

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO HOSPITALIZADO EM PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

### **NURSING CARE IN THE SAFETY OF HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS IN PU PREVENTION**

SANTOS, Rafaela dos<sup>1</sup>

SILVA, Fernanda<sup>2</sup>

SILVA, Flavia<sup>3</sup>

LOIOLA, Aline Seleguim Marrafão<sup>4</sup>

**RESUMO:** A preocupação com a segurança do paciente idoso hospitalizado tem sido crescente e de grande relevância nos serviços de saúde devido ao elevado índice de internação baseado na avaliação dos fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos que envolvem a gênese da lesão. Desta forma, o objetivo do estudo é verificar quais medidas profiláticas a equipe de enfermagem deve tomar para prevenção de lesão por pressão do paciente hospitalizado. A indagação trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Nos resultados evidencia-se uma melhora na assistência e um planejamento de cuidado individualizado aos pacientes, com medidas de prevenção adequadas para evitar a ocorrência de lesões por pressão. Conclui-se com essa pesquisa que diante da constatação do risco de desenvolver lesão por pressão cabe ao enfermeiro o entendimento da importância de uma educação continuada dos profissionais de saúde para aperfeiçoar e qualificar o atendimento ao paciente, com o objetivo de utilizar a escala de Braden para identificação precoce da lesão, buscando assim, desenvolver/prescrever medidas preventivas individualizadas que contemplem as vulnerabilidades e necessidades apresentadas pelo idoso no decorrer da internação.

**Palavras-chave:** Assistência; Enfermagem; Envelhecimento; Enfermeiro; Internação.

**ABSTRACT:** The concern with the safety of hospitalized elderly patients has been growing and is of great relevance to health services. This is due to the high rate of hospitalizations based on the assessment of intrinsic and extrinsic risk factors that involve the cause of the injury. Thus, the objective of this study is to verify which prophylactic measures the nursing team should take to prevent pressure injuries in hospitalized patients. The inquiry is a descriptive research with a qualitative approach. The results show improvement in care and a plan for individualized patient care with appropriate preventive measures to avoid the occurrence of pressure injuries. This research concludes that due to the risk of the developing of pressure injury, nurses should use the Braden scale for early identification of the injury, and for that, we emphasize the importance of continuous education of health professionals to improve patient care. These practices will enable individualized preventive measures that address the vulnerabilities and needs presented by the elderly patient during hospitalization.

**Keywords:** Assistance; Nursing; Aging; Nurse; Hospitalization.

## **1 INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é um dos acontecimentos mais marcantes e desafiadores da sociedade contemporânea, sendo uma realidade hodierna no mundo todo. No Brasil, segundo o Ministério da

<sup>1</sup> Estudante do curso Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade de Direito de Alta Floresta (FADAF); Contato: rafaella\_santos71@outlook.com.

<sup>2</sup> Enfermeira pelo Centro Filadélfia Londrina (UniFil); Especialista em Gestão de Saúde Pública universidade Candido Mendes; Contato: ferfutata@gmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira pela Faculdade Pitágoras de Londrina; Especialista em Enfermagem do Trabalho (FAVENI); Contato: enfflaviasilva87@gmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeira pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE); Especialista em saúde coletiva e saúde da família - Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul); Contato: aline\_marrafao@hotmail.com.

Saúde com dados do IBGE, existe cerca de 28 milhões de pessoas na faixa etária dos 60 anos ou mais, número que representa cerca de 13% da população idosa no país, de tal modo, que a maioria delas vivem em países desenvolvidos e tende este percentual dobrar cada vez mais nas próximas décadas (BRASIL, 2018).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o idoso aparece como um dos principais usuários do serviço à hospitalização. Sendo, a hospitalização o processo em que o idoso fica mais vulnerável e pode ser considerado um fator de frustração, agravando o seu estado emocional. Além disso, o repouso prolongado no leito predispõe a maiores complicações como o agravo com a integralidade da pele levando a aparecer as lesões por pressão, o que contribui para a maior atenção da equipe de enfermagem (BRASIL, 2016).

As Lesões por Pressão (LPP) para Gomes et al. (2018) são características que atingem o tecido cutâneo e subcutâneo, envolvendo os músculos e até mesmo ossos e articulações, acometendo pacientes idosos que passam longo período hospitalizado, acamados ou privado de movimentos, levando a destruição total ou parcial do tecido. Com o envelhecimento, a derme apresenta redução da espessura com perda das fibras elásticas e do colágeno, levando assim a estes agravos com a saúde do paciente.

Portanto, este trabalho teve como objetivo verificar quais medidas profiláticas a equipe de enfermagem deve tomar para prevenção de lesão por pressão do paciente hospitalizado com foco na melhoria do cuidado por intervenções da enfermagem.

## **2 METODOLOGIA**

O estudo deve ser baseado no método hipotético-dedutivo, onde surge de uma crítica profunda ao indutivíssimo metodológico para buscar parte dos fenômenos estudados com a finalidade de confirmar as “supostas verdades” ou as “meias verdades” pela observação das hipóteses criadas sobre os problemas. Nesse caso, este método vem para contribuir a criação de novos pressupostos teóricos para pesquisa científica.

A pesquisa quanto aos fins e objetivos será descritiva, onde descreverá as formas e metodologias adotadas para conhecer uma nova visão sobre esta realidade já existente. Podendo também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (VERGARA, 2007). Trata-se também de uma abordagem qualitativa que tem como ênfase principal a aplicação de métodos, pois se trata de uma exploração permanente que busca produzir novas

informações aprofundadas, trazendo cuidados de enfermagem para a segurança do paciente com lesão por pressão de idosos hospitalizados, assim, impulsionando o aprendizado, no qual as dúvidas e as respostas permanecem abertas até a conclusão final do mesmo.

