

Diagnósticos de enfermagem em pacientes críticos com risco de lesão por pressão

Nursing diagnoses in critical patients at risk of pressure injury

Belarmino Santos de Sousa Júnior¹ • Francisco Assis Dantas Neto² • Ítalo Arão Pereira Ribeiro³
Ana Elza Oliveira de Mendonça⁴ • Cecília Nogueira Valença⁵

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil dos diagnósticos de enfermagem da CIPE® em pacientes com risco de desenvolver Lesão por Pressão (LP). **Método:** estudo exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado no nordeste brasileiro. Foram analisados 40 pacientes internados no período de janeiro a maio de 2017. Os termos identificados nos registros de enfermagem foram alocados numa planilha contendo os sete eixos presentes na CIPE® versão 2017 seguido dos respectivos termos. **Resultados:** foram encontrados 19 Diagnósticos de Enfermagem (DE) os mais frequentes foram: Termorregulação Prejudicada (75%), Autocuidado da pele ausente (72%), Barreira na comunicação presente (72%), Dependência de sedação (72%). Alguns termos necessitaram de aproximação por serem sinônimos ou estarem ausentes na versão utilizada. **Conclusão:** identificou-se situações clínicas dos pacientes com risco em desenvolver LP, representadas por 19 DE passíveis de intervenções, contribuindo para implementação de cuidados à população estudada.

Descritores: Enfermagem; Lesão por Pressão; Diagnóstico de Enfermagem; Unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of ICNP® nursing diagnoses in patients at risk of developing Pressure Injury (LP). **Method:** exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in the Intensive Care Unit of a private hospital in northeastern Brazil. Forty patients admitted from January to May 2017 were analyzed. The terms identified in the nursing records were allocated in a spreadsheet containing the seven axes present in the 2017 CIPE® version followed by the respective terms. **Results:** 19 Nursing Diagnoses (ND) were found, the most frequent ones were: Impaired thermoregulation (75%), Absent skin self-care (72%), Barrier in the present communication (72%), Sedation dependence (72%). Some terms needed to be approximated because they are synonyms or are absent in the version used. **Conclusion:** clinical situations of patients at risk of developing LP were identified, represented by 19 NDs liable to interventions, contributing to the implementation of care to the studied population.

Keywords: Nursing; Pressure Ulcer; Nursing Diagnosis; Intensive Care Units.

NOTA

1. Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGenf/UFRN). Natal, Rio Grande do Norte – Brasil. E-mail: sousajunior@gmail.com;
2. Enfermeiro, graduado pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM). Campina Grande, Paraíba – Brasil. E-mail: franciscodantas_I@hotmail.com;
3. Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGenf/UFPPI). Teresina, Piauí – Brasil. E-mail: italoaraao@hotmail.com;
4. Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CCS/UFRN). Professora do Departamento de Enfermagem e do Mestrado em Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde (QUALISAÚDE/UFRN). Natal, Rio Grande do Norte - Brasil. E-mail: anaelzaufm@gmail.com;
5. Enfermeira, Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGenf/UFRN). Professora colaboradora do PGenf/UFRN. Professora adjunto I da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA). Natal, Rio Grande do Norte - Brasil. E-mail: cecilia_valenca@yahoo.com.br



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 processo saúde-doença 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 o surgimento das Lesões por Pressão (LP) representam um grave problema e um desafio à equipe de saúde, em termos de desgaste pessoal e econômico, e recursos do sistema de saúde⁽¹⁾.

As LP ocorrem quando a pele sofre morte celular, após compressão prolongada entre uma superfície rígida e uma proeminência óssea. Assim, a etiologia de uma LP está associada a dois fatores determinantes, a duração e a intensidade da pressão. Já os fatores que potencializam a sua ocorrência, são classificados em intrínsecos e extrínsecos⁽²⁾.

Os fatores intrínsecos são relacionados diretamente ao paciente, como idade, estado nutricional, anemia, infecção, imobilidade, incontinência e percepção sensorial cutânea. Já os fatores extrínsecos são relacionados ao ambiente, como condições de higiene e umidade da pele, fixação ou contato com dispositivos hospitalares, tipo de colchão, uso de agentes físicos e químicos inadequados, ausência de mudança de decúbito⁽¹⁾.

