

PATRICIA AMANDA VIEIRA

**EFETIVIDADE DA IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS DE PREVENÇÃO DE
LESÕES POR PRESSÃO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

São Carlos

2019

PATRICIA AMANDA VIEIRA

EFETIVIDADE DA IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS DE PREVENÇÃO DE
LESÕES POR PRESSÃO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Trabalho de conclusão apresentado como requisito para obtenção de título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos.

Mestranda: Patricia Amanda Vieira

Orientador: Roberto de Queiroz Padilha

São Carlos

2019



FOLHA DE APROVAÇÃO

Patricia Amanda Vieira

**“Efetividade da implantação de protocolos de prevenção de lesões por pressão:
revisão integrativa de literatura”**

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 26/08/2019

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Adalberto Jesus da Silva Rosa

Prof. Dr. José Fernando Casquel Monti

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado os sentidos perfeitos, os quais se tornaram meus objetos de trabalho.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha, por toda paciência e auxílio na realização desta pesquisa.

À minha mãe, por sempre ter sido uma fonte de amor inabalável.

À minha amiga e parceira de profissão, enfermeira Taciane dos Santos Gouveia, por sua generosa preocupação no decorrer de todo esse aprendizado. Sem sua valiosa ajuda eu não poderia ter realizado o mestrado.

À parceria de Luís Antônio Cabral, pelo apoio e nos momentos de dificuldade.

À todos os pacientes que um dia estiveram sob meus cuidados e que se tornaram a inspiração para que eu sempre seguisse em frente.

VIEIRA, P.A. **Efetividade da implantação de protocolos de prevenção de lesões por pressão: revisão integrativa da literatura.** Dissertação (Mestrado). São Carlos: Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos; 2019.

RESUMO

Entre esses agravos nas condições de saúde de pacientes hospitalizados está o desenvolvimento de lesões por pressão. O cuidado de enfermagem ao paciente com risco de LP ainda é pautada no conhecimento individual do enfermeiro, resultando rotineiramente em intervenções aleatórias e descontinuadas. Para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem, este deve estar apoiado em um modelo científico e referencial metodológico. Os protocolos de prevenção de lesão por pressão são instrumentos importantes para conduzir ações nos serviços de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado. A presente investigação é uma revisão integrativa que tem como objetivo identificar produções bibliográficas sobre a efetividade da implantação de protocolos de prevenção de lesões por pressão em pacientes internados em instituições hospitalares. A seleção de artigos foi realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde e a amostra desta revisão constituiu-se de oito artigos, referentes à elaboração, implantação e avaliação de protocolos de prevenção de lesão por pressão em instituições hospitalares. Após a análise dos artigos incluídos na revisão, os resultados dos estudos apontaram para existência da efetividade na implantação dos protocolos de prevenção de lesão por pressão.

Palavras-chaves: protocolo, lesão por pressão, cuidados de enfermagem.

Vieira, P.A. **Effectiveness of the implementation of protocols for the prevention of pressure injuries: integrative literature review.**

Abstract

Among the worsening health conditions of hospitalized patients there is the development of pressure injuries. Nursing care for the patient with PI (pressure injuries) risk is still based on the individual knowledge of the nurse, routinely resulting in random and discontinued interventions. To improve the quality of nursing care, it should be supported by a scientific model and methodological reference. The pressure injuries prevention protocols are important instruments to conduct actions on the health care systems with the aim of improving the quality of care. The present investigation is an integrative review that aims to identify bibliographical productions about the effectiveness of the implementation of pressure injuries prevention protocols in hospitalized patients in hospital institutions. The selection of articles was made through the Virtual Library of Health and the sample of this review consists of eight articles regarding the elaboration, implementation and evaluation of pressure injuries prevention in hospital institutions. After analyzing the articles included in the review, the results of the studies indicated the existence of effectiveness in the implementation of prevention injuries protocols.

Keywords: Protocol, pressure injuries, nursing care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: regiões mais comuns para o surgimento de LP.....	20
Figura 2: LP estágio 1	22
Figura 3: LP estágio 2	23
Figura 4: LP estágio 3	24
Figura 5: LP estágio 4	24
Figura 6: LP estágio não classificável	25
Figura 7: LP tissular profunda	26
Figura 8: tipos de revisão de literatura	40

LISTA DE QUADROS

Tabela 1: Escalas de prevenção das lesões por pressão	28
Tabela 2: Escala de Braden adaptada por Paranhos e Santos em 1999	29
Tabela 3: Apresentação dos escores das subescalas da escala de Braden segundo cada denominação.....	32
Tabela 4. Características da produção científica quanto aos autores, ano de publicação, local, tipo de estudo, amostragem, local, periódico e base de dados	46
Tabela 5. Relação entre utilização de escalas de prevenção e achados importantes dos estudos	51
Tabela 6. Ações/intervenções de enfermagem nos protocolos de prevenção de lesão por pressão (LP).....	58
Tabela 7. Principais resultados e conclusões encontrados após a implantação dos protocolos de prevenção de lesão por pressão (LP).....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APACHE II	Acute Physiologic Assessment and Chronic Health Evaluation II
BDENF.....	Base de Dados em Enfermagem
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COFEN.....	Conselho Federal de Enfermagem
DAI	Dermatite associada a incontinência
DeCS	Descritores em ciências da saúde
EUA	Estados Unidos da América
JCI	Joint Commission International
LILACS.....	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LP.....	Lesão/lesões por pressão
MEDLINE	Medical Literature Analyses and Retrieval System Online
NPUAP.....	National Pressure Ulcer Advisory Panel
NIC	Nursing Interventions Classification
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PEB	Práticas baseadas em evidências
SAE	Sistematização da assistência de Enfermagem
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SOBEST	Associação Brasileira de Estomatoterapia
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Apresentação	13
1. Introdução	
1.1 O problema em questão	14
1.2 Lesão por pressão	15
1.3 Protocolos de prevenção de lesão por pressão.....	16
1.4 Gestão da clínica	17
2. Justificativa	18
3. Referencial teórico	
3.1 Classificação das lesões por pressão	
3.1.1 Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece.....	22
3.1.2 Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.....	23
3.1.3 Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total.....	24
3.1.4 Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.....	24
3.1.5 Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.....	25
3.1.6 Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.....	25

3.1.7 Definições adicionais	
1.1.7.1 Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico.....	26
3.1.7.2 Lesão por Pressão em Membranas Mucosas.....	27
3.2 Especificidades das escalas de prevenção das lesões por pressão.....	27
3.2.1 A Escala de Braden	29
3.3 O papel do enfermeiro na prevenção de lesão por pressão.....	35
3.4 Aplicabilidade dos protocolos de prevenção de lesão por pressão.....	37
4. Objetivo	39
5. Procedimento metodológico	
5.1. Tipo de estudo	39
5.2 Considerações éticas do estudo	43
5.3 Procedimento para a seleção de artigos	43
5.4 Estratégias de busca	43
5.5 Instrumento para a coleta de informações.....	44
6. Resultados e discussão	
6.1 Características dos estudos	45
6.2 Relação entre utilização de escalas de prevenção e achados importantes	48
6.3 Elaboração e estratégias de implantação dos protocolos de prevenção	55

6.4 Principais resultados e conclusões encontrados após a implantação dos protocolos de prevenção	61
7. Considerações finais	69
8. Referências bibliográficas	71
9. Apêndices	
9.1 Apêndice 1	7

Apresentação

Finalizei o curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal de São Carlos no ano de 2001. Já havia sido aprovada no concurso público para enfermeira na prefeitura municipal de Ibaté-SP, e aguardava a convocação.

Brevemente fui convocada e iniciei minha carreira profissional na Unidade de Saúde da Família do Jardim Cruzado, ainda no ano de 2001. Foi um grande desafio, pois era o meu primeiro emprego como enfermeira e em um bairro muito carente. Pude contar com a experiência de profissionais que me auxiliaram, trabalhando em equipe e assim exercendo a assistência em saúde com muita responsabilidade e dedicação.

Durante este tempo fui aprovada no concurso público para enfermeira na prefeitura municipal de São Carlos, sendo convocada em 2004 e percorri, por 12 anos, minha trajetória como enfermeira na atenção básica (UBS e USF) e especializada (Ambulatório de Estomizados de São Carlos e microrregião).

Tive a oportunidade de realizar os cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, na Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), de Especialização em Cuidado em Pré-Natal – Modalidade à Distância, oferecido pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e o curso de Especialização em Gestão de Organizações Públicas, pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR).

Em 2015, fui aprovada no concurso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sendo convocada em março de 2016. Iniciei meus trabalhos como enfermeira assistencial no Hospital Escola da Universidade Federal de São Carlos (H.U.). Foi um dos maiores desafios da minha carreira profissional, uma vez que toda a minha atuação até então teria sido na atenção básica. Mas com muito esforço e vontade em adquirir novos conhecimentos e experiências, atuo hoje com muita satisfação na Unidade de Urgência e Emergência.

A oportunidade singular em poder desenvolver o mestrado em gestão da clínica veio ao encontro aos meus objetivos em prestar assistência buscando a

melhoria da qualidade e da segurança para os usuários do SUS, em conformidade ao projeto de “Gestão da Clínica no SUS”.

Ao final da presente pesquisa tenho a expectativa em poder contribuir com subsídios para a prática profissional fundamentada em conhecimentos científicos.

1. Introdução

1.1 O problema em questão

O cenário atual vivenciado pelas equipes de enfermagem nas instituições que prestam cuidados à saúde requer que o enfermeiro esteja capacitado, através do conhecimento científico, para atender aos agravos das condições de saúde da população de forma adequada, contemplando as suas necessidades e buscando melhoria na qualidade dos serviços.

Entre esses agravos das condições de saúde de pacientes hospitalizados está o desenvolvimento de lesões por pressão (LP). As LP são lesões causadas por isquemia secundária à compressão e que acontecem por período longo, quando diminui a irrigação sanguínea para a rede capilar, prejudicando o fluxo sanguíneo para os tecidos circundantes e privando os tecidos de oxigênio e nutrientes. Isso gera isquemia local, hipóxia, edema, inflamação e morte celular. Também pode ser denominada úlcera de decúbito ou escara. É comum em áreas onde há comprometimento da circulação, que acontece em função da compressão. Este comprometimento pode ser superficial, causado por irritação cutânea local, ou profundo, originado de tecidos subjacentes (HESS, 2002).

Para CONSTANTE e OLIVEIRA (2018), os progressos médico-científicos, concentrados principalmente em hospitais terciários, faz com que estes atendam pacientes com quadros clínicos cada vez mais complexos. À medida que aumenta a complexidade do tratamento, também aumenta a possibilidade de desenvolvimento de complicações hospitalares, tais como infecções, falhas na administração e preparação das medicações, além de lesões de pele. Nesse sentido, as lesões por pressão (LP) estão entre as lesões mais frequentes durante uma internação.

O cuidado de enfermagem ao paciente com risco de LP ainda é pautada no conhecimento individual do enfermeiro, resultando rotineiramente em intervenções aleatórias e descontinuadas. A sistematização da assistência, baseada em conhecimento científico, subsidia o enfermeiro com dados fundamentais sobre o paciente e os riscos potenciais para desenvolver LP, além de aumentar o alcance de resultados desejáveis com as intervenções de enfermagem e a melhora da qualidade da assistência (STUQUE et al., 2017).

1.2 Lesão por pressão

Uma das consequências mais comuns resultante de longa permanência em hospitais é o aparecimento de LP. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de risco: idade avançada, restrição ao leito, obesidade, hipotensão, desnutrição, incontinência, anasarca, sepse, exposição da pele à fricção, cisalhamento e umidade (DOMANSKY e BORGES, 2014).

Outro fator de risco é o uso de medicamentos que pode ter influência direta na ocorrência de LP, devido às modificações sistêmicas que causam reações graves no organismo humano. Os medicamentos e seus respectivos eventos adversos podem alterar o risco de desenvolvimento de LP. Como exemplos, sonolência, confusão mental, hipotensão, delirium e eventos adversos motores causados por medicamentos podem diminuir a percepção sensorial, a deambulação e a mobilidade do paciente, bem como aumentar o risco de ocorrência de fricção e cisalhamento. Além disso, medicamentos como os antitérmicos, diuréticos e todos aqueles que causam diarreia (ex. antimicrobianos), podem aumentar o contato da pele do paciente com suor, urina e fezes (VIEIRA et al., 2014).

A LP é uma ferida crônica por ser de longa duração e com reincidência frequente, de cicatrização difícil, causando desconforto e dor, influenciando no aumento de dias de permanência no hospital, dificultando o retorno ao convívio familiar. Também induz à necessidade de tratamentos cirúrgicos, fisioterápicos e medicamentosos, aumentando os custos hospitalares e risco de infecção secundária, além de afetar a autoimagem e autoestima dos pacientes, levando-os a evidenciar problemas emocionais, psicossociais e econômicos. Portanto,

torna-se importante reconhecer a úlcera por pressão como um problema extenso, capaz de interferir na qualidade de vida do paciente (ASCARI, 2014).

1.3 Protocolos de prevenção de lesão por pressão

Os danos causados em situações de negligência no cuidado à saúde dos pacientes podem resultar em óbito ou sequelas permanentes, elevando o custo e o tempo da permanência hospitalar. Ao contrário, quando os cuidados prestados são adequados, mantêm-se o enfoque na saúde e recuperação do paciente, a redução na incidência de doença, o encurtamento do tempo de tratamento e/ou hospitalização (CARRARO et al., 2013).

Com intuito de melhorar a atenção aos pacientes em risco para o desenvolvimento de LP, e conseqüentemente reduzir sua ocorrência, alguns serviços de saúde elaboram protocolos, os quais dispõem sobre medidas preventivas a serem tomadas de acordo com o grau de risco do paciente - avaliado por escalas padronizadas, sendo a mais utilizada a de Braden. Apesar de sua relevância como medida para minimizar os danos aos pacientes hospitalizados, os protocolos de prevenção das LP ainda têm sua utilização limitada. (ALMEIDA et al., 2012).

De acordo com DANTAS (2011), é através de um protocolo sistematizado de assistência que a equipe multidisciplinar de saúde capacitada pode avaliar os fatores relacionados aos aspectos clínico (características da dor, tempo e características do membro afetado e da lesão), assistencial (diagnóstico, condutas e intervenções terapêuticas) e de qualidade de vida dos paciente, que podem interferir na evolução da LP.

O enfermeiro enquanto prestador do cuidado ajuda o paciente a readquirir a saúde através do processo de cura, abordando as necessidades de cuidado da saúde holística, incluindo as medidas para restaurar o bem estar emocional, espiritual e social (POTTER E PERRY, 2013).

As intervenções de enfermagem relacionadas com a prevenção das LP devem abordar aspectos como: cuidados com a integridade da pele, o uso de emolientes para hidratação, utilização de dispositivos para incontinência urinária e reeducação vesical, posicionamento no leito, observação diária da

pele do pênis quando utilizado dispositivo para incontinência urinária, cuidados higiênicos e alimentação rica em vitaminas e proteínas aos primeiros sinais de LP, de acordo com a idade e condição clínica de cada cliente (MEDEIROS et al., 2009).

Para ALBUQUERQUE et al., 2014, as intervenções de enfermagem devem avançar os limites da prática ritualística e rotineira a fim de construir um modelo de cuidado que privilegie a necessidade real do cliente, enquanto agente participante do seu processo na estratégia legal e ética da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de modo a individualizar o cuidado e alcançar melhores resultados para atendimento dessa população, em parceria com os outros membros da equipe multidisciplinar.

1.4 Gestão da clínica

A gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de micro gestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (MENDES, 2002).

Segundo o Centro Latino-Americano de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), diretrizes para a prática clínica são orientações, ou princípios, que apresentam regras de políticas atuais, ou futuras, ao profissional de saúde para assisti-lo na tomada de decisão ao cuidar de pacientes, considerando aspectos de diagnóstico, de terapia ou de circunstâncias clínicas relacionadas (SCHNEID, 2003). A padronização das condutas com embasamento científico consistente e atualizado tem sido uma preocupação frequente dos profissionais de saúde.

Assim como se vivenciam fatores que facilitam o cotidiano do trabalho na enfermagem, encontram-se situações que dificultam o desenvolvimento de

suas ações. Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de identificá-las, visando à busca da qualidade na assistência.

A prática baseada em evidências alicerça-se nos princípios: trabalhar com as melhores evidências disponíveis, considerar a experiência do profissional, a realidade local e a preferência do paciente. Assim, não é alienada das condições da realidade, mas propõe que a literatura científica de boa qualidade seja o grande apoio para a tomada de decisão sobre o cuidado (PIMENTA et al., 2015).

Na enfermagem, a prática fundamentada em evidências científicas inicia-se durante a educação formal e é fator primordial para viabilização e implementação de cuidados para prevenção e tratamento da LP. A formação teórica sobre a assistência a pessoas com LP é complementada pela prática clínica, na qual os profissionais podem observar, estadiar e tratar feridas em um contexto prático real (MAZZO et al., 2017).

Na prática, a gestão da clínica fornece embasamento científico para o cuidado de enfermagem de qualidade prestado nas instituições de saúde.

2. Justificativa

As LP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto 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. (ROGENSKI, 2005).

A incidência de lesões de pele em hospitais traduz a qualidade dos serviços de saúde que devem ocorrer de forma adequada, efetiva e segura, sendo este um indicador de qualidade da assistência e considerado um evento adverso que pode ocorrer durante a internação hospitalar. Assim a identificação de sua taxa é possível determinar se os fatores de risco estão sendo amenizados ou eliminados (COSTA et al., 2011).

Nos estudos internacionais e nacionais existentes a taxa de incidência oscila consideravelmente. Dados da população norte-americana mostram que a incidência varia com a população e os locais de assistência entre 3 a 30%. Os estudos brasileiros mais atuais apontam uma incidência média que varia de 30% a 40% em pacientes hospitalizados (GEOVANINI, 2014).

De acordo com o Relatório Nacional De Incidentes Relacionados à Assistência a Saúde, foram notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) no período de janeiro/2014 a julho/2017, dos 134.501 incidentes notificados, 23.722 (17,6%) corresponderam às notificações de lesão por pressão, sendo então o terceiro tipo de evento mais frequentemente notificado pelos Núcleos de Segurança dos Pacientes dos serviços de saúde do país. Ainda, de acordo com o referido Relatório, foram notificados cerca de 3.771 never events (eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde), sendo 2.739 (72,6%) decorrentes de lesão por pressão estágio 3 e 831 (22,0%), resultantes de lesão por pressão estágio 4. Quanto aos óbitos notificados ao SNVS (766), no período de janeiro de 2014 a julho de 2017, 34 pacientes foram a óbito devido à lesão por pressão (ANVISA, 2017).

O Brasil lançou em abril de 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente, onde seis eixos são considerados na prevenção de danos. São eles: cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviços de saúde, prevenção de quedas em pacientes hospitalizados, identificação do paciente, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e prevenção de LP.

Os protocolos assistenciais proporcionam maiores efetividade e eficiência na prestação de serviços em saúde. Nas duas últimas décadas esse instrumento ganhou destaque e investimentos importantes, resultantes da abundância de informações científicas e da necessidade dessas informações, possibilitando o estabelecimento de parâmetros a serem seguidos pelas instituições de saúde (DOMANSKY e BORGES, 2012).

Para ALMEIDA et al., 2012, existe a necessidade de elaborar estudos que corroborem com a disseminação do conhecimento a cerca da importância da implementação e utilização dos protocolos de prevenção de LP como um instrumento capaz de promover impactos significativos na redução da

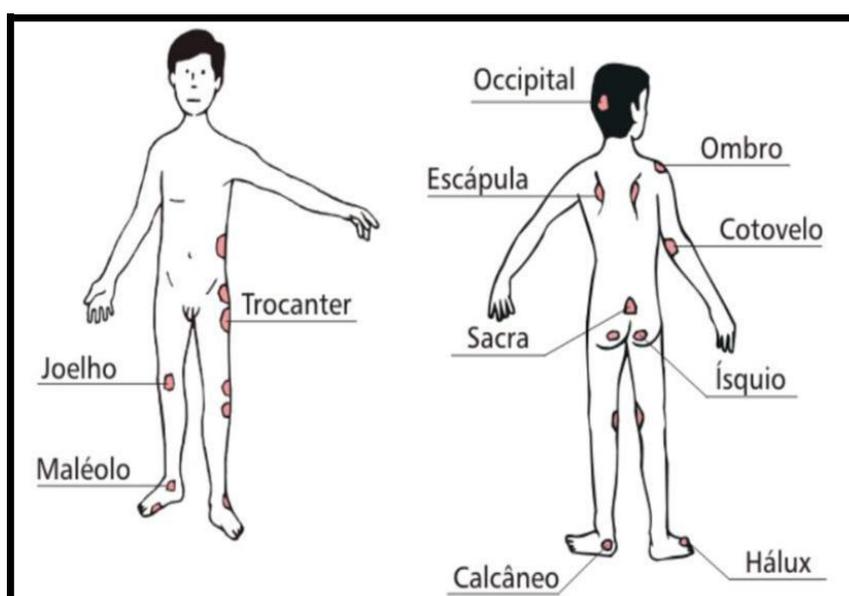
incidência de LP e, conseqüentemente, na melhora do cuidado junto aos pacientes/clientes com mobilização limitada e submetidos a longos períodos de internação.

Do ponto de vista pessoal, ao vivenciar diversos cenários com pacientes fragilizados durante a assistência de enfermagem, tornou-se relevante pesquisar acerca do assunto, buscando conhecimento científico de estratégias de implementação de protocolo de prevenção de lesões por pressão, a fim de promover a melhoria do cuidado ao paciente. O ingresso no Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica veio de encontro com as minhas necessidades como profissional e com as demandas do serviço de saúde onde atuo.

3. Referencial teórico

As LP se apresentam em diversas regiões corporais e, conforme a convergência dos dados com a literatura, os locais mais comuns para formação de LP e que requerem maior cuidados são as regiões dos calcanhares, trocânteres, sacro, occípito, orelhas dentre outros, sendo causadas por uma combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos.

Figura 1: Regiões mais comuns para o surgimento de LP.



Fonte: MATOS (2010).

Entre os fatores intrínsecos estão: a idade avançada, estado nutricional desequilibrado, morbididades, desidratação, condições de mobilidade e alterações de nível de consciência; dentre os fatores extrínsecos estão à compressão, cisalhamento, fricção e umidade, que prejudicam o fornecimento de sangue ao tecido, levando à insuficiência vascular, anóxia tecidual e morte das células, além da falha na organização da equipe em relação ao cuidado prestado ao paciente, falta de orientação ao mesmo e seus familiares e a carência de profissionais nas unidades (BRASIL, 2013).

A falha na organização da equipe em relação ao cuidado prestado ao paciente, falta de orientação ao mesmo e seus familiares e a carência de profissionais nas unidades podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de LP (STEIN, et al., 2012).

A pressão não aliviada é a desencadeadora do desenvolvimento da LP, principalmente se estiver associada à fricção e cisalhamento. A pressão contínua sobre proeminências ósseas é responsável por causar isquemia e posterior morte tecidual, enquanto as forças de fricção e cisalhamento que consistem no atrito entre duas superfícies ocorrem principalmente durante o manejo do paciente no leito, o atrito entre a pele e o tecido dos lençóis danifica os vasos sanguíneos além de provocar uma lesão semelhante a uma queimadura devido a remoção da camada superficial da pele favorecendo o desenvolvimento da lesão. Enquanto o corpo desliza no lençol, o esqueleto e tecidos moles se movimentam, porém a pele permanece imóvel provocando a lesão por cisalhamento a nível muscular (ROLIM et al., 2013).

A idade avançada produz modificações intensas no organismo humano, tornando-o mais propensos a doenças e lesões que podem tornar-se infecciosas e produzir sequelas e internações longas. Alterações circulatórias resultando da pressão, estado mental, umidade, atrito e forças de cisalhamento agravam a função tegumentar. Diabetes Mellitus, transtornos gastrointestinais e cardiopulmonares podem impedir o fluxo de nutrientes para os tecidos causando ulcerações. A nutrição desequilibrada é um fator de risco para o desenvolvimento de LP. Além de aumentar o risco, comprometem a melhora e a cura da LP (SILVA et al., 2012).

Em abril de 2016, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de LP, anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão. Tal documento já foi traduzido e validado para o português por membros da Associação Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST) e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBEST, 2017).

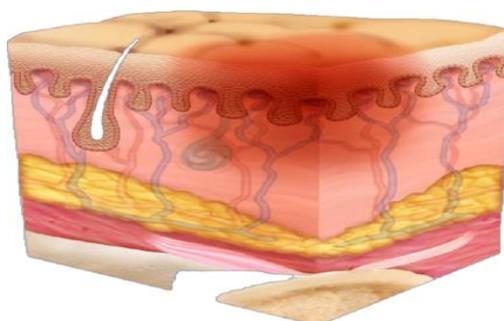
3.1 Classificação das lesões por pressão

As LP foram categorizadas para indicar a extensão do dano tissular. Segundo o NPUAP, a expressão lesão por pressão (LP) descreve de forma mais precisa esse tipo de lesão, tanto na pele intacta como na pele ulcerada (SOBEST, 2017).

3.1.1 Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo (SOBEST, 2017).

Figura 2: LP estágio 1

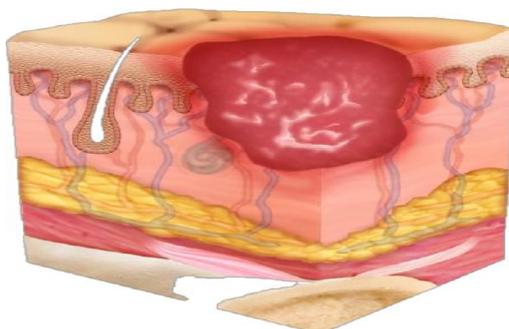


Fonte: NPUAP (2017).

3.1.2 Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência fecal/urinária (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões) (SOBEST, 2017).

Figura 3: LP estágio 2



Fonte: NPUAP (2017).

3.1.3 Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a

identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (SOBEST, 2017).

Figura 4: LP estágio 3

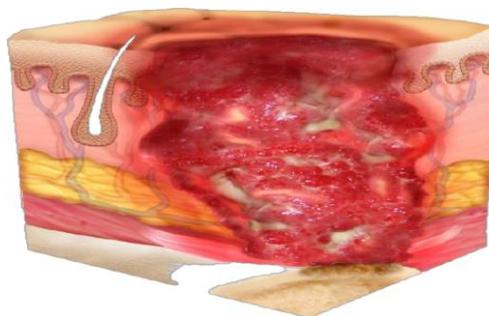


Fonte: NPUAP (2017).

3.1.4 Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (SOBEST, 2016).

Figura 5: LP estágio 4

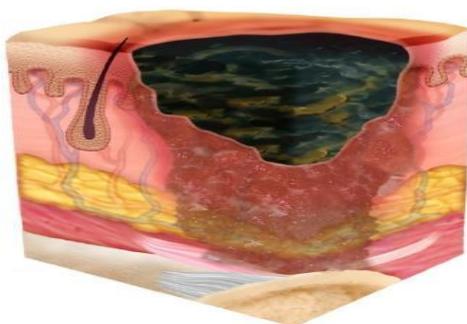


Fonte: NPUAP (2017).

3.1.5 Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida (SOBEST, 2017).

Figura 6: LP não classificável



Fonte: NPUAP (2017).

3.1.6 Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por

Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas (SOBEST, 2017).

Figura 7: LP tissular profunda



Fonte: NPUAP (2017).

3.1.7 Definições adicionais:

3.1.7.1 Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Após ser identificada, essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão (SOBEST, 2017).

Os dispositivos médicos geralmente são feitos de materiais rígidos, tais como elástico, borracha ou silicone, que podem criar pressão sobre os tecidos moles, especialmente se aparelho for mal ajustado ou na presença de edema.

Além disso, as fitas adesivas utilizadas para fixar os dispositivos podem irritar a pele sensível. A ação é potencializada quando há edema em torno do dispositivo, porque o edema torna a pele mais fragilizada. O local de inserção ou de apoio para um dispositivo médico é mais suscetível a dano tecidual.

Muitos dispositivos médicos já foram identificados como potencialmente causadores de lesões, como por exemplo, colar cervical, máscara de ventilação não invasiva (Pressão Positiva Contínua Nasal/CPAP), cânulas nasais, oxímetro de pulso, talas e aparelhos gessados, cateteres urinários, tubo naso ou orotraqueal, fixadores de tubo traqueal, traqueostomia, tubo ou cateter nasogástrico ou nasoentérico e meias para prevenção de trombos. A utilização desses dispositivos médicos no tratamento do paciente, em conjunto com o seu estado de saúde, constitui um fator de risco adicional para o aparecimento de LP, que podem surgir em localizações pouco habituais, por exemplo, orelha, nariz, pescoço, abdômen, membros superiores e inferiores (MORAES et al., 2016).

3.1.7.2 Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

A Lesão por Pressão em Membranas Mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano, em regiões recobertas por mucosa. Devido à anatomia e à localização do tecido (cavidades oral e nasal, genitália, etc.), essas lesões não podem ser estadiadas (SOBEST, 2016).

3.2 Especificidades das escalas de prevenção das lesões por pressão

Na tentativa de diminuir os índices de prevalência de LP e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, são utilizadas escalas de prevenção que identificam os pacientes de risco para que se possa agir sistematicamente evitando essas lesões. Existem mais de 40 escalas, porém as mais utilizadas são a de Norton, a de Waterlow e a de Braden, diferindo apenas na abrangência, complexidade e aplicabilidade (GOMES et al., 2010)

A Escala de Norton avalia cinco parâmetros para grau de risco: condição física, nível de consciência, atividade, mobilidade e incontinência. Cada parâmetro foi pontuado com valores de 1 a 4, chegando a um total de 20 pontos. Sendo assim, quanto menor for o somatório final, maior será o risco para o desenvolvimento de LP, estando mais susceptível em pacientes com

pontuação inferior a 12 pontos. Foi a pioneira das escalas, sendo formulada em 1962. (ARAÚJO et al., 2011).

A Escala de Waterlow se baseou na Escala de Norton, porém abrange mais classificações, utilizando sete parâmetros principais para identificar os fatores causais, oferecendo um método de avaliação de risco e grau da lesão. Esses parâmetros são: relação peso/altura (IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite e medicações. Além deles, existem mais quatro outros itens que pontuam os fatores de risco especiais, sendo eles subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia acima de duas horas e trauma abaixo da medula lombar. O escore indica o risco de desenvolver ou não a LP, sendo que, quanto mais alto o escore, maior o risco. A estratificação ocorre em três grupos: em risco (escore de 10 a 14), alto risco (escore de 15 a 19) e altíssimo risco (escore \geq 20) (ROCHA e BARROS, 2007).

A Escala de Braden integra seis subescalas: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção ou cisalhamento. Essas escalas são pontuadas de um a quatro, exceto fricção ou cisalhamento, cuja medida varia de um a três. O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os pacientes classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores \leq 9), risco alto (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores \geq 19) (CREMASCO et al., 2009).

Tabela 1: Escalas de prevenção das lesões por pressão.

Escola de Norton	Escola de Waterlow	Escola de Braden
Subescalas	Subescalas	Subescalas
Condição física; Nível de consciência; Atividade; Mobilidade; Incontinência.	Relação altura/peso (IMC); Avaliação visual da pele; Continência; Sexo/idade; Mobilidade; Apetite. Outros fatores de risco: Má nutrição do tecido celular; Déficit neurológico; Cirurgia de grande porte/trauma; Medicações.	Percepção sensorial; Atividade; Mobilidade; Umidade; Nutrição; Fricção ou cisalhamento.

Fonte: o próprio autor.

3.2.1 A Escala de Braden

A Escala de Braden é a mais utilizada por enfermeiros de instituições brasileiras, sendo indicada pelo Ministério da Saúde na prevenção das LP. Segundo SERPA et al (2011), a Escala de Braden foi criada em 1987, sendo traduzida, adaptada e validada no Brasil em 1999, por Paranhos e Santos.

Tabela 2: Escala de Braden adaptada por Paranhos e Santos em 1999.

Escala de Braden (versão adaptada e validada para o Brasil)				
				continua
<p>PERCEÇÃO SENSORIAL</p> <p>Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto. UMIDADE</p> <p>Nível ao qual a pele é exposta a umidade.</p>	<p>1. Totalmente limitado:</p> <p>Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.</p> <p>1. Completamente molhada:</p> <p>A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.</p>	<p>2. Muito limitado:</p> <p>Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p> <p>2. Muito molhada:</p> <p>A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Levemente limitado:</p> <p>Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p> <p>3. Ocasionalmente molhada:</p> <p>A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.</p>	<p>4. Nenhuma limitação:</p> <p>Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p> <p>4. Raramente molhada:</p> <p>A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.</p>

Escala de Braden (versão adaptada e validada para o Brasil)

continua

<p>ATIVIDADE</p> <p>Grau de atividade física.</p>	<p>1. Acamado: Confinado a cama.</p>	<p>2. Confinado a cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.</p>
<p>MOBILIDADE</p> <p>Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.</p>	<p>1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.</p>	<p>3. Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.</p>

Escala de Braden (versão adaptada e validada para o Brasil)				
				conclusão
NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou intravenosa por mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência.	2. Problema em potencial: Move-se, mas sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.	

Fonte: Paranhos e Santos, 1999.

A Escala de Braden é vastamente utilizada na prevenção da LP até a atualidade devido a sua eficácia, sensibilidade, especificidade, critérios avaliativos claros e definidos, além da praticidade relativa à sua aplicabilidade, sendo um instrumento fundamental na condução do planejamento das medidas preventivas a serem adotadas pela enfermagem (GOMES et al., 2011).

Vários fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da LP podem ser identificados através da aplicabilidade da Escala de Braden que exige um maior detalhamento clínico das condições do paciente, além de ser a única que avalia a percepção sensorial em relação às outras escalas citadas tornando possível um planejamento assistencial direcionado para as reais necessidades justificando a sua maior utilização em relação à outras escalas (SOUZA e PRADO, 2016).

Como já citado anteriormente, a Escala de Braden é formada por seis subescalas. Cinco subescalas são pontuadas de 1 a 4, enquanto a escala seis é pontuada de 1 a 3. O escore 1 indica a situação mais favorável ao risco, já o escore 4 indica menos favorável ao risco de desenvolver LP. Estes escores são obtidos através da mensuração de cada subescala. O somatório total das seis subescalas varia de 6 a 23, determinando a presença ou não do risco para LP. Novamente, quanto menor o escore, maior a predisposição para o desenvolvimento da lesão (GOMES et al., 2011).

Tabela 3: Apresentação dos escores das subescalas da escala de Braden segundo cada denominação.

Escala de Braden – Escore de Subescalas	
Percepção sensorial	Completamente limitado 1
	Muito limitado 2
	Levemente limitado 3
	Nenhuma limitação 4

continua

Escala de Braden – Escore de Subescalas	
	conclusão
Umidade	Constantemente úmida 1 Muito úmida 2 Ocasionalmente úmida 3 Raramente úmida 4
Atividade	Acamado 1 Restrito a cadeira 2 Caminha ocasionalmente 3 Caminha frequentemente 4
Mobilidade	Completamente limitado 1 Muito limitado 2 Levemente limitado 3 Nenhuma limitação
Nutrição	Muito pobre 1 Possivelmente inadequada 2 Adequada 3 Excelente 4
Fricção ou cisalhamento	Problema 1 Potencial para problema 2 Nenhum problema aparente 3

Fonte: Souza e Prado, 2016.

Os riscos para o desenvolvimento da LP é considerado altíssimo quando o escore for menor ou igual a 9, alto risco de 10 a 12, risco moderado de 13 a 14,

baixo risco de 15 a 18 e ausência de risco para a LP quando os escores forem de 19 a 23. Ressalta-se que é necessário avaliar individualmente cada escore obtido nas subescalas, pois mesmo que o escore total indique a ausência de risco, o baixo escore isolado pode determinar o desenvolvimento da LP (GOMES et al., 2011).

Segundo SERPA et al. (2011), restrições de mobilidade, presença de incontinência e estado nutricional são raramente identificados na admissão do paciente e, portanto, o escore da escala de Braden pode ser estabelecido em avaliações subsequentes. A aplicação da escala em intervalos de 24 horas parece ser razoável em vista da frequente instabilidade dos pacientes críticos, além da avaliação subsequente ter sido identificada como um dos melhores preditores de risco de LP.

O maior entendimento sobre os instrumentos utilizados para avaliar o risco de desenvolver LP e sua aplicabilidade poderá contribuir para prevenir essas lesões em pacientes críticos, tornando a equipe de enfermagem capacitada para realizar avaliação adequada das condições da pele e a partir dela implementar cuidados, a fim de prevenir lesões e restaurar as já instaladas. Além disso, devem ser propostas novas estratégias para a prevenção – pois a LP é um grave problema da equipe multiprofissional associado à má qualidade do cuidado e exige uma grande demanda de tempo e dinheiro para tratamento das lesões, sobretudo quando a prevenção recebe menos atenção – quando não existem programas específicos voltados para esse problema, acarretando prejuízos estruturais e estéticos aos pacientes, prolongando o tempo de internação, além de ser uma via de grande potencial para o surgimento e disseminação de infecções hospitalares (SANTOS et al, 2013).

Segundo POTT et al., 2013, destaca-se que na presença de avaliação informal, sem o uso de escalas, os profissionais tendem a desenvolver um trabalho adequado apenas com pacientes que apresentam risco muito alto, o que acaba por negligenciar os demais pacientes com risco moderado e, que também deveriam receber medidas preventivas. Entretanto, salienta-se que o uso de escalas, isoladamente, é insuficiente na prevenção deste agravo em

decorrência de sua complexidade. Desta forma, essas devem ser adotadas em conjunto com outras estratégias de prevenção da LP.

3.3 O papel do enfermeiro na prevenção de lesão por pressão

Para o Conselho Federal de Enfermagem, Lei nº 7.498, 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e das outras providências: “Cabe privativamente ao enfermeiro os cuidados diretos prestados a clientes graves com risco de morte, e os de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”. Dentre esses pacientes, se destacam os pacientes sob risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. Visto que a avaliação desses pacientes, bem como o tratamento dessas lesões envolvem procedimentos de alta complexidade técnica, é de fundamental importância, o engajamento do enfermeiro no planejamento, implementação e avaliação das medidas preventivas, visando melhor qualidade assistencial (HEY et al., 2013).

Nesse cenário, é importante discorrer também acerca das implicações legais, no que se refere a não realização do planejamento e implementação de ações preventivas direcionadas a esse agravo. Tal prática pode caracterizar negligência, entendida como passividade ou omissão, quando o enfermeiro não planeja o cuidado ou o faz de maneira inadequada (COFEN, 1986).

Segundo a Resolução nº 510 de 2015, o profissional de enfermagem tem apoio técnico para avaliação, classificação e tratamento das lesões cutâneas nos diferentes níveis de cuidado à saúde, capacidade para atuar como vigilante na prevenção e no tratamento dessas lesões, atuar no desenvolvimento de protocolos e, juntamente com a equipe de saúde, planejar estratégias de cuidados que possam promover um melhor atendimento e uma maior qualidade de vida para o paciente (COFEN, 2015).

Uma forma de buscar qualidade e segurança na assistência é o processo voluntário de acreditação hospitalar. A instituição prestadora de serviço é submetida a uma avaliação criteriosa por uma organização não governamental, sem fins lucrativos e de interesse coletivo. O principal objetivo dela é a

implantação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de acreditação (ONA, 2000).

A ONA (Organização Nacional de Acreditação) é uma das principais instituições brasileiras relacionadas à qualidade dos serviços de saúde e à segurança do paciente. Já a Joint Commission International (JCI) é líder mundial em certificação de organizações de saúde. Com sede nos Estados Unidos, essa organização não governamental atua há mais de 50 anos com o objetivo de criar uma cultura de segurança e qualidade no cuidado ao paciente.

SANTOS et al., (2013) enfatizam que a ONA e a JCI, consideram a incidência e a prevalência de LP como um dos indicadores de qualidade assistencial. As taxas de LP permitem analisar os casos quanto à sua distribuição, os pacientes mais vulneráveis e o local em que são mais frequentes. Este indicador serve para orientar medidas de prevenção à lesão, subsidia o planejamento, gestão e avaliação das ações de enfermagem, além de orientar ações educativas à equipe de enfermagem.

Diante da adesão à acreditação, a assistência de enfermagem é essencial para um programa de qualidade, devido à numerosa quantidade de profissionais e por sua atuação direta e permanente aos pacientes. A enfermagem atua com autonomia e corresponsabilidade, por meio de instrumentos da estrutura organizacional, como os protocolos assistenciais (LIMA e ERDMANN, 2006).

Os protocolos proporcionam maior efetividade e eficiência na prestação de serviços em saúde. Assim, os processos de acreditação são influenciados pelas ações da enfermagem e, ao mesmo tempo, têm importantes implicações na sistematização do trabalho das equipes.

Dentre as recomendações gerais para avaliação de risco estruturado, segundo a NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) em 2014, estão: realizar uma avaliação de risco estruturado logo que possível (mas no prazo máximo de oito horas depois admissão) para identificar os indivíduos com risco de

desenvolver úlceras por pressão; repetir essa avaliação de acordo com a necessidade do paciente; realizar uma reavaliação se houver qualquer mudança significativa na condição do indivíduo; incluir uma análise abrangente da pele para verificar quaisquer alterações à pele intacta; documentar todas as avaliações de risco; desenvolver e implementar um plano de prevenção de riscos.

Para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem, este deve estar apoiado em um modelo científico e referencial metodológico, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification – NIC), que auxiliam o enfermeiro em suas ações por meio de etapas que vão sendo operacionalizadas conferindo-lhe flexibilidade e informação sobre os cuidados prestados por meio de uma linguagem clara e coerente que facilita a comunicação e comparação dos resultados empregados em todos os cenários e especialidades, promovendo uma assistência de enfermagem capaz de dinamizar e inter-relacionar as ações e identificar, compreender e descrever as respostas humanas aos problemas de saúde (JOHNSON et al., 2012).

Para Menegon et al., (2007) o protocolo é uma ferramenta da sistematização da assistência de enfermagem, na medida em que qualifica o cuidado prestado, com repercussão no indicador de qualidade assistencial de enfermagem através da redução da incidência de LP.

3.4 Aplicabilidade dos protocolos de prevenção de lesão por pressão

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), trabalhar a segurança do paciente na prevenção de LP significa diminuir os riscos de danos desnecessários que estão constantemente relacionados com o paciente. Atualmente, são crescentes as iniciativas para a prevenção e promoção da segurança do paciente e de uma melhor assistência à saúde. Dentre os seis protocolos básicos de segurança do paciente do Ministério da Saúde, encontra-se o protocolo de LP.

Neste protocolo, as medidas de prevenção das LP devem seguir seis etapas: a primeira consiste na avaliação do risco para a LP, no momento da admissão do

paciente no serviço; a segunda etapa consiste na avaliação diária e sistemática dos fatores de risco para a LP; a terceira determina a inspeção diária e sistemática da pele; a quarta etapa se refere ao manejo da umidade no qual se deve manter o paciente seco e com a pele hidratada; a quinta etapa determina a otimização da nutrição e da hidratação; a sexta etapa consiste no alívio da pressão. Tais medidas devem ser planejadas e inseridas na rotina de cuidados pelo enfermeiro, após a identificação dos fatores de risco e através de intervenções que visam a manutenção da integridade cutânea (BRASIL, 2013).

De acordo com SOARES et al. (2016), os protocolos de prevenção de LP são instrumentos importantes para conduzir ações nos serviços de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado, uma vez que padronizam ações e condutas, sistematizando os cuidados para gestão dos fatores de risco e das medidas de prevenção.

Para PIMENTA et al. (2015), um protocolo descreve uma situação específica de assistência, que contém detalhes sobre o que, quem e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. O uso de protocolos leva ao aprimoramento da assistência, favorece o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimiza a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelece limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais.

Um dos maiores desafios para a implantação de protocolos é a busca pela qualidade das recomendações, das práticas de cuidados dos profissionais, das características locais, dos incentivos e dos fatores inerentes ao paciente, fundamentadas em conhecimento científico. A mera existência de diretrizes de prática clínica não significa melhores resultados. A implementação, para ter sucesso, deve incluir a educação permanente eficaz, disponibilidade para mudanças na prática clínica, previsão e provisão de recursos humanos, equipamentos, suprimentos. E esta deve assumir-se como parte integrante da política administrativa na instituição de saúde (CLARCKE et al., 2005).

Para STUQUE et al., 2017, os protocolos são ferramentas de educação permanente e, embora estabeleçam diretrizes para adoção da melhor conduta,

preservam a autonomia do profissional de saúde. É importante que a educação permanente seja realizada de maneira contínua, visando à transformação dos problemas de saúde e propiciando mudanças no processo de trabalho, com inserção de clientes, familiares e profissionais de saúde, de forma participativa e efetiva. A construção do protocolo deve estar vinculada à demanda de necessidade do paciente e a especificidade do tratamento realizado por este. É relevante ressaltar que o envolvimento dos profissionais na elaboração do protocolo aumenta a adesão e as chances de sucesso na sua implantação e implementação.

4. Objetivo

O presente estudo tem como objetivo identificar produções bibliográficas sobre a efetividade da implantação de protocolos de prevenção de lesões por pressão em pacientes internados em instituições hospitalares.

5. Procedimento metodológico

5.1. Tipo de estudo

Para MENDES et al., 2008, a revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um determinado assunto ou problema, constituindo um amplo conhecimento. Assim, as revisões integrativas são métodos de pesquisa criteriosos empregados para fornecer os melhores conhecimentos produzidos sobre um dado problema de pesquisa, para que estes sejam avaliados criticamente por profissional com habilidade clínica e posteriormente sejam incorporados à prática assistencial.

Diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial embasada em evidências científicas, a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis

sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico (SOUZA, 2010).

Os artigos de revisão integrativa encontram-se dentre os artigos de revisão bibliográfica sistemática (BOTELHO; CUNHA E MACEDO, 2011):

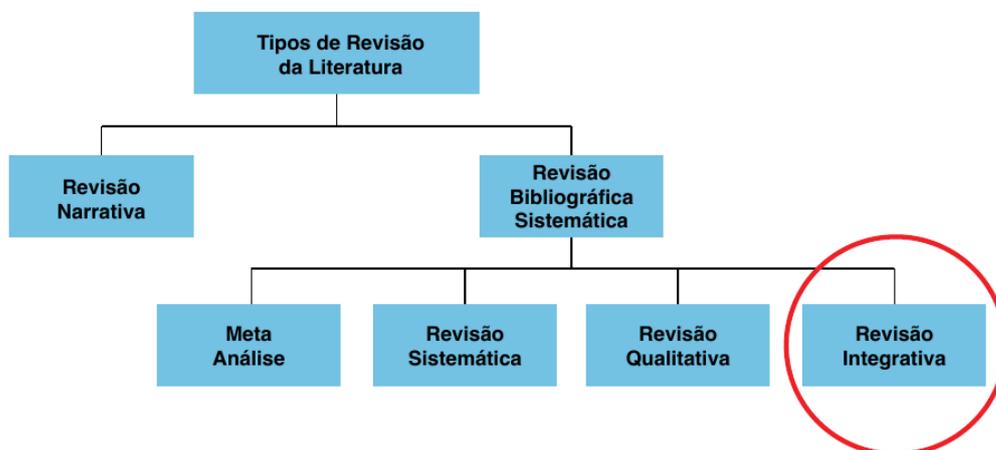


Figura 8: tipos de revisão de literatura (BOTELHO; CUNHA e MACEDO, 2011).

Segundo SOARES et al, 2014, a revisão integrativa apresentou notável penetração na área da enfermagem na última década. Essa condição parece estar associada à tendência de compreender o cuidado em saúde, nos âmbitos individual ou coletivo, como um trabalho complexo que requer colaboração e integração de conhecimentos de diversas disciplinas. Essa tendência também é observada na área de cuidado à saúde baseado em evidência ou prática baseada em evidência (PBE) que vem reconhecendo que a combinação de métodos de pesquisa, ainda que sob diferentes matrizes epistemológicas, pode fornecer resultados que beneficiem o cuidado de enfermagem.

As iniciativas da PBE têm gerado um incremento na necessidade de produção de todos os tipos de revisões de literatura. A revisão integrativa, em virtude de sua abordagem metodológica, permite a inclusão de métodos diversos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na PBE em enfermagem. A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.

Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

A PEB focaliza sistemas de classificação de evidências caracterizados de forma hierárquica, dependendo da abordagem metodológica adotada (SOUZA, et al., 2010). Para auxiliar na escolha da melhor evidência possível, propõe-se uma hierarquia das evidências, segundo o delineamento da pesquisa:

- Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
- Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
- Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais;
- Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa;
- Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;
- Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Para CAMANHO (2009), há uma tendência a considerar que esses níveis podem ser utilizados para classificar os trabalhos científicos em melhores ou piores. Porém, esses parâmetros são mais uma ferramenta para a análise crítica dos trabalhos, sem representar um critério de qualidade.

A síntese dos resultados de pesquisas relevantes e reconhecidos mundialmente facilita a incorporação de evidências, ou seja, agiliza a transferência de conhecimento novo para a prática (MENDES et al., 2008).

A enfermagem define a revisão integrativa como um tipo de revisão que contempla o rigor do método característico da pesquisa científica (SOUZA et al., 2010). Além disso, a revisão integrativa:

- Consiste em método de reunião e síntese de resultados de investigações, originalmente construído a partir das áreas de educação e psicologia;
- Permite a inclusão de várias perguntas ou hipóteses de pesquisa na mesma revisão;
- Absorve as preocupações da área com as teorias que fundamentam as práticas do cuidado de enfermagem e, nesse sentido, agrega revisão de teorias à já conhecida e tradicional revisão de estudos empíricos;
- Aceita integrar delineamentos de pesquisa, inclusive provenientes de diferentes paradigmas da produção do conhecimento, em nome de concretizar a complexidade do cuidado de enfermagem, que envolve integração entre questões individuais e contextuais;
- Exige que os revisores sejam especialistas na área, capazes de sintetizar criticamente teoria e empiria, dentro de um mesmo quadro epistemológico, para discriminar a potência de cada contribuição ao cuidado em saúde.

Para MENDES et al., (2008), a construção da revisão integrativa percorre seis etapas distintas, sendo elas:

Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;

Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura;

Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos;

Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;

Quinta etapa: interpretação dos resultados;

Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

5.2 Considerações éticas do estudo

Dada a natureza da pesquisa, não houve implicações éticas para a condução deste estudo, não tendo sido necessário submetê-lo a comitê de ética.

5.3 Procedimento para a seleção de artigos

Para direcionar a presente revisão integrativa e em coesão com o objetivo do estudo, a formulação do problema surgiu diante da seguinte questão norteadora: qual a efetividade dos protocolos de prevenção de lesões por pressão utilizados em hospitais?

Os critérios de inclusão foram publicações em texto completo, disponíveis online, redigidos em língua portuguesa ou inglesa, disponibilizados na íntegra na base de dados, cuja temática aborda os resultados da utilização de protocolos para a prevenção de lesão por pressão em pacientes internados em instituições hospitalares. Devido ao número reduzido de trabalhos encontrados, pensou-se em incluir trabalhos realizados em casas de apoio (asilos) e domicílios, que verificassem a efetividade de implantação de protocolo de prevenção de LP, porém nenhum resultado foi encontrado.

Os critérios de exclusão foram anais de congresso, artigos repetidos, artigos de opinião, artigos de reflexão, editoriais, resenhas, revisões de literatura, teses, dissertações e artigos que não abordaram diretamente o tema deste estudo.

Não foi definido um recorte temporal específico para selecionar as publicações, a fim de possibilitar a inclusão de maior quantidade de estudos sobre o tema.

5.4 Estratégias de busca

A coleta de dados foi realizada em setembro de 2017, sendo retomada em outubro de 2018 e em maio de 2019, por meio da busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), escolhida por ser de acesso livre e gratuito e por fornecer informações técnico-científicas produzidas pelas instituições acadêmicas e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além de contemplar várias bases de dados (LILACS, MEDLINE, etc.).

Para contemplar outras denominações para a lesão por pressão (terminologia recente), a busca pelos trabalhos foi feita utilizando descritores língua

portuguesa: úlcera por pressão, úlcera de pressão, escara de decúbito e protocolos ligados pelos operadores lógicos booleanos: “úlcera por pressão or úlcera de pressão or escara de decúbito and protocolo”, considerando todos os índices e todas as fontes da BVS.

Os descritores, ou DeCS, consistem em um vocabulário estruturado, trilingue (português, espanhol e inglês), baseados em coleções de termos, organizados para facilitar o acesso à informação. Os vocabulários são usados como um filtro entre a linguagem utilizada pelo autor e a terminologia da área (PELLIZZON, 2004).

Durante a coleta, foram encontrados, ao todo, 152 trabalhos indexados nas bases de dados MEDLINE (104 trabalhos), BDENF (26 trabalhos) e LILACS (22 trabalhos). Utilizando o filtro para seleção de textos completos foram encontrados 66 trabalhos. Os resumos de todos os 66 trabalhos foram lidos e na seleção final incluíram-se apenas aqueles estudos que contemplassem a temática de efetividade da implantação de protocolos de prevenção de lesões por pressão, selecionando-se assim 08 trabalhos de interesse para o estudo.

5.5 Instrumento para a coleta de informações

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro sinóptico (Apêndice 1), que contemplou aspectos pertinentes para a pesquisa:

- Autores;
- Título e ano;
- Regiões de estudo;
- Periódico;
- Amostra;
- Tipo de estudo;
- Achados importantes.

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas que caracterizam os estudos e que relacionam as escalas de prevenção utilizadas com os

resultados encontrados. A discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando assim a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo deste método, ou seja, contribuir positivamente na qualidade da prática de enfermagem fornecendo subsídios ao enfermeiro em sua atuação no trabalho.

6. Resultados e discussão

6.1 Características dos estudos

Com base na tabela 4, observou-se que sete estudos foram realizados em unidades de terapia intensiva (UTI). Quanto ao perfil dos sujeitos da pesquisa, seis estudos estão relacionados aos pacientes internados e dois aos profissionais da área da saúde, sendo que apenas um dos estudos cita outro profissional que não seja o enfermeiro. Sete estudos foram realizados em hospitais brasileiros e um em hospital português. Dois estudos foram realizados na mesma instituição, porém em anos distintos e com metodologias diferentes.

Os artigos apresentaram diferentes características no que se refere à amostra e ao delineamento metodológico, sendo que todos eles foram encontrados em revistas distintas. Observa-se que as pesquisas mostram desenhos observacionais e analíticos buscando maior compreensão sobre a prevenção de lesões por pressão (LP) em pacientes internados e a assistência de enfermagem como subsídio para realização de ações em busca redução do dano.

Um dos estudos trata-se de estudo de caso, que possui descrições detalhadas de um único caso clínico. Para SOUZA, et al. (2010), esse desenho metodológico possui nível cinco de evidência científica. Apesar dos resultados positivos encontrados na pesquisa, estes precisam ser utilizados com precaução. Devido à escassez de estudos na área e pelo trabalho ter tido resultados que corroboram com resultados de outros tipos de estudo, optou-se por sua inclusão.

Ainda com base na mesma tabela, é possível verificar que as amostras de seis estudos contemplaram pacientes internados; destes, cinco foram realizados

com pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. Tal achado deve-se ao fato da UTI ser um dos setores hospitalares onde se encontram pacientes bastante debilitados, em uso de muitos equipamentos e medicamentos para a manutenção da vida e frequentemente sujeitos a imobilidade.

Mesmo sendo a UTI o local mais apropriado para o tratamento de pacientes críticos, alguns autores consideram o local, também, como um dos ambientes hospitalares mais tensos, agressivos e traumatizantes para os pacientes, isso porque, associados à situação crítica em que os indivíduos se encontram, existem fatores que são prejudiciais à sua estrutura psicológica, como por exemplo, a falta de condições favoráveis ao sono, isolamento, intervenções terapêuticas frequentes, além do medo que a doença se agrave e da consequente morte, fator que interfere ainda mais no seu estado geral. Dessa forma, os pacientes que permanecem acamados por longos períodos em ventilação mecânica, com alguma disfunção motora, sensitiva e em uso de drogas vasoativas, são os que estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de uma LP (ROGENSKI e KURCGANT, 2012).

Tabela 4. Características da produção científica quanto aos autores, ano de publicação, local, tipo de estudo, amostragem, local, periódico e base de dados.

Autor	Ano	Local	Tipo de estudo	Amostra	Periódico	Base de dados
Barros, et al.	2002	UTI do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Londrina, PR	Prospectivo, descritivo	51 pacientes admitidos sem LP	Semina: Ciências Biológicas e da Saúde	LILACS
Ito, et al.	2004	UTI do Hospital Regional do Norte do Paraná	Exploratório-descriptivo de abordagem quantitativa	01 paciente internado (estudo de caso)	Arquivos de Ciências da Saúde Unipar	LILACS

Autor	Ano	Local	Tipo de estudo	Amostra	Periódico	Base de dados
Louro, et al.	2007	UTI do Hospital Garcia de Orta – Almada (Portugal)	Descrito, prospectivo	155 pacientes internados	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	conclusão MEDLINE
Bereta, et al.	2010	UTI de um hospital escola do noroeste paulista	Descritivo, exploratório e retrospectivo de abordagem quantitativa	812 pacientes internados na UTI geral 1 e 612 pacientes internados na UTI geral 2	CuidArte Enfermagem	BDENF
Rogenski e Kurcgant	2012	UTI adulto de um hospital escola da cidade de São Paulo	Prospectivo, descritivo e exploratório	78 pacientes internados	Revista Latino-Americana de Enfermagem	LILACS
Oliveira e Paula	2015	Clínica piloto de um hospital filantrópico localizado na cidade de Teresina, PI	Descritivo de abordagem quantitativa	09 enfermeiros, sendo 02 assistenciais da clínica piloto e 07 do Grupo de Curativos do hospital cenário do estudo	Revista Ciência e Saberes	BDENF
Vasconcelos e Caliri	2017	UTI geral adulto de hospital de ensino de João Pessoa, PB	Observacional, prospectivo, comparativo do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa	55 profissionais de saúde de diversas especialidades	Escola Anna Nery	LILACS
Holanda, et al.	2018	UTI do hospital universitário de Petrolina, PE	Quantitativo descritivo, analítico e documental	566 pacientes internados	Revista Espaço para a Saúde	LILACS

6.2 Relação entre utilização de escalas de prevenção e achados importantes

Sete estudos relacionaram as medidas de prevenção de LP com assistência de enfermagem e o uso da escala de Braden. Para DEBON et al., 2018, a Escala de Braden é um instrumento útil, de fácil manuseio, não tendo custo para a instituição e usado como um indicador de saúde, na segurança do paciente, com caráter preventivo e auxilia o enfermeiro para a realização de uma avaliação global do risco de formação de LP no paciente hospitalizado, para que assim possa se tomar os cuidados necessários com o intuito de evitar tal lesão.

PANCORBO-HIDALGO, et al. (2008) descreve ainda cinco vantagens no uso de escalas de avaliação de risco de LP: garante destinação efetiva de recursos, serve como base para decisões clínicas, permite ajustes de casos, dependendo do risco de desenvolvimento das lesões, facilita a avaliação e sistematização dos dados dos pacientes, e serve como prova em litígios.

A Escala de Braden é um instrumento de avaliação eficaz quando aplicada de maneira contínua e em conjunto com medidas adicionais como: posicionar o paciente com decúbito de 30 graus; utilizar superfícies de apoio para aliviar a pressão das proeminências ósseas; promover a mobilidade do paciente, mesmo que através de movimentos passivos; utilizar métodos adequados que evitem a fricção e o cisalhamento (DANTAS et al., 2014).

Dois estudos consideraram os valores das taxas de hemoglobina como fator de risco para LP. Um estudo realizado no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná observou-se que os 12 pacientes de risco que apresentaram alterações na pele durante a internação, tiveram valores de hemoglobina abaixo de 10g/dl e receberam transfusão de hemoderivados. Estes dados enfatizam que a diminuição do nível de hemoglobina se constitui em um fator que predispõe o desenvolvimento da LP. Um estudo de caso realizado na mesma instituição constatou que a paciente avaliada durante o período de internação uma média de 9,39 g/dL, e entre a 13^o a 14^o semana, a paciente apresentou uma redução significativa do nível de hemoglobina sérica (7,8 mg/dL), coincidindo com a época do desenvolvimento da ulceração o que nos

leva a considerar a relação da taxa de hemoglobina com a lesão corporal. FERNANDES, et al (2016) ressalta que ainda que os marcadores bioquímicos não tenham se associado com a escala de Braden, salienta-se a importância da manutenção de bons níveis de hematócrito e hemoglobina para a manutenção da integridade da pele e cicatrização de feridas. Isto porque, o hematócrito corresponde ao número de hemácias no volume total de sangue e a hemoglobina, consiste em um aminoácido que contém átomos de ferro e serve como veículo de transporte de oxigênio e dióxido de carbono no sangue; e ambos, quando deficientes, podem indicar um estado nutricional celular deficitário.

Estudo descritivo prospectivo realizado em Portugal utilizou a escala de Norton como instrumento para avaliação de LP. Nos pacientes sem risco, nenhum desenvolveu LP, sendo que estas só ocorreram nos pacientes com algum grau de risco e quanto mais elevado o risco, maior o número de pacientes com LP. Tal achado evidencia a importância e a efetividade na utilização das escalas de risco para LP.

Estudo realizado em um hospital escola de Petrolina, Pernambuco, observou-se maior incidência de LP em indivíduos com média de idade 45 anos, do sexo masculino. Para FERNANDES e CALIRI (2008), há divergência sobre a associação de LP e sexo no Brasil, sendo esta uma variável não precisa.

Alguns autores citam a maior incidência de LP em pessoas do sexo feminino, em decorrência da maior longevidade dessa população, o que pode levar ao maior acometimento de doenças crônicas.

A idade média de 45 anos encontrada no mesmo estudo está associada às características da população atendida pela instituição. O fator de risco idade está relacionado às mudanças relativas ao processo fisiológico de envelhecimento. No idoso há uma diminuição da eficiência dos sistemas respiratório, circulatório, sensorial, nutricional, gerando comprometimento do fluxo sanguíneo e assim, levando a uma deficiente oxigenação, nutrição e hidratação dos tecidos (ASCARI et al., 2014).

Desde a década de 80, verifica-se uma transição epidemiológica importante, registrada em todas as partes do mundo onde as doenças infecciosas e

parasitárias cedem lugar às doenças crônico-degenerativas, em decorrência do envelhecimento populacional, demandando mais e específicos cuidados de enfermagem. Para os administradores de instituições de saúde e gerentes de enfermagem, as LP por serem um dos agravos aos idosos, representam um grave problema em termos de sofrimento pessoal e econômico, e um desafio à equipe interdisciplinar, uma vez que consomem exorbitantes recursos do sistema de saúde e horas de assistência de enfermagem. Desse modo, uma população que envelhece em número crescente, exige uma política adequada de cuidados e prevenção (ROGENSKI e KURCGANT, 2012).

Assim, o uso de um instrumento ou escala de avaliação de risco de LP facilita a identificação de fatores predisponentes ou de risco para seu desenvolvimento e favorece o planejamento de medidas preventivas para evitar o surgimento dessas lesões. A avaliação de risco deve ser adotada de forma sistematizada e aplicada, tanto na admissão do paciente como durante todo o período de internação.

Sobre a localização das LP, pesquisa realizada em um hospital universitário regional do norte do Paraná, com 51 pacientes internados, demonstrou que 29 (57%) foram considerados com risco de desenvolver LP. Destes, 12 apresentaram algum estágio de LP, sendo que 7 (58%) apresentaram alterações em duas áreas corporais e 5 (47%) em uma área corporal. As duas áreas corporais mais atingidas foram sacro e tornozelo (72%) e cotovelo e maléolo lateral (14%). A alteração em uma área corporal ocorreu em 40% no cotovelo, 20% maléolo lateral e 40% no tornozelo.

Para SILVA et al. (2010), a falta de mobilidade é um dos fatores de risco mais considerados para formação de LP, pois propicia a presença de pressão nos locais de proeminências ósseas, fazendo com que haja destruição tecidual. A fricção e o cisalhamento são significantes fatores de risco para LP. A fricção é criada no momento em que as forças de duas superfícies deslizam uma contra a outra, resultando em abrasão, podendo, muitas vezes, formar flictemas. A força do cisalhamento ocorre em consequência de mobilização ou posicionamentos incorretos, provocando danos em tecidos mais profundos. Isto ocorre quando o paciente é mantido com a cabeceira elevada, em um ângulo acima de 30 graus, possibilitando-lhe escorregar no leito e lesando

principalmente as regiões sacral e cóccix. A mudança de decúbito e o adequado posicionamento no leito são imprescindíveis para a prevenção de LP.

A diminuição da mobilidade, em conjunto com outros fatores, como diminuição de sensibilidade, umidade e desnutrição, torna o organismo ainda mais vulnerável a formação de LP. Na prática dos serviços de saúde, geralmente todos esses fatores apresentam-se associados.

Tabela 5. Relação entre utilização de escalas de prevenção e achados importantes dos estudos.

Autor	Título	Escala	Achados importantes
Barros, et al.	Aplicação de protocolo para prevenção de úlcera de pressão na Unidade de Terapia Intensiva	Braden	<p>A média de permanência na UTI destes 51 pacientes, admitidos sem LP, durante o período de 01 mês, foi de 5,5 dias. Destes 51 pacientes, observou-se que 29 (57%) pacientes foram considerados com risco de desenvolver LP. O restante, 22 (43%) pacientes foi considerado sem risco de desenvolver LP. Analisando o grupo de 29 pacientes com risco de desenvolver LP, verificou-se que 17 pacientes (59%) não apresentaram alterações na pele. Os demais, 12 (41%) pacientes, apresentaram alteração na pele, apesar de serem avaliados, diariamente, pelo protocolo de prevenção para LP. Verificou-se que houve maior frequência de lesões na região sacra, seguidas de lesões no cotovelo e tornozelo. Os 12 pacientes de risco que tiveram alteração na pele, apresentaram os seguintes tipos de lesão: 3 (25%) pacientes apresentaram somente eritema, 3 (25%) pacientes apresentaram somente edema, 4 (33%) pacientes apresentaram eritema e edema, 2 (17%) pacientes apresentaram eritema e ulceração de epiderme. Observou-se que os 12 pacientes de risco que apresentaram alterações na pele, tiveram valores de hemoglobina abaixo de 10g/dl e receberam transfusão de hemoderivados.</p>

Autor	Título	Escala	Achados importantes
Bereta, et al.	Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos	Braden	<p>A média de clientes/dia na unidade de UTI Geral 1 correspondeu a 694 no período de junho de 2009 a maio de 2010. Em relação ao número de pessoas expostas a desenvolver LP obteve-se um total de 812 clientes em doze meses, cuja média foi 67,7 pessoas por mês, com porcentagem de 9,8%, em relação ao total de clientes internados na unidade. Quanto aos casos novos de LP, obteve-se o equivalente a 165 casos, uma porcentagem de 2% e uma média de 13,8 casos/mês.</p> <p>Na UTI Geral 2, a média de pacientes/dia obtida para esta unidade foi de 523. Em relação ao número de pessoas expostas a desenvolver LP, encontrou-se um total de 612 pessoas nos doze meses, cuja média foi 51 clientes por mês e uma porcentagem de 9,7% em relação ao total de clientes internados. Quanto aos casos novos de LP, obteve-se o equivalente a 77 casos, uma porcentagem de 1,2% e uma média de 6,4 casos/mês.</p> <p>Quando comparados os dados de períodos semelhantes entre as duas UTIs estudadas, observou-se que a porcentagem de pessoas expostas foi semelhante, porém a porcentagem de pessoas que desenvolveram LP divergiu, assim como o indicador de LP, demonstrando valores de 20,3% na UTI Geral 1 e 12,6% na UTI Geral 2. Supõe-se que os dados podem não ser corroborados devido à quantidade de clientes da UTI Geral 2 ser inferior ao da UTI Geral 1, pois dos 14.603 clientes/ano, 8.325 clientes/ano estavam internados na UTI Geral 1 e 6.278 na UTI Geral 2.</p>
Holanda, et al.	Efetividade do protocolo para prevenção de lesões por pressão implantado em Unidade de Terapia Intensiva	Braden	<p>Em estudos nacionais e internacionais realizados sobre o levantamento do perfil de pacientes com LP, em UTI, a idade envolve geralmente pacientes idosos. Esta pesquisa foi representada por indivíduos com média de idade 45 anos, do sexo masculino. A diferença na média de idade desta pesquisa pode estar relacionada à caracterização da população atendida na instituição analisada, que é referência para causas externas como acidentes de transporte terrestre, envolvendo comumente indivíduos adultos jovens.</p>

Autor	Título	Escala	Achados importantes
Ito, et al.	Aplicação do protocolo de monitorização em paciente com risco de desenvolver úlcera de pressão: um estudo de caso	Braden	<p>A paciente permaneceu durante todo período de internação classificada como paciente de risco para desenvolvimento de LP, devido aos escores baixos apresentados (<13), tendo média de 11,48. A paciente apresentou durante o período de internação uma média de 9,39 g/dL, de hemoglobina sérica e entre a 13^o a 14^o semana, a paciente apresentou uma redução significativa do nível de hemoglobina sérica (7,8 mg/dL), coincidindo com a época do desenvolvimento da ulceração o que nos leva a considerar a relação da taxa de hemoglobina com a lesão corporal. A paciente apresentou um quadro de eritema e edema durante grande parte do período de internação, apresentando melhora durante as últimas semanas (16^o a 20^o semana). Dentre os cuidados prestados e realizados com maior frequência referem-se a proteção de calcanhares e cotovelos, 135 dias (96,4%), seguido de inspeção diária das áreas de risco e mobilização correta, ambos prescritos por 134 dias (95,7%); manutenção da nutrição e elevação da cabeceira a 30 graus.</p>
Louro, et al.	Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão	Norton	<p>Dos 155 pacientes, 18 apresentavam LP na admissão. Nesses o número de LP por paciente foi de 1,27, com grau e escore médio de 1,7 e 8,2, respectivamente. Durante a internação, 40 pacientes desenvolveram LP, num total de 125 LP. O aparecimento de novas LP ocorreu, em média, no 7^o dia de internação e o seu número variou em média para mais 1,4 úlceras. Em média o grau (estágio) e o escore das LP aumentaram para 2,9 e 12,1, respectivamente. Nos pacientes sem risco, nenhum desenvolveu LP. Só ocorreram LP nos pacientes com algum grau de risco e quanto mais elevado o risco, maior o número de pacientes com LP. Foram cicatrizadas 20 LP. Alguns apresentaram outras LP no momento da alta, num grau (estágio) total médio de 2,2 e escore total médio de 9,2.</p>

Autor	Título	Escala	Achados importantes
Oliveira & Paula	Protocolo clínico para úlceras por pressão: uma ferramenta assistencialista para a práxis de enfermagem	Braden	<p>57% dos enfermeiros recorreram ao protocolo por incerteza clínica e 71% por motivo diferente de incerteza clínica. Nesse sentido, destacaram-se três intervenções mais procuradas para esclarecimento constantes no protocolo: condição nutricional; mudanças de decúbito; e utilização de medicamentos como auxiliares no tratamento.</p> <p>Também recorreram ao protocolo por motivos diferentes de incertezas clínicas, para busca por fortes evidências que os auxiliassem na aplicação de medidas de prevenção como as superfícies de apoio e também busca por recomendações referentes à suplementação dietética, solicitaram mudanças nos algoritmos do protocolo, questionaram quanto a utilização de algumas evidências na prática e sugeriram que fossem acrescentados estudos sobre Papaína e uso de Metronidazol (antibiótico) em feridas infectadas.</p> <p>Observou-se que o instrumento de consulta de enfermagem para ocorrência de feridas (ICEOF) não foi aplicado na admissão do paciente, tampouco a escala de Braden, sendo de suma importância sua aplicação por contribuir na avaliação de riscos do paciente com/ou em risco de desenvolver LP, preenchendo-a somente durante a internação.</p>
Rogenski & Kurcgant	Incidência de úlceras por pressão após implementação de um protocolo de prevenção	Braden	<p>Setenta e oito pacientes considerados de risco para o desenvolvimento de LP, ou seja, que apresentavam escore total na escala de Braden menor ou igual a 16 foram acompanhados durante três meses consecutivos. Desses, 18 desenvolveram o total de 23 LP, representando incidência de 23,1%. Quanto aos escores totais da escala de Braden, os pacientes com LP apresentaram escores predominantemente de alto risco (17-94,4%); apenas um (5,6%) apresentou risco moderado. Já no grupo de pacientes sem LP, 24 (40,0%) eram de alto risco, enquanto que 51,7% eram de baixo risco e 7,4% tinham risco moderado para o desenvolvimento de LP. Em relação à influência da pontuação de risco na escala de Braden (baixo, moderado e alto risco), verificou-se, por meio da análise de regressão logística, que os pacientes de alto risco tinham 25,5 vezes mais chances de desenvolver LP que os pacientes de baixo e moderado risco.</p>

Autor	Título	Escala	Achados importantes conclusão
Vasconcelos & Caliri	Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção em terapia intensiva	Braden	<p>Na análise dos prontuários, identificou-se que o registro da avaliação do risco para LP, na admissão, foi realizado para 22 (57,9%) dos 38 pacientes na fase antes do protocolo e para 34 (77,3%) dos 44 da fase depois ($p = 0,06$). Em todas as avaliações, foi utilizada a Escala de Braden.</p> <p>Considerando os dias subsequentes à admissão, os dados obtidos nos prontuários revelaram que a avaliação do risco não foi registrada para nenhum paciente na fase antes do protocolo, porém, na fase após, foi registrada para 28 (63,6%), evidenciando uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) na adoção da recomendação pelos enfermeiros. No que diz respeito a ação para avaliação das condições da pele, pelos enfermeiros, foram identificados registros em 32 (84,2%) prontuários na fase antes e em 37 (84,1%) depois do protocolo.</p> <p>Os resultados revelaram aumento no número de ações preventivas na fase pós-protocolo em todas as variáveis observadas.</p>

6.3 Elaboração e estratégias de implantação dos protocolos de prevenção

Considera-se fundamental a adoção de protocolos assistenciais e instrumentos preditivos de risco que levem em conta a magnitude dos fatores etiológicos apresentados por cada paciente e sua inter-relação com a LP. Isto auxilia na redução das complicações decorrentes dessas lesões, no tempo de hospitalização, na mortalidade, nos custos terapêuticos e na carga de trabalho da equipe que presta assistência, o que representa um avanço na redução do sofrimento físico e emocional do paciente e seus familiares (BAVARESCO, et al., 2011).

É essencial para a implantação das medidas preventivas um dimensionamento da equipe de enfermagem conforme a demanda de cuidados específicos, pois o excesso da carga de trabalho é um fator diretamente relacionado ao risco de desenvolvimento dessas lesões, interferindo na qualidade da assistência prestada ao paciente, na qualidade de vida dos profissionais e nos custos hospitalares (SANTOS et al., 2013).

Sobre as estratégias de implantação de um protocolo de prevenção de LP, em estudo realizado no hospital universitário regional do norte do Paraná, após a elaboração pelo grupo de enfermeiros do setor, aplicou-se o protocolo durante o período de um mês, na unidade de terapia intensiva, com os seguintes objetivos: – avaliar a eficácia do protocolo elaborado para prevenção de LP; – diagnosticar o paciente com risco de desenvolver LP através da escala de Braden; – monitorar a pele do paciente, diariamente, avaliando as áreas suscetíveis ao aparecimento das LP e os estágios de desenvolvimento das LP; – registrar os níveis de hemoglobina do paciente durante a permanência na UTI; – prescrever cuidados individualizados para prevenção de LP, tendo como base o guia de medidas preventivas.

Em outro estudo realizado em um hospital escola do noroeste paulista, o protocolo assistencial desenvolvido para a prevenção de LP foi elaborado a partir de atividades simples, de baixo custo e fácil execução. O protocolo de prevenção de LP foi elaborado e apresentado a toda a equipe de enfermagem das UTIs Geral 1 e 2, em forma de treinamento ministrado pelos pesquisadores, juntamente com a Comissão Interna de Estudo de Feridas.

As estratégias utilizadas para a construção e implementação do protocolo de prevenção de LP, podem ser utilizadas como parte de educação continuada e capacitação de profissionais nas instituições hospitalares (ROLIM et al., 2013).

Em Portugal, estudo realizado na UTI do hospital Garcia de Orta, sempre que ocorria alteração na integridade da pele, essa era descrita com detalhe na folha de registro criada para tal efeito, como parte integrante do protocolo de prevenção de LP. Neste registro anotavam-se todas as características da lesão: grau da úlcera, localização, escore, tratamento aplicado e data prevista do próximo tratamento.

Na construção do protocolo de prevenção em um trabalho realizado na UTI geral adulto de um hospital de ensino em João Pessoa, utilizou-se a estratégia do grupo focal, num processo de interação e parceria entre a pesquisadora e 55 profissionais de saúde de diversas especialidades que atuavam na UTI. Inicialmente, os resultados obtidos na fase pré-protocolo foram divulgados junto aos profissionais para sensibilizá-los sobre os problemas da prática e persuadi-

los sobre a necessidade de mudanças. Em seguida, as ações para a prevenção da LP foram apresentadas aos profissionais, reunidas em pequenos grupos. Concomitante a apresentação, discutia-se sobre a adequação das ações às necessidades da clientela e à realidade do serviço. Após as discussões, elaborou-se uma síntese das recomendações que comporiam o protocolo a ser utilizado na UTI, a qual foi submetida à avaliação da concordância de todos os profissionais, com obtenção de elevados índices de aceitação.

Para a implementação do protocolo foram desenvolvidas ações educativas que incluíram: curso que abordou a fisiopatologia, fatores de risco, classificação da LP e medidas recomendadas para a prevenção, disponibilização dos slides do curso nos computadores da UTI, distribuição de guia instrucional sobre prevenção de LP, fixação do algoritmo de prevenção nas paredes próximas às unidades dos pacientes, e a pesquisadora permaneceu na UTI por duas semanas para acompanhamento do início da operacionalização do protocolo. Ao término das atividades educativas, a pesquisadora afastou-se do campo por um período de três semanas e retornou para coletar os dados da fase pós-protocolo.

A primeira fase da pesquisa, pré-protocolo, permitiu o conhecimento da realidade referente às condutas preventivas para LP adotadas pelos profissionais de enfermagem, antes da intervenção para construção e implementação do protocolo na UTI. A segunda fase, pós-protocolo, permitiu verificar as mudanças nas ações dos profissionais, após a utilização do protocolo.

Tabela 6. Ações/intervenções de enfermagem nos protocolos de prevenção de lesão por pressão (LP).

Autor	Título	Ações/intervenções de enfermagem continua
Barros, et al.	Aplicação de protocolo para prevenção de úlcera de pressão na Unidade de Terapia Intensiva	<ul style="list-style-type: none"> - termos de identificação do paciente; - escala de Braden; - quadro ilustrativo enfatizando as áreas suscetíveis à LP; - registro das alterações da pele do paciente seguindo os estágios de classificação das LP proposto pelo NPUAP; - espaço delimitado para anotações dos valores de hemoglobina; - guia de medidas preventivas.
Bereta, et al.	Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos	<ul style="list-style-type: none"> - avaliação por meio da escala de Braden; - documentar o índice obtido no prontuário do cliente; - elaboração uma escala de mudanças de decúbito; - indicar descompressão em áreas de pressão quando o cliente estiver impossibilitado de realizar mudança de decúbito; - atentar para ingestão nutricional do cliente; - avaliação da região perineal e perianal, principalmente nos episódios de diarreia e/ou incontinência urinária e solicitar ao médico a prescrição de um produto para a proteção da região, além de utilizar filme transparente para a proteção de áreas submetidas a uma maior pressão.

Autor	Título	Ações/intervenções de enfermagem continua
Holanda, et al.	Efetividade do protocolo para prevenção de lesões por pressão implantado em Unidade de Terapia Intensiva	<ul style="list-style-type: none"> - caracterização sociodemográfica e clínica: sexo; média de idade em anos; média do escore da Escala de Braden; lesão por pressão na admissão; surgimento de lesão por pressão durante o internamento; média do tempo de internamento em dias; estado de procedência; setor de procedência; hipótese diagnóstica; desfecho clínico e setor de destino. - caracterização das LP segundo a região corporal no momento da admissão e durante o internamento: sacra; calcânea; occipital, trocantérica e outros locais. - medidas preventivas de LP durante o internamento: aplicação de aliviadores de pressão na região calcânea; de placas de hidrocolóide regular na região sacra e aplicação preventiva de coxins.
Ito, et al.	Aplicação do protocolo de monitorização em paciente com risco de desenvolver úlcera de pressão: um estudo de caso	<ul style="list-style-type: none"> - monitorização das áreas de risco para o desenvolvimento de LP através do exame físico diário; - registro dos níveis de hemoglobina; - prescrição das medidas preventivas, diariamente.
Louro, et al.	Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão	<ul style="list-style-type: none"> - sexo e idade; - APACHE II e SAPS 2; - dias de internação; - diagnóstico; - aplicação da escala de Norton; - aplicação de medidas de prevenção; - dia de aparecimento e progressão da LP.

Autor	Título	Ações/intervenções de enfermagem conclusão
Oliveira & Paula	Protocolo clínico para úlceras por pressão: uma ferramenta assistencialista para a práxis de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - preenchimento da escala de Braden na admissão do paciente; - preenchimento da escala de Braden durante a internação; - implementação de diagnósticos de enfermagem; - implementação das intervenções de enfermagem; - registro da evolução da ferida; Identificação da classificação das LP; <ul style="list-style-type: none"> - registro das dimensões, estado da pele, aspecto, exsudato, dor em lesões de LP.
Rogenski & Kurcgant	Incidência de úlceras por pressão após implementação de um protocolo de prevenção	A escala de Braden deverá ser aplicada pela enfermeira, na admissão de todos os pacientes, no momento da avaliação de enfermagem. E, se o escore de Braden for igual ou menor a 16, todas as medidas preventivas deverão ser instituídas.
Vasconcelos & Caliri	Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção em terapia intensiva	O protocolo contém 74 recomendações que incluem ações para: avaliar o risco para LP, avaliar a pele, controlar a umidade, otimizar o estado nutricional e hidratação, minimizar o comprometimento da percepção sensorial, mobilidade e atividade, minimizar a fricção e cisalhamento, educar e supervisionar, documentar as ações, orientar o processo de trabalho da equipe.

6.4 Principais resultados e conclusões encontrados após a implantação dos protocolos de prevenção

Todos os trabalhos encontrados demonstraram melhora nos resultados após a implementação dos protocolos de prevenção de LP. Esses resultados foram observados tanto na qualidade da assistência, com redução de incidência de LP, diminuição de dias de internação, quanto na padronização das condutas relacionadas a esse cuidado, com o aprimoramento profissional da equipe de enfermagem.

Em estudo realizado na UTI de um hospital universitário de Petrolina, Pernambuco, houve redução significativa de LP durante o internação (36,6% para 12,3%), da média do tempo de internação (de 11,4 para 7,1 dias), bem como o surgimento de lesão por pressão em regiões calcânea (25,7% para 3,7%) e sacra (9,9% para 2,8%), após a implantação de medidas preventivas para o desenvolvimento de LP.

Com relação aos cuidados de enfermagem na prevenção de LP, um estudo de caso realizado no hospital universitário da região norte do Paraná destacou-se o risco para a paciente desenvolver LP, com escore de 11,48 pela escala de Braden, sendo o mesmo monitorado com o protocolo. A paciente apresentou apenas um episódio de início de ulceração sendo intensificadas as medidas preventivas, com regressão completa do quadro, permanecendo assim até seu óbito. Dentre os cuidados prestados, os realizados com maior frequência, 135 dias (96,4%), referem-se a proteção de calcanhares e cotovelos, seguido de inspeção diária das áreas de risco e mobilização correta, ambos prescritos por 134 dias (95,7%); manutenção da nutrição e elevação da cabeceira a 30 graus realizados por 133 dias (95%); mudança de decúbito de 2/2 horas, executado durante 132 dias (94,3%).

Estudo realizado na UTI de um hospital português foram incluídos 155 pacientes. Dezoito apresentavam LP na admissão e 40 a desenvolveram durante a internação, totalizando 125 LP. A prevalência foi de 37,41% e a incidência de 25,8%. O aparecimento de novas LP ocorreu, em média, no 7º dia de internação. Dos pacientes internados 79% mantiveram-se estáveis e/ou melhorados. Na alta, o número de LP foi significativamente maior nos pacientes

classificados como de alto risco avaliados pela escala de Norton. Os pacientes que evoluíram para óbito apresentaram mais LP que os demais. Foi constatado que quanto maior o tempo de internação maior a prevalência de LP na data da alta.

O indicador em saúde é definido como uma unidade de medida de uma atividade com a qual se está relacionado ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades do serviço de suporte. O uso constante de indicadores permite melhorar a qualidade da assistência, fortalecer a confiança da clientela, atender às exigências de órgãos financiadores, reduzir custos, além de estimular o envolvimento dos profissionais (SILVEIRA et.al, 2015). Em estudo realizado em um hospital escola do noroeste paulista, foi implementado o uso de indicador de LP. Constatou-se que a LP é um evento de elevada incidência em UTI, apesar de ser facilmente prevenida.

Em estudo desenvolvido na UTI de um hospital escola da cidade de São Paulo, a maioria dos pacientes com LP possuía doença associada que comprometia o sistema cardiovascular ou respiratório (61,1%), sistema endócrino (38,9%) e faziam uso de medicamentos cardiotônicos (55,6%) e analgésicos /anti-inflamatórios esteroides e não esteroides (33,3%). Nesse sentido, salienta-se a importância da atuação da equipe de enfermagem, na aplicação de estratégias de prevenção, de forma sistematizada e rotineira, nas mudanças de decúbito, colocação de colchões adequados para o alívio da pressão, bem como das demais medidas preconizadas em protocolos pré-estabelecidos.

No mesmo estudo ao se buscar os fatores de risco mais importantes, no estabelecimento dos escores médios totais obtidos na escala de Braden, nos pacientes com LP, a umidade, a percepção sensorial e a mobilidade ocuparam o primeiro, segundo e terceiro lugares, respectivamente. Ressalta-se que a umidade, ao alterar o pH da pele (levemente ácido 5,5), tornando-o básico, fragiliza a pele, deixando-a mais susceptível à fricção e ao cisalhamento. Somado a esse fator, o rebaixamento da percepção sensorial reduz a sensação de dor ou desconforto, com conseqüente falta de estímulo para que o paciente se mova em busca de alívio, tornando-o, assim, mais susceptível ao

desenvolvimento de LP. Esses resultados enfatizam a necessidade de serem reforçadas orientações específicas, com vistas à priorização de cuidados e otimização de recursos.

Estudo realizado em UTI de um hospital de ensino, em João Pessoa, Paraíba, observou-se maior frequência de ações preventivas na fase pós-protocolo em todas as variáveis observadas, principalmente das ações: avaliação do risco para lesões por pressão nos dias subsequentes à admissão, observação de proeminências ósseas e aplicação de hidratante em todas as regiões corporais, elevação do paciente do leito na movimentação, proteção de proeminências ósseas do joelho e elevação do calcâneo. Mudanças de comportamento dos profissionais de enfermagem foram observadas tanto nas práticas relacionadas à avaliação dos pacientes quanto ao risco e condições da integridade da pele como nas intervenções, durante o banho no leito, recomendadas para controle dos fatores de risco.

Para PIMENTA et al. (2015), os protocolos assistenciais devem ter boa qualidade formal, serem de fácil leitura, válidos, confiáveis, terem conteúdo baseado em evidências científicas, serem corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Tudo isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado).

Tabela 7. Principais resultados e conclusões encontrados após a implantação dos protocolos de prevenção de lesão por pressão (LP).

Autor	Título	Principais resultados continua
<p>Barros, et al.</p>	<p>Aplicação de protocolo para prevenção de úlcera de pressão na Unidade de Terapia Intensiva</p>	<p>Verificou-se que o protocolo elaborado é um instrumento eficaz para o trabalho preventivo de LP. Foi possível fazer com segurança o diagnóstico do paciente com risco de desenvolver úlcera de pressão utilizando a Escala de Braden.</p> <p>O protocolo permitiu o registro das condições da pele do paciente, através dos quadros das áreas suscetíveis e estágios de desenvolvimento das LP, durante todos os dias de permanência na unidade.</p> <p>O guia de medidas preventivas direcionou a prescrição de cuidados individualizados para cada paciente.</p> <p>O protocolo promoveu resolutividade diante do problema LP e melhorou a assistência prestada ao paciente neste aspecto.</p> <p>Os auxiliares e técnicos de enfermagem incorporaram a vivência desta pesquisa no dia-a-dia de trabalho. Eles se tornaram mais atentos aos cuidados de prevenção prescritos e, ademais, mais eficientes na execução destes cuidados.</p>

Autor	Título	Principais resultados continua
Bereta, et al.	Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos	<p>O protocolo propôs o emprego sistematizado das atividades de prevenção, objetivando reduzir a incidência de LP, facilitando, por consequência, o trabalho assistencial de enfermagem, além de oferecer satisfação ao cliente e à família mediante um cuidado mais qualificado.</p> <p>A LP consiste num problema de saúde com elevada incidência em UTI. O evento aumenta o tempo de hospitalização dos pacientes e, conseqüentemente, os gastos com internações.</p> <p>O uso do indicador de qualidade de incidência de LP mostrou-se favorável e exequível, justificando a importância e a necessidade da implantação do cuidado de enfermagem para a prevenção deste tipo de lesões.</p> <p>A incidência de LP mostrou-se elevada, concorrendo para que medidas fossem adotadas para a sua redução.</p>
Holanda, et al.	Efetividade do protocolo para prevenção de lesões por pressão implantado em Unidade de Terapia Intensiva	<p>A implantação do protocolo possibilitou o direcionamento e consequente mudança nas ações da equipe multiprofissional, resultando em benefícios não só com relação à prevenção de LP, mas também à qualidade da assistência.</p> <p>Foi comprovada a efetividade da implantação do protocolo para prevenção de LP na UTI analisada, a partir dos resultados que evidenciaram uma redução significativa no surgimento de LP durante o internamento. As variáveis: tempo de internamento; hipótese diagnóstica; aplicação preventiva de coxins; e o surgimento de LP nas regiões calcânea e sacra, apresentaram diferenças significativas, após a implementação do protocolo.</p>

Autor	Título	Principais resultados continua
Ito, et al.	Aplicação do protocolo de monitorização em paciente com risco de desenvolver úlcera de pressão: um estudo de caso	Constatou-se a efetividade do protocolo de monitorização de pacientes com risco de desenvolver úlcera de pressão internados por longo período, uma vez que foi possível verificar que a paciente deste estudo de caso, mesmo com todos os fatores predisponentes ao desenvolvimento de uma úlcera de pressão, permaneceu a maior parte do período de internação até a data de óbito, sem apresentar nenhuma lesão cutânea, excetuando-se o período referente à reação medicamentosa.
Louro, et al.	Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão	<p>Verificou-se que nos pacientes em que ocorreu o cumprimento na totalidade do protocolo de prevenção, o escore e grau total das LP foi significativamente inferior em relação aos outros.</p> <p>A aplicação do protocolo de prevenção foi eficaz em 79% dos pacientes. O aparecimento das UP ocorreu frequentemente nos pacientes mais graves e apareceram, em média, no 7º dia de internação.</p> <p>As medidas de prevenção devem ser a prioridade máxima das instituições. Estas medidas passam por equipar as unidades hospitalares com material de alívio de zonas de pressão, monitorizar o grau de risco, incidência e prevalência. Elas devem ser o primeiro passo para a implementação de protocolos de prevenção e para a sensibilização das equipas para a problemática das LP.</p>

Autor	Título	Principais resultados
<p>Oliveira & Paula</p>	<p>Protocolo clínico para úlceras por pressão: uma ferramenta assistencialista para a práxis de enfermagem</p>	<p>O processo de elaboração de um protocolo estimula a atualização e gera ambiente de reflexão sobre a prática estabelecida. Observou-se de forma não quantificada, que a autoestima do profissional envolvido com os protocolos melhora. Consequentemente, melhora a prática clínica e a pesquisa, fundamentando o cuidar em enfermagem. Concluiu-se que o enfermeiro vem buscando estratégias de prevenção, avaliação e tratamento do processo de cicatrização, visando promover condições que favoreçam uma cicatrização eficaz, sem maiores complicações ou comprometimentos. Assim, o acesso dos profissionais a recursos materiais adequados, treinamentos específicos e desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, são fatores indispensáveis para que possam ser viabilizadas as condições necessárias para o estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes constantes nos protocolos.</p>

continua

Autor	Título	Principais resultados conclusão
Rogenski & Kurcgant	Incidência de úlceras por pressão após implementação de um protocolo de prevenção	<p>Os resultados encontrados revelaram diminuição acentuada de incidência de LP na instituição, após a implementação dos protocolos de avaliação de risco e de prevenção, confirmando que essas ferramentas são fundamentais e de impacto no controle da incidência de LP, quando utilizadas sistematicamente.</p> <p>Viu-se que a incidência encontrada nesse estudo (23,1%) mostrou-se inferior àquela apontada em estudo similar, desenvolvido na mesma instituição (41,02%), antes da implementação dos protocolos.</p>
Vasconcelos & Caliri	Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção em terapia intensiva	<p>Os resultados obtidos mostraram que a intervenção para construção e implementação do protocolo de prevenção de LP, influenciou a adesão ao uso das recomendações baseadas em evidências científicas, pelos profissionais de enfermagem na UTI estudada. As atividades e estratégias utilizadas para a construção e implementação do protocolo de prevenção de LP na UTI, podem ser utilizadas como parte de iniciativas para educação e capacitação de profissionais nesta e em outras instituições. Desse modo, sugere-se que iniciativas semelhantes, envolvendo docentes/pesquisadores de instituições de ensino superior de enfermagem e os profissionais do serviço, sejam realizadas no sentido de contribuir para incorporação das evidências científicas no campo da prática.</p>

7. Considerações finais

Concluindo a presente revisão integrativa da literatura é possível constatar que a LP é um evento complexo, multifatorial, causado por vários fatores que estão relacionados às condições clínicas do paciente. Associar a LP apenas às falhas na assistência de enfermagem é desconhecer todo o processo fisiopatológico da LP incluindo os fatores de risco como a imobilidade e a perda sensorial. É necessária uma visão holística dessa complicação, o que envolve um processo de interação simultânea e interdependente entre os profissionais de saúde. Porém, é evidente que a assistência de enfermagem é a base dos cuidados para a prevenção.

Os estudos desta revisão relatam que a escala preditiva de risco de LP utilizada pela maioria dos protocolos foi a Escala de Braden, corroborando com outros estudos que relatam que esta escala é a mais utilizada no Brasil e que as equipes que incorporaram o protocolo em sua prática assistencial tem redução da incidência de LP.

Os protocolos de prevenção de LP são instrumentos importantes para manutenção de um cuidado integral e com qualidade, habilitando os profissionais e identificando os pacientes em risco para adequada sistematização do cuidado. Os protocolos assistenciais em enfermagem devem atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências e às normas e da instituição onde será utilizado.

Observou-se, a partir deste estudo de revisão, que na análise da produção brasileira em torno da temática de implantação de protocolos de prevenção de LP, a produção de conhecimento é limitada, com poucos trabalhos abordando tal a temática, sugerindo que mais pesquisas se concentrem nesta área de conhecimento.

Porém, os estudos já realizados demonstraram efetividade na implantação dos protocolos de prevenção de LP, uma vez que reduziram as taxas de incidência de LP através de medidas adotadas pela equipe de enfermagem.

A enfermagem, por ser responsável pelo cuidado direto aos pacientes e por ser a maior concentração de profissionais em instituições de saúde deve buscar conhecimento com embasamento científico, visando o aprimoramento profissional e, conseqüentemente, melhoria na qualidade do cuidado prestado.

Muitos obstáculos ainda precisam ser superados, como a escassez de recursos disponíveis e a sobrecarga de trabalho da enfermagem. Os administradores e gestores dos serviços de saúde precisam buscar estratégias para o melhor investimento dos recursos disponíveis, principalmente ao que se refere ao dimensionamento e capacitação dos profissionais.

Em decorrência das lacunas evidenciadas e os resultados encontrados nos artigos incluídos nesta revisão integrativa, entendemos ser necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de pesquisas com delineamentos que produzam evidências fortes relativas ao tema investigado, principalmente na realidade da prática da enfermagem brasileira.

8. Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE A.M. et al. Avaliação e prevenção da úlcera por pressão pelos enfermeiros de terapia intensiva: conhecimento e prática. **Rev. Enferm. UFPE online**. Recife, 8(2):229-30; fev. 2014.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2017. **Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde**. Brasília (DF): 2017.

ALMEIDA, R. A. D. et al. Avaliação da utilização de protocolos na prevenção de úlceras por pressão. **Rev. Ciência & Saúde**. Porto Alegre. v. 5, n. 2, p. 125-131; jul./dez. 2012.

ARAÚJO, T.M.; ARAÚJO M.F.M.; CAETANO J.A. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Rev. Paul. Enferm**. São Paulo: 2011.

ASCARI, R.A. et al. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Braz. J. Surg. Clin. Res**. Santa Catarina, v.6, n.1, pp.11-16; mar./mai. 2014.

BARROS, S.K.S.A. Aplicação de protocolo para prevenção de úlcera de pressão em Unidade de Terapia Intensiva. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, v. 23, p. 25-32; jan./dez. 2002.

BAVARESCO, T.; MEDEIROS, R.H.; LUCENA, A.F. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 703-710; dez. 2011.

BERETA, R.P. Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos. **Rev. Cuid. Enferm**. 4(2): 80-86; jul./dez. 2010.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136; mai./ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**.

Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília (DF), 168p; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** Brasília (DF). 2013.

CAMANHO, G.L. Editorial: nível de evidência. **Rev. Bras. Ortop.** São Paulo, v. 44, n. 6, p. 01-02; 2009.

CARRARO, T.E., et al.. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. **Rev .Gaúcha Enferm.** 33(3):14-9; 2012.

CIARCKE, H.F. et al. Pressure ulcers: implementation of evidence-based nursing practice. **J. Adv. Nurs.** 49(6):578-90; nov. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei nº 7.498, 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e das outras providências. 1986. Disponível em: <http://site.portalfcofen.gov.br/node/4173>. Acesso em fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 311/07. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2015. Disponível em: <http://portaldabioetica.com.br/legislacao/9.pdf>. Acesso em fev. 2019.

CONSTANTE, S.A.R.; OLIVEIRA, V.C. Lesão por pressão: uma revisão integrativa. **Rev. Psicol. Saúde e Debate.** 4(2):95-114; jul. 2018.

COSTA, I.G., et al. Incidência de úlcera por pressão na UTI de um hospital público de Mato Grosso, Brasil. **Rev Estima.** 9(3); 2011.

CREMASCO, C.F. et al. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta Paulista Enferm.** São Paulo, v.22, n. especial, p 897-902; dez. 2009.

DANTAS, A.L.M. et al. Prática do enfermeiro intensivista no tratamento de úlceras por pressão. **J. Res.: Fundam. Care,** v.6, n.2, p.716-724; abr./jun. 2014.

DANTAS, D.V.; TORRES, G.V.; NEVES, R.A. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. **Cienc. Cuid. Saude**, Rio Grande do Norte, v. 10, n. 2, p. 366-372; abr./jun. 2011.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

DEBON R. et al. A visão de enfermeiros quanto a aplicação da escala de Braden no Paciente Idoso. **Rev. Fund. Care Online**. 10(3):817-823; jul./set. 2018.

DOMANSKY, R.C.; BORGES, E.L. **Manual para prevenções de lesão de pele**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2012.

FERNANDES, L.M.; CALIRI, M.H.L. Uso da Escala de Braden e de Glasgow para identificação de risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 16(6): 973-8; 2008.

FERNANDES, L.M. et al. Associação entre predição para lesão por pressão e marcadores bioquímicos. **Rev. Rene**. 17(4):490-7; jul./ago. 2016.

GEOVANINI, Telma. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. SP: Rideel; 2014.

GOMES F.S.L. et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos centro de terapia intensiva de adultos. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo: 2010.

GOMES, F.S.L. et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, nº 2, p. 313-18; 2011.

HESS, C.T. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 226 p.; 2002.

HEY, A.P., et al. Compreensão do enfermeiro como articulador de medidas preventivas de úlceras por pressão na unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm, UFPE online**. Recife, 7(9):5590-9; set. 2013.

HOLANDA, O.Q. Efetividade do protocolo para prevenção de lesões por pressão implantado em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Espaço para a Saúde**. 19(2):64-74; dez. 2018.

ITO, P.E., et al. Aplicação do protocolo de monitorização em paciente com risco de desenvolver úlcera de pressão: um estudo de caso. **Arq. Ciênc. Saúde**. Unipar, Umuarama, v.8(1); jan./abr. 2004

JOHNSON, M. et al. **Ligações NANDA – NIC – NOC: condições clínicas: suporte ao raciocínio de qualidade**. Rio de Janeiro: Elsevier; 422 p.; 2012.

LIMA, S.B.; ERDMANN, A.L. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paul. Enferm.** 19(3):271-8; 2006.

LOURO, M. et al. Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. **Rev. Bras. de Ter. Intensiva**. 19(3); jul./set. 2007.

MATOS, G. A. **Protocolos de Enfermagem: Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. 1.ed. Rio de Janeiro: HEMORIO, 21p.; 2010. Disponível em: http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Protocolo_ulcera.pdf. Acesso em mai. de 2018.

MAZZO, et al. Ensino de prevenção e tratamento de lesão por pressão utilizando simulação. **Escola Anna Nery**. Ribeirão Preto (SP), 22(1); 2018.

MEDEIROS, A.B.F.; LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, 43(1); 2009.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 17(4):758-64; out./dez. 2008.

MENEGON, D.B. et al. Implantação do Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera de Pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev. do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2007.

MORAES, J.T., et al. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Enferm. Cent. O. Min.** 6(2):2292-2306; mai/ago. 2016.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised. Washington, 2016; Disponível em: <http://www.npuap.org/about-us/>. Acesso em out. 2017.

Organização Nacional de Acreditação. **A saúde no Brasil: agora tem um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade**. Brasília (DF): 2000.

PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 33 (nº esp): 191-206; 1999.

PAULA, A.B.R; OLIVEIRA, F.B.M. Protocolo clínico para úlceras por pressão: uma ferramenta assistencialista para a práxis de Enfermagem. **Rev. Ciên. e Saberes**. 1(1): 17-24; ago./out. 2015.

PANCORBO-HIDALGO, P.L. et al. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas. **Gerokomos**, Barcelona, v.19, n.2, p.40-54; jun. 2008.

PELLIZZON, R.F. Pesquisa na área da saúde. Base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). **Acta Cir. Bras.** - Vol 19 (2); 2004.

PIMENTA, C.A.M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem** – São Paulo: COREN-SP; 2015.

POTT, E.S., et al. Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. **Cogitare Enferm.** 18(2):238-44; abr./jun. 2013.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2013.

ROCHA A.B.L., BARROS S.M. O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da Escala de Waterlow. **Rev. Paul. Enferm.** São Paulo: 2007.

ROGENSKI, N.M.B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 20(2); mar./abr. 2012.

ROGENSKI, N.M.B.; SANTOS V.L.C.G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 13(4):474- 80; jul./ago., 2005.

ROLIN A.J.; VASCONCELOS J.M.B.; CALIRI M.H.L.; SANTOS I.B.C. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Rev. Rene.** Fortaleza (CE), 14(1): 148-57; 2013.

ROGENSKI, N.M.B.; KURCGANT, P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 24-28; 2012 .

ROGENSKI N.M.B.; KURCGANT P. Incidências de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 20(2); 2012.

SALDANHA, O.C.A. et al. Elaboração de um protocolo de prevenção de úlcera por pressão. **Salus J Health Sci.** 2(2): 48-63; 2016.

SANTOS M.P.; NEVES R.C.; SANTOS, C.O. Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. **Rev. Enfer. Contemporânea.** 2(1):19-31; ago., 2013.

SCHNEID, S. Protocolos Clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Rev. AMRIGS.** Porto Alegre, p.104-114; abr./jun., 2003.

SERPA, L.F.et al. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto (SP), v. 19, nº 1; jan./fev., 2011.

SILVA, E.W.N.L. et al . Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 175-185; jun., 2010 .

SILVA, M.R.V.; DICK, N.R.M.; MARTINI, A.C. Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, Porto Alegre, 2(2):339-346; mai./ago., 2012.

SILVEIRA, T.V.L., et al. Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Vol.36, n.2, pp.82-88; 2015.

SOARES, C. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem . **Rev. da Esc. de Enferm. da USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345; abr., 2014.

SOBEST. Classificação das Lesões por Pressão - Consenso NPUAP 2016 - Adaptada Culturalmente para o Brasil. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em 30 jul. 2017.

SOARES, C.B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo; 48(2):335-45; 2014.

SOARES, R.S.A. et al. Protocolos de prevenção e tratamento de úlceras por pressão: análise da produção brasileira. **Saúde (Santa Maria)**, Suplemento - Artigos de revisão, p. 63-72; jul. 2016.

SOUZA, C.T; PRADO R.T.; A utilização da Escala de Braden na UTI para prevenção de úlcera por pressão. **Rev. EDUC - Faculdade de Duque de Caxias**, v. 03- nº 1; jan./jun., 2016.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, 8(1):102-6; 2010.

STEIN, E. A. et al. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. de Pesq. Cuidado é Fundamental**, v.4, n.3, p.2605-2612; ago. 2012.

STUQUE, A.G. et al. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 272-82; mar./abr. 2017.

Vasconcelos, J.M.B.; Caliri, M.H.L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery**. 21(1); 2017.

VIEIRA, C. P. de B. et al. Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 650-8; jul./ago. 2014.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J. Adv. Nurs**. 52(5):546-53; 2005.

Apêndice 1

Nome da pesquisa	Título e ano	Local de estudo	Periódico
Base de dados	Amostra	Achados importantes	