

## ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES IDOSOS DE ACORDO COM A NANDA-I

Belarmino Santos de Sousa Júnior<sup>1</sup>; Fernando Hiago da Silva Duarte<sup>2</sup>; Debora Lenise da Silva Félix<sup>3</sup>; Sônia Maria da Silva<sup>4</sup>; Ana Elza Oliveira de Mendonça<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Enfermeiro. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva (FAMEC/RN). Mestrando em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal RN, Brasil. E-mail: sousajunior@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeiro. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva (FAMEC/RN). Mestrando em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal RN, Brasil. E-mail: fernandohiago@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Centro Universitário Facex. Natal/Brasil. E-mail: deboralenisefelix@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica de Enfermagem da UNIRN. Natal RN, Brasil. E-mail: soninhasmsilva@gmail.com

<sup>5</sup> Professora orientadora. Enfermeira. Mestre em enfermagem/UFRN; Doutora em Ciências da Saúde/UFRN. Professora Adjunta da UFRN. E-mail: anaelzaufnr@gmail.com

### Resumo

**Objetivo:** analisar os fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem risco de lesão por pressão de acordo com a taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) em pacientes idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Métodos:** estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado entre janeiro e maio de 2015, na UTI de um Hospital da rede privada de saúde, no Nordeste do Brasil. A amostra foi composta por 30 idosos, e os dados foram coletados através de um formulário específico e exame físico, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** elencou-se 20 fatores de riscos, os mais prevalentes foram: escore na Escala de Braden <18, agentes farmacológicos, alteração na função cognitiva, redução na mobilidade, alteração na sensibilidade, atrito em superfície, forças de cisalhamento, pressão sobre proeminência óssea, umidade da pele, incontinência, uso de lençóis com propriedade insuficiente de redução da umidade, déficit do autocuidado, nutrição inadequada e redução na perfusão tissular. **Conclusão:** a identificação dos fatores de risco de lesão por pressão reforça a importância da implantação do processo de enfermagem a esses pacientes, colaborando com o planejamento das ações do enfermeiro fundamentadas e adequadas de acordo com as necessidades de cada indivíduo. **Palavras-chave:** Úlcera por pressão, Diagnóstico de enfermagem, Cuidados de enfermagem.

### Introdução

A discussão sobre a qualidade da assistência à saúde é algo presente em âmbito nacional e internacional, desde a década de 80, em razão do envelhecimento global da população, dos escassos recursos disponíveis e dos altos custos para manutenção dos serviços. Assim, para os gerentes de enfermagem e administradores de serviços de saúde as Lesões por Pressão (LP) representam um grave problema e um desafio à equipe, em termos de sofrimento pessoal e econômico, uma vez que consomem demasiadas horas de enfermagem e recursos do sistema de saúde (ROGENSKI; KURCGANT, 2013).

O desenvolvimento das LP está etiologicamente associado a dois fatores determinantes, a duração e a intensidade da pressão. Tais lesões ocorrem quando a área afetada sofre morte celular, caracterizado pela compressão entre uma superfície rígida e uma proeminência óssea por um período de tempo prolongado. Outros fatores potencializam a sua ocorrência, como os fatores intrínsecos e extrínsecos (SILVA et al., 2013).

Os fatores intrínsecos ao paciente, são os relacionados a idade, imobilidade, a idade, estado nutricional, anemia, infecção, incontinência e sensibilidade cutânea. Já, no que concerne aos fatores extrínsecos, decorrentes do ambiente, destacam-se: cisalhamento do lençol, umidade, higiene deficiente, ausência de mudança de decúbito, uso de instrumentos ortopédicos, sondas fixadas de forma inadequada, uso incorreto de agentes físicos e químicos, tipos de colchões e assentos inadequados (ALVES et al., 2014).