As Unidade de Terapia Intensiva (UTI), parecem favorecer maior ocorrência de LP, devido ao nível de complexidade dos procedimentos, maior gravidade e idade dos pacientes, além da necessidade de restrição ao leito. Nesse ambiente, os pacientes estão expostos a diferentes fatores de risco para desenvolvimento de LP como: estado geral comprometido, instabilidade hemodinâmica, limitação da mobilidade, presença de comorbidades, déficit nutricional e sequelas neurológicas⁽³⁾.

No ambiente de terapia intensiva, a enfermagem deve possuir uma metodologia própria de trabalho, fundamentada em um processo sistemático para proporcionar o cuidado ao paciente. Nesse sentido, o Processo de Enfermagem (PE) que é definido por uma conduta deliberada de resolução de problema para atender as necessidades de enfermagem e de cuidados de saúde das pessoas, apresenta-se como um método sistemático que viabiliza o cuidado de enfermagem na UTI. Esse processo orienta a sequência do raciocínio lógico por meio da sistematização da avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de Enfermagem⁽⁴⁾.

Para respaldar o processo de enfermagem e padronizar a linguagem diagnóstica, criou-se a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®) a qual desde 1996 até o ano de 2017 passou por sete publicações⁽⁴⁾. Em sua versão atual estão inseridos sete eixos denominados: foco, julgamento, meio, ação, tempo, localização e cliente. Tal classificação é considerada uma terminologia combi-

natória, na qual unem conceitos simples (atômicos) para formar declarações complexas (moleculares)⁽⁵⁾.

A apropriação e utilização da CIPE pelos profissionais de enfermagem é extremamente importante para consolidar essa taxonomia na prática clínica. Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: quais as terminologias utilizadas pelos enfermeiros para caracterizar os problemas encontrados nos pacientes críticos, com risco de desenvolvimento de LP, podem ser encontradas na (CIPE®)?

Logo, este estudo procurou descrever o perfil dos diagnósticos para pacientes críticos com risco de surgimento de LP internados na UTI de um hospital privado por meio do mapeamento de termos encontrados nos registros de enfermagem presentes nos prontuários, utilizando a CIPE®.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal e abordagem 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 2017.

A população foi constituída por pacientes críticos de ambos os sexos, admitidos na UTI durante a realização do estudo. Para a composição da amostra adotou-se os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos; não apresentar lesão por pressão no momento de admissão na UTI; estar restrito ao leito e obter score igual ou inferior a 15 pontos na Escala de Braden (EB). Foram excluídos pacientes com tempo de internação inferior a 72 horas na UTI, por motivo de transferência, alta ou óbito.

Para auxiliar na identificação dos pacientes com riscos em desenvolver LP utilizou-se a Escala de Braden (EB), a qual mostrou ser mais adequada aos pacientes do estudo. Este instrumento determinou o risco/exposição do paciente em desenvolver LP, e consequentemente inseridos no estudo.

A amostra foi composta por 40 pacientes com risco de desenvolver Lesão por Pressão (LP) admitidos no setor supracitado, o que corresponde a 90% dos pacientes internados no período do estudo.

Primeiramente, para a construção dos diagnósticos de enfermagem, listou-se os termos encontrados nos registros de enfermagem nos prontuários, os quais, posteriormente, foram alocados em uma planilha construída no *Microsoft Excel* utilizando o Modelo dos Sete Eixos da CIPE®. Em seguida, realizou-se o mapeamento cruzado dos termos registrados pela enfermagem com os dispostos na CIPE® versão 2017. Os dados foram analisados pela estatística descritiva e as recomendações para elaboração de diagnósticos foram cumpridas, utilizando obrigatoriamente um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento acrescido de outros termos destes

ou de outros eixos⁽⁵⁾. Após análise os dados foram descritos em quadros e tabelas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado por todos os pesquisados e/ou seu responsável. No mesmo, foi assegurado o sigilo dos dados e o anonimato. O estudo foi registrado na Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para apreciação Ética (CAAE) 22350513.6.0000.5203, em observância a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Participaram do estudo 40 participantes, o que corresponde a 90% do total de pacientes admitidos no período do estudo. Dentre estes, a maior parte era do sexo feminino (70%) e casados (57%). A média de idade foi de 67 anos, com mínimo de 60 anos e a máxima de 88 anos.

