora proposta no início deste trabalho que foi. Quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem destinada ao manejo dos pacientes com UPP. Assim com base nesses artigos confirmam-se os níveis altíssimos de pacientes que desenvolvem UPP, mesmo no Brasil não havendo dados comprobatórios dos casos os estudos realizados demonstram que cada vez mais há ocorrências de desenvolvimento em pacientes acamados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Úlcera por pressão. Prevenção. Cuidados de enfermagem.

## **DIAGNOSIS AND INTERVENTION OF NURSING IN PATIENTS PRESSURE ULCER PATIENTS UPP**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** The pressure ulcers (UPP) and a lesion on the skin, usually over a bony prominence, because of the pressure that the patient suffers from friction in bed or chair. Much is debate today, that the care of the skin and the tissues are components of the practice of nursing, that way practice prevention of UPP, but it is necessary also the evaluation of patients with identification of developing risks of these lesions, thus preventing complications that may compromise the quality of life and the state of health and recovery of patients

**Objective:** This study aimed to identify the scientific literature nursing intervention diagnostics targeted to patients with UPP. **Methodology:** This is an integrative literature review, which aimed to gather and summarize the scientific knowledge already produced on the subject investigated. **Results:** The importance of defining in a cut-off point is in fact to define the risk for UPP and thus direct actions of prevention specific to these patients, avoiding unnecessary measures to a greater number of them. In the treatment for ulcers by pressure stresses is that this intervention and consists of a series of activities established in the clinical protocol of care for the prevention and treatment of UP of the institution. **Conclusion:** After the reading, analysis and discussion of five (5) articles, concludes that this study answered the question guiding proposal at the beginning of this work it was. What diagnoses and nursing interventions aimed at management of patients with UPP. So on this basis confirmed that the highest levels of patients who develop UPP, even in Brazil there is no data supporting the case studies demonstrate that home is increasingly developing occurrences in bedridden patients.

**KEYWORDS:** Pressure ulcer. Prevention. Nursing care.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. OBJETIVOS.....	13
2.2.Objetivo Geral .....	13
2.3.Objetivos específicos .....	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	14
3.1.Conceitos .....	14
3.2.Dados Epidemiológicos das Úlceras por pressão .....	14
3.3.Cuidados de Enfermagem.....	15
4. MATERIAL E MÉTODO.....	18
4.1.População .....	18
4.2.Critérios e inclusão .....	18
4.3.Critérios de exclusão .....	18
4.4.Referencial teórico metodológico.....	18
4.4.1. Questão norteadora .....	19
4.4.2. Formulação dos descritores e palavra chave .....	19
4.4.3. Bancos e Bases de dados .....	20
5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	21
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	39
REFERÊNCIAS .....	40

## 1. INTRODUÇÃO

A Úlcera por pressão (UPP) é uma lesão na pele, geralmente sobre uma proeminência óssea, devido à pressão que o paciente sofre por fricção na cama ou cadeira. Entre os fatores de risco que contribuem para a exposição dos pacientes ao seu desenvolvimento se destacam: fricção e cisalhamento<sup>1</sup>, dificuldade de mobilidade ou sensibilidade, edema avançado, doenças sistêmicas, umidade, e também pelo uso de alguns medicamentos como, por exemplo, corticóide, antiinflamatório e antibiótico, causando deficiência nutricional comprometimento neurológico e distúrbios metabólicos. (BAVARESCO & LUCENO, 2012).

É indiscutível que quando a UPP ocorre, torna-se um sofrimento para o paciente dificultando sua recuperação. A instituição de saúde também tem problemas porque há um aumento de carga de trabalho da equipe, gerando um aumento de custos, pois o paciente necessita de atenção redobrada (SANTOS *et AL.* 2013).

De acordo com (Santos *et al.*, 2013), a ocorrência de UPP tem se mostrado um indicador de qualidade da assistência em enfermagem, facilitando a análise dos casos quanto à sua distribuição, os pacientes mais vulneráveis e o local em que são mais frequentes. Dessa forma esse indicador serve para determinar medidas de cuidados e prevenção à lesão, orientada pelo planejamento, gestão e avaliação das ações de enfermagem, além de destinar as ações educativas à equipe de enfermagem.

Muito se debate, hoje em dia, que os cuidados com a pele e os tecidos são componentes da prática do enfermeiro, que dessa forma praticam a prevenção das UPP, mas é necessária também a avaliação dos pacientes com identificação de riscos de desenvolvimento dessas lesões, prevenindo assim complicações que possam comprometer a qualidade de vida e o estado de saúde e recuperação dos pacientes. A identificação desses pacientes torna-se essencial para que ocorram ações preventivas, desde o momento da internação até sua alta hospitalar. (PEREIRA *et al.*, 2014).

Ao analisar de forma precoce e regular o risco para o desenvolvimento de UPP que pode ser realizada com o uso de escalas, como a de *Braden* (Escala para avaliação do risco de úlceras de pressão) e também com o auxílio dos próprios pacientes e familiares, sustenta a

---

<sup>1</sup>**Fricção:** ocorre quando duas superfícies são esfregadas uma contra a outra. A causa mais comum é “arrastar” o paciente ao invés de levantá-lo.

**Cisalhamento:** ocorre quando o paciente desliza na cama; o esqueleto e os tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele das nádegas permanece imóvel. Um dos piores hábitos é o de apoiar as costas na cabeceira da cama, que favorece o deslizamento, causando dobras na pele (cisalhamento).

adoção de medidas preventivas para reduzir os fatores preponderantes à hipoperfusão tecidual, otimizando o estado geral e nutricional do indivíduo e auxiliando os cuidados locais para com a pele. (BAVARESCO & LUCENA, 2012).

Conforme Araújo *et al.* (2012) há mais de 40 escalas de risco para úlcera por pressão no mundo, mais utilizadas nas Américas e na Europa são as escalas de *Norton*, *Gosnell*, *Braden* e *Waterlow*. Estes instrumentos abordam fatores intrínsecos e extrínsecos aos pacientes relacionados com o desenvolvimento de lesões. Tais aspectos auxiliam o enfermeiro na mensuração do risco e no planejamento de uma assistência direcionada para os fatores de risco de cada paciente.

É de fundamental importância que se dispunha de tempo para a assistência, avaliação e acompanhamento para a utilização de escala de avaliação de risco de UPP assim haverá um prognóstico, pois assim os pacientes em risco são identificados evitando o risco de desenvolvimento da UPP, dessa forma permite-se aos profissionais a implementação de medidas preventivas, podendo reduzir e até evitar a incidência. Mas é de total importância que haja sempre o julgamento clínico do enfermeiro. (ARAÚJO *et al* 2011).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.2. Objetivo Geral**

Identificar na literatura científica os diagnósticos de intervenções de enfermagem direcionados aos pacientes portadores de úlcera por pressão.