Diante disso, será realizado o levantamento bibliográfico e documental em que serão consultados livros, artigos publicados em monografias, dissertações, teses e documentos eletrônicos. O estudo em si será baseado em uma sistemática de literatura, realizando uma revisão sistemática, buscando em artigos científicos e manuais selecionados as respostas desejadas em consulta às bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Revista Enfermagem UERJ Nursing Journal, Manuais do Ministério da Saúde, Revista Associação Médica Brasileira, National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), Revista Ciência Saúde Coletiva, Revista Oficial Conselho Federal de Enfermagem, Revista Gestão e Saúde, IBGE e Google Acadêmico com artigos publicados entre 2006 a 2020. Assim, após o levantamento de dados com base nas teorias pertinentes, foi realizada uma análise crítica e discussão dessa relação.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE HOSPITALIZADO**

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 529 em 1º de abril de 2013. Um dos objetivos da portaria é promover a implementação das ações voltadas para a segurança do paciente, a partir da criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) que visa contribuir na qualidade do cuidado nos serviços de saúde do território nacional (AGEVISA, 2011).

Em suma, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, tem como finalidade tratar o paciente como um ponto central da preocupação dos profissionais de saúde e da alta direção, convidando o mesmo a participar ativamente de seu cuidado e tratamento, deixando de ser um mero recebedor passivo de cuidados e passando a contribuir com um atendimento mais seguro, ciente de sua responsabilidade como cidadão e consumidor de serviços de saúde. Desta forma, a parceria entre paciente, familiares e profissionais de saúde pode contribuir para o sucesso do tratamento dentro dos serviços de saúde, assim, construindo uma melhoria no bem-estar e segurança do paciente (BRASIL, 2017).

Desta maneira, Araújo, Santos e Silva (2017) ressaltam que, a melhoria da segurança do cuidado em saúde reduz as doenças e danos, diminui o tratamento e o tempo de hospitalização prolongado, melhora o status funcional do paciente e aumenta sua sensação de bem-estar.

### 3.2 A PELE DO IDOSO E OS RISCOS DE DESENVOLVER LESÃO POR PRESSÃO

Os idosos tendem apresentar capacidades regenerativas decrescentes, que pode levar, por exemplo, à fragilidade, vulnerabilidade, predisposição e obter um estágio mais avançados a morte. As mudanças físicas ou emocionais também afetam a qualidade de vida dessas pessoas. Além disso, rugas e manchas na pele, mudança da cor do cabelo para cinza ou branco são sinais do envelhecimento. Em alguns casos, idosos tendem a diminuição da capacidade visual e auditiva, perda da integralidade da pele, diminuição dos reflexos, perda de habilidades e funções neurológicas como raciocínio e memória diminuídas, podem desenvolver incontinência urinária e incontinência fecal, além de doenças como Alzheimer, demência com corpos de Lewy e Parkinson (BRASIL, 2018).

Em determinadas situações, o idoso atinge uma idade avançada apresentando vários problemas de saúde, exigindo assim um cuidado mais cauteloso do cuidador e de sua família para auxiliá-lo em suas limitações para o desempenho de suas atividades do cotidiano (SILVA, 2010).

Com isso, Garbaccio, Ferreira e Pereira (2016) argumentam que, pode se entender que a pele dos mais velhos são mais delicadas e vulneráveis que a de pessoas mais jovens. Se juntar esta informação ao fato de que a fragilidade dos vasos sanguíneos capilares também aumenta, tem-se uma maior probabilidade de surgimento de manchas avermelhadas na pele. Às vezes, ao segurar no braço de um idoso com mais firmeza, já causa uma mancha roxa no local. Mas deve-se ficar atentos, para melhorar a resistência dos vasos sanguíneos, pode-se aumentar a oferta de vitamina C na dieta, fazendo isso através de alimentos ricos nesta vitamina (laranja, acerola etc.) ou de suplementação.

As intensidades das alterações do envelhecimento dependem de fatores internos e externos. Além de fatores genéticos, o estado hormonal e as reações metabólicas influenciam na saúde da pele. Como fatores externos, se tem principalmente a exposição à radiação solar, tabagismo e maus hábitos alimentares. Para minimizar o ressecamento normal, pode-se usar cremes hidratantes e evitar banhos muito quentes. Mas, o mais importante é manter-se hidratado, ou seja, beber bastante água e prestar atenção à pele da pessoa idosa, o banho é o melhor momento para se observar qualquer tipo de lesão, sejam hematomas, hiperemia ou assaduras, todo tipo de lesão deve ser tratado para evitar complicações (GARBACCIO; FERREIRA; PEREIRA, 2016).

Com a diminuição da espessura da pele na terceira idade, é comum que a pessoa desenvolva alguns problemas caso não tome alguns cuidados, como as úlceras varicosas, a qual é provocada pela má circulação do sangue nos membros inferiores, as escaras, que também podem ser chamadas de lesão por pressão, que acontecem quando há uma pressão mantida sobre a pele por um longo período. Os angiomas que são tumores benignos que surgem com o acúmulo anormal de vasos sanguíneos na pele, os distúrbios da cutis que podem se apresentar por meio de várias formas como erupções, eczemas, manchas, bolhas e vesículas, pústulas, urticárias, coceiras, nódulos, tumores, psoríase, entre outros fatores (SOARES, 2019).

Dessa forma, a idade avançada é acompanhada de várias alterações no turgor da pele e diminuição da função imunológica, à medida que a pessoa envelhece, aumenta o risco de aparecerem lesões no tegumento, já que este se torna mais fino, mais frágil e ocorre perda na camada de gordura subcutânea, levando a apresentar várias síndromes que ressaltam as lesões por pressão, lesões estas bastante comuns em pacientes hospitalizados restrito ao leito por um longo período (SAKASHITA e NASCIMENTO, 2011).