Assim, compreende-se que as LP são uma das complicações frequentes em pacientes idosos internados na UTI, uma vez que estes estão expostos a fatores de risco para seu desenvolvimento, como: idade, déficit no estado nutricional, estado geral comprometido, inconstância hemodinâmica, limitação da mobilidade decorrentes de patologias diversas ou sequelas destas (ROGENSKI; KURCGANT, 2013).

No ambiente de terapia intensiva, a enfermagem possui uma metodologia própria de trabalho, fundamentada em um processo sistemático para proporcionar o cuidado ao paciente. O Processo de Enfermagem (PE) é definido por uma conduta deliberada de resolução de problema para atender às necessidades de enfermagem e de cuidados de saúde das pessoas. Esse processo é formado pelas seguintes etapas: Histórico; Diagnósticos de enfermagem; Planejamento das ações; Implementação; e Evolução (SMELTZER; BARE, 2011; NANDA, 2015).

Com o intuito em corroborar com a etapa diagnóstico da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), no que se refere ao processo de enfermagem voltado a pacientes com risco no surgimento de lesões por pressão, a NANDA I, incluiu um novo DE denominado Risco de Úlcera

por Pressão (00249), encontrado no domínio 11, segurança/proteção, na classe 2 de lesão física. Tal DE, é norteado por quarenta e dois fatores de riscos respaldados cientificamente pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), esta, é referência internacional para as LP (NANDA, 2015; NPUAP, 2014 CRUZ et al., 2016).

Anteriormente, o DE da NANDA I que traduzia melhor a vulnerabilidade do paciente à LP era o Risco de Integridade da Pele Prejudicada (00047), que abordava aspectos gerais inerentes a integridade tissular. Com o novo DE pode-se perceber fatores específicos que colaboram para o desenvolvimento das LP, e para a identificação destes, utilizando-se de vários instrumentos, dentre eles o que mais utilizado é a Escala de Braden (EB), que avalia o risco do paciente em desenvolver tais lesões (BAVARESCO; LUCENA, 2013).

A NPUAP, em março de 2016, modificou a nomenclatura que de Úlcera por Pressão passa a ser Lesão por Pressão, por fatores relacionados ao entendimento dos profissionais, porém o diagnóstico ainda consta na terminologia anterior.

O objetivo do estudo foi analisar os fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem risco de lesão por pressão de acordo com a taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) em pacientes idosos internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Espera-se que, os resultados desse estudo possam auxiliar no direcionamento do trabalho do enfermeiro para a implementação da sistematização da assistência aos pacientes críticos e consequentemente da melhoria da qualidade assistencial em UTI.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa, envolvendo pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), realizado em um Hospital da rede privada de saúde, no município de Caruaru PE, no período de janeiro a maio de 2015.

A população foi constituída por pacientes idosos de ambos os sexos admitidos na UTI durante a realização do estudo. Para a composição da amostra adotou-se os seguintes critérios: ter mais de 60 anos; não apresentar lesão por pressão no momento de admissão na UTI; pacientes acamados considerados críticos, permanecer na UTI no mínimo por 72 horas. Os critérios de exclusão foram: ser transferido para outra unidade hospitalar; obter alta da Unidade de Terapia Intensiva; paciente evoluir a óbito.

Após aplicação dos critérios de seleção, foram recrutados 30 pacientes, que compuseram a amostra deste estudo.

A primeira parte da coleta de dados aconteceu através de um roteiro de entrevista segundo os domínios da taxonomia II da NANDA. Foram analisados os prontuários dos pacientes, exames laboratoriais, exame físico e clínico além de registros no prontuário como prescrições e evoluções médicas e de enfermagem, a fim de verificar a frequência de algum dos quarenta e dois fatores publicados na NANDA-I. No entanto, para auxiliar na identificação dos fatores supracitados utilizou-se a Escala de Braden (EB), que mostrou ser mais adequada aos pacientes do estudo. Este instrumento determinou o risco/exposição do paciente em desenvolver UP, constados na NANDA-I.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado por todos os pesquisados e/ou seu responsável, no qual os foi assegurado o sigilo dos dados e o anonimato. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, parecer nº 420010, em observância a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **Resultados e discussão**

Os dados sociodemográficos da amostra pesquisada, revelaram que dos 30 pacientes analisados, 80,0% eram do sexo feminino e 20,0% do masculino. Observou-se que o tempo de permanência na UTI variou de 5 a 25 dias.

Em relação aos dados da sistematização da assistência de enfermagem junto ao paciente crítico, observou-se todos os fatores de risco necessários a identificação do diagnóstico de enfermagem risco para lesão por pressão, a ser utilizado para fomento técnico-científico no âmbito assistencial.

A partir do julgamento clínico dos problemas reais e potenciais dos pacientes, foram estabelecidos 20 fatores de risco para o DE risco para lesão por pressão, dispostos no quadro 1, de acordo com a sua frequência, sendo comentado aqueles que atingiram um percentual maior ou superior a 50,0%.

---

<b>Fatores de risco</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
-------------------------	----------	----------

---

(83) 3322.3222

contato@cneh.com.br

**www.cneh.com.br**

<b>Escore na Escala de Braden &lt;18</b>	30	100,0
<b>Agentes farmacológicos</b>	30	100,0
<b>Alteração na função cognitiva</b>	30	100,0
<b>Redução na mobilidade</b>	30	100,0
<b>Alteração na sensibilidade</b>	30	100,0
<b>Atrito em superfície</b>	30	100,0
<b>Forças de cisalhamento</b>	30	100,0
<b>Pressão sobre proeminência óssea</b>	30	100,0
<b>Umidade da pele</b>	30	100,0
<b>Incontinência</b>	30	100,0
<b>Uso de lençóis com propriedade insuficiente de redução da umidade</b>	30	100,0
<b>Déficit do autocuidado</b>	30	100,0
<b>Nutrição Inadequada</b>	30	100,0
<b>Redução na perfusão tissular</b>	30	100,0
<b>Extremos de idade</b>	30	100,0
<b>Doença Cardiovascular</b>	26	86,6
<b>Gênero Feminino</b>	24	80,0
<b>Extremos de peso</b>	19	63,3
<b>Circulação prejudicada</b>	16	53,3
<b>Desidratação</b>	16	53,3

Quadro 1. Distribuição da frequência (n=30) dos fatores de risco identificados nos participantes do estudo. Caruaru/PE, 2015.

A Escala de Braden (EB) foi construída por Braden e Bergstrom, com o objetivo de diminuir a incidência de UP no serviço onde trabalhavam (BRADEN; BERGSTROM, 1989). Ela foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Wana Paranhos em 1999, permitindo adequada utilização no Brasil. A EB está amparada na fisiopatologia das UP e permite uma avaliação dos aspectos relevantes ao desenvolvimento da lesão, segundo seis parâmetros: percepção sensorial, umidade, mobilidade e atividade, nutrição, fricção e cisalhamento. Os cinco primeiros subescores recebem uma pontuação que varia de um a quatro, enquanto que fricção e cisalhamento, de um a três. A soma de cada subescore resulta na estratificação em faixas, em que os menores valores indicam as piores condições (FREITAS et al., 2013). Assim, 100% dos sujeitos do estudo apresentaram fator de risco Escore na Escala de Braden <18.

Neste estudo, a totalidade dos sujeitos estavam expostos a agentes farmacológicos (sedativos, analgésicos, vasoativos, antibióticos, imunossupressores). Comprovadamente, estes fármacos podem ter influência direta no desenvolvimento de UP, pelas alterações sistêmicas que provocam no organismo humano. Por conseguinte, as alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas alteram as funções fisiológicas da pele. Diante deste, alguns, podem levar à imobilidade e conseqüentemente perda da capacidade funcional elevando assim o risco do paciente

em desenvolver uma UP, o que requer maiores cuidados da equipe de enfermagem (NOGUEIRA et al., 2013).

Em decorrência de algumas patologias de origem neurológicas ocorrem à diminuição do nível de consciência, mobilidade do paciente e percepção sensorial, impedindo-o de perceber a dor e desconforto (FREITAS; ALBERTI, 2014). No entanto, os pacientes que apresentam alterações cognitivas, independentemente de seu estágio, demonstram relações com o desenvolvimento de UP, uma vez que interfere na capacidade de se movimentar sozinho já que não percebem a dor e/ou desconforto (ROLIM et al., 2014). Tais alterações estão diretamente ligadas aos fatores relacionados: função cognitiva, redução da mobilidade e alteração na sensibilidade, encontrados em 100% dos sujeitos do estudo.

Neste contexto, pacientes idosos e com mobilidade reduzida estão sujeitos à ação de forças como atrito, pressão, cisalhamento e fricção, o que define o desenvolvimento da UP, caso não sejam adotadas medidas de prevenção que diminuam seus efeitos. Tais forças vêm sendo apontadas como um dos principais fatores extrínsecos que contribuem para o desenvolvimento das UP, uma vez que ocorrerá má perfusão tecidual, diminuindo a tolerância do tecido à pressão sobre uma proeminência óssea fazendo com que aconteça morte celular e necrose tecidual resultando assim em uma UP (PEREIRA et al., 2014). Os fatores forças de cisalhamento, pressão sobre proeminência óssea e atrito em superfície foram demonstrados em 100% dos pacientes estudados.

Ainda relacionado ao nível de consciência, complicações neurológicas podem acarretar em distúrbios que resulta em uma umidade excessiva. Tais como: incontínências urinárias, incontínências fecais, transpiração excessiva, dentre outras. Assim, o resultado de uma umidade presente por um tempo prolongado pode acarretar na maceração e ruptura da pele, conseqüentemente, no desenvolvimento de uma UP (FREITAS; ALBERTI, 2014). Foi observado presença do fator umidade da pele em 100% dos participantes deste estudo.

Outro fator encontrado no estudo foi o item incontínência (100%). Este relaciona-se diretamente com o uso de sedativos, alterações cognitivas e neurológicas. Com as alterações cognitivas e neurológicas afetadas, os pacientes não têm controle sobre seu corpo e suas necessidades fisiológicas ocorrem de forma involuntária deixando o mesmo exposto à umidade. Esta, causada pela incontínência urinária ou fecal em um paciente com déficit do autocuidado torna-o susceptível às lesões ((FREITAS; ALBERTI, 2014; ROLIM et al., 2014).

Segundo as recomendações na NPUAP, em relação exposição do paciente à umidade, sugere-se, além de aumentar a frequência de trocas de fraldas para pacientes com incontínência

urinária e/ou fecal utilizar dispositivos que minimizem o contato da umidade com o paciente, causada pelas incontinências. Assim, disponibiliza-se atualmente de lençóis com um alto poder de absorção que podem ser descartáveis e/ou laváveis, impedindo assim o contato desses fluidos com a pele, o que evita a maceração, fator que contribui para o desenvolvimento das UPs (NPUAP, 2014; BRADEN; BERGSTROM, 1989). Observou-se no estudo que 100,0% dos pacientes que apresentavam incontinências estavam utilizando lençóis com propriedade insuficiente de redução da umidade.

O déficit do autocuidado está correlacionado a alguns fatores como: a higienização corporal, manutenção da pele seca, sentar-se corretamente, realizar mudança de decúbito, higiene perineal após as eliminações e alimentar-se. Tais fatores interferem no processo de desenvolvimento das UPs, com isto 100% da amostra apresentaram déficit do autocuidado como fator de risco para o desenvolvimento de UP (SERPA et al., 2011).

O fator nutricional é um aspecto que apresenta um fator relevante no desenvolvimento dessas lesões. Nos pacientes analisados 100% apresentavam nutrição inadequada. Neste contexto, o aporte nutricional determinado primeiramente por uma avaliação do estado nutricional e subsequentemente por uma prescrição adequada para suprir as necessidades diárias de cada indivíduo de forma singular, resulta em um estado clínico ideal que colabora na manutenção do organismo e consequentemente na integridade tissular da pele, além de favorecer a regeneração e o processo cicatricial da pele (CAMPANILI et al., 2015).

Com o envelhecimento aparecem as alterações e desgastes em diversos sistemas funcionais, que ocorrem progressivamente e normalmente irreversíveis. Por tanto, tornando condições de risco para o agravamento das condições clínicas que aumentam com a idade avançada e concomitantemente aumenta a probabilidade do aparecimento das UP (MORO et al., 2012). Neste estudo, o fator risco extremos de idade foi encontrado em 100% dos pesquisados.

Assim como as drogas vasoativas, doenças cardiovasculares também interferem na perfusão tissular. A pressão capilar presente na terminação arterial da pele, em condições normais, apresenta-se em torno de 32 mmHg e na terminação venosa em torno de 12 mmHg. No entanto, algumas situações podem interferir na perfusão tissular, tais como: síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), diminuição da pressão sanguínea decorrente de alterações cardiovasculares, choque hemorrágico, choque séptico, pressão externa prolongada maior que 32 mmHg. O paciente quando exposto a quaisquer situações destas sofre com a interrupção do fluxo sanguíneo para a área de atrito, qual interfere na nutrição e oxigenação dos tecidos do local podendo acarretar em hipóxia,

isquemia, acidose tecidual, edema e necrose tissular resultando então em uma UP (CAMPANILI et al., 2015). Com isto, ao analisar os sujeitos do estudo foram evidenciados os seguintes fatores de risco: redução na perfusão tissular (100%), doença cardiovascular (86,6%) e circulação prejudicada (53,3%).

Estudos apontam o sexo feminino como um fator de risco para o surgimento de UP, evidenciado pela presença dessas lesões predominantemente nesta população. Porém, em outros estudos realizados no sudeste do país, verifica-se a divergência deste fator por não encontrar explicação genética para tal ocorrência. Neste estudo observou-se que 80,0% dos participantes eram do sexo feminino (FERNANDES et al., 2013; ARAÚJO et al., 2011).

Em relação ao fator relacionado extremos de peso 63,3% dos pesquisados enquadravam-se entre obesos e caquéticos. Assim, extremos de peso configura-se um fator intrínseco que deve ser levado em consideração quando se fala em desenvolvimento de UP. Pacientes obesos, geralmente, apresentam dificuldade de se mover no leito ficando com restrição na mobilidade devido ao excesso de peso. Assim, ao invés de se levantarem, estes se arrastam no leito, o que pode desencadear tais lesões. Além disso, no obeso, o fator umidade oriunda do suor também torna um agravante, uma vez que, o suor pode se alocar nas camadas de gordura da pele provocando a maceração, o que proporciona maior risco nesses pacientes. Por outro lado, os pacientes caquéticos por possuírem diminuição de tecido adiposo sobre as proeminências ósseas, ficando assim, mais propensos a força de pressão sobre tais áreas (FERNANDES et al., 2013).

Alguns minerais como o zinco, aumentam a proliferação celular consequentemente a resistência do colágeno e a epitelização. Assim, o fator desidratação, encontrado em 53,3% dos pesquisados, está relacionado com o desequilíbrio hidroeletrólítico, qual acomete a pele através do seu ressecamento aumentando assim a suscetibilidade para o desenvolvimento das UPs (ANDRADE et al., 2014).

## **Conclusão**

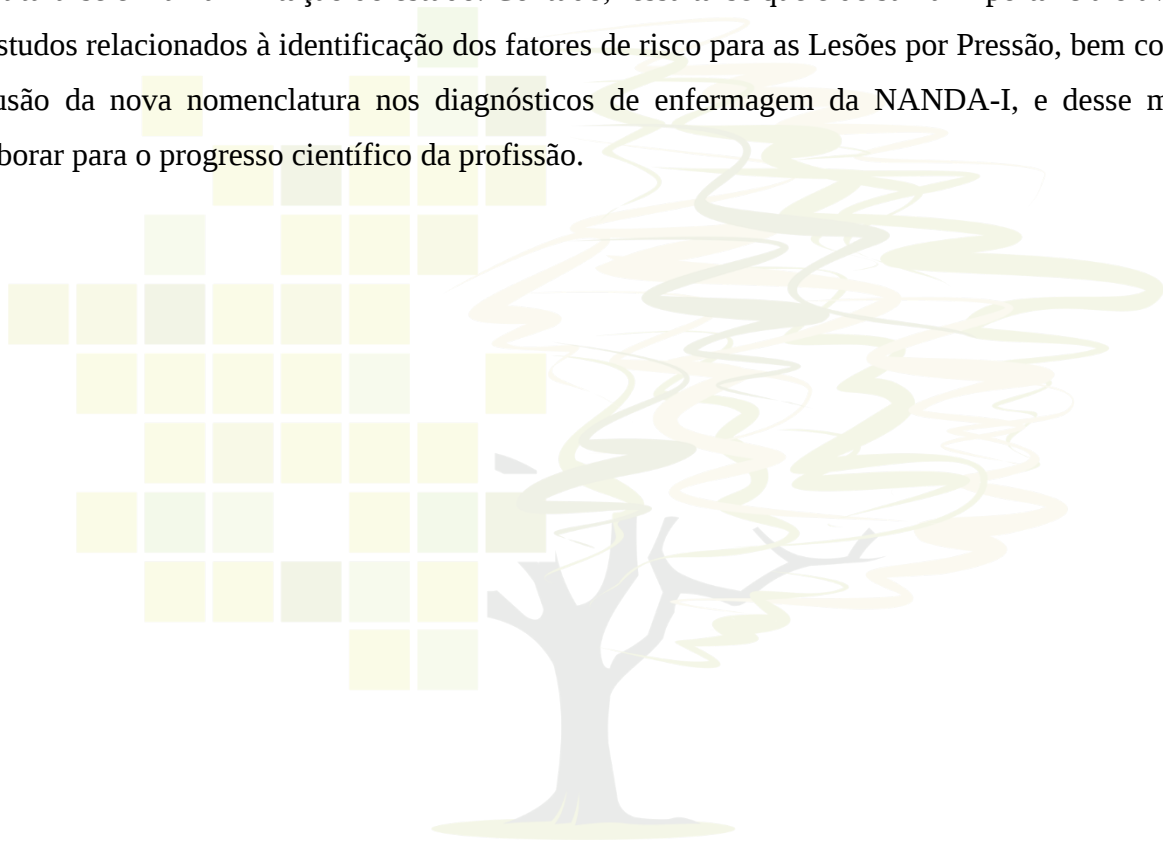
A identificação dos fatores de risco de LP reforça a importância da implantação do processo de enfermagem voltada a esses pacientes. Além de corroborar com a formulação do diagnóstico de



enfermagem auxilia no planejamento das ações do enfermeiro, fundamentadas e adequadas de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Os resultados do estudo possibilitaram a identificação dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem (DE) risco de Lesão por Pressão, segundo a taxonomia II da NANDA. Assim, nos 30 (trinta) pacientes admitidos na UTI foram identificados 20 fatores de risco para o DE supracitado. Os quais foram observados em sua totalidade uma frequência superior a 50%.

A escassez de publicações recentes em nível nacional, acerca dos Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com risco de LP para fundamentar as discussões dos resultados, constituiu-se em uma limitação do estudo. Contudo, ressalta-se que é de suma importância o avanço de estudos relacionados à identificação dos fatores de risco para as Lesões por Pressão, bem como a inclusão da nova nomenclatura nos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, e desse modo, colaborar para o progresso científico da profissão.



## Referências

ALVES, A.G.P et al. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. Care.** v.6, n.2, p.793-804, 2014. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3004/pdf\\_1287](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3004/pdf_1287)> Acesso em: 12 de julho de 2016.

ANDRADE, S.D.R. et al. Atuação de enfermeiros de Home Care na prevenção de úlceras por pressão. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FACIPE.** v.1, n.1, p.21-35, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/article/view/1057/466>> Acesso em: 15 de julho de 2016.

ARAÚJO, T.M. et al. Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev Enferm UERJ.** v.19, n.3, p.381-386, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a07.pdf>> Acesso em: 09 de agosto de 2016.

BAVARESCO, T.; LUCENA, A.F. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.20, n.6, p.1109-1116, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600013>> Acesso em: 18 de julho de 2016.

BRADEN, B.J.; BERGSTROM, N. Clinical utility of Braden Scale for predicting pressure sores risk. **Decubitus.** v.14, n.3, p.44-51, 1989. Disponível em: <[http://journals.lww.com/aswcjournal/Citation/1989/08000/CLINICAL\\_UTILILITY\\_OF\\_THE\\_BRADEN\\_SCALE\\_FOR.9.aspx](http://journals.lww.com/aswcjournal/Citation/1989/08000/CLINICAL_UTILILITY_OF_THE_BRADEN_SCALE_FOR.9.aspx)> Acesso em: 27 de julho de 2016.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth:** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

CAMPANILI, T.C.G.F. et al. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Rev. esc. enferm. USP.** v.49, n.spe, p.7-14, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000700007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700007&lng=en)> Acesso em: 22 de julho de 2016.

CRUZ, D.A.L.M. et al. Documentação do processo de enfermagem: justificativa e métodos de estudo analítico. **Rev. Bras. Enferm.** v.69, n.1, p. 197-204, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690126i>> Acesso em: 18 de julho de 2016.

FERNANDES, M.G. et al. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. **Rev Enferm. UERJ**. v.20, n.1, p.56-60, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3977/2759>> Acesso em: 12 de julho de 2016.

FREITAS, J.P.C.; ALBERTI, L.R. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.26, n.6, p.515-521, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/02.pdf>> Acesso em: 18 de maio de 2016.

FREITAS, M.C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev Gaúcha Enferm**. v.32, n.1, p.143-150, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/16059/12419>> Acesso em: 22 de julho de 2016.

MORO, A. et al. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.53, n.4, p.28-40, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302007000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400013)> Acesso em: 10 de julho de 2016.

NANDA International. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA** (North American Nursing Diagnoses Association): Definições e classificação (2015-2017). Porto Alegre (RS): Artmed; 2015.

NOGUEIRA, G.A. et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão: contribuição para o cuidado de enfermagem na unidade de clínica médica. **Rev Enferm UFPE**. v.7, n.11, p.6462-6470, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4766/7743>> Acesso em: 30 de junho de 2016.

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel. Guia Internacional. **Prevenção de úlceras por pressão**: Guia de referencia rápida. 2014.

PEREIRA, A.G.S. et al. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.48, n.3, p.454-461, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/84110/86978>> Acesso em: 01 de agosto de 2016.

ROGENSKI, N.M.B.; KURCGANT, P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden inter observadores. **Acta Paulista Enferm.** v.25, n.1, p.112-123, 2012. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=25&ano=2012&numero=1&item>> Acesso em: 11 de julho de 2016.

ROGENSKI N.M.B.; KURCGANT P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v.20, n.2, p.333-339, 2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692012000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000200016&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 22 de junho de 2016.

ROLIM, J.A. et al. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene.** v.14, n.1, p.114-126, 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/336/pdf>> Acesso em: 28 de junho de 2016.

SERPA, L.F. et al. Predictive validity of the Braden scale for pressure ulcer risk in critical care patients. **Rev Latino-Am Enferm.** v.19, n.1, p.50-57, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4042540/>> Acesso em: 01 de agosto de 2016.

SILVA, D.P. et al. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev Eletrônica Enferm.** v.13, n.1, p.118-123, 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a13.htm>> Acesso em: 23 de junho de 2016.