A partir dos registros contidos nos históricos, evoluções de enfermagem e no plano terapêutico, identificaram-se 19 Diagnósticos de Enfermagem (DE) os quais foram construídos com base no modelo dos Sete Eixos conforme a CIPE® versão 2017 e estão expostos a seguir na Tabela 1.

DISCUSSÃO

A alteração da temperatura da pele em regiões de proeminências ósseas é um sinal de alerta pois aumenta a vulnerabilidade do tecido ao desenvolvimento de LP seja por isquemia ou por lesão de reperfusão quando a pressão é aliviada. Portanto, a monitoração da temperatura

da pele consiste em uma das atividades de Enfermagem visando manter a integridade da pele e das mucosas⁽⁶⁾.

O autocuidado da pele abrange diversas medidas como inspeção diária da pele, cuidados com os calçados e com os pés, uso regular de protetor solar, mudança de decúbito e controle da pressão, banho, tratamentos tópicos e cuidados na incontinência urinária. Para manter tais hábitos, faz-se necessário a manutenção de uma cultura de saúde através de ações educativas, destacando o papel do indivíduo como principal meio para alcançar a promoção da saúde⁽⁷⁾.

Algumas situações clínicas, entretanto, inviabilizam a autonomia do indivíduo em cuidar de seu próprio corpo ou de manter independência nas atividades básicas de vida diária como tomar banho, vestir-se ou usar o vaso sanitário. Quando ausente, o autocuidado sugere potencial risco para o desenvolvimento de LP, principalmente na falta de cuidadores que contribuam no planejamento de ações preventivas e de melhoria da qualidade de vida⁽⁷⁾.

A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde é essencial para promover a segurança do paciente e assim como a prevenção de LP, também é uma das metas da Organização Mundial da Saúde (OMS), pois fortalece e permite um atendimento inovador em saúde, destacando as potencialidades de cada profissional envolvido na assistência⁽⁸⁾.

A redução da prevalência e gravidade de LP foi percebida com o uso de um programa eficiente de gestão da qualidade, avaliado em um estudo que utilizou aplicativo

TABELA 1 – Diagnósticos de Enfermagem identificados na amostra estudada. Caruaru, Pernambuco, Brasil, 2017

Diagnóstico de Enfermagem	f	%
Termorregulação prejudicada	30	75
Autocuidado da pele ausente	29	72
Barreira na comunicação presente	29	72
Dependência de sedação	29	72
Atividade psicomotora prejudicada	28	70
Mobilidade física prejudicada	28	70
Percepção sensorial ausente	28	70
Pressão calcâneo presente	27	67
Ingestão de alimentos prejudicada	26	65
Integridade da pele prejudicada	23	57
Umidade presente	19	47
Condição cardiovascular prejudicada	18	45
Peso diminuído	18	45
Risco para maceração da pele	18	45
Processo de transpiração excessivo	17	42
Eliminação intestinal excessiva	16	40
Nutrição dietética prejudicada	16	40
Pressão em membrana mucosa presente	16	40
Lençol móvel ausente	15	37

Fonte: Pesquisa direta.



de *smartphone* para analisar a evolução das lesões e facilitar a comunicação entre a equipe envolvida no cuidado⁽⁹⁾.

Os sedativos, por sua vez, além de reduzir a sensibilidade e a dor, prejudicam a motilidade, aumentando a restrição mecânica. Sendo assim, constitui-se como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de LP em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, uma vez que estes são frequentemente submetidos a sedação⁽⁶⁾.

Nesses casos, é necessário que a equipe de Enfermagem esteja comprometida em implementar os protocolos de prevenção de LP tendo em vista as regiões de proeminências ósseas e particularmente a região trocânica e sacrococcígea⁽⁶⁾.

A presença de atividade psicomotora hiperativa está associada a alucinações auditivas, táteis ou visuais, por outro lado, quando a atividade psicomotora hipoativa ocorre, pode-se perceber um estado deprimido, com lentidão e letargia, caracterizado por sonolência, apatia e bradicinesia. Dessa forma, a atividade psicomotora prejudicada pode aumentar a atividade motora do paciente ou a restrição ao leito com consequente permanência na mesma posição com pressão constante, elevando o risco de desenvolvimento de LP pela força de cisalhamento envolvendo a gravidade e a fricção com o lençol⁽¹⁰⁾.