### 3.3 LESÃO POR PRESSÃO (LPP) NO PACIENTE IDOSO

As lesões geralmente são definidas por uma lesão localizada na pele ou tecido ou estrutura subjacente, onde ocorre a morte celular que surge quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, podendo ser superficial ou profunda de etiologia isquêmica causada por cisalhamento, pressão ou fricção (OLIVEIRA, 2015).

Dentro do novo sistema de classificação dos estágios da lesão por pressão conforme NPUAP (2016) incluem as seguintes definições:

Lesão por Pressão Estágio 1 (pele íntegra com eritema que não embranquece), Lesão por Pressão Estágio 2 (perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme), Lesão por Pressão Estágio 3 (perda da pele em sua espessura total), Lesão por pressão Estágio 4 (perda da pele em sua espessura total e perda tissular), Lesão por Pressão Não Classificável (perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível), Lesão por Pressão Tissular Profunda (descoloração vermelho escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece). Houve ainda a inclusão de duas definições adicionais: A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico (resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos) e a Lesão por pressão em membranas mucosas, encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano (NPUAP, 2016, s.p).

Figura 1- Estágios da lesão por pressão

**Estágio 1**



**Estágio 2**



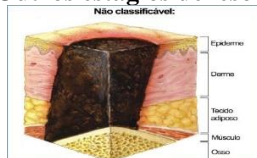
**Estágio 3**



**Estágio 4**



**Outros estágios de lesões**



Fonte: NUAP, 2016.

Para identificar as lesões por pressão em um paciente é necessário observar os sinais de vermelhidão, bolhas e escoriações. Estes sinais provocam ao paciente dor e desconforto que demoram passar, por isso necessita de muita atenção dos profissionais da saúde para prevenir a evolução do ferimento. Dentre as alterações, podem ocorrer vários fatores como desnutrição, desidratação, negligência no cuidado, pressão ou fricção em cadeira de rodas, maca, tala, algum objeto rígido onde permaneça por um longo período causando uma grande falta de irrigação sanguínea nas zonas que foram pressionadas (OLIVEIRA, 2015).

Afirmam Lamão, Quintão e Nunes (2016, p. 125) que, “as lesões podem ser encontradas em diversos locais, tais como: cutâneo (lesão que acomete a pele que pode ser encontrada tanto em couro cabeludo ou em outras áreas da pele); mucosas ocorrem tanto no meio externo (vagina, ânus, boca etc.) quanto no meio interno (aparelho digestivo, urinário etc.); serosas (acomete zona serosa do corpo onde o órgão mais acometido é o peritônio); e complexas (esses tipos de úlceras podem acometer diferentes áreas da pele ou tecido)”.

A incidência de lesão por pressão no âmbito hospitalar do ponto de vista de Oliveira (2015) vem sendo bastante significativa naqueles pacientes idosos que necessitam de cuidados de longo prazo. No entanto, a melhoria da qualidade de assistência de enfermagem é o papel fundamental para um trabalho em equipe de prevenção a lesão por pressão, adotando protocolos de avaliação de risco e tratamento para que venha obter um trabalho de qualidade e excelência, e assim, reduzir os danos com a pele.

Como descrito por Oliveira (2015) as lesões por pressão são causadas pela falta de circulação de sangue, tais fatores que levam a este corte no suprimento de sangue são o peso do próprio corpo e as lesões no tecido causado pelo cisalhamento e atrito na hora de acomodações na cama ou nas trocas de roupas.



Durante o processo de hospitalização, o paciente permanece muito tempo em uma mesma posição tendo um aumento de pressão nas regiões onde o osso é mais evidente, com isso, ocorre à diminuição do fluxo sanguíneo no local pressionado levando a falta de oxigenação, havendo assim maior possibilidade de desenvolver lesões por pressão (OLIVEIRA, 2015).

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido fonte de preocupação para os serviços de saúde mundiais, pois sua ocorrência causa vários transtornos físicos e emocionais ao paciente, como desconforto, dor e sofrimento, além de aumentar o risco de complicações, influenciando na morbidade e mortalidade (MORAES, et al., 2016).

Dentre os fatores associados ao risco de desenvolvimento de lesões, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica, diabetes, inconsciência, imobilização, perda de sensibilidade, perda de função motora, perda de continência urinária ou fecal, presença de espasmos musculares, deficiências nutricionais, anemias, índice de massa corporal muito alto ou muito baixo, doenças circulatórias, doença arterial periférica, imunodeficiência ou uso de corticosteroide e tabagismo (MORAES et al., 2016).

Sakashita e Nascimento (2011, p. 254) esclarecem que, “as Lesões por pressão são causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. Os fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento dessas lesões são: mudança de posição pouco frequentes, higiene corporal pouco adequada, uso de tabaco, permanência prolongada em superfícies duras, cisalhamento, fricção, imobilização e umidade. Os fatores intrínsecos relacionados ao aparecimento das LPs são: alterações cutâneas relacionadas à idade, processos patológicos, diminuição da perfusão tecidual, edema, fator nutricional, idade avançada, hipotensão arterial, tonicidade muscular, condições de movimentação, medicamentos que diminuem as defesas do organismo, anemia, infecção, febre, estado mental e motricidade involuntária exagerada”.

Entretanto, os principais fatores de risco para desenvolvimento das lesões por pressão estão relacionados a restrição ao leito, número excessivo de dispositivos pelo corpo, alteração do nível de consciência, terapêutica com drogas vasoativas e a instabilidade hemodinâmica, mudança no estado nutricional, incontinência urinária, má qualidade de vida e a falta de recurso adequado para cuidado com lesões cutâneas (SAKASHITA; NASCIMENTO, 2011).

Mas, de uma forma direta, o principal fator desse tipo de lesão é a falta de movimentação, já que a pressão constante no mesmo ponto diminui consideravelmente a circulação sanguínea do paciente acamado (MORAES et al. 2016).

A incidência das lesões segundo Moraes et al., (2016) varia de acordo com o ambiente clínico e as características do paciente idoso, sendo que em pacientes hospitalizados as lesões por pressão ocorrem com maior frequência. Estimativas indicam que anualmente nos Estados Unidos cerca de 1 a 3 milhões de pessoas desenvolvem LPP, mais de 2,5 milhões de úlceras são tratadas em pacientes

de instituições de cuidados agudos e 60 mil morrem de complicações secundárias a LPP. No Brasil, o registro de lesões e a obtenção de taxa de ocorrência são pouco frequentes, pois, o número de casos não é conhecido devido à falta de protocolo da assistência de enfermagem.

Cardoso et al., (2011) afirma, na atualidade está evidente que maior parte dos pacientes hospitalizados, independentemente da idade, possui um risco elevado ou moderado para ocorrência de lesão por pressão, por isso existe um conjunto de protocolos básicos para prevenção de lesão por pressão de acordo com a OMS, sendo um deles a escala de Braden.

Em vista disso, a qualificação dos profissionais de enfermagem para aplicação da escala de Braden e implementação de medidas preventivas sistematizadas é de suma importância para a prevenção de lesões cutâneas em pacientes com prolongamento no período de internação (CARDOSO et al., 2011).

### 3.4 ESCALA DE BRADEN NA PREVENÇÃO DA LPP

Com o aumento da demanda de pacientes hospitalizados com lesão por pressão, Viana, Leão e Figueiredo (2012) relatam alguns instrumentos de medida de prevenção ou escalas de avaliação de risco que diferem quanto à complexidade, abrangência e facilidade de uso. Acredita-se que exista mais de 200 escalas para avaliação de LPP, as quais são usadas no mundo todo. Nos Estados Unidos as mais utilizadas são Norton, Gosnell, Waterlow e Braden.

De certa forma, a escala de Braden, como caracterizam Viana, Leão e Figueiredo (2012), é mais utilizada no Brasil e nos Estados Unidos. Com essa escala pode-se analisar os fatores de risco predisponentes ao desenvolvimento de úlceras a pontuação dada a cada um dos itens avaliados, que cujo objetivo permite classificar o grau de risco e implementação de medidas de acordo com a classificação de risco para desenvolvimento de LPP.

A escala de Braden foi desenvolvida por Bergstrom e Braden como estratégia para avaliar, identificar e diminuir o potencial de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão. Foi validada e traduzida para a língua portuguesa em 1999, para atender todas as unidades de atenção ao paciente adulto hospitalizado (VIANA; LEÃO; FIGUEIREDO, 2012).

No dizer de Viana, Leão e Figueiredo (2012, p. 101) “os fatores de risco avaliados na escala de Braden são: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Os fatores são pontuados de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável), e o 6 fatores possui apenas valores de 1 a 3. A pontuação total pode variar de 4 a 23. A contagem baixa indica risco severo para lesão por pressão”.



Conforme EBSERH (2013), no item Percepção Sensorial, deve ser avaliada a capacidade de reação significativa ao desconforto se o paciente se encontra completamente limitado não reagindo a estímulos dolorosos, inconsciente ou sedação. Se, se encontra muito limitado, mas reage unicamente a estímulos dolorosos. Ligeiramente limitado, nem sempre consegue comunicar o desconforto e o último item é o que apresenta nenhuma limitação, não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de expressar o desconforto. Já no item Umidade avalia se, o paciente está apresentando incontinências urinária e intestinal, transpiração excessiva, drenagem de feridas que levam a maceração da pele e ruptura da mesma infecção sendo classificado por constantemente úmida, muito úmida, ocasionalmente úmida, raramente úmida.

O autor acima ainda descreve a Atividade, se o paciente se encontra acamado, sentado, anda ocasionalmente ou anda frequentemente. Na mobilidade avalia-se a capacidade de alterar e controlar a posição do corpo classificando em completamente imobilizado, muito limitado, ligeiramente limitado ou nenhuma limitação. Faz parte da escala a avaliação do estado nutricional onde identifica-se a alimentação habitual se encontra muito pobre onde raramente come mais de 1/3 da comida e ingere poucos líquidos. Provavelmente inadequada raramente come mais de 1/2 da comida, recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda. Adequada come mais da metade da comida ou é alimentado por enteral ou parenteral total. Excelente come a maior parte das refeições na íntegra. Por fim, avalia-se a Fricção e força de cisalhamento o qual é uma força mecânica que ocorre quando a pele desliza sobre uma superfície áspera, onde traciona o corpo para baixo e a resistência do paciente sobre a superfície da cama ou cadeira impede que o corpo desça. Classifica-se em problema onde requer ajuda moderada a máxima para se movimentar. Problema potencial onde requer ajuda mínima, é provável que a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, ocasionalmente descai. e nenhum problema onde o paciente move-se sem nenhum problema e sem ajuda (FIGURA 2).

FIGURA 2- Escala de Braden.

		Pontuação			
		1	2	3	4
	<b>Percepção Sensorial</b>	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	<b>Umidade</b>	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	<b>Atividade</b>	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente

<b>Fatores de Risco</b>	<b>Mobilidade</b>	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	<b>Nutrição</b>	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	<b>Fricção e Cisalhamento</b>	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-

Fonte: IESP, 2020.