### **2.3. Objetivos específicos**

- Analisar o rigor metodológico dos estudos;
- Identificar o nível de evidência dos estudos.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1. Conceitos**

A úlcera por pressão (UPP) é uma lesão na pele e/ou no tecido subjacente em consequência da pressão, ou da pressão em combinação com o cisalhamento e/ou a fricção, que normalmente ocorrem em locais de proeminências ósseas em indivíduos com mobilidade comprometida (PEREIRA, *et al* 2014).

As UPPs são definidas como lesões de pele ou parte moles originadas basicamente de isquemia tecidual prolongada. Qualquer posição mantida por um paciente durante um longo período de tempo pode provocar lesão tecidual, principalmente em tecidos que sobrepõe uma proeminência óssea, devido a presença de pouco tecido subcutâneo nessas regiões. A compressão dessas áreas diminui o fluxo sanguíneo local facilitando o surgimento de lesão por isquemia tecidual e necrose (IRION, 2005).

A úlcera por pressão (UP) prolonga o tempo de hospitalização do paciente, dificultando a recuperação e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações, pois há um aumento no sofrimento físico e emocional desses pacientes.

Para reduzir sua independência e funcionalidade na realização de atividades da vida diária e comprometer qualquer processo re-educacional, esforços devem ser feitos pela equipe multidisciplinar para prevenir o surgimento ou favorecer o tratamento da UPP (RANGEL/CALIRI, 2008).

A UPP é um dos motivos de preocupação nos serviços de saúde, uma vez que a sua ocorrência gera consequências não apenas ao paciente e seus familiares, mas para o próprio sistema de saúde, pois prolonga o tempo de internamento do paciente, aumentando os riscos de infecções.

#### **3.2. Dados Epidemiológicos das Úlceras por pressão**

Existem vários indicadores epidemiológicos que podem ser usados para determinar a ocorrência da magnitude do problema ocasionado pelas úlceras por pressão. Os mais conhecidos são a prevalência e incidência.

As úlceras por pressão têm prevalência e incidência elevadas nos tratamentos agudos e de longo prazo de clientes hospitalizados e/ou acamados, podem se desenvolver em 24 horas ou espaçar 5 dias para sua manifestação (COSTA, 2003).

As UPPs são classificadas em níveis de I a IV de acordo com os danos observados nos tecidos, considerando as suas estruturas, podendo envolver a pele, tecidos subcutâneos, músculos, cartilagem e até mesmo ossos. Assim, a manutenção da integridade da pele em pacientes de UTI é um importante aspecto do cuidado de enfermagem, já que essas lesões constituem problemas graves e caros no cuidado prestado ao paciente (ARAÚJO *et al*, 2011).

No Brasil o número de pessoas que desenvolvem úlcera por pressão é elevado, mas não há dados científicos e/ou pesquisas que comprovem essa prevalência e incidência, o que são apresentados são estudos e teses específicas de unidades de saúde as quais comprovam parcialmente a afirmação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Estudos de prevalência<sup>2</sup> foram realizados em vários países e evidenciam a magnitude do problema. Um estudo realizado com 5947 clientes em 25 hospitais de cinco países europeus mostrou uma prevalência de úlceras por pressão de 18,1%, (estágios I a IV), com maior acometimento das regiões sacral e calcâneo. Nesse estudo, os autores relatam que 9,7% dos clientes com necessidade de prevenção receberam cuidados preventivos totalmente adequados. Nesse mesmo estudo, a prevalência de úlceras por pressão em clientes hospitalizados em hospitais norte americanos variou de 10,1% a 17%.

### **3.3. Cuidados de Enfermagem**

No Brasil, desde a década 60 é crescente a adoção de recursos tecnológicos no cuidado de enfermagem com a fundamentação científica da profissão. Enfermeiras brasileiras que estudam as relações entre tecnologia e cuidado concebem a primeira como a concretização da experiência cotidiana e de pesquisas no desenvolvimento de conhecimento científico que culmina na construção de produtos materiais, ou não, com finalidades terapêuticas. Dessa forma, há uma dissociação da idéia predominante de tecnologia e materialidade que passa ser entendida como a aplicação de competências e habilidades na fusão de processos que concebem produtos e/ou saberes (ARAÚJO, 2012).

O processo de enfermagem (PE) consiste em método para sistematizar o cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como auxiliar a tomada de decisões e a comunicação dos enfermeiros. Nesse sentido, observa-se o desenvolvimento de terminologias e de classificações que são instrumentos para descrever os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem, de forma a dar visibilidade à sua prática. (LUCENA *et al*, 2011).

---

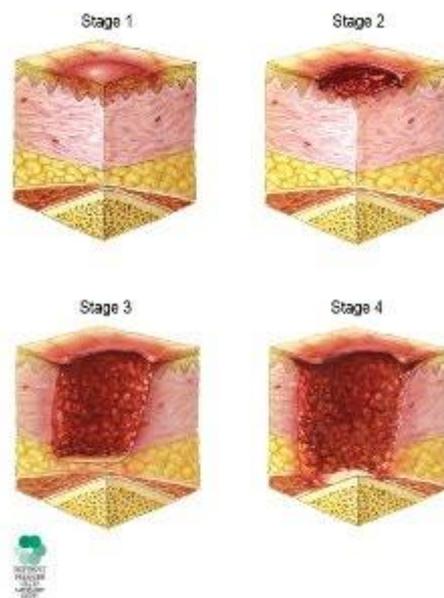
<sup>2</sup> [http://www.coloplast.com.br/Global/Brasil/Wound/CPWSC\\_Guia\\_PU\\_A5\\_d7.pdf](http://www.coloplast.com.br/Global/Brasil/Wound/CPWSC_Guia_PU_A5_d7.pdf)

A enfermagem perioperatória fundamenta-se em seis princípios: integralidade, individualidade, participação, continuidade, documentação e avaliação. A documentação precisa ser tida como meta em toda modalidade de cuidado. Considerando que o cliente cirúrgico permanece por um período de tempo em condição de dependência absoluta dos cuidados de enfermagem, os registros das ações são de extrema importância ética e legal (CARNEIRO& LEITE, 2011).

### **3.4. Classificação da UPP**

As UPPs são classificadas em estágios que vão de I a IV, com base no comprometimento tecidual e não na gravidade da lesão. (SCARLATTI *et al*, 2011).

Estágio I: Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor; Estágio II: Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálido, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha intacta ou aberta/ rompida; Estágio III: Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis; Estágio IV: Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis. (RANGEL /CALIRI, 2008).



**Figura 1** – Estagio da úlcera por pressão  
**Fonte:** Imagem Internet

As fases da úlcera por pressão podem ocorrer de forma rápida entre 24 horas a nove dias, sendo que os fatores de risco para o desenvolvimento envolvem: idade, extremos de peso (pessoas desnutridas ou obesas), doenças crônicas, imobilidade prolongada, alteração de sensibilidade, rebaixamento do nível de consciência, pressão prolongada, fricção, cisalhamento e umidade.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Porém quando se há um controle de tratamento e prevenção essas etapas podem ser contidas ou até mesmo eliminadas, isso depende não somente dos enfermeiros, mas de toda a equipe responsável pelo paciente, juntamente com os familiares.

## **4. MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de revisão integrativa da literatura, a qual teve como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, ou seja, ele nos permite buscar, sintetizar e avaliar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento na temática que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. (MENDES *et al*, 2008).

### **4.1. População**

Todos os artigos referentes a diagnósticos e intervenções de enfermagem em portadores de UPP, identificados em portais das bases de dados BVS, selecionados para análise segundo os critérios de inclusão.

### **4.2. Critérios e inclusão**

- a) Artigos originais;
- b) Artigos com texto na íntegra disponíveis *on-line*;
- c) Artigos publicados no ano de 2004 a 2014;
- d) Artigos em português e inglês;
- e) Artigos publicados nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SCIELO E BDNF.

### **4.3. Critérios de exclusão**

- Cartas ao editor, revisão literária, e editorial.

### **4.4. Referencial teórico metodológico**

Esse método de pesquisa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema e delimitar o estado da arte.

A revisão integrativa “proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes de um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica como consequência da pesquisa” (MENDES *et al*, 2008).

Assim sendo espera-se que a revisão integrativa permita descrever o conhecimento sobre cuidados e intervenções de enfermagem em pacientes portadores de úlcera por pressão UPP.

O método de revisão integrativa é composto pelas seguintes etapas:

Primeira: definição do tema, formulação da questão norteadora de pesquisa para elaboração da revisão integrativa e escolha dos descritores. Para este estudo a delimitação do problema se desenvolveu a partir da questão norteadora.

Segunda: estabelecimento de critérios e inclusão e exclusão ou critérios para a seleção de amostra. Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores de confiabilidade e da veracidade dos resultados.

Terceira: busca nas bases de dados, para extrair as informações dos artigos selecionados, para assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizando o risco de erros na interpretação e transcrição.

Quarta: análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para analisar o rigor e as características de cada estudo. A experiência do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação de sua utilidade na prática vivenciada.

Quinta: Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Dessa forma pode-se identificar possíveis lacunas do conhecimento, sendo possível delimitar prioridades para estudos futuros.

Sexta: A apresentação da revisão deve ser clara para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omissão de qualquer evidência relacionada sobre a temática investigada.

#### **4.4.1. Questão norteadora**

Quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem destinados ao manejo dos pacientes com UPP ?

#### **4.4.2. Formulação dos descritores e palavra chave**

Para a busca efetiva foram utilizados os seguintes descritores cadastrados no descritor em saúde DECS: úlcera por pressão, diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem.

Palavras chaves: úlcera; enfermagem; diagnóstico.

Como operadores de pesquisa foram utilizados: *and*, *or*, para combinar os descritores.

#### 4.4.3. Bancos e Bases de dados

Para as buscas foram incluídas importantes bases de dados na área da saúde acessadas via portal Biblioteca Virtual da saúde (BVS), como LILACS, MEDLINE, BDNF e SCIELO.

Para a seleção das publicações, foram lidos cada título e resumo de modo a confirmar se eles contemplavam a pergunta norteadora desta investigação e se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecida.

As evidências se caracterizam de acordo com uma hierarquia, dependendo do tipo de desenho de pesquisa. Este estudo utilizou a classificação de Melnyk e Fineout-Overhold que avalia a qualidade das evidências em 7 níveis descritos no quadro 1 (MELNYK e FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

**Quadro 1-**Níveis de Evidência, segundo a classificação de Melnyk BM, FineoutOverhold E.

<b>. Níveis de Evidência, segundo a classificação de Melnyk BM, Fineout-Overhold E.</b>	
<b>Nível de Evidência</b>	<b>Tipo de Estudo</b>
<b>Nível 1</b>	Revisão sistemática, metanálise ou diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
<b>Nível 2</b>	Pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
<b>Nível 3</b>	Ensaio clínico bem delineado sem randomização
<b>Nível 4</b>	Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
<b>Nível 5</b>	Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
<b>Nível 6</b>	Único estudo descritivo ou qualitativo
<b>Nível 7</b>	Opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas

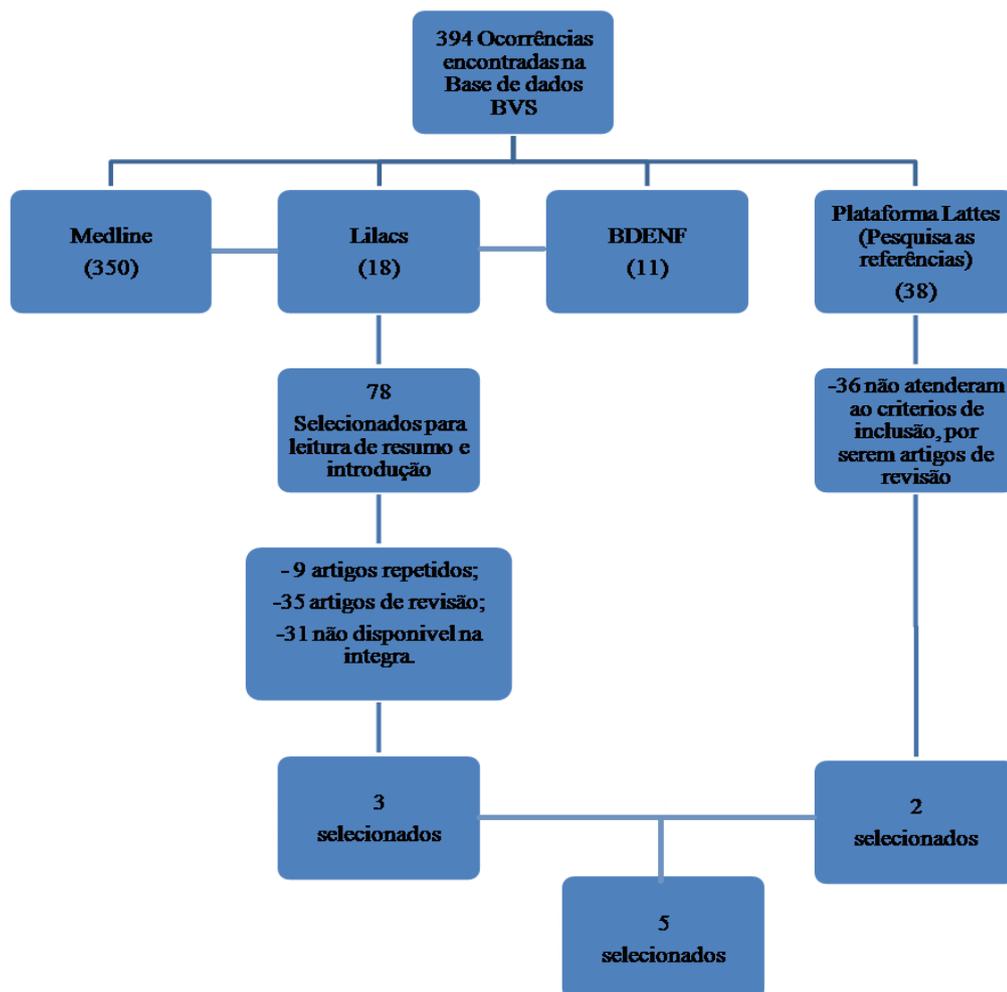
**Fonte:** ((MELNYK e FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

## 5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo vem com o intuito de apresentar e discutir os dados obtidos nessa revisão integrativa, relativa aos artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Aprofundando-se na distribuição dos dados para a sumarização dos estudos investigados. Ressalta-se que parte dessas informações foi apresentada em tabelas.

