



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ODONTOLOGIA, FARMÁCIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ANA CAROLINE ANDRADE OLIVEIRA

LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS:
REVISÃO INTEGRATIVA

FORTALEZA-CE
2018

ANA CAROLINE ANDRADE OLIVEIRA

LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO
INTEGRATIVA

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Viviane Mamede Vasconcelos Cavalcante

FORTALEZA-CE

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- O45l Oliveira, Ana Caroline Andrade.
LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS : REVISÃO
INTEGRATIVA / Ana Caroline Andrade Oliveira. – 2018.
52 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza,
2018.

Orientação: Profa. Dra. Viviane Mamede Vasconcelos Cavalcante.

1. Cuidados Paliativos. 2. Lesão por Pressão. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

ANA CAROLINE ANDRADE OLIVEIRA

LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO
INTEGRATIVA

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 07/12/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Viviane Mamede Vasconcelos Cavalcante (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Ms. Anne Kayline Soares Teixeira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof^a. Dr^a. Maria Isis Freire Aguiar
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, Regiane e Júnior.

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, por ser fonte de luz e força durante toda a minha vida.

Aos meus pais Regiane e Júnior pelo amor, carinho, dedicação, incentivo, compreensão e investimento em toda a minha trajetória de estudos, possibilitando-me a realização de mais este sonho.

Ao meu amor, amigo, Cristiano, pela força e os conselhos, palavras de apoio, pela disponibilidade para me ajudar de todas as formas e simplesmente pela sua companhia em todos esses anos.

À querida Professora Viviane, minha orientadora, pelo apoio, paciência, atenção, disponibilidade e competência na orientação deste estudo, contribuindo para o meu crescimento intelectual.

A todos os meus amigos e familiares que acreditaram no meu potencial e que posso ir além.

À Anne Kayline, amiga, coordenadora do estágio extracurricular em Estomaterapia, companheira durante o último biênio, incentivadora do meu progresso acadêmico e profissional.

À Banca examinadora, pelas relevantes contribuições para a construção do estudo.

E a todos que indiretamente ou diretamente me ajudaram no decorrer da graduação em Enfermagem e na construção deste trabalho.

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte”.

(Cicely Saunders)

RESUMO

Esse estudo objetivou identificar a caracterização, prevenção e tratamento de lesão por pressão em pacientes sob cuidados paliativos na literatura. Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa de literatura, obedecendo aos cinco passos para a construção do estudo: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a apresentação da revisão. Na coleta de dados, selecionou-se 10 artigos nas bases de dados Lilacs, BDEnf, PUBMED e MedLine. Os resultados encontrados foram: A maioria dos artigos trouxe estratégias para a prevenção e tratamento de lesão por pressão. Quanto à caracterização, as feridas apresentam-se profundas, exsudativas e dolorosas, mesmo quando tomadas as medidas preventivas adequadas, caracterizando um processo de falência tecidual. Observou-se ainda que a localização mais frequente do agravo foi a região sacra, por sua proximidade com áreas de incontinência, expondo a pele ao excesso de umidade. Em vista disso, a assistência de enfermagem deve atuar com vistas à otimizar o manejo dos pacientes com possibilidade ou existência de lesão por pressão. Os dispositivos existentes para a diminuição da pressão em zonas facilmente afetadas pelas lesões podem ser muito úteis para que o paciente assuma posições diferentes em seu leito evitando, assim, a imobilidade. Assim sendo, o conhecimento do profissional que presta o cuidado a esses indivíduos é fundamental. Portanto, a realização deste estudo foi de grande relevância, pois, permitiu identificar as estratégias de cuidado na prevenção e tratamento de lesão por pressão em pacientes sob palição, além de evidenciar como a literatura caracteriza as lesão por pressão nessa população, bem como servir de alerta para a necessidade de estudos que envolvam as especificidades do cuidado aos pacientes que estão em estágio avançado de alguma doença, vivenciando a terminalidade, com grande possibilidade de serem acometidos por lesão por pressão.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Lesão por Pressão. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to identify the characterization, prevention and treatment of pressure injury in patients with palliative care in the literature. It is a study of the type integrative literature review, obeying the five steps to build the study: establishment of the hypothesis and objectives of the integrative review; sample selection; definition of the information to be extracted from the selected articles; analysis of results; discussion and presentation of the results and the presentation of the review. In the data collection, 10 articles were selected in the Lilacs, BDEnf, PUBMED and MedLine databases. The results were: Most of the articles brought strategies for the prevention and treatment of pressure injury. As for the characterization, the wounds are deep, exudative and painful, even when appropriate preventive measures are taken, characterizing a process of tissue failure. It was also observed that the most frequent location of the disease was the sacral region, due to its proximity to areas of incontinence, exposing the skin to excess moisture. In view of this, nursing care should act in order to optimize the management of patients with the possibility or existence of pressure injury. Existing devices for reducing pressure in areas easily affected by the lesions may be very useful for the patient to assume different positions in their bed thus avoiding immobility. Therefore, the knowledge of the professional who provides care to these individuals is fundamental. Therefore, the accomplishment of this study was of great relevance, since it allowed to identify the strategies of care in the prevention and treatment of pressure injury in patients undergoing palliation, besides evidencing how the literature characterizes pressure injury in this population, besides serving as an alert for the need of studies involving the specificities of care to patients who are at an advanced stage of some disease, experiencing terminality, with great possibility of being affected by pressure injury.

Keywords: Palliative Care. Pressure Ulcer. Nursing.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|---|
| Quadro 1 - Classificação de lesões por pressão segundo o estadiamento conforme a <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i> | 8 |
| Quadro 2 - Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão | 9 |

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo Flow Diagram - Prisma

16

LISTA DE TABELAS

| | | | |
|----------|---|--|----|
| Tabela 1 | – | Descrição da estratégia PICO utilizada no estudo | 14 |
| Tabela 2 | – | Caracterização dos estudos com base no nível de evidência, tipo de estudo e público-alvo | 18 |
| Tabela 3 | – | Caracterização dos estudos com base no tipo de estudo, nível de evidência, conclusão e categoria | 18 |
| Tabela 4 | – | Frequência e porcentagem do período dos artigos | 23 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| ANCP | Academia Nacional de Cuidados Paliativos |
| CP | Cuidados Paliativos |
| BDEnf | Base de Dados de Enfermagem |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| LP | Lesão por Pressão |
| MEDLINE | Medical Literature Analysis and Retrieval System Online |
| NE | Nível de Evidência |
| NPUAP | National Pressure Ulcer Advisory Panel |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PRISMA | Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses |
| PUBMED | National Library of Medicine and National Institutes of Health |
| UTK | Úlcera Terminal de Kennedy |
| WPCA | Worldwide Palliative Care Alliance |

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 1 |
| 2 | OBJETIVO | 4 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 5 |
| 3.1 | Evolução histórica dos Cuidados Paliativos | 5 |
| 3.2 | Lesões por pressão em pacientes na terminalidade | 6 |
| 3.3 | Cuidados de Enfermagem ao paciente sob cuidados paliativos | 11 |
| 4 | METODOLOGIA | 13 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 18 |
| 5.1 | Caracterização dos artigos incluídos na revisão | 18 |
| 5.2 | Caracterização das lesões por pressão: estadiamento, presença de exsudato e localização anatômica. | 24 |
| 5.3 | Cuidados de Enfermagem na prevenção e tratamento de lesões por pressão em pacientes sob cuidados paliativos | 26 |
| 6 | CONCLUSÃO | 30 |
| | REFERÊNCIAS | 32 |
| | APÊNDICES | 37 |
| | APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS | 38 |

1 INTRODUÇÃO

Vivencia-se no país um crescimento de casos de doenças crônico-degenerativas, ocasionando maiores demandas no número de leitos hospitalares. Esse fator é devido às mudanças na estrutura etária do perfil demográfico brasileiro relacionado ao aumento da expectativa de vida e ao envelhecimento populacional (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016).

Nessa perspectiva, estudos destacam que dentre as principais causas de hospitalizações por longos períodos, estão, em maiores proporções, as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias e digestivas, e em menores proporções, as doenças do aparelho geniturinário, infecciosas e parasitárias, osteoarticulares e do sistema nervoso (GONÇALVES e TORRES, 2013).

Baseados no contexto de internações prolongadas sem prognóstico favorável surgem os Cuidados Paliativos (CP) que consistem em uma modalidade terapêutica no fim de vida que garante a integralidade do cuidado, voltada para pacientes cujas doenças não respondem mais a tratamentos curativos (GOMES e OTHERO, 2016).

Portanto, o principal objetivo do CP é proporcionar a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos, bem como de seus familiares, por meio da promoção do conforto, alívio da dor e de problemas biopsicossociais e espirituais, não pretendendo apressar ou adiar a morte (GOMES e OTHERO, 2016).

Essa temática é considerada um desafio mundial uma vez que apenas 20 países integram a modalidade ao sistema de saúde (WPCA, 2014). No Brasil, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2017) informa que existem em torno de 150 equipes especializadas na modalidade terapêutica. Tendo em vista que o país conta com mais de 5 mil hospitais, sendo pelo menos 2500 com mais de 50 leitos, nota-se que a demanda por atendimento de CP é muito superior à oferta disponível hoje.

A assistência paliativa, por sua complexidade, exige uma abordagem multiprofissional especializada que esteja disposta a prestar muito além de cuidados. Manso, *et al.*, (2017) relata que na equipe multidisciplinar cada profissional é responsável pelo desenvolvimento de ações de cuidado em prol da integralidade e que a interdisciplinaridade é fundamental para direcionar o cuidado adequado.

Conforme explica Silveira, Ciampone e Gutierrez (2014), nesta mudança

de paradigma, em que o foco é cuidar, a meta terapêutica visa o alívio dos sintomas que comprometem a qualidade de vida, integrando ações médicas, de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais e de reabilitação, que influenciam também no tipo de morte que o paciente terá.

A enfermagem como parte da equipe multiprofissional paliativa deve atuar com atenção voltada às necessidades holísticas da tríade família-paciente-cuidador, através do planejamento e implementação de ações que visem à prática da ortotanásia para o cliente assistido (HERMES e LAMARCA, 2013).

Sendo assim, o profissional de enfermagem é peça-chave na equipe de CP, tendo em vista que sua essência é o cuidado, podendo proporcionar qualidade de vida ao indivíduo em terminalidade (HERMES e LAMARCA, 2013).

Devido às condições clínicas desfavoráveis em que os pacientes sob CP se encontram, frequentemente ocorrem prejuízos na mobilidade física, ocasionando a restrição ao leito, associada à fragilidade cutânea devido à falência dos órgãos no paciente em fim de vida, acarretando no surgimento de lesões de pele como, por exemplo, as Lesões por Pressão (LP) (ANDRADE, *et al.*, 2016).

Consoante a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) (2016), LP é definida como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sob uma proeminência óssea, relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato que pode se apresentar em pele íntegra ou como lesão aberta e pode ser dolorosa. Ocorre devido à intensa e/ou prolongada pressão em combinação com cisalhamento.

A incidência das LP apresenta variação significativa conforme o ambiente clínico e o estado de saúde do paciente. Variáveis como percepção sensorial, atividade, umidade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento devem ser criteriosamente avaliadas, sobretudo, em indivíduos com longa permanência hospitalar devido a maior frequência de LP ocorrerem nessa população (MORAES, *et al.*, 2016).

Enquanto graduanda, a experiência de estágio em Estomaterapia em unidade de cuidados especiais, com prevalência de pacientes sob cuidados paliativos, possibilitou à pesquisadora perceber que nem sempre a ocorrência de LP nessa população é um dano evitável e que tal acontecimento não reflete a falha da assistência prestada.

É necessário que a equipe reconheça as fragilidades daqueles que são

assistidos e perceba que apesar de tomadas todas as medidas preventivas, baseadas em protocolos e na adoção de diversos meios preventivos, o processo de finitude traz consigo a falência de órgãos e tecidos, ocasionando o surgimento de lesões.

A relevância deste estudo, cujo foco é o paciente em cuidados paliativos com lesão por pressão, justifica-se pela necessidade de abordar os cuidados preventivos e terapêuticos ofertados, objetivando proporcionar maior conhecimento aos profissionais quanto a oferta de assistência qualificada a essa população.

2. OBJETIVO

Identificar a caracterização de lesão por pressão em pacientes sob cuidados paliativos na literatura.

Identificar os cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de lesão por pressão em pacientes sob cuidados paliativos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Evolução histórica dos Cuidados Paliativos

O surgimento dos CP se deu por volta do século XX, no movimento *hospice* ocorrido em Londres, sob a idealização de Cicely Saunders. Buscava-se, a partir dos conhecimentos acerca do sofrimento humano no processo de fim de vida, difundir a filosofia do cuidar em contrário a visão centrada no ato curativo, com o intuito de oferecer uma melhor qualidade de vida ao indivíduo em terminalidade (NICKEL, *et al.*, 2016; BARBOSA, *et al.*, 2017).

Decorrente desse movimento, os cuidados de fim de vida começam a se desenvolver exponencialmente em todo o mundo. Nos anos 60, a Coreia fundou sua primeira unidade de CP no *Calvary Hospice of Kangnung*. Após dois anos, o *Saint Christopher's Hospice* foi inaugurado em Londres, sendo a referência nos CP modernos. Mais tarde, Japão, Estados Unidos da América, Canadá, Polônia e Suécia também aderiram a ideia de implantar serviços especializados na palição (CAPELAS, *et al.*, 2014).

No Brasil, o assunto é discutido desde a década de 70, porém, a concretização de serviços de CP só teve início nos anos 90. Com a criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 1997, houve um fortalecimento na implantação dos cuidados especializados na modalidade de cuidados, consolidando serviços já existentes e estimulando a fundação de novos, e até hoje se almeja expandir sua incorporação nos diversos serviços de saúde (ANCP, 2017).

Muito embora comumente se associe o conceito de CP à área oncológica, este pode ser atribuído a qualquer situação de terminalidade. Conforme o manual de CP do Ministério da Saúde, o objetivo fundamental dos CP é promover a finitude da vida de forma digna, com uma terapêutica voltada ao controle sintomático da dor e preservação da qualidade de vida, não promovendo medidas distanásicas, por meio de uma abordagem multidisciplinar (BRASIL, 2016).

A assistência em CP não é pautada em protocolos, mas sim em princípios dentre os quais se destacam: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, reafirmar a vida e considerar a morte como um processo natural, não pretender adiantar ou adiar a morte, integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado, oferecer sistema de suporte aos familiares durante a doença e luto,

melhorar a qualidade de vida, influenciar positivamente o curso da doença e iniciar o mais precocemente os CP (OMS, 2016).

O indivíduo sob CP requer atenção diferenciada por parte da equipe de saúde devido à modalidade transcender o modelo assistencial tradicional, onde o enfoque não é direcionado à doença, mas sim ao paciente, um ser biográfico, ativo, com direito à informação e à autonomia plena para decisões a respeito de seu tratamento. Por isso, o cuidado holístico, a humanização e a interdisciplinaridade são essenciais na assistência ao paciente para oferecê-lo uma sobrevida menos árdua e angustiante (GERMANO e MENEGUIN, 2013).

Assistir a um paciente em CP é um desafio para a equipe multiprofissional, considerando que não se deve privar a pessoa do uso de recursos diagnósticos e terapêuticos, mas utilizá-los de forma hierarquizada, respeitando os princípios bioéticos da beneficência e não-maleficência, além de elaborar um plano de cuidados integral individualizado e adaptado a cada fase da doença (FRANK, 2016).

Em razão disso, é importante que a equipe que lida com a clientela dessa modalidade conheça a sua complexidade e reconheça que a falência terapêutica não implica em falência de cuidados, tendo em vista que sempre existirá a possibilidade de ofertar o conforto, prevenir e aliviar o sofrimento, possibilitando ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte, considerando-a como um processo natural (MANSO, *et al.*, 2017).

3.2 Lesões por Pressão em pacientes na terminalidade.

A temática de segurança do paciente tem tomado grande espaço nas discussões acerca da qualidade da assistência à saúde. Em 2009, a Organização Mundial de Saúde definiu segurança do paciente como a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários durante a atenção à saúde (VASCONCELOS e CALIRI, 2017).

Nessa concepção, as lesões por pressão, reconhecidas como um evento adverso ao surgirem sob circunstâncias evitáveis e como uma das cinco causas mais comuns de danos aos pacientes, quando ocorrem após a admissão do indivíduo no serviço de saúde, apresentam-se como importante desafio. Essas alterações cutâneas acarretam grande impacto para pacientes, familiares e sistema de saúde, haja vista que envolvem internações por tempo superior ao esperado,









elevando o risco de infecções e outros agravos, além de gerar maior ônus à instituição (ANDRADE, *et al.*, 2016).

As LP são feridas que interferem na continuidade da pele, causadas por fatores intrínsecos (idade, estado nutricional, perfusão tecidual, uso de alguns medicamentos e doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial) e extrínsecos (pressão, cisalhamento e umidade). A pressão é considerada o principal fator causador, pois após um período de fluxo sanguíneo deficiente, os nutrientes deixam de serem carregados para as células, ocasionando isquemia e necrose tecidual (TEIXEIRA, *et al.*, 2017; GONÇALVES, *et al.*, 2013).

A classificação das LP ocorre de acordo com grau de comprometimento da pele. Elas são estadiadas a partir do surgimento de eritema não branqueável até o comprometimento mais profundo, que abrange os tecidos muscular e ósseo, além daquelas em que não há possibilidade de identificar o estágio em que se encontram devido à presença de tecido inviável (necrose e/ou esfacelos) (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*, 2016).

Ainda sobre a nova classificação, também é possível avaliar as LP associadas a dispositivos médicos e em membranas de mucosas (QUADRO 01).

Quadro 1: Classificação de lesões por pressão segundo o estadiamento conforme NPUAP, 2016. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.

| LESÕES POR PRESSÃO | | | |
|---|--|--|---|
| Estágio 1 |  | | Pele íntegra com eritema que não embranquece |
| Estágio 2 |  | | Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme |
| Estágio 3 |  | | Exposição de tecido subcutâneo |
| Estágio 4 |  | | Exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso |
| Não Classificável |  | | Perda tissular não visível. A extensão do dano não pode ser confirmada |
| Lesão por Pressão Tissular Profunda |  | | Descoloração vermelho escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece |
| Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico |  | | A lesão por pressão geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo Ex.: Máscaras; Cânulas ; Oxímetro; Talas; Cateteres; fixadores; TQT... |
| Lesão por pressão em membranas mucosas |  | | Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas. Ex.: mucosa oral, nasal, genital. |

Fonte: Elaborado pelo Serviço de Estomaterapia HGWA, Fortaleza-Ceará, 2018.

Para a avaliação do risco de desenvolvimento de LP, foi elaborada, por

Barbara Braden e Nancy Bergstrom, no ano de 1987, a escala de Braden, sendo posteriormente adaptada e validada para o Brasil por Paranhos e Santos, em 1999. A escala auxilia a prática profissional quanto à identificação de pacientes com maior vulnerabilidade ao surgimento de LP.

São avaliadas 6 categorias e atribuídos de 1 a 4 pontos, à exceção de fricção e cisalhamento que varia de 1 a 3 pontos. Ao final da pontuação, é atribuído um escore classificatório de risco leve, moderado, elevado ou muito elevado (SERPA, SANTOS e PARANHOS, 2014).

Quadro 2: Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de LP, 1999. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018

| F A T O R E S D E R I S C O | ESCALA DE BRADEN | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | PONTUAÇÃO | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| PERCEPÇÃO SENSORIAL | TOTALMENTE LIMITADO | MUITO LIMITADO | LEVEMENTE LIMITADO | NENHUMA LIMITAÇÃO |
| UMIDADE | COMPLETAMENTE MOLHADO | MUITO MