

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO

Regina Queiroz Gonçalves¹; Aline Porfírio da Silva²; Auricleide Barros do Prado³; Camila Porfírio⁴; Kelly Lopes de Araújo Appel; ⁵ Adriano Menis Ferreira⁶.

1 Enfermeira. Professora Mestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Cuiabá - UNIC - Tangará da Serra - MT.

2 Enfermeira. Graduada em Enfermagem. Hospital Regional de Sinop – MT.

3 Enfermeira. Professora Especialista do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Mato Grosso – UNEMAT – Tangará da Serra – MT.

4 Enfermeira. Graduada em Enfermagem. Universidade do Estado do Mato Grosso- Tangará da Serra – MT.

5 Enfermeira. Curso de Pós-graduação DIP - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS

6 Enfermeiro. Professor Pós-doutor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – Câmpus de Três Lagoas.

RESUMO

A Lesão por Pressão (LP) é definida como área de destruição tecidual provocada por compressão do tecido macio contra proeminência óssea. Essas lesões podem vir a acontecer com qualquer indivíduo, porém indivíduos acamados, hospitalizados e idosos são mais susceptíveis de desenvolver esta lesão. O enfermeiro é o profissional responsável por caracterizar os pacientes em risco de desenvolver LP e de oferecer assistência de enfermagem aos pacientes com esta condição. Trata-se de pesquisa transversal, descritiva de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 12 profissionais de enfermagem da Clínica Médica Adulta do Hospital Municipal no município de Tangará da Serra - MT. O instrumento de coleta é estruturado em 11 perguntas, as quais versam desde a identificação da lesão, até o conhecimento de escala de risco para o desenvolvimento da ferida. Objetivou avaliar o conhecimento técnico-científico da equipe de enfermagem sobre prevenção, avaliação e implementação dos cuidados com a lesão por pressão. O estudo evidenciou que apesar de 75% dos participantes afirmarem ter realizado curso de capacitação sobre lesão por pressão, a assistência ainda não é adequada. Os resultados apontam para a necessidade de educação permanente, além de subsidiar a elaboração de um Protocolo de Avaliação e Tratamento de Lesões por Pressão, o qual otimiza a padronização para a prevenção e cuidados com a lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Lesão por pressão.

ABSTRACT

The pressure injury is defined as the area of tissidual destruction caused by compression of soft tissue against bony prominence. These injuries can happen with any individual, however individuals bedridden, hospitalized and the elderly are more likely to develop this injury. The nurse is the professional responsible for characterizing patients at risk of developing pressure injury and providing nursing care to patients with this condition. It is a transverse research,

descriptive of quantitative approach. The sample was composed by 12 nursing professionals of the medical adult clinic, of the Municipal Hospital in the city of Tangará da Serra - MT. The collection instrument is structured into 11 questions, which deal since the identification of the lesion, to the knowledge of the risk scale for the development of the wound. Has the object of evaluating the technical-scientific knowledge of nursing staff about prevention, evaluation and implementation of pressure injury care. The study showed that although 75% of the participants reported having conducted training course on pressure injury, the assistance is still not adequate. The results point to the need for permanent education, in addition to subsidize the elaboration of a protocol for the evaluation and treatment of Pressure injury, which optimizes the standardization for prevention and care with the injury.

KEYWORDS: Nursing care; Nursing; Pressure injury.

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do organismo e de acordo com Tebcherani (2011, p.25) “a pele é [...] a camada de tecido que possibilita a interação do nosso organismo com o meio externo”. Tebcherani (2011), também aponta que a pele tem como funções: proteção das estruturas internas, manutenção da homeostase e percepção.

A pele está sujeita a qualquer tipo de agressão, uma delas sendo as feridas. “Ferida é caracterizada pela perda da continuidade dos tecidos, podendo ser superficial ou profunda” (MORAES; SOUZA, 2008, p.14). De acordo com Dealey (2001, p.1) “qualquer lesão que leve à solução de continuidade da pele pode ser chamada de ferida”.

As lesões de pele podem vir a acontecer com qualquer indivíduo, porém indivíduos acamados, hospitalizados e idosos são mais susceptíveis a desenvolver uma lesão específica, a lesão por pressão (LP). Lesão por pressão é “resultante de longa permanência em hospitais [...] a incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 2).

A terminologia “Lesão por Pressão” atualizada em 13 de abril pela National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP (NPUAP, 2016 apud SOBEST; SOBENDE, 2016) pode também ser conhecida como úlcera por pressão e úlcera de decúbito ou compressão. A NPUAP modificou a termo de “Úlcera por Pressão” para o termo “Lesão por Pressão” porque descreve melhor esse tipo de lesão, tanto na pele intacta quando na pele ulcerada.

Para Borges e Fernandes (2014, p.152) lesão por pressão “são áreas de destruição tecidual provocada por compressão do tecido macio contra proeminência óssea, geralmente do sacro, do trocanter e do ísquio, e superfície de contato durante um tempo prolongado”.

Segundo Santos et al., (2013, p.112) “a úlcera por pressão (UP) é um agravo que causa sofrimento para o paciente e dificulta sua recuperação [...] estima-se que 0,4% a 38% de pacientes hospitalizados desenvolvem UP, sendo um problema de saúde persistente”.

As lesões por pressão são categorizadas de acordo com o dano tissular. A NPUAP (2016) citada pela Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST, e a Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE (2016) informou que as lesões por pressão são classificadas em:

- Lesão com pele íntegra com eritema que não embranquece (Estágio 1);

- Lesão com perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme (Estágio 2);
- Lesão com perda da pele em sua espessura total (Estágio 3);
- Lesão com perda da pele em sua espessura total e perda tissular (Estágio 4);
- Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível;
- Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece;
- Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico;
- Lesão por Pressão em Membranas Mucosas.