Pacientes que estejam confinados ao leito, cadeirantes ou com limitações significativas que os tornem incapazes de realizar mudanças na posição do corpo sozinhos estão sujeitos à pressão prolongada exercida na pele e tecidos subcutâneos por objetos sobre os quais a pessoa repousa, devido a sua imobilidade favorecendo assim o surgimento de LP caso não haja uma intervenção eficaz na mobilidade desse paciente. Nesse contexto, os locais de proeminências ósseas são os mais susceptíveis por serem recobertas por pele e pequenas quantidades de tecido subcutâneo⁽¹¹⁾.

A percepção sensorial faz parte dos eixos avaliativos da EB e refere-se à função cerebral que interpreta os estímulos sensoriais. A percepção tátil prejudicada, por sua vez, define-se como a incapacidade de dar significado aos estímulos fornecidos em condições ideais e que entrem em contato com a superfície corporal. Alterações são frequentemente encontradas em pacientes com Hanseníase, neuropatia diabética, áreas submetidas a cirurgias, doença de Parkinson e frequentemente, em pessoas que sofreram Acidente Vascular Encefálico⁽¹²⁾.

Em um estudo desenvolvido com 194 clientes idosos assistidos por um serviço de atendimento domiciliar em Fortaleza – CE e com alto de risco de desenvolver LP, notou-se que a resposta aos estímulos dolorosos manteve-se preservada em 84,5% dos casos. Entretanto, a quantidade de pacientes com resposta aos estímulos verbais foi praticamente equivalente àqueles com res-

posta ausente⁽¹⁰⁾. Outra pesquisa, realizada com 20 idosos acamados em uma UTI do município de Caruaru/PE, revelou que 90% deles apresentaram-se completamente limitados em relação a percepção sensorial⁽¹³⁾.

Estudos anteriores evidenciam a incidência de LP na região do calcâneo entre 16,6% a 36% precedido apenas pelas lesões na região sacral⁽⁷⁾. Por outro lado, em estudo realizado por Rogenski e Kurcgant⁽¹⁾, a região calcânea lidera com 42,1%. Além disso, pesquisadores perceberam uma forma equivocada de colocar coxins sob a região calcânea ao invés de deixar os pés flutuantes⁽⁷⁾.

A baixa ingestão alimentar durante a internação contribui na evolução do quadro clínico e por isso deve ser um dos itens prioritários no acompanhamento hospitalar, principalmente, se tratando de idosos que possuem maior risco nutricional e pior prognóstico. Em um estudo com 51 idosos, a ingestão alimentar foi avaliada através do método de história dietética e ao se comparar a ingestão alimentar habitual com a necessidade energética, notou-se que 31 idosos estavam ingerindo quantidades insuficientes e que durante a internação houve piora desse quadro em todos os indivíduos com prescrição via oral⁽⁷⁾.

A nutrição é uma das subescalas da EB e importante fator a ser considerado durante a avaliação multiprofissional, pois além de contribuir para o surgimento de LP, influencia na sua evolução⁽¹⁰⁾.

A integridade da pele prejudicada pode ser caracterizada por destruição de camadas da pele, pele macerada, invasão de estruturas do corpo, alteração da cor da pele, pele seca, urticária, edema, hematoma, sensações alteradas, cicatrização lenta, enchimento capilar diminuído, alteração da temperatura corporal, dormência, dentre outros⁽¹⁴⁾.

Pesquisa envolvendo 10 usuários hospitalizados em um hospital de médio porte em Santa Catarina destaca a Integridade da pele prejudicada como um dos três principais fatores de risco para o desenvolvimento de LP, incluindo situações como icterícia (10%), abdômen distendido (40%), edema (30%) e pele descamativa (60%)⁽²⁾. Além disso, em uma amostra com 188 pacientes adultos apresentando escore menor que 13 na EB, em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário localizado no Sul do Brasil, foi percebido que a Integridade da pele prejudicada estava entre os 12 Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes, também estando relacionada às principais causas que levaram a internação dos 19 pacientes que desenvolveram LP grau II⁽⁹⁾.

Estudos evidenciam que a umidade da pele está entre as subescalas que obtêm os menores escores apesar de oferecer maior contribuição na gravidade e risco do desenvolvimento de LP, além disso, esses fatores elevam em quatro vezes mais as chances da ocorrência desse

evento. Pode ocorrer em virtude de várias fontes como urina, fezes, transpiração excessiva, exsudato de feridas ou até a secagem insuficiente após o banho⁽¹⁵⁾.

Um estudo realizado com 30 clientes atendidos na clínica médica de um hospital universitário utilizou a EB e verificou que 67% dos pesquisados apresentavam risco de desenvolver LP e que 60% destes apresentaram algum tipo de doença cardíaca, mesmo que acompanhada de outro comprometimento⁽⁴⁾. Essa relação pode ser explicada pelo fato de que cardiopatias podem induzir circulação prejudicada, diminuição da oxigenação e baixa perfusão tissular, considerados como importantes fatores de risco durante o processo da LP⁽⁷⁻⁹⁾.

A desnutrição influencia no risco de surgimento de LP pois tal evento pode levar a perda de peso e massa muscular favorecendo a exposição das proeminências ósseas dificultando assim a mobilização do paciente⁽¹⁶⁾.

É comum que idosos em uso de fraldas apresentem maceração da pele na região perianal e perigenital, ocorridas pela presença de umidade advinda de fezes e urina e relacionadas ao contato contínuo da pele com a fralda⁽⁷⁻⁹⁾. Portanto, a pele deve ser limpa a intervalos regulares e com um agente que minimize a irritação e secura da pele. As fraldas e absorventes também são recomendados pois reduzem o contato da pele adjacente com a umidade⁽¹³⁾.

A transpiração excessiva também contribui com a umidade da pele e pode surgir como uma complicação do sistema nervoso periférico⁽⁸⁾. Aumenta o risco de LP por maceração, principalmente quando associada a obesidade pois as camadas de gordura podem reter a umidade advinda do suor^(7,8,10).

A presença da incontinência fecal e urinária contribui significativamente para o surgimento de LP, visto que a umidade gerada pelas fezes e urina ocasionam modificações que podem levar a ruptura da pele, além disso, a incontinência fecal eleva vinte e duas vezes a mais a chance de apresentar LP do que em pacientes em mesmas condições que não apresentam esse fator^(13,16).

O surgimento e o desenvolvimento das LP estão diretamente ligados às modificações nutricionais. Nesse sentido, a desnutrição se caracteriza como um dos principais fatores de risco para o surgimento dessas lesões além de contribuir significativamente para sua severidade⁽¹⁷⁾. Dessa forma, pacientes em estado de desnutrição estão mais propensos a esse evento bem como a gravidade do mesmo, sendo assim necessário uma avaliação criteriosa, pela equipe multiprofissional em relação ao estado nutricional com a finalidade de identificar precocemente aqueles pacientes que apresentam risco para desenvolver LP intervindo na terapêutica nutricional afim de se evitar maiores complicações e gastos hospitalares⁽¹⁶⁾.

Em 2016, a *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, enti-

dade reconhecida internacionalmente e dedicada à prevenção de LP, chegou a um consenso sobre definições relacionadas às LPs e definiu que a LP em membrana mucosa ocorre em regiões afetadas pelo uso de dispositivos médicos e não podem ser classificadas em virtude da anatomia do tecido⁽¹⁷⁾.

Como exemplo, pode-se citar o modo ventilatório de pressão positiva contínua por via nasal (CPAP nasal), bastante utilizado em recém-nascidos, podendo, inclusive, causar trauma nasal na pele sensível do recém-nascido prematuro, gerando desconforto e descompensação a longo prazo. Todavia, algumas medidas preventivas podem ser adotadas pela equipe multiprofissional como o correto posicionamento e tamanho da pronga nasal⁽¹⁸⁾.

Entre as medidas preventivas para o desenvolvimento de LP e de responsabilidade da equipe de Enfermagem, pode-se destacar o uso de lençóis móveis para transferir ou mobilizar o paciente a cada 2 horas, quando este estiver restrito ao leito, evitando assim o risco de fricção ou cisalhamento ao arrastar o paciente sobre a cama⁽¹⁹⁾.

Apesar disso, uma pesquisa realizada com 85 profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário de Minas Gerais detectou que 10,5% dos técnicos em enfermagem não considerava o uso dos lençóis móveis como uma medida para prevenir LP, e 9% definiu essa atividade como inadequada. A falta de conhecimento apresentada pelos profissionais foi relacionada a ausência de capacitação e educação permanente da equipe quanto a temática⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

A análise dos dados dos pacientes em risco de desenvolver LP na UTI possibilitou identificar o perfil dos diagnósticos de enfermagem da CIPE. Dentre os 19 títulos diagnósticos, os mais frequentes na amostra estudada foram: Termorregulação prejudicada, Autocuidado da pele ausente, Barreira na comunicação presente e Dependência de sedação.