Das seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para lesão por pressão, os quais são percepção sensorial, atividade e mobilidade e três mensuram a tolerância do tecido à pressão, umidade, nutrição, fricção e cisalhamento (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

Consoante a Sousa, Santos e Silva (2006, s.p) a contagem de pontos baixa, na escala de Braden, indica uma baixa habilidade funcional, estando, portanto, o paciente em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão. Ao fim da avaliação do cliente pelo enfermeiro, chega-se a uma pontuação, que nos diz que: Abaixo de 11= Risco Elevado, 12 a 14 = Risco Moderado, 15 a 16 = Risco Mínimo.

A equipe de enfermagem deverá realizar a somatória dos escores e aplicar o plano de intervenção de enfermagem para os escores menores de 16 pontos. Portanto, uma vez que os riscos de o paciente desenvolver lesão por pressão sejam identificados, Souza et al., (2017) pronuncia que medidas preventivas devem ser priorizadas pela equipe de enfermagem para amenizar o desenvolvimento, utilizando um atendimento humanizado juntamente com um protocolo de cuidados preventivos, para uma avaliação do turgor de cada paciente diariamente.

De acordo com o Protocolo para prevenção de lesão por pressão estabelecida pelo Ministério da Saúde, existem seis etapas essenciais no processo do cuidado sendo: uma avaliação integral dos pacientes na admissão, reavaliação diária de risco de desenvolvimento de lesão em todos os pacientes internados, realização de inspeção diária da pele, manejo da umidade estabelecendo uma limpeza cuidadosa, nutrição e hidratação adequada, minimizar a pressão do paciente por meio de reposicionamento de acordo com a rotina institucional (BRASIL, 2013).

### 3.5 AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A LPP EM PACIENTE IDOSO HOSPITALIZADO

Cabe ao enfermeiro, para Soares e Heidemann (2018) que, a formação adequada para aquisição de competências quanto ao planejamento de ações, supervisionando o cumprimento das ações e promover capacitação contínua a equipe de enfermagem, iniciado pela avaliação, execução de medidas, prevenção e tratamento, além da educação das pessoas e seus familiares, a fim de evitar o desenvolvimento da lesão por pressão e melhorar a assistência prestada, visando melhorar a qualidade de vida e segurança do paciente idoso hospitalizado.

Do mesmo modo, os cuidados de enfermagem são de extrema importância após identificação da lesão e dos fatores de risco, assim a equipe pode estabelecer cuidados de acordo com a classificação de risco determinada pela escala de Braden (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde estabelece que para risco baixo (15 a 18 pontos) deve-se realizar um cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobilização; proteção do calcanhar; manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão. Para risco moderado (13 a 14 pontos) deve continuar as intervenções do risco baixo; mudança de decúbito com posicionamento a 30°. Para o risco alto (10 a 12 pontos) continuar as intervenções do risco moderado; mudança de decúbito frequente; utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°. Para o risco muito alto ( $\leq 9$  pontos) continuar as intervenções do risco alto; utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível e manejo da dor (BRASIL, 2013, p. 13).

Outrossim, as medidas profiláticas recomendadas abaixo são baseadas nas recomendações NANDA – NIC – NOC (2012, p. 338-414), estas devem ser seguidas no atendimento de pacientes idosos hospitalizados para prevenção de lesão (Tabela1).

**Tabela1 - Cuidados de enfermagem aos pacientes com lesão por pressão.**

- 
1. Examinar diariamente a pele, de maneira detalhada, através da inspeção e palpação;
  2. Realizar o exame da pele durante o banho de leito e/ou aspersão;
  3. Realizar massagens de conforto;
  4. Evitar massagens vigorosas nas áreas de proeminências ósseas;
  5. Atentar para a temperatura da água durante o banho, evitando que seja muito quente;
  6. Manter a pele livre de fluídos corporais, evitando cisalhamento;
  7. Utilizar hidratantes na pele;
  8. Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão;
  9. Oferecer ingestão hídrica adequada;
  10. Oferecer aporte nutricional equilibrado rico em proteína;
  11. Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros;
  12. Evitar aplicar na pele produtos com elevado teor alcoólico (ex: álcool 70%);
  13. Utilizar lençóis de algodão;
-

14. Manter os lençóis da cama limpos, secos e esticados, sem dobras ou costuras em contato com a pele, após os atendimentos assistenciais;
15. Fazer uso de dispositivos urinários externos (ex: SVD, papagaio, fraldas);
16. Utilizar fraldas descartáveis absorvíveis;
17. Não expor o cliente ao frio;
18. Utilizar superfícies de apoio adequadas (colchão tipo caixa de ovo, coxins, rolo de espuma);
19. Posicionar superfícies de apoio em níveis mais acima ou mais abaixo da proeminência óssea, aliviando o local de qualquer pressão;
20. Realizar mudança de decúbito no mínimo a cada duas horas;
21. Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída;
22. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento);
23. Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa;
24. Manter a cabeceira no máximo no ângulo de 30° ou 90° (diminuir a força de cisalhamento);
25. Realizar elevação dos calcâneos;
26. Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes;
27. Atentar para limpeza do leito do paciente;
28. Uso de Escalas para avaliação de risco de desenvolvimento de lesão;
29. Fornecer informações ao paciente;
30. Prestar orientações quanto à educação em saúde ao usuário, familiar e cuidador, envolvendo a família nos cuidados;
31. Promover apoio emocional aos familiares e ao paciente;
32. Promover treinamento profissional da equipe;
33. Estabelecer protocolos para seguir uma rotina de cuidados;
34. Estimular a avaliação da equipe multiprofissional e feedback de informações.

FONTE: Ligações NANDA – NOC – NIC (2012, p. 338).

Para Souza et al. (2017, s.p) “as ações de avaliação e cuidados diários proporciona para o paciente um cuidado seguro que minimize riscos e a internação prolongada. Os cuidados visam à prevenção necessária para o tratamento do surgimento da LPP e de suas complicações”.