A lesão por pressão apresenta no Estágio 1, uma área da pele com eritema localizado que não embranquece e pode aparecer de forma diferente em pele de cor escura, ocorre mudanças na sensibilidade, temperatura e consistência da pele (NPUAP, 2016, apud SOBEST; SOBENDE, 2016).

Quando a lesão atinge o Estágio 2, a pele exibe perda em espessura parcial ocorrendo a exposição da derme, o leito da ferida é viável e a coloração é rosa ou vermelha, úmida e pode apresentar bolha intacta com presença de exsudato seroso ou rompida (NPUAP, 2016, apud SOBEST; SOBENDE, 2016).

A lesão no Estágio 3, manifesta perda da pele em sua espessura total, a gordura é visível, e a presença de tecido de granulação e epíbolo são frequentes, esfacelos podem estar visíveis, deslocamentos e túneis podem ocorrer (NPUAP, 2016, apud SOBEST; SOBENDE, 2016).

No Estágio 4, a lesão manifesta a perda da pele na espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso, esfacelos podem estar visíveis, túneis, deslocamento e epíbolo ocorrem frequentemente (NPUAP, 2016, apud SOBEST; SOBENDE, 2016).

A classificação Lesão por Pressão Não Classificável consiste em perda total da espessura da pele e perda tissular, na qual a extensão do dano não pode ser confirmada devido à presença de esfacelo ou escara (NPUAP, 2016, apud SOBEST; SOBENDE, 2016).

Quando a lesão é classificada como Lesão por Pressão Tissular Profunda, a pele, seja ela intacta ou não, irá exibir uma área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento (NPUAP, 2016, apud SOBEST; SOBENDE, 2016).

A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico é uma definição adicional da lesão por pressão, e está relacionada à etiologia da ferida. Esta definição consiste na lesão resultante do uso de dispositivos criados e utilizados para fins diagnósticos e terapêuticos (NPUAP, 2016, apud SOBEST; SOBENDE, 2016).

A outra definição adicional é a Lesão por Pressão em Membranas Mucosas, que consiste na lesão que apresenta histórico de uso de dispositivos médicos (NPUAP, 2016, apud SOBEST; SOBENDE, 2016).

Conhecer essa classificação permite ao profissional reconhecer o estágio da lesão e quais medidas utilizar, assim, faz-se mister no processo de recuperação da saúde do paciente e consiste em identificar a condição da ferida e aplicar a terapêutica adequada, garantindo a recuperação e conforto do paciente. A identificação errônea da condição da lesão pode causar transtornos desnecessários ao paciente e agravamento da lesão. Uma avaliação precisa é capaz de proporcionar o prognóstico da lesão, possibilitando a escolha da terapêutica pertinente. A

descrição completa da avaliação é composta por: a quantidade de lesões, a localização, o estágio, o tamanho, a formação de túneis ou minas, de tecido necrótico, odor ou exsudato e a condição da pele circundante (CAVALHO, 2011).

De acordo com Dealey (2001, p.96) “durante muitos anos, as úlceras de pressão foram vistas como uma falha do tratamento e, em especial, como resultado de má enfermagem”. “Florence Nightingale achava que uma boa enfermagem poderia preveni-las” (NIGHTINGALE, 1861, apud DEALEY, 2001, p.96). Mauricio et al., (2014, p. 2) aponta que “o enfermeiro é responsável por caracterizar os pacientes quanto à possibilidade de desenvolver a lesão em alto, médio e baixo risco, o que permite a adoção de cuidados de prevenção individualizados”.

Segundo Maia e Monteiro (2011, p. 325), para o tratamento das lesões por pressão:

A elaboração do plano de cuidado e o registro da conduta terapêutica devem contemplar a classificação, localização, tamanho de túneis (especificando o comprimento, a largura, a profundidade e a formação), aspectos do leito da ferida e da pele adjacente, drenagem, dor ou hipersensibilidade (infecção, insuficiência vascular) e temperatura. O cuidado inicial da úlcera por compressão pode envolver desbridamento, limpeza da ferida, aplicação de curativo e, em alguns casos, cirurgias reparadoras.

Para Dealey (2001, p.113), “se ocorre uma úlcera de pressão, as medidas preventivas devem ter continuidade”. Para que o enfermeiro possa prevenir e tratar a lesão por pressão ele deve conhecer a anatomia e fisiologia da pele para que possa reconhecer o estágio da lesão, identificar o estado psicológico e nutricional do indivíduo, avaliar a aparência, tipo de exsudato, odor, profundidade, reconhecer as fases de cicatrização, saber quais são as terapêuticas recomendadas para cada estado da lesão e como proceder com o curativo.

De acordo com Dealey (2001, p.1):

É importante que a enfermeira compreenda os processos fisiológicos envolvidos, por várias razões: (1) compreender a fisiologia normal permite reconhecer a fisiologia anormal; (2) reconhecer os estágios da cicatrização permite a seleção dos curativos apropriados; (3) compreender as exigências do processo de cicatrização significa que, na medida do possível, a nutrição apropriada seja dada ao paciente.

Mas para que isso ocorra, o enfermeiro e a equipe de enfermagem devem ter o conhecimento técnico e científico adequado para garantir um cuidado sistematizado aos pacientes com lesão por pressão.