Diante do contexto admite-se a importância de introduzir esse capítulo com a demonstração da distribuição dos artigos científicos por categorias, visando à compreensão da amostra estudada.

Após a seleção e identificação dos artigos foram lidos na íntegra a fim de facilitar a análise final e discussão de dados. Foram selecionados ao final 5 artigos conforme FIGURA 1 com fluxo de artigos encontrados e selecionados.



**Tabela 1** - Distribuição dos artigos segundo os periódicos

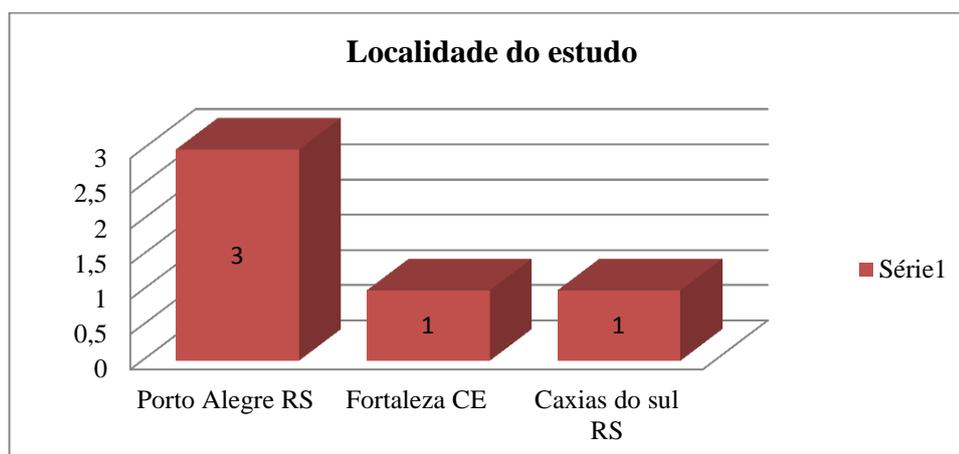
Periódicos	Artigos selecionados	
	N	Mês /Ano
<b>Revista. Latino-Americana. Enfermagem</b>	1	2011
<b>Revista. Latino-Americana. Enfermagem</b>	1	2011
<b>Revista Brasileira Enfermagem, Brasília</b>	1	2011
<b>Revista Gaúcha Enfermagem</b>	1	2013
<b>Revista Gaúcha Enfermagem</b>	1	2014

Na tabela 1, apresenta se os periódicos, os quais as pesquisas foram publicadas, contou-se que no ano de 2011, ocorreu o maior número de publicações sendo 2 na Revista Latino-Americana de Enfermagem, este periódico e outra na Revista Brasileira Enfermagem, Brasília. No ano de 2013 e 2014 houve apenas 1 publicação por ano sendo as mesmas na Revista Gaúcha Enfermagem. Esses periódicos vêm com o propósito de Promover a disseminação do conhecimento científico da enfermagem através da publicação arbitrada de artigos que contribuam para a expansão desta área do saber e para a fundamentação das ações profissionais.

**Tabela 2** - Descrição da titulação pesquisadores por categoria, número de autores e localidade de estudo

Titulação dos autores	Numero de autores	Localidade do Estudo
<b>Graduação em enfermagem</b>	6	Porto Alegre
<b>Enfermeiro Especialista</b>	5	Fortaleza
<b>Graduação em enfermagem</b>	5	Porto Alegre
<b>Mestrando</b>	6	Porto Alegre
<b>Mestrando</b>	2	Caxias do Sul

A tabela 2, mostra que a titulação dos autores está definida em 3 modalidades graduação em enfermagem, enfermeiro especialista e Mestrando, isso demonstra que indiferente a titulação dos profissionais a pesquisa sobre as UPP, torna-se cada dia mais necessário e preciso para busca de informações dos profissionais da área da saúde. A figura 3 vem demonstrar a localidade ao cada artigo foi produzido.

**Figura 2-** Localidade do estudo

Fonte: Dados pesquisa 2014/2015 – Tabela 2

Observa-se pela Figura 3 que na região Sul o tema em questão tem chamado atenção para a busca de pesquisa, pois 4 dos cinco artigos selecionados foram realizados no estado do Rio Grande do Sul.

Ressalta-se que, mesmo mediante tímida produção no tema, acredita-se pelos estudos realizados que no Brasil o número de pessoas que desenvolvem úlcera por pressão é elevado.

Não há estudos que demonstrem o panorama nacional, o que são apresentados são estudos e teses específicas de unidades de saúde com diagnósticos situacionais que comprovam parcialmente a afirmação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

**Tabela 3 –** Quantidade de autores por artigos

<b>Quantidade de autores por publicação.</b>		
<b>Número de autores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Um a três autores</b>	1	20,0
<b>Quatro a seis autores</b>	4	80,0
<b>Total</b>	5	100,0

Fonte: Dados pesquisa 2015 – Tabela 2

Ao observar os polos da tabela 3, visualiza-se que houve artigos escritos por no mínimo um autor e no máximo seis autores. Verifica-se também que preponderou o número

de pesquisas produzidas e publicadas por quatro a seis autores representando 80% das pesquisas.

Diante desses dados, observados na tabela 3, acredita-se que o desenvolvimento de estudos científicos na área de enfermagem, costuma ser gerado por grupos pouco numerosos, de pesquisadores. Nesse sentido, acredita-se que o exercício da produção de conhecimento científico em parceria, favorece a troca de saberes, amplia as possibilidades de aprendizado, permite o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e pacientes, fortalecendo o conhecimento adquirido, produzido e publicado. No entanto, sabe-se que a premissa atual dos periódicos nacionais e internacionais não permite incluir grupos muito numerosos em suas publicações.