Enfim, cabe a equipe de enfermagem se adequar aos cuidados para prevenção de lesão por pressão, realizando cuidados desde uma simples vermelhidão à uma escara abrangente, pois as lesões infectadas, isto é, com presença de pus, podem ser tratadas com pomadas de papaína, laser, óleo dersani e pomadas ou cremes medicamentosos, mas quem deve prescrever este tratamento é um médico. A equipe de enfermagem deve fazer o curativo e avaliar a evolução das escaras diariamente, até a cicatrização (BRASIL, 2013).

A avaliação é essencial para classificação da lesão por pressão, o que assegura a seleção adequada para a conduta a ser tomada. Assim, ao se formar uma lesão por pressão o desejável é que ocorra a cicatrização da lesão, para que isso aconteça é necessário que as causas sejam resolvidas ou atenuadas e que sejam realizados cuidados e curativos adequados (PASSOS, 2018).

De tal forma, os curativos são de total responsabilidade do enfermeiro, onde o mesmo deve saber a cobertura correta a se usar. *Ácido graxo Essencial*: loção oleosa, qual é indicada para pele íntegra, leito de feridas sem tecido desvitalizado que precisam aumentar a granulação e estimular a epitelização. *Película de poliuretano, semipermeável adesiva*: indicada para prevenção de lesões por pressão estágio I, feridas cirúrgicas sem complicações, áreas

doadoras de enxerto e cobertura secundária. *Hidrocoloide*: indicada para feridas superficiais com exsudação de moderada a baixa, prevenção de lesão por pressão. *Hidrogel*: Indicado para feridas com pouca perda tecidual, para desbridamentos autolítico de feridas necróticas. Mantém o meio úmido e estimula a produção do tecido de granulação. *Colagenase e papaína*: indicado no desbridamento enzimático de feridas com tecidos necróticos secos ou viscosos bem aderidos ao leito (EBSERH, 2018, p. 12).

Ao realizar a identificação de uma lesão por pressão a equipe de enfermagem deve fazer observações clínicas como tipo de tecido, estadiamento da lesão, quantidade de exsudato, presença de sangramento, sensibilidade à dor e presença de infecção, para assim, saber tratá-la de acordo com o aspecto da ferida, assim a Tabela 2 sugere algumas coberturas corretas para utilizar de acordo com cada estágio e características da lesão por pressão.

O enfermeiro exerce várias funções como cuidar, informar, educar, orientar e confortar. Cabe a enfermagem a realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) para prevenção das lesões, a qual possibilita um planejamento de cuidado individualizado aos pacientes, estando preparados para atender todas as necessidades da população idosa, visto que estes são vulneráveis e, muitas vezes, esquecidos, o que exige da enfermagem mais paciência e dedicação (LAMÃO; QUINTÃO; NUNES, 2016).

Assim, Lamão, Quintão e Nunes (2016, p. 131) “faz-se necessário à implantação da SAE com elaboração de ações de enfermagem visando prestar uma assistência especializada, promovendo a recuperação da saúde, auxiliando na recuperação e prevenindo complicações como as lesões por pressão, possibilitando, assim, que o paciente retorne ao seu ambiente social”.

Tabela 2 - Cobertura de acordo com característica das lesões.

Estágio	Características	Coberturas	Período de Troca
<b>Estágio I (Hiperemia)</b>	Áreas com moderada/exposição ao cisalhamento	Placa Hidrocoloide Ácido Graxo Essencial (AGE)	Até 7 dias (antes, se caso as bordas soltas e apresentar cor diferente)
	Áreas com pouca exposição ao cisalhamento		Cada 6 horas
<b>Estágio II (Bolhas e lesão superficial)</b>	Intacta	Gaze + AGE	Cada 12 horas
	Sem/ pouco exsudato	Placa de hidrocoloide	Até 7 dias
<b>Estágio III</b>	Escara	Papaína 10%	Cada 12 horas
	Necrose úmida	Hidrogel	Cada 24 horas
	Esfacelo	Papaína 6% ou 10%	Cada 12 horas
<b>Estágio IV</b>	Exsudato em grande quantidade	Alginato de cálcio e sódio	Até 5 dias
		Papaína 3% e Hidrogel	Cada 24 horas
	Tecido de granulação Ferida complexa	Alginato de cálcio e sódio com prata	Até 5 dias

FONTE: EBSERH, 2018.

Souza et al., (2017) ainda ressalta que devido às grandes limitações que o idoso apresenta durante o período de internação, o enfermeiro deve se basear em uma assistência de enfermagem de qualidade para melhorar a segurança do paciente com o propósito de cuidado de um ambiente menos hostil, para tornar o local menos úmido, garantindo medidas adequadas de higiene, conforto e inspeção da pele para diminuição de fatores de risco.

Quando o desenvolvimento de lesão por pressão é inevitável, é necessária a adoção de ações terapêuticas adequadas a fim de minimizar as suas consequências e evitar a evolução de sua gravidade conforme apresentado na Tabela 3. Sendo assim, os enfermeiros precisam além do conhecimento técnico científico, possuir habilidades significativas para o tratamento de lesão por pressão a fim de direcionar o uso racional e eficiente de recursos escassos, contribuindo, efetivamente, com a melhora na condição de vida (FAVRETO et al., 2017).

Devido à complexidade das lesões por pressão descritas, cabe ao enfermeiro gerenciar toda a logística relacionada a prevenção e ao tratamento dos pacientes portadores de lesão por pressão, avaliar de maneira integral o paciente, levando em consideração comorbidades associadas, estilo de vida e poder econômico, ser claro na orientação ao paciente e familiares, evitar gastos excessivos com curativos que são mal utilizados ou mal indicados, adotar medidas preventivas e sensibilizar a equipe quanto a importância da prevenção e do uso consciente de materiais disponíveis. Com medidas eficientes é possível evitar ao paciente o sofrimento físico e/ou psíquico que uma lesão por pressão pode trazer, essas medidas proporcionarão um tratamento eficaz, mais rápido e mais humanizado as pessoas portadoras desse tipo de lesão (FAVRETO et al., 2017).