A pesquisa surgiu da necessidade identificada com relação à assistência oferecida pela equipe de enfermagem. Nota-se que os mesmos muitas vezes estão despreparados para oferecer assistência adequada e humanizada aos pacientes com lesão por pressão. A maioria das instituições de saúde ainda não tem um protocolo que possa servir de base para o cuidado prestado à lesão por pressão, nem de feridas de um modo geral (GONÇALVES, 2015). O despreparo da equipe de enfermagem é produto do baixo nível de conhecimento técnico-científico do profissional, a capacitação é, portanto imprescindível. Profissionais capacitados têm mais condições de oferecer uma assistência de qualidade, baseada em dados concretos e científicos (GONÇALVES et al., 2013).

O objetivo geral foi avaliar o conhecimento técnico/científico da equipe de enfermagem a respeito da prevenção, avaliação e implementação dos cuidados com a lesão por pressão. Buscou-se investigar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca das medidas preventivas da lesão por pressão, se os mesmos possuíam capacitação necessária para a realização da avaliação da lesão por pressão e se possuem e utilizam-se dos protocolos para o cuidado ao portador de lesão por pressão.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa transversal, descritiva com abordagem quantitativa. Os estudos transversais são adequados para descrever uma situação, o estado do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo, envolvendo a coleta de dados em um ponto do tempo (POLLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Gil (2011), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, são as que propõem estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade. A pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, traduzindo em números as informações coletadas. Requer o uso de sistematização e agrupamento de respostas (dados) em planilhas de excel (RICHARDSON et al., 2012).

Os dados obtidos em cada pergunta foram categorizados e formaram critérios, esses critérios foram aglomerados em variáveis para que assim fossem quantificados. Igualmente, foi feita a estatística descritiva dos dados individuais dos entrevistados da pesquisa. Os dados foram armazenados pelo *Software Microsoft Excel* versão 2010. Os dados resultantes da estatística descritiva foram apresentados em tabelas, posteriormente, discutidos à luz das produções científicas da área.

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Municipal de Tangará da Serra – MT, que oferece assistência ao internamento e pronto atendimento (pronto socorro, semi-intensiva e observação), consta com 47 leitos no total, sendo 18 leitos na internação adulta, 14 na internação pediátrica, 8 na observação da Unidade de Pronto Atendimento - UPA e 4 auxiliares na UPA e 3 leitos na unidade semi-intensiva.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de enfermagem da clínica médica adulta do Hospital Municipal de Tangará da Serra – MT. Os critérios de inclusão foram: enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes no hospital há mais de três anos e que aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: enfermeiros e técnicos de enfermagem afastados por motivos médicos, férias e falta, ou que se recusarem a participar da pesquisa.

O total de profissionais da clínica médica adulta é de 17, porém só foram entrevistados 16, devido a um profissional ter sido remanejado para outro setor no período da coleta. Das 16 entrevistas realizadas, somente 12 foram utilizadas, porque 4 profissionais não atuavam no hospital há mais de três anos, sendo assim, não se encaixavam no critério de inclusão. A coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2016, e foi realizada através de uma entrevista estruturada acompanhada de um formulário.

Os dados obtidos em cada pergunta foram categorizados e formaram critérios, esses critérios foram aglomerados em variáveis para que assim fossem quantificados e posteriormente discutidos à luz de pesquisas prévias.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e recebeu o parecer de aprovação nº 1.837.006 (Anexo A). A participação nesta pesquisa foi voluntária, os profissionais foram orientados quanto à proposta e relevância da pesquisa. Foram informados sobre o anonimato de cada participante, e que poderiam desistir a qualquer momento, e após a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido a entrevista foi realizada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 12 sujeitos participantes deste estudo, 5 eram enfermeiros e 7 eram técnicos de enfermagem; 83,3% eram mulheres e 16,7% eram homens. Com relação ao tempo de serviço dos profissionais do hospital municipal, 41,7% estão empregados de 3 a 5 anos, 33,3% de 5 a 10 anos e 25% a mais de 10 anos.

Observa-se na Tabela 1, que a maioria dos profissionais de enfermagem possuem cursos de capacitação em cuidados com feridas e curativos. Dentre os cursos realizado pelos mesmos, destacam-se desde pós-graduação até minicursos.

Tabela 01. Profissionais capacitados em cuidados com feridas e curativos. Tangará da Serra – MT, Brasil, 2017.

Critério	Valor absoluto (N)	Valor relativo (%)
Sim	9	75
Não	3	25
Total	12	100

Fonte: Próprio autor

A capacitação em feridas é um importante acréscimo na carreira do profissional, porque é através dela que o mesmo será capaz de aprender a realizar a prevenção e o tratamento de lesões.

O desenvolvimento da lesão por pressão foi considerado por muitos anos como “culpa” do enfermeiro, sendo o enfermeiro e sua equipe os responsáveis pela prevenção da LP. “Historicamente, percebe-se que o surgimento de tais lesões era atribuídas exclusivamente à falta de cuidado por parte da equipe de enfermagem” (BRANDÃO; SANTOS; SANTOS, 2011 p. 331).

O desenvolvimento da tecnologia possibilitou a realização de estudos mais avançados, dessa forma foi possível entender o motivo da ocorrência da LP, e compreendeu-se que o desenvolvimento da LP vai além da inadequada assistência de enfermagem, há outros aspectos envolvidos, como nutrição, comorbidade e estado mental do paciente, determinando que a prevenção envolve não somente o enfermeiro, mas outros profissionais como nutricionistas, médicos e psicólogos. Estes estudos apontam que a LP não é de responsabilidade apenas da enfermagem, apesar dos profissionais de enfermagem continuarem tendo grandes responsabilidades com a ocorrência da lesão, pois os mesmos são responsáveis pela prevenção da lesão durante o período de internação, sendo necessário que os mesmos adquiram conhecimento específico para a identificação do problema e tomada de decisão, e para que suas práticas sejam fundamentadas cientificamente (RABEH, 2001). “Os

enfermeiros precisam estar capacitados para influenciar os sistemas de prestação de serviços” (BURNS; GROVE, 1997, apud RABEH, 2001, p. 30).