**Quadro 2-** Principais diagnósticos de enfermagem levantados nos artigos selecionados

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Artigos</b>
1. Risco de infecção	1-3
2. Risco para integridade da pele prejudicada	1-2-3-4-5
3. Déficit do auto cuidado: banho/higiene, mobilidade física prejudicada, nutrição desequilibrada	3-1
4. Dor aguda	1-
5. Mobilidade no leito prejudicada	2-3

Fonte: Dados pesquisa 2015

**Quadro 3-** Intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos.

<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Artigos</b>
1. Implementar protocolo de prevenção e tratamento para UP	1-3
2. Supervisão da pele, cuidados com lesões; Proteger a pele para evitar rompimento; manutenção da integridade da pele	1-2-3-4-5
3. Aplicação da escala de <i>Braden</i> no momento da internação	1-3
4. Controle da dor	1
5. A escala de <i>Waterlow / Braden</i>	2-3

Analisaram-se os cinco artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos dessa forma apresenta se a análise geral dos artigos avaliados que foram divididos e apresentados através do Autor, Objetivo, Método, Coleta de dados, Principais Resultados e Nível de evidência dos estudos.

Dentre os artigos incluídos na revisão integrativa, o conteúdo dos artigos acerca da prevenção da úlcera por pressão enfoca questões sobre prevenção e tratamento, diagnósticos, identificação dos cuidados de enfermagem e a utilização de escalas de controle. Que foram apresentados em tópicos a seguir:

**Tabela 4** - Apresentação dos dados encontrados nas publicações científicas

N	Autor	Objetivo	Método	Amostra	Coleta dados	Principais resultados	Nível
1	LUCENA. Amália de Fátima. <i>etal</i>	Caracterizar os pacientes em risco para úlcera por pressão (UP).	Estudo transversal	219 prontuários de hospitalizações de pacientes adultos em risco de UP	Dos prontuários	A idade média dos pacientes foi de 67 anos ( $\pm 20,2$ ). O sexo predominante foi o feminino, em 132 (67%) casos, com tempo mediano da internação de nove dias ( $\pm 27$ ), em unidades de clínica médica, na maioria das vezes (129; 59%). Os escores mais frequentes nas subescalas foram: na percepção, 2 (muito limitado) em 109 (50%) casos; na umidade, 3 (ocasionalmente molhado) em 92 (42%) casos; na atividade, 1 (acamado) em 182 (83%) casos; na mobilidade, 2 (bastante limitado) em 184 (84%) casos; na nutrição, 2 (provavelmente inadequado) em 132 (60%) casos e na fricção e cisalhamento, 1 (problema) em 115 (52,5%) casos..	6

Fonte: Dados pesquisa 2015

### Diagnóstico

O estudo encontrou a maioria de mulheres, idosos e com tempo médio de hospitalização de nove dias, na maior parte das vezes, em unidades de internação clínica. O fator de risco idade avançada é apontada como um dos mais relevantes fatores envolvidos na fisiopatogênese da UP, principalmente quando associada a condições mórbidas como as alterações neurológicas, mentais, nutricionais, de mobilidade, atividade e continências anais e urinárias o risco para UP é determinado pelo escore total  $\leq 13$  na escala de *Braden*. Para estabelecê-lo consideraram-se as

características do hospital, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), com grande demanda de internações de pacientes graves e atendimentos de alta complexidade<sup>(1)</sup>.

### Intervenção

O uso da escala de *Braden*, composta por suas seis subescalas (percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento)(12-14), é feito na admissão do paciente no HCPA, repetida semanalmente e a cada alteração do seu estado geral, sendo que o escore menor ou igual ( $\leq$ ) a 13 determina o risco à UP(6). Essa avaliação também oferece subsídios ao processo de raciocínio diagnóstico e implementação das intervenções de enfermagem, conforme o protocolo assistencial. Desde a implantação desse protocolo na instituição, passou-se a observar queda na incidência da UP, o que, de certa forma, evidencia a qualificação do cuidado de enfermagem. Entretanto, desconheciam-se as características clínicas dos pacientes em risco para UP, os seus principais DEs e fatores relacionados, ou de risco, bem como os casos em que houve a seleção e a prescrição das intervenções descritas no protocolo assistencial<sup>(1)</sup>.

**Tabela 5** - Apresentação dos dados encontrados nas publicações científicas

N	Autor	Objetivo	Método	Amostra	Coleta dados	Principais resultados	Nível
2	ARAÚJO. Thiago Moura; <i>et al</i>	Identificar o diagnóstico de enfermagem em pacientes críticos com risco de desenvolver úlcera por pressão	Descritiva, tipo transversal	Treze pacientes	Exame físico consulta aos prontuários e familiares dos pacientes	A faixa etária dos sujeitos foi 6 estratificada da seguinte maneira: 50 a 64 anos; 65 a 74 anos; 75 a 80 anos e acima de 80anos. Nas três primeiras categorias houve dois participantes em cada, enquanto na última houve sete participantes.	6

Fonte: dados pesquisa 2015

### Diagnóstico

Os diagnósticos de enfermagem identificados nos treze pacientes com risco de UP, segundo a Taxonomia II da NANDA. Um total de 45 diagnósticos de enfermagem foi encontrado, sendo que 17 tinham significância clínica para o desenvolvimento de lesões dermatológicas como as UP. Dentre estes dezessete diagnósticos, nove apresentaram frequência  $\geq 80\%$ , com ênfase para os diagnósticos: Integridade da pele prejudicada (100%), Deambulação prejudicada(87%), Deglutição prejudicada (80%), Mobilidade no leito prejudicada (80%)e Troca de gases prejudicada (80%)(<sup>2</sup>).

### Intervenção

A escala de *Waterlow* mostrou-se um instrumento adequado com especificidade e sensibilidade para prever risco para UP. Neste estudo, a pontuação dos pacientes variou de 15 a 42 pontos, estabelecendo uma média de 24,6 pontos. Assim, com pontuação superior a 20 pontos, os pacientes enquadram-se no grupo de altíssimo risco.

**Tabela 6** - Apresentação dos dados encontrados nas publicações científicas

N	Autor	Objetivo	Método	Amostra	Coleta dados	Principais resultados	Nível
3	SANTOS. Cássia Teixeira dos; <i>et al</i>	Comparar os dados notificados em sistema de indicador de qualidade assistencial de úlcera por pressão UP com registros em evoluções de enfermagem nos prontuários dos pacientes	Estudo transversal	188 pacientes adultos	Avaliação do paciente com a Escala de <i>Braden</i> , prontuário informatizado	Verificou-se que dentre os 188 pacientes, 36 (19%) deles apresentaram registros nas evoluções de enfermagem, como por exemplo, hiperemia sacra, curativo com hidrogel em trocâter e uso de papaína em lesão glútea, que apontaram o desenvolvimento de UP na sua hospitalização. Dos 36 pacientes que apresentaram a descrição de sinais e sintomas de UP nas evoluções de enfermagem, 17 (47,2%) deles tiveram lesão que pode ser classificada como UP grau I e 19 (52,8%) pacientes como UP grau II ou mais. Assim, dentre os 188 pacientes estudados houve uma frequência de ocorrência de 10% de UP grau II ou mais, identificada pela revisão retrospectiva de prontuário.	6

Fonte: dados pesquisa 2015

## Diagnóstico

A média de idade destes pacientes foi de 67 (+ 23,2) anos, com predominância do sexo feminino em 12 (63%) casos e tempo mediano de internação de onze dias (+ 6-29) dias, mais frequentemente internados nas unidades de clínica médica (11; 58%).