**Tabela 3 - Cuidados de enfermagem ao paciente com lesão por pressão.**

- 
- Avaliar as condições do cliente, nas primeiras 8h de admissão;
  - Inspeccionar as mucosas e a pele nas regiões, occipital, escapular, sacra, coccígea, tuberosidade isquiática, trocanteriana, calcâneos e maléolos;
  - Manter o colchão piramidal sobre o colchão de cama do paciente;
  - Mudar a posição do paciente acamado a cada 2 horas;
  - Manter as proeminências ósseas com dispositivos acolchoados reposicionando a cada 2 horas;
  - Elevar os calcanhares colocando-se travesseiros macios embaixo do tornozelo;
  - Uma vez ao dia, posicionar os pacientes sentados em poltronas macias, ou revestidos com colchão piramidal;
  - Alterar a posição das pernas quando o paciente se encontra sentado;
  - Manter cabeceira elevada à 30°;
  - Avaliar os sinais vitais de 6/6h;
  - Dieta rica em vitaminas e proteínas;
  - Manter hidratação da pele sem massagear;
  - Manter o paciente seco e limpo, trocando suas fraldas de três em três horas;
  - Realizar hidratação da pele com hidratantes e/ou óleos corporais a base de vegetais;
  - Realizar o curativo de acordo o estágio e características da lesão;
  - Proteger a pele das proeminências ósseas com filme transparente ou placa de hidrocoloide;
-



- 
- Usar sabonete com pH neutro para realizar a higiene da área genital;
  - Manter-se atento para o surgimento de infecções fúngicas;
  - Manter as roupas de cama sempre limpas e secas;
  - Monitorar e inspecionar as fontes de pressão e fricção da pele (lençóis, drenos e cateteres);
  - Orientar cliente/família/cuidador sobre os cuidados de prevenção domiciliar pós alta.
- 

FONTE: Ligações NANDA – NOC – NIC (2012, p. 338).

Portanto, além do uso da sistematização da assistência de enfermagem para facilitar o cuidado com o paciente, os gestores das instituições de saúde devem proporcionar educação permanente aos profissionais que neles atuam, permitindo participação em cursos, seminários e oficinas que abordem assuntos como envelhecimento e sociedade, políticas de atenção, intervenções e cuidados gerontológicos, aspectos relativos à prevenção de morbidades e de promoção da saúde que retratem o cuidado a pessoa idosa. Assim, buscando aprimoramento para que a enfermagem possa prestar uma assistência qualificada (BOTH, 2014).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo foi possível identificar a importância da equipe de enfermagem no processo de segurança do paciente idoso, no conhecimento dos fatores de riscos e da implementação das ações de prevenção para lesão por pressão, procurando levar melhoria na segurança do paciente com uma oferta de assistência de enfermagem de qualidade com medidas adequadas de higiene e conforto para minimizar o surgimento de lesões por pressão durante todo esse processo de hospitalização.

De certa forma, as ações de enfermagem na prevenção de lesão por pressão com uso da Escala de Braden e outros métodos estabelecidos pela unidade devem ser usados desde a admissão do paciente na unidade até sua alta, de modo que a cultura de segurança do paciente seja uma realidade cotidiana no ambiente hospitalar, pois o investimento em capacitação profissional continuada e atualizada refletirá na formação de enfermeiros qualificados para a prática assistencial e resultará na excelência do cuidado aos idosos hospitalizados.

Entretanto, mesmo que muitos profissionais da área da saúde não saibam a importância da segurança do paciente, não conhecem ferramentas e protocolos que padronizem as ações e auxiliem nos cuidados diários ao idoso, bem como notificação dos erros cometidos durante o processo de hospitalização, uso da escala de Braden e maneira correta de inspecionar a pele várias vezes ao dia.

Sugere-se que pelos estudos usados para realização desta revisão bibliográfica, os profissionais se dediquem mais ao cuidado individualizado e envolvam mais a família e outros membros da equipe

no processo do cuidado, a fim de que eles estejam diariamente no processo de segurança qualificada do paciente idoso durante todo processo de hospitalização.

Por fim, acredita-se que essa pesquisa possa contribuir para uma melhoria na segurança do paciente idoso hospitalizado em prevenção de lesão por pressão precoce, e faça da enfermagem uma equipe mais unida para pontuar os fatores de riscos dos idosos desenvolverem lesão no âmbito hospitalar, a fim de visar uma assistência integral e segura com a associação do percentual de risco determinado pela escala de Braden dos pacientes desenvolver qualquer tipo de lesão, assim tendo como foco a melhoria do cuidado por intervenções de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

AGEVISA. Agência Estadual Vigilância em Saúde. **Cartilha de segurança do paciente** - passo a passo para a implantação do núcleo de segurança do paciente. Governo da Paraíba, 2011. Disponível em: <[https://agevisa.pb.gov.br/documentos-pdf/seguranca-do-paciente/cartilha\\_agevisa-2.pdf](https://agevisa.pb.gov.br/documentos-pdf/seguranca-do-paciente/cartilha_agevisa-2.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2020.

ARAÚJO, Paloma Evelin; SANTOS, Doralice Ramalho; SILVA, Waldynélia dos Santos. Segurança do paciente: uma abordagem acerca da atuação da equipe de enfermagem na unidade hospitalar. **Revista Temas em Saúde**, v. 17, n. 2, 2017.