Mesmo esse estudo demonstrando que mais da metade dos profissionais (75%) possuem capacitação na área, a assistência de enfermagem oferecida aos cuidados e prevenção das LP ainda não são as mais adequadas. A equipe de gerenciamento de enfermagem, após reconhecer essa fragilidade, deve buscar, juntamente com os profissionais de outras áreas envolvidas, maneiras de oferecer atualizações acerca de um cuidado efetivo para minimizar as ocorrências e a gravidade das mesmas nos pacientes internados nessa instituição.

A capacitação beneficia o profissional intelectualmente porque o mesmo adquire novos conhecimentos, favorece a instituição, pois os profissionais em conjunto passam a oferecer uma assistência de qualidade reduzindo os índices de incidência da LP e tempo de internação do paciente, assim como o custo monetário despendido com o tratamento da lesão, e contempla o paciente que receberá uma assistência de qualidade por parte da enfermagem (GONÇALVES, 2015).

Na variação dos critérios identificados para a avaliação de lesões, a maioria dos sujeitos participantes da pesquisa citaram que utilizaram mais de um critério a depender da LP. Na Tabela 2, apresentam-se os critérios utilizados para avaliação da LP pela equipe de enfermagem.

Tabela 02. Critérios utilizados para a identificação e avaliação da lesão por pressão pela equipe de enfermagem em um hospital público. Tangará da Serra - MT, Brasil, 2017.

Variação	Valor absoluto (N)	Valor relativo (%)
Características físicas da lesão	5	41,7
Tipo de ferida	1	8,3
Mais de um critério	6	50
Total	12	100

Fonte: Próprio autor

Ao identificar o estado da ferida o profissional deve levar em consideração não só a lesão em si, mas sim o paciente como um todo, de maneira holística, avaliar a lesão e o estado em que se encontra o paciente, garantir que outros fatores de risco não irão interferir no tratamento. A capacidade de identificar o estado da LP e avaliar a forma adequada de iniciar a terapêutica permite ao profissional otimizar o processo cicatricial da LP, evitar futuras infecções ou o agravamento da lesão.

Para Caliri (2017), há quatro princípios a ser considerado quando se trata do tratamento das lesões por pressão: aliviar ou eliminar a fonte ou a causa da úlcera de pressão; otimizar o microambiente; apoiar o paciente com feridas; fornecer educação.

Dentre as características físicas da lesão citadas pelos profissionais (41,7%) encontra-se: cor; odor; presença de exsudato, secreção e sangue; tamanho e profundidade da LP. Entre os profissionais que utilizam mais de um critério (50%), a fase tecidual em que a ferida se encontra foi citada como um critério importante a ser avaliado. As fases teciduais de necrose e de tecido de granulação aparecem como fases observadas por estes sujeitos. Quanto

ao tipo de ferida, 8,3% dos participantes apontaram que analisam a lesão quanto à presença de sujidade, se a mesma se encontra limpa ou contaminada.

A lesão por pressão deve ser avaliada sempre que há a troca de curativo. O profissional deve avaliar a extensão (largura e comprimento) da ferida; a profundidade; se há presença de fistulas ou túneis (nestes casos deve-se medir e anotar); a localização da lesão; se há presença de exsudato e qual a cor, odor e quantidade do mesmo; se há presença de tecido necrótico e sinais de infecção (CALIRI, 2017). Ressaltando que a avaliação da LP deve ser anotada no prontuário do paciente, devendo constar todas as informações da lesão para que os demais profissionais possam ter acesso e o cuidado se torne continuado. As anotações devem ser realizadas todas as vezes que o profissional avaliar a condição da ferida.

Apesar da metade dos sujeitos (6) citarem mais de um critério, nota-se que o conhecimento dos mesmos com relação à identificação e avaliação das lesões é inferior ao esperado, considerando que a maioria dos profissionais são capacitados, corroborando com estudos de Gonçalves et al., (2013), onde o conhecimento dos profissionais com relação a lesão por pressão foi 51,2%, sendo considerado inferior. “Para o conhecimento ser considerado adequado, esperava-se que os participantes acertassem 90% ou mais dos itens no teste” (PIEPER; MATTERN, 1997 apud GONÇALVES et al., 2013, p. 8).

“Estudos nacionais e internacionais obtiveram resultados semelhantes, mostrando que o déficit de conhecimento sobre a fundamentação teórica da assistência é um problema mundial” (GONÇALVES et al., 2013, p. 8).

Na variação das técnicas para o tratamento da LP (Tabela 3), a maioria dos sujeitos participantes da pesquisa citaram que utilizam uma técnica específica a depender da ferida.

Tabela 03. Utilização das técnicas de curativo no tratamento das feridas pela equipe de enfermagem em um hospital público. Tangará da Serra – MT, Brasil, 2017.

Variação	Valor absoluto (N)	Valor relativo (%)
Específico para cada lesão por pressão	9	75
Sempre a mesma técnica	3	25
Total	12	100

Fonte: Próprio autor

No tocante à cobertura, observou-se, que, embora não contempla na tabela em questão, a gaze é a única cobertura disponível.

A escolha do curativo vai depender da condição que se encontra cada LP e do julgamento clínico de cada profissional. Quando o profissional é capacitado esse julgamento é acessível e científico, porém quando o profissional não tem a capacitação necessária, o julgamento se torna empírico, baseado somente na sua experiência observada e reproduzida.