Os principais motivos de internações desses pacientes foram doenças cerebrovasculares (6; 16%), cardiovasculares (6; 16%), geniturinárias (6; 16%) e neoplasias (6; 16%). Quanto às comorbidades mais frequentemente apresentadas constataram-se doenças cerebrovasculares (9; 22%), cardiovasculares(7; 17%), metabólicas (5; 12,2%) e psiquiátricas (5; 12,2%). Salienta-se que, em 13 (76%) casos os pacientes apresentavam mais de uma comorbidade<sup>(3)</sup>.

## Intervenção

Processo de Enfermagem (PE) como metodologia norteadora da assistência, bem como indicadores de qualidade assistencial e protocolos institucionais de prevenção e tratamento como o de UP. O PE nessa instituição está informatizado e inclui todas as suas cinco etapas. Na coleta de dados do paciente, o enfermeiro aplica a Escala de *Braden* (EB), instrumento que auxilia a identificar o risco para UP, e a partir disto realiza o diagnóstico, planeja e prescreve intervenções de enfermagem, de acordo com o “Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão<sup>(3)</sup>”.

**Tabela 7** - Apresentação dos dados encontrados nas publicações científicas

N	Autor	Objetivo	Método	Amostra	Coleta dados	Principais resultados	Nível
4	PEREIRA. Ana Gabriela Silva; <i>et.al</i>	Identificar os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de úlcera por pressão UP e compará-las com as intervenções da NIC	Estudo de mapeamento cruzado	219 pacientes adultos	A coleta de dados foi retrospectiva, considerou-se as internações em um período de 6 meses consecutivos em um sistema informatizado da instituição, sendo digitalizados em uma planilha do Excel for Windows e analisados estatisticamente com o auxílio do Statisticalpackage for the social sciences SPSS, versão 16.0.	Identificou-se diferentes cuidados de enfermagem para prevenção de UP, mapeados em 17 diferentes intervenções NIC, dentre elas supervisão da pele, prevenção da úlcera por pressão e posicionamento.	32 6

Fonte: dados 2015

#### Diagnóstico

O diagnóstico evidenciou que tanto q EB como os DE são elementos importantes para subsidiar a enfermagem na implementação de intervenções aos pacientes vulneráveis a estas lesões, ou seja, a utilização da Classificação de Intervenções de enfermagem (NIC)<sup>(4)</sup>.

#### Intervenção

Houve cuidados mapeados prescritos ao pacientes com esse DE que estavam, na maioria relacionados com a UP, como proteger a pele para evitar rompimento, hidratar a pele, inspecionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos<sup>(4)</sup>.

**Tabela 8** - Apresentação dos dados encontrados nas publicações científicas

N	Autor	Objetivo	Método	Amostra	Coleta dados	Principais resultados	Nível
5	BAVARESCO. Taline& LUCENA. Amalia de Fatima.	Validar as intervenções da classificação de enfermagem NIC para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada, em pacientes em risco de úlcera por pressão (UP).	Estudo de validação de conteúdo	de 16 enfermeiros de	Foi realizada com instrumento construído com base nas ligações existentes entre NIC-NANDA-I	Validaram-se nove intervenções prioritárias (MP $\geq 0,80$ ), dentre elas prevenção de UP (MP=0,92); 22 como sugeridas (MP>0,50 e <0,80) e 20 foram descartadas (MP $\leq 0,50$ ).	6

Fonte: dados 2015

### Diagnóstico

Dentre as 51 intervenções propostas pela NIC para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, a partir da ligação NIC–NANDA-I, são consideradas prioritárias para pacientes adultos em risco de úlcera por pressão: prevenção de úlceras de pressão, controle da pressão, supervisão da pele, banho, cuidados da pele: tratamentos tópicos, monitorização dos sinais vitais, cuidados na incontinência urinária, posicionamento e terapia nutricional. Essas intervenções foram consideradas aplicáveis à prevenção da UP, as quais podem ser utilizadas dependendo da situação clínica evidenciada, dos conhecimentos e habilidades dos profissionais da enfermagem, que prestam assistência contínua aos pacientes, intervindo nos fatores de risco para o desenvolvimento da UP<sup>(1)</sup>.

## Intervenção

Todas as intervenções validadas como prioritárias, portanto, são aplicáveis às condições clínicas que interferem na manutenção da integridade da pele e podem minimizar o risco para UP. As diferenças encontradas no estudo em relação ao nível de ligação entre as intervenções NIC com o DE da NANDA-I se justificam, visto que a NIC aponta intervenções associadas a um DE, porém, reforça que as mesmas não são prescritivas, mas sim que dependem do julgamento do enfermeiro sobre a condição apresentada pelo indivíduo. Somado a isso, os estudos de validação buscam identificar, em um conjunto de intervenções, as que são mais adequadas para o cuidado de pacientes em uma determinada situação clínica, como, por exemplo, a de risco para UP. Neste estudo se validaram as intervenções para o DE Risco de Integridade da Pele Prejudicada, no cenário de cuidado a pacientes em risco de UP e não para outros tipos de risco de lesão à pele<sup>(5)</sup>.

## **Prevenção das UPP (úlceras por pressão) e Tratamento**

A importância em definir um ponto de corte está no fato de se delimitar o risco para a UPP e, assim, direcionar ações de prevenção específicas a esses pacientes, evitando-se medidas desnecessárias a um número maior deles <sup>(1)</sup>.

Aprendendo a reconhecer os pacientes em risco iniciando precocemente às medidas apropriadas, será possível atuar de forma ativa na prevenção e no manejo das úlceras por pressão. (OTA, 2008).

A *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), órgão que se originou em Londres, em 1996, que, periodicamente, se reúne e apresenta diretrizes de prevenção e tratamento baseado em evidências recomenda que um instrumento de avaliação de risco deva incluir: condição geral e avaliação da pele, mobilidade, umidade, incontinência, nutrição e dor.<sup>(2)</sup>

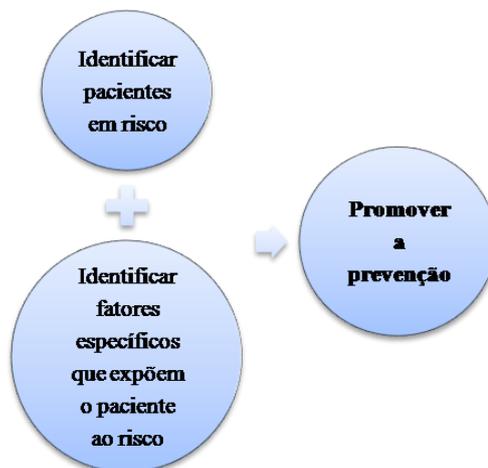
A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, sendo que, tem validade tanto para a prevenção de úlcera por pressão (UPP) como para quaisquer outras lesões da pele. Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a UPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto negativo tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis, como o aumento dos gastos com o paciente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os cuidados com a integridade da pele e tecidos são elementos da prática de enfermagem, incluindo a prevenção da UPP, isso requer uma boa avaliação dos pacientes com identificação de riscos para esse tipo de lesão e conseqüentemente implementação de intervenções práticas de enfermagem para prevenir complicações que podem agravar o quadro do paciente<sup>(4)</sup>

A elaboração de um programa de intervenção precoce e personalizado para cada paciente de risco é um componente fundamental para o plano de cuidado ao paciente. Basicamente, existem três grupos: paraplégicos, idosos e hospitalizados. Os objetivos básicos a serem considerados são alívio da pressão, higiene e cuidados com a pele, suporte nutricional e estímulo da circulação sanguínea. (OTA, 2008).

A Figura 4. Demonstra como é o processo de promover a prevenção das UPP

Figura 3 – Processo de Prevenção



Dessa forma representa-se o cenário da prevenção das úlceras por pressão (UP), as quais demandam preocupação da enfermagem e têm sido objeto de discussão, principalmente, no meio hospitalar. Contudo, a incidência de UP ainda permanece elevada e essas lesões são causas importantes de morbimortalidade, afetando a qualidade de vida dos pacientes, além de gerarem custos aos serviços de saúde. <sup>(5)</sup>

No tratamento para úlcera por pressão salienta-se, que essa intervenção é composta por um conjunto de atividades, estabelecida no protocolo assistencial de cuidado, para prevenção e tratamento de UPP da instituição<sup>(1)</sup>.

A prevenção pode reduzir a incidência de úlceras de pressão em pelo menos 50% e é menos custosa tanto economicamente quanto em termos de sofrimento humano (LUCENA *et al* 2011).

### **Diagnóstico de úlcera por pressão**

Por meio de leitura e análise de 4 dos 5 artigos revela-se a prevalência da úlcera por pressão em pessoas idosas, mulheres com idade média entre 67 a 80 anos, e que estavam acamadas entre 24 horas a 9 (nove) dias. <sup>(1,2,3,4)</sup>.

As úlceras por pressão ocasionam um pesado fardo ao sistema de saúde em termos de custo, sofrimento do paciente, e intervenção médica especializada. A população idosa em risco de desenvolvimento de úlcera por pressão está aumentando, assim como a incidência e prevalência deste custoso problema. A prevenção é menos onerosa que o seu tratamento,

apesar de a mesma necessitar de mais atenção dos profissionais no dia a dia (OTA, 2008).

### **Identificação dos cuidados de enfermagem**

O método que orienta o julgamento clínico e a tomada de decisão dos cuidados a serem utilizados pelo enfermeiro é denominado processo de enfermagem (PE), sendo constituído pelas etapas de investigação (coleta de dados), diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados apresentados pelo paciente, família ou comunidade diante das condutas adotadas.<sup>(5:1)</sup>

Para cada etiologia de um diagnóstico de enfermagem (DE) existem cuidados correspondentes, que são selecionados de acordo o julgamento clínico, Isso leva a inferir que são pacientes acamados e com dificuldade de movimento e que, portanto, requerem, além de diagnóstico preciso, adequado plano de cuidados com medidas preventivas e qualificada avaliação de enfermagem<sup>(1)</sup>.

Os cuidados de enfermagem incluem supervisão da pele, como a hidratação, posicionamento, cuidados com repouso no leito, assistência no auto cuidado: banho/higiene; assistência no auto cuidado: alimentação; cuidados com o períneo; posicionamento na cadeira de rodas; terapia com exercícios: deambulação; controle do ambiente; cuidados com lesões; controle da pressão sobre áreas do corpo; cuidados com a úlcera por pressão<sup>(4)</sup>.

Um exame físico completo é necessário para avaliar o estado geral de saúde, comorbidades, estado nutricional, e estado mental do paciente. O nível de compreensão e cooperação indicará a intensidade dos cuidados de enfermagem que serão requeridos. É importante notar a presença de contraturas ou espasticidade, que podem ajudar a identificar áreas de risco adicionais para úlcera de pressão. Seguindo o exame físico geral, o exame adequado da ferida pode necessitar de medicações analgésicas orais ou intravenosas para assegurar conforto ao paciente. Dor crônica é comum entre esses pacientes e pode ser exacerbada pelo exame físico da úlcera (OTA, 2008).

Todos esses cuidados de enfermagem que incluem escalas de controle e análise podem diminuir e até evitar o desenvolvimento da úlcera por pressão, mas além dos cuidados dos enfermeiros é necessário o auxílio dos familiares e até mesmo do paciente quando consciente.

### Utilização de escalas de controle a análise

Devem ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.

A utilização de escalas de avaliação de risco para UPP requer pouca habilidade do profissional enfermeiro, embora requeira mais tempo na assistência para sua avaliação e acompanhamento.<sup>(2)</sup>

A precoce e regular estratificação do risco para o desenvolvimento de UPP que pode ser realizada com o uso de escalas, como a de *Braden*, sustenta a adoção de medidas preventivas para reduzir os fatores predisponentes à hipoperfusão tecidual, otimizar o estado geral e nutricional do indivíduo e favorecer os cuidados locais para com a pele. Essa avaliação pode também subsidiar o estabelecimento de DE acurado, que embasará a seleção das intervenções de enfermagem para cada paciente, levando-se em conta os resultados esperados

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode levantar questionamentos para o risco e elaboração de planos de cuidados para pacientes em UTI. O diagnóstico de enfermagem encontrado nos pacientes em risco para UPP, em sua maioria, tem ligação direta com os fatores de risco da escala de *Waterlow*<sup>(2)</sup>. Por exemplo, os diagnósticos de enfermagem: *déficit* do auto cuidado para banho/ higiene, deambulação prejudicada, mobilidade no leito prejudicada estão relacionados com os itens de mobilidade e déficit neurológico (paraplegia e diabetes)<sup>(2)</sup>.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a leitura, análise e discussão dos 5 (cinco) artigos, conclui-se que este estudo respondeu a questão norteadora proposta no início deste trabalho que foi. Quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem destinadas ao manejo dos pacientes com UPP.

Assim com base nesses artigos confirmam-se os níveis altíssimos de pacientes que desenvolvem UPP, mesmo no Brasil não havendo dados comprobatórios dos casos os estudos realizados demonstram que cada vez mais há ocorrências de desenvolvimento em pacientes acamados.

O avanço tecnológico vem para auxiliar os profissionais de enfermagem na prevenção, diagnóstico e cura dos pacientes, exigindo dos profissionais da área da saúde uma reflexão sobre as práticas realizadas, principalmente em países de 3º mundo como o Brasil, que normalmente por falta de investimento não há essa disponibilização, ou seja, o que existe fica parcialmente a disposição dos profissionais como o tempo com o paciente, medicamentos necessários, camas adequadas e até mesmo o local necessário para a internação do paciente.

Torna-se imprescindível que todos se conscientizem de que a precoce e regular estratificação do risco para o desenvolvimento de UPP que pode ser realizada com o uso de escalas, como a de *Braden*, sustenta a adoção de medidas preventivas para reduzir os fatores predisponentes à hipoperfusão tecidual, aperfeiçoar o estado geral e nutricional do indivíduo e favorecer os cuidados locais para com a pele.

Verifica-se a importância que sejam realizadas mais pesquisas, pois se torna imprescindível que o País tenha um controle estático de pacientes que tenham desenvolvido ou venham a desenvolver as UPP, pois esse paciente tem um custo altíssimo para a rede pública. Os enfermeiros devem estar cientes desses achados e assim saber direcionar os cuidados devidos a esses diagnósticos, pois a prevenção é o melhor processo a ser tomado, pois esses pacientes representam um problema freqüente nos cuidados de saúde, especialmente para pessoas com mobilidade e sensibilidade reduzidas, destacando, os cadeirantes e idosos acamados e debilitados.

No tratamento da UPP é preciso salientar a importância da interação do paciente, familiares e equipe de enfermagem. O doente quando consciente e familiares precisam ser orientados sobre as causas do aparecimento das lesões, tratamento e procedimentos que serão utilizados para prevenção UPP.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO. Thiago Moura de Araújo; ARAÚJO Márcio Flávio Moura de; CAETANO JoselanyÁfio; GALVÃO. Marli Terezinha Gimenez; DAMASCENO. Marta Maria Coelho. **Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão.** Revista Brasileira de Enfermagem. Print version ISSN 0034-716 Rev. bras.enferm. vol.64 no.4 Brasília July/Aug. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400007>. Acesso em 03 mai 2015.

ARAÚJO. Thiago Moura de Araújo; ARAÚJO Márcio Flávio Moura de; CAETANO JoselanyÁfio. **O uso da escala de Braden e fotografias na avaliação do risco para úlceras por pressão.** Revista da Escola de Enfermagem da USP Print version ISSN 0080-6234. Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.4 São Paulo Aug. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400011>. Acesso em 01 mai. 2015.

BAVARESCO. Taline; LUCENA Amália de Fátima. **Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. Print version ISSN 0104-1169. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.20 no.6 Ribeirã Preto Nov./Dec. 2012 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600013>. Acesso em: 02 mai. 2015.

CARNEIRO. Geisa Aguiari; LEITE. Rita de Cássia Burgos de Oliveira. **Lesões de pele no intraoperatório de cirurgia cardíaca: incidência e caracterização.** Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.3 São Paulo June 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300009>. Acesso em 19 mai. 2015.

COSTA, Idevânia Geraldina. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva.** 125 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

DELISA, Joel A.; GANS, Bruce M. **Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e práticas.** 3ª ed. Barueri, Manole, 2002.

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

LUCENA. Amalia de Fatima; SANTOS. Cassia Teixeira; PEREIRA. Ana Gabriela; ALMEIDA. Miriam Abreu; DIAS. Vera Lucia Mendes; FRIENDICH. Melina Adriana. **Perfil clínico e diagnóstico de enfermagem de pacientes em risco de ulcera por pressão.** Ver. Latina-Am. Enfermagem mai-junho 2011.

MELNYK, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Rapid critical appraisal of randomized clinical trials (RCTs): A essential skill for evidence-based practice. *Pediatric Nursing*, 31(1), 50-52. Disponível em: [http://www.copeforhope.com/cop\\_resources/bprefs.html](http://www.copeforhope.com/cop_resources/bprefs.html). Acesso em 02 jul. 2015.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4,

Dec. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 30 Mar. 2015.

MINISTÉRIO. da Saúde. **Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas**. Série J. Cadernos de Reabilitação em Hanseníase; n. 2 Brasília – DF 2002.

MINISTÉRIO.da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão/** Anvisa/ Fiocruz. 2013. Disponível em:  
[http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot\\_prevencao\\_ulcera\\_por\\_pressao.pdf](http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf).  
Acesso em: 01 Jun. 2015.

OTA. Al Ana Sayuri. **Prevenção das úlceras de pressão**. Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Saúde do Exército. Rio de Janeiro. 2008

PEREIRA. Ana Gabriela Silva; SANTOS. Cassia Teixeira dos; MENEGON. DorisBaratz; MELLO. Bruna; AZAMBUJA. Fernanda; LUCENA. Amalia de Fatima. **Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão**.Revista da Escola de Enfermagem da USP*Print version* ISSN 0080-6234 Rev. esc. enferm. USP vol.48 no.3 São Paulo June 2014. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300010>. Acesso em 02 mai 2015.

RANGEL. Elaine Maria Leite Rangel; CALIRI Maria Helena Larcher. **Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral**. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008. Disponível em:  
[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a09.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a09.pdf). Acesso em 05 jun. 2015

SANTOS. Cássia Teixeira; OLIVEIRA. Magali Costa; PEREIRA. Ana Gabriela Silva; SUZUKI. LylianMidori; LUCENA. Amalia de Fatina. **Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente**. Revista Gaúcha de EnfermagemOn-line version ISSN 1983-1447 Rev. Gaúcha Enferm. vol.34 no.1 Porto Alegre Mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100014>. Acesso em 01 mai. 2015.

SCARLATTI, Kelly Cristina; MICHEL.Jeanne Liliane Marlene; GAMBA.Mônica Antar; GUTIÉRREZ. Maria GabyRivero de. **Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados**. Rev. Esc. Enferm. USP; 2011.Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000600014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600014). Acesso em: 19 dez. 2014.

ÚLCERA. Por pressão: Prevenção e Tratamento. Disponível em:  
[http://www.coloplast.com.br/Global/Brasil/Wound/CPWSC\\_Guia\\_PU\\_A5\\_d7.pdf](http://www.coloplast.com.br/Global/Brasil/Wound/CPWSC_Guia_PU_A5_d7.pdf). Acesso em 20 mai. 2015.

## APÊNDICE A

**FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO: Informações referentes a publicação**

<b>Periódico:</b>	<b>Ano de Publicação:</b>
<b>Nº de páginas:</b>	
<b>Localização na base de Dados:</b> <input type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> BDENF <input type="checkbox"/> SCIELO <input type="checkbox"/> OUTROS	
<b>Título do artigo:</b>	
<b>Objetivo do estudo:</b>	
<b>Ano de realização do estudo:</b> <b>Origem do artigo:</b> <input type="checkbox"/> Monografia <input type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Tese <input type="checkbox"/> Outro	
<b>Descritores:</b>	
<b>Modalidade do estudo:</b> <input type="checkbox"/> pesquisa de campo <input type="checkbox"/> pesquisa de revisão <input type="checkbox"/> pesquisa de reflexão <input type="checkbox"/> outro	
<b>Considerações éticas:</b> <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Presentes.	
<b>Técnica de coleta de dados:</b> <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Presentes.	
<b>Utilização de instrumento:</b> <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Presentes.	