BOTH, Juliane Elis; LEITE, Marines Tambara; HILDEBRANDT, Leila Mariza; BEUTER, Margrid; MULLER, Luís Antônio; LINCK, Caroline de Leon. Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. **Revista Escola Anna Nery**, v. 18, n. 3, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Censo. **Idosos indicam caminhos para uma melhor idade**. Brasília: [Ministério da Saúde], 2018. Disponível em: <<https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html#:~:text=Idosos%20indicam%20caminhos%20para%20uma%20melhor%20idade>>. Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**. 19 ed. Brasília: Editora MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde**: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: [Ministério da Saúde] Anvisa, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+seguran%C3%A7a+do+paciente/52efbd76-b692-4b0e-8b70-6567e532a716>>. Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília: [Ministério da Saúde], 2013. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/sobre-o-programa>>. Acesso em: 22 set. 2020.

CARDOSO, Patrícia Cristina; CREUTZBERG, Marion; AGUILERA, Nair Cristina Fortuna; BARBOSA, Thiago Lapuente; CEOLIN, Lieli Dapieve; URBANETTO, Janete de Souza; STEIN, Katia. Fatores de risco para úlceras de pressão em idosos de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Oficial Conselho Federal de Enfermagem**, v. 2, n. 2. 2011.

EBSERH. Hospitais Universitários Federais. **Escala de Braden**. 2013. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Escala+de+Braden.pdf/db6988d2-53b9-4087-bbf6-30323db8d3d7>>. Acesso em: 22 set. 2020.

EBSERH, Hospitais Universitários Federais. **Prevenção e tratamento de lesão por pressão**. Protocolo núcleo de protocolos assistenciais multiprofissionais. 2018. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Protocolo+Preven%2B%BA%2B%FAo+e+tratamento+de+LPP+7.pdf/33eeb7da-aa00-464c-add3-2ff627d6d6f6>>. Acesso em: 27 out. 2020.

FAVRETO Fernanda Janaína Lacerda; BETIOLLI, Susanne Elero; SILVA, Francine Bontorin; CAMPA, Adriana. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. **Revista gestão & saúde**, v. 17, n. 2, 2017.

GARBACCIO, Juliana Ladeira; FERREIRA, Amanda Domingos; PEREIRA, Amanda Lais Gonçalves Gama. Conhecimento e prática referidos por idosos no autocuidado com a pele no Centro-Oeste de Minas Gerais. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, 2016.

GOMES, Regina Kelly Guimarães; MORAES, Maria Herline Maia; MANIVA, Samia Jardelle Costa de Freitas; HOLANDA, Rose Eloíse. Prevenção de lesão por pressão: segurança do paciente na assistência à saúde pela equipe de enfermagem. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 3, n. 1, 2018.

IESPE. Instituto de renome em Juiz de Fora. **Como é a escala de Braden e como utilizá-la no ambiente da UTI**. 2020. Disponível em: <<https://www.iespe.com.br/blog/escala-de-braden/#:~:text=A%20escala%20de%20Braden%20%C3%A9,promover%20um%20tratamento%20mais%20eficaz>>. Acesso em: 22 set. 2020.

LAMÃO, Luana Correa Lima; QUINTÃO, Vanilda Araujo; NUNES, Clara Reis. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por Pressão. **Revista Científica Interdisciplinar**, v. 1, n. 9, 2016.

MORAES, Juliano Teixeira; BORGES, Eline Lima Borges; LISCOA, Cristiane Rabelo; CORDEIRO, Danieli Campos Olímpio; ROSA, Elizabeth Geralda; ROCHA, Neilian Abreu Rocha. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n.2, 2016.

NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington: 2016. Disponível em: <[http://www.epuap.org/guidelines/Final\\_Quick\\_Treatment.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2020.

OLIVEIRA, Pamela Suelen Santos. **Cuidado da equipe de enfermagem junto aos usuários com úlcera por pressão**. 2015. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/colecionadas/2014/31425/31425-729.pdf>> Acesso em: 03 mar. 2020.

OLIVEIRA, Soraya Imon. **Ligações NANDA – NOC – NIC**. 3 ed. Rio de Janeiro: Enfermagem. I. Marion, Johnson. Guanabara Koogan, 2012.

PASSOS, Rômulo. **Feridas e Coberturas: um material atualizado com procedimentos e tratamento.** 2018. Disponível em: <<https://www.romulopassos.com.br/files/pdf/20052017101018000000946.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2020.

SAKASHITA, Vanessa Motta Moreira. NASCIMENTO, Maria de Lourdes. Úlcera por pressão em idosos: a importância do manejo nutricional no tratamento. **Sociedade Brasileira de Geriatria & Gerontologia**, v.5. n. 2, 2011.

SILVA, Deysi Mendes. **Qualidade de vida e cuidador de idosos:** revisão de literatura. Governador Valadares-MG. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. [Monografia de graduação].

SOARES, Cilene Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018.

SOARES, Kamila. **Conheça os problemas de pele mais comuns na terceira idade.** 2019. Disponível em: <<https://blog.partmedsaude.com.br/conheca-os-problemas-de-pele-mais-comuns-na-terceira-idade/>>. Acesso em: 27 out. 2020.

SOUSA, Cristina Albuquerque; SANTOS, Iraci; SILVA, Lolita Dopico. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 59, n. 3, 2006.

SOUZA, Kézia Eunice Costa; ROCHA, Jonatha Douglas dos Santos; VASCONCELOS, Bianca Maria Vieira; SILVA, Paulo Sérgio Gomes. **Assistência de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em idosos em ambiente hospitalar:** um relato de experiência. 2017. Disponível em: <[http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO\\_EV075\\_MD4\\_SA4\\_ID1784\\_18102017193547.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV075_MD4_SA4_ID1784_18102017193547.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2020.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 15 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VIANA, Dirce Laplaca; LEÃO, Eliseth Ribeiro; FIGUEIREDO, Nébia M. Almeida. **Especializações em Enfermagem:** atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Paulo: Editora Yendis, 2012.