“Curativo é o conjunto de cuidados dispensados a uma úlcera, visando a proporcionar segurança e conforto ao paciente e favorecer a cicatrização” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 45). “Um curativo é considerado ideal quando protege a ferida, é biocompatível e hidrata a pele adequadamente. A condição do leito da úlcera e a função desejável do curativo determinam o tipo de curativo que será usado” (ROLIM, et al., 2013, p. 7).

Os materiais utilizados devem ser estéreis e o profissional deve garantir que o paciente esteja confortável. De acordo com a amostra, a qual totalizou 12 entrevistados, 9 (75%) afirmaram usar técnica específica de curativo para cada tipo de lesão, corroborando com estudos prévios (LIMA; GUERRA, 2011; SOUZA et al., 2010). Em contrapartida 3 (25%) relataram não usarem técnica de curativo específico para cada lesão, usando sempre a mesma técnica, o que por deficiência de especificidade pode levar à efeitos deletérios no processo cicatricial.

No momento da escolha do curativo, o profissional deve levar em consideração a substância que será usada para a limpeza da lesão e a terapêutica que será aplicada na lesão de acordo com o tecido que a mesma apresenta (Tabela 4).

Tabela 04. Produtos utilizados para o tratamento da lesão por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital público. Tangará da Serra – MT, Brasil, 2017.

Variação	Valor absoluto (N)	Valor relativo (%)
Anti-inflamatória e antimicrobiana	1	8,3
Limpeza	2	16,7
Desbridamento	2	16,7
Depende da prescrição medica	2	16,7
Mais de um critério	5	41,6
Total	12	100

Fonte: Próprio autor

A maior parte dos sujeitos participantes da pesquisa (41,6%) consideram mais de um critério ao citarem os produtos que os mesmo utilizam na unidade hospitalar.

Dentre os critérios de desbridamento, 16,7% dos participantes citaram o gel papaína, porém o mesmo não é disponível no hospital municipal. O paciente somente utiliza a papaína quando o mesmo adquire o produto através de recurso próprio e o produto é de uso exclusivo do paciente. Se o paciente não tem condições de adquirir o gel, a terapêutica alternativa utilizada é a colagenase com cloranfenicol, produto disponível na unidade hospitalar.

A pesquisa de Aguiar Junior et al., (2015), difere à presente, pois relata que o produto mais utilizado para o tratamento da lesão por pressão é a papaína, principalmente a papaína a 10%.

Os participantes que citaram depender da prescrição médica (16,7%) relataram que o profissional médico normalmente anota na prescrição qual o produto será aplicado na lesão, quando isso não acontece, os profissionais buscam informação sobre o produto a ser aplicado com o enfermeiro responsável pelo plantão. Percebe-se que há a falta de autonomia por parte de alguns profissionais, seja por não ter o conhecimento adequado para avaliar a lesão e determinar a terapêutica pertinente, ou por sentir-se dependente da imagem do enfermeiro/médico para desenvolver suas ações.

Dentre os participantes que citaram produtos de limpeza (16,7%), destaca-se degermante e povidine. Os antissépticos são substâncias químicas que destroem e inibem o crescimento de microrganismos destinados a aplicação em pele e mucosas íntegras. Sabe-se,

porém que estes produtos podem acarretar prejuízos ao processo de cicatrização quando utilizados em pele não íntegra. O Ministério da Saúde (2008) contra indica o uso desses produtos, pois os mesmos são citotóxicos aos fibroblastos, retardam a epitelização e podem provocar reações alérgicas adversas.

Para a variação anti-inflamatória e antimicrobiana, constando as pomadas sulfadiazina de prata, neomicina e dexametasona, apenas 8,3% dos sujeitos afirmaram usá-la. Carneiro, Souza e Gama (2010) em seu estudo, apontaram um índice maior para o uso de antimicrobianos e anti-inflamatórios, sendo que 55% dos profissionais citaram sulfadiazina de prata e 30% citaram neomicina para o tratamento de lesões.

Além dos cuidados com o curativo, os profissionais devem levar em consideração os cuidados com o paciente para a prevenção de outras lesões. Os pacientes mais propícios a desenvolver a LP são pacientes idosos; acamados; desnutridos; que passaram por processos cirúrgicos entre outros. “Em qualquer instituição de saúde, a qualquer nível de assistência, é de grande importância que se tenha em conta o risco dos seus utilizadores desenvolverem úlceras de pressão” (GONÇALVES, et al., 2011).

A Tabela 5 exhibe os fatores de riscos para o desenvolvimento da LP elencados pelos participantes da pesquisa.

Tabela 05. Fatores de risco para o desenvolvimento da lesão por pressão. Tangará da Serra – MT, Brasil, 2017.

Variação	Valor absoluto (N)	Valor relativo (%)
Imobilidade no leito	4	33,4
Fatores mecânicos	3	25
Condições de saúde do paciente	1	8,3
Fatores relacionados à assistência de enfermagem	1	8,3
Mais de um critério	3	25
Total	12	100

Fonte: Próprio autor

Pacientes acamados têm mais probabilidade de vir a desenvolver a LP devido à incapacidade de se movimentar no leito, sendo assim é importante que a equipe de enfermagem realize a troca de decúbito a cada 2 horas, para evitar que o paciente fique muito tempo em uma só posição, dessa forma a pressão não irá se concentrar e uma só área. A maior parte (33,4%) dos participantes desta pesquisa apontaram que na unidade hospitalar o fator de maiores riscos para os pacientes é a imobilidade no leito. Estudos desenvolvidos corroboram os dados dessa pesquisa (PESSOA; ROSA; BEZERRA, 2011; VIERA et al., 2016).