A identificação dos diagnósticos da CIPE tem grande relevância para o aprimoramento da prática clínica de enfermagem. E pode subsidiar o desenvolvimento de novos estudos com vistas a contemplar as etapas de intervenções e resultados do processo de enfermagem.

A limitação desse estudo está relacionada com a dificuldade de aproximação dos termos que permitem traçar os diagnósticos, uma vez que nos prontuários estas informações eram escassas. Por outro lado, o perfil identificado pode contribuir para o fortalecimento da identidade profissional e esclarecimento do escopo da enfermagem no âmbito da prevenção dessas lesões em pacientes críticos com risco em desenvolvê-las.

REFERÊNCIAS

1. Rogenski NMB, Kurcgant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013; 20(2): 333-339.
2. Alves AGP, Borges JWP, Brito MA. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *J. res.: fundam. Care* 2014; 6(2): 793-804.
3. Dal Sasso GTM, Barra DCC, Paese F, Almeida SRW, Rios GC, Marinho MM, et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1):242-9.
4. Garcia TR. Classificação Internacional para Prática da Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed; 2017.
5. International Council of Nurses-ICN. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem versão 1.0. São Paulo: Algor Editora; 2007.
6. Gomes ATL, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Silva MF, Ferreira LL, Santos VEP. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm* 2017; 70 (1): 146-154.
7. Loudet CI, Marchena MC, Maradeo Mr, Fernandez SL, Romero MV, Valenzuela GE et al. Diminuição das úlceras por pressão em pacientes com ventilação mecânica aguda prolongada: um estudo quasi-experimental. *Rev Bras Ter Intensiva* 2017; 29 (1): 39-46.
8. Fernandes LM, Silva L, Oliveira JLC, Souza VS, Nicolas AL. Associação entre predição para lesão por pressão e marcadores bioquímicos. *Rev Rene*. 2016 jul-ago; 17(4):490-7.
9. Ascari RA, Veloso J, Martins O, Silva DA, Jacoby AM, Schwaab G. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. *Braz J Surg Clin Res*. 2014;6(1):11-6.
10. Almeida R, Bittencourt VLL, Coelho EL, Giacomolli CMH, Collegaro CC, Stumm EMF. Gerador de alta frequência no tratamento de lesão por pressão em idosos. *Rev enferm UFPE on line*. 2017; 11(8):3136-42.
11. Souza TS, Danski MTR, Johann DA, De Lazzari LSM, Mingorance P. Prevenção de úlceras por pressão no calcanhar com filme transparente de poliuretano. *Acta Paul de Enferm*. 2013; 26(4), 345-352.
12. Medeiros LNB, Silva DR, Guedes CDFS, Souza TKC, Neta BPAA. Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE online*. 2017; 11(7): 2697-703.
13. Nascimento GA, Oliveira MN, Souza IA, Folly GAF, Mendonça EG. Avaliação do estado nutricional e o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão em idosos institucionalizados. *Rev. APS*. 2016 jul/set; 19(3): 515 – 516.
14. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34 (1): 111-118.
15. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Associação das sub-escalas de Braden como risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):21-8.
16. Cunha CV, Ferreira D, Nascimento D, Felix F, Cunha P, Penna LHG. Dermatite associada a incontinência em idosos: caracterização, prevenção e tratamento. *ESTIMA – Braz. J. Enterostomal Ther*. 2015; 13 (3).
17. Ministério da Saúde (BR). Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Agência nacional de vigilância sanitária: 2013.
18. Pedroni L, Bonatto S, Mendes K. O impacto da desnutrição no desenvolvimento e na gravidade das úlceras por pressão: uma revisão da literatura. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum*. 2014; 11(1):89-102.
19. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DCO, Rosa EG, Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do *National Pressure Ulcer Advisory Panel*. *Enferm Cent O Min*. 2016; 6 (2): 2292-2306.
20. Rocha LES, Ruas EFG, Santos JAD, Lima CA, Carneiro JÁ, Costa FM. Prevenção de úlceras por pressão: avaliação do conhecimento dos profissionais de Enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2015; 20 (3): 596-604.

Recebido: 2020-02-11

Aceito: 2020-02-20