Alguns participantes da pesquisa (25%), no entanto citaram que as condições mecânicas como o atrito do colchão e do lençol com o paciente podem contribuir para o desenvolvimento da LP. Outros participantes (8,3%) apontaram que a condição de saúde do paciente, como o estado nutricional, imunidade e comorbidade também influenciam no aparecimento da lesão. Em estudo realizado por Viera et al., (2016) 33,3% dos sujeitos apontaram o estado nutricional como um fator de risco, enquanto que Gomes et al., (2011) constatou que 95,7% dos pacientes que apresentavam lesão por pressão era devido à fricção.

Saber identificar os riscos para o desenvolvimento da LP é um importante meio de prevenção. Uma das formas de avaliar os riscos da LP é a aplicação de escalas. As escalas de avaliação de LP mais conhecidas são as de Braden; Norton; Wartelow; e Gosnell. “Entre os vários métodos de avaliação para o risco de UPP, a Escala de Braden é a mais utilizada, por ter sido submetida a diversos estudos e testes de confiabilidade e validade em diferentes populações” (BARBOSA; BECCARIA; POLETTI, 2014, p. 2). É um instrumento clinicamente validado, que permite aos enfermeiros registrarem o nível de risco do paciente desenvolver a lesão por pressão, através da análise de seis critérios: percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e cisalhamento (THULER; DANTAS, 2013).

A Tabela 6 apresenta o conhecimento dos participantes em relação às escalas de avaliação de risco.

Tabela 06. Conhecimento dos profissionais sobre a escala para avaliação de risco de lesão por pressão. Tangará da Serra – MT, Brasil, 2017.

Conhecimento das escalas	Valor absoluto (N)	Valor relativo (%)
Já ouviu falar	1	8,3
Não	8	66,7
Sim, mas não utiliza	3	25
Total	12	100

Fonte: Próprio autor

A maioria dos participantes da pesquisa (66,7%) relataram não ter conhecimento sobre a escala de avaliação de risco de LP, enquanto os participantes que relataram ter conhecimento das escalas representam 25%, entretanto, informaram que as mesmas não são aplicadas na unidade. Valença et al., (2010) determinou em sua pesquisa que 73,3% dos profissionais demonstravam não ter conhecimento acerca das escalas de avaliação de risco. Em outra pesquisa desenvolvida por Morita et al., (2012) 50% dos profissionais tinham conhecimento de algum tipo de instrumento de avaliação de riscos, desses profissionais, 83,3% relataram conhecer a Escala de Braden.

A hidratação da pele e nutrição do paciente também são meios de prevenir o surgimento da lesão por pressão. “A hidratação da pele do paciente é uma medida preventiva a ser empregada para que o risco de desenvolvimento de UPP seja minimizado” (BARBOSA; BECCARIA; POLETTI, 2014, p. 4).

A Tabela 7 apresenta a importância da nutrição e hidratação para a prevenção/recuperação do paciente, assim como a ocorrência da hidratação da pele do paciente.

Tabela 07. Importância da nutrição e hidratação para a prevenção/recuperação do paciente, assim como a ocorrência da hidratação da pele. Tangará da Serra – MT, Brasil, 2017.

Realiza a hidratação da pele	Valor absoluto (N)	Valor relativo (%)
Sim	12	100
Não	-	-

Total	12	100
Considera a nutrição e hidratação importante para a prevenção/recuperação do paciente		
Sim	11	8,3
Não	1	91,7
Total	12	100

Fonte: Próprio autor

Todos os participantes da pesquisa (100%) realizam a hidratação da pele do paciente. Em estudo desenvolvido por Barbosa, Beccaria e Poletti (2014), aproximadamente dois terços (65,26%) dos pacientes foram submetidos à hidratação da pele.

A nutrição é importante para a cicatrização da lesão por pressão, porque fornece a quantidade adequada de proteína para o equilíbrio positivo de nitrogênio do paciente e fornece vitaminas e minerais adequados (THULER; DANTAS, 2013). Com relação à importância da nutrição e hidratação como fator preventivo para o desenvolvimento da LP, 91,7% dos participantes consideraram extremamente importantes, e 8,3% acreditam que a nutrição não influencia no surgimento da lesão. Perrone et al., (2011) relata em sua pesquisa que 40,8% dos pacientes com LP se encontravam com a desnutrição grave, enquanto que Menegon et al., (2012) apontou que 63,6% dos pacientes apresentavam nutrição provavelmente inadequada.

Muitos pacientes com LP são liberados do hospital antes da ferida estar completamente curada, dessa forma é importante que antes da liberação do cliente, a equipe de enfermagem instrua o paciente e a família quanto aos cuidados com a lesão em domicílio. “Ensinar, instruir e treinar sobre: avaliação e cuidados a pele; posicionamentos e mobilização; nutrição; superfícies especiais para controle da pressão” (PIEPER, 2004 apud CARDOSO, et al., 2010, p. 21).

A Tabela 8 apresenta as variações citadas pelos profissionais de enfermagem referentes às orientações para o paciente com LP.

Tabela 08. Orientações para o cliente sobre os cuidados com a lesão por pressão em domicílio. Tangará da Serra – MT, Brasil, 2017.

Variação	Valor absoluto (N)	Valor relativo (%)
Cuidados para prevenção	4	33,3
Cuidados com a lesão por pressão	3	25
Cuidados de acompanhamento	5	41,7
Total	12	100

Fonte: Próprio autor

Na equipe participante do estudo, 41,7% citaram cuidados de acompanhamento, ou seja, referenciar o paciente para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de seu bairro para que o cuidado com a ferida seja acompanhado pelo enfermeiro e técnicos de enfermagem da UBS. Outro estudo aponta que a grande maioria (91,3%) dos pacientes foram encaminhados para acompanhamento e continuidade do tratamento em outro serviço de saúde (MORO; CALIRI, 2016).

Quanto aos cuidados para a prevenção, 33,3% dos participantes citaram a mudança de decúbito e uso do colchão especial (colchão caixa de ovo) como a orientação mais transmitida aos pacientes antes de os mesmos serem liberados da unidade hospitalar. Moro e Caliri (2016) relatam que 69,5% dos pacientes relataram ter recebido orientações a respeito da prevenção da LP no período de internação, essas orientações eram focadas na mudança de decúbito, hidratação da pele e uso de colchões especiais, este resultado, no entanto difere da pesquisa apresentada por Queiroz et al., (2014), onde 83,3% dos pacientes ou seus acompanhantes não receberam orientações para a prevenção da LP.

Dos participantes da pesquisa, 25% citaram cuidados com a LP, critérios como higiene, limpeza com soro fisiológico 0,9% e utilização da terapêutica prescrita pelo médico foram critérios observados pelos sujeitos. Educar o paciente ou acompanhante a realizar o curativo foi outro critério abordado pelos participantes deste grupo, porém notou-se uma divergência entre os mesmos, porque alguns acreditam que o paciente deve ser referenciado à UBS, pois o acompanhante pode vir a não realizar o curativo de forma adequada podendo agravar o estado da lesão, causando no retorno do paciente a unidade hospitalar.

A avaliação da lesão, os cuidados para com a prevenção e as formas mais apropriadas de curativo e tratamento da lesão seriam mais fáceis de seguir perante a presença de um protocolo de avaliação e prevenção da lesão por pressão. A finalidade do protocolo é prevenir o surgimento da LP e deve ser aplicado em todos os indivíduos que estão sujeitos a desenvolver a LP.

O protocolo para a avaliação e prevenção da lesão por pressão contém todos os dados necessários para o profissional oferecer uma assistência de qualidade ao paciente ao mesmo tempo em que permite a aplicação de instrumento de avaliação de risco de LP aos pacientes que não apresentam lesão por pressão. “Vale ressaltar, que não basta ter na unidade protocolos para cuidado de úlceras por pressão ou lesões de pele, precisa-se de profissionais capacitados e conscientes quanto ao ato de cuidar e com o cuidado” (SOUZA; MADEIRA; VALENTE, 2014, p. 3).

A Tabela 9 apresenta o conhecimento dos participantes a respeito do protocolo e sobre a implantação do mesmo na unidade hospitalar.

Tabela 09. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o Protocolo de Avaliação de Feridas. Tangará da Serra – MT, Brasil, 2017.

Conhecimento do protocolo	Valor absoluto (N)	Valor relativo (%)
Sabe	3	25
Não Sabe	9	75
Total	12	100
Utilização do protocolo		
Sim	1	8,3
Não	11	91,7
Total	12	100

Fonte: Próprio autor

A maioria dos participantes (75%) relataram desconhecer o significado do Protocolo de Avaliação e Prevenção da Lesão por Pressão. Quando instruídos sobre o que seria o

protocolo 91,7% dos profissionais relataram não ter este documento na instituição. Achados similares foram apontados na pesquisa de Cruz et al., (2015), pois a maioria dos sujeitos entrevistados não tinham conhecimento sobre o protocolo de prevenção de lesão por pressão. Em consonância, Costa et al., (2012) obteve o mesmo resultado em sua pesquisa.

CONCLUSÃO

Considerando o nível de capacitação dos profissionais da clínica adulta e pensando na assistência oferecida, percebe-se que mesmo que a grande maioria seja capacitada, os cuidados oferecidos não são adequados. Cabe à instituição incentivar a práxis da educação permanente.

Com relação à equipe, os enfermeiros, líderes de equipe, devem garantir que os técnicos detenham o conhecimento técnico-científico, pertinente à prevenção, caracterização, bem como o tratamento das lesões por pressão. Para que todos os profissionais estejam no mesmo nível de atuação, é indispensável que os enfermeiros desenvolvam educação em saúde com a equipe, para que as dúvidas sejam sanadas, tornando a assistência padronizada, não havendo divergências, entre os três plantões.

Outra forma de assegurar que a assistência às lesões por pressão sejam ininterruptas e uniformizadas é usar como ferramenta a educação permanente- a qual foi supracitada. Assim, reforça-se a importância de realizar anotações detalhadas sobre os cuidados com a ferida, além de registrar sua caracterização a cada curativo. Desta forma, no momento da passagem de plantão, ou mesmo durante a assistência de enfermagem nos diferentes turnos, essas informações ficam preservadas, favorecendo que estas informações mantenham-se fidedignas.

O desenvolvimento da assistência, seria mais produtivo se o hospital elaborasse um Protocolo de Avaliação de Risco e Tratamento da Lesão por Pressão. O protocolo permite que a assistência ofertada ao paciente seja a mesma em qualquer plantão, facilitando o reconhecimento do estágio da lesão por parte dos profissionais, além de disponibilizar a terapêutica adequada para cada fase da lesão e quais as formas de prevenção cabíveis.

Ressalta-se que, a implantação de um protocolo em uma instituição não desabona a capacitação dos profissionais. Assim, tanto uma padronização de assistência, quanto a atualização do conhecimento, convergem para uma assistência de enfermagem de qualidade.

Baseado nessa premissa, em virtude dos resultados, a expectativa da pesquisa, é fomentar reflexões e proporcionar subsídios para a elaboração de uma proposta de um Protocolo de Avaliação de Risco e Tratamento da Lesão por Pressão no Hospital Municipal de Tangará da Serra/MT.

REFERÊNCIAS

AGUIAR JUNIOR, A. C., et al. Análise do atendimento clínico de portadores de úlceras crônicas em membros inferiores. **Rev. Bras. Cir. Plast.**, 30 (2): 258-263, São Paulo, 2015.

BARBOSA, T. P.; BECCARIA, L. M.; POLETTI, N. A. A. Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, 22 (3): 353-8, mai-jun, Rio de Janeiro, 2014.

BORGES, E. L.; FERNANDES, F. P. Prevenção de úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

BRANDÃO, E. S.; SANTOS, J. A.; SANTOS, I. Úlcera por compressão: importância e avaliação do cliente. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes**. 2. ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de úlcera por pressão**. 2013.

BRASIL. SOBEST. SOBENDE. **Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016**. 2016.

CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão: definição e classificação. **Feridas crônicas: prevenção e tratamento**. 2017. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=4. Acessado em: 08 de janeiro de 2017.

CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão, módulo de ensino: tratamento. **Feridas crônicas: prevenção e tratamento**. 2017. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=33. Acessado em: 08 de janeiro de 2017.

CARDOSO, L., et al. Prevenção de úlceras por pressão. Governo dos Açores. Secretaria Regional de Saúde. 2. ed. 2010.

CARNEIRO, C. M.; SOUZA, F. B.; GAMA, F. N. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidade de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, v.3, n.2, nov-dez, 2010.

CARVALHO, E. S. S. **Úlceras por pressão: conhecer, prevenir e tratar**. Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional. 1. ed. Salvador: Atualiza, 2012.

COSTA, K. S., et al. Atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de feridas. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, v.5, n.3, jul-ago-set, Teresina, 2012.

CRUZ, J. D. A., et al. Prevenção de úlceras por pressão e segurança do paciente: percepções de enfermeiros em terapia intensiva. **Revista Contexto & Saúde**, v.15, n.28, jan-jun, 2015.

DEALEY, C. A fisiologia da cicatrização de feridas. In: DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOMES, F. S. L., et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 45 (2): 313-18, 2011.

GONÇALVES, R. Q. et al. Conhecimento de enfermeiros sobre úlcera por pressão e medidas preventivas. **Convibra**, Campo Grande – MS, 2013.

GONÇALVES, L. D., et al. Estudo de prevalência de úlceras por pressão nos arquipélagos dos Açores, Madeira e Canárias. **Canárias Médica y Quirúrgica**, enero-abril, 2011.

GONÇALVES, R. Q. **Prevalência de feridas em pacientes atendidos em uma rede primária de saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade). Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, 2015.

LIMA, A. C. B.; GUERRA, D. M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, n.1, 267-277, Rio de Janeiro, 2011.

MAIA, L. C. M.; MONTEIRO, M. L. G. Úlcera por compressão: prevenção e tratamento. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

MAURICIO, A. B. et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem relacionados as úlceras por pressão. **Rev. Enferm. UFSM**, Curitiba, 4 (4): 751-760, out/dez, 2014.

MENEGON, D. B., et al. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. **Texto Contexto Enferm.**, 21 (4): 854-61, out-dez, Florianópolis, 2012.

MORAES, C. M. P.; SOUZA, M. C. **Curso de feridas e curativos – técnicas e tratamentos**. Programa de Educação Continuada a Distancia – Educação a Distancia (EAD). 2008.

MORITA, A. B. P. S., et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca dos instrumentos de avaliação de riscos para úlcera por pressão. **REENVAP, Lorena**, n.2, p.09-23, jan-jun, 2012.

MORO, J. V.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. **Esc. Enferm. Anna Nery**, 20 (3), jul-set, São Paulo, 2016.

PERRONE, F. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Nutri.**, 24 (3): 431-438, maio-jun, Campinas, 2011.

PESSOA, E. F. R.; ROCHA, J. G. S. C; BEZERRA, S. M. G. Prevalências de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na estratégia de saúde da família: um estudo de enfermagem. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.4, n.1, p.14-18, jan-fev-mar, 2011.

POLLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artemed, 2004.

QUEIROZ, A. C. C. M., et al. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 48 (2): 264-71, 2014.

RABEH, S. A. N. **Úlcera de pressão: a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). Escola Fundamental de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, 2001.

RICHARDSON, R. J., et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo, Atlas, 2012.

SANTOS, C. T. et al. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 34 (1): 111-118, 2013.

SOUZA, C. J.; MADEIRA, F. M.; VALENTE, G. S. C. Elaboração do protocolo em assistência de enfermagem ao paciente portador de lesão de pele. **Rev. Enf. Profissional**, 1 (2): 511:520, jul/dez, 2014.

SOUZA, T. S., et al. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enferm.**, 63 (3): 470-6, maio-jun, Brasília, 2010.

TEBCHERANI, A. J. Histologia básica cutânea. In: MALAGUTTI, W. (Org.); KAKIHARA, C. T. **Curativos, estomia e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011.

ROLIM, J. A., et al. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Rev. Rene**, 14 (1): 148-57, 2013.

THULER, S. R.; DANTAS, S. R. P. E. **Úlceras por pressão: prevenção e tratamento. Coloplast**, 2013.

VALENÇA, M. P., et al. Percepção dos enfermeiros sobre a prevenção das úlceras por pressão em um hospital escola da cidade de Recife. **Rev. Enferm. UFPE**, 4 (2), 673-82, abr-jun, 2010.

VIERA, C. P. B., et al. Ações preventivas em úlcera por pressão realizadas por enfermeiros na atenção básica. **J. res.: Fundam. Care**, 8 (2): 4447-4459, abr-jun, 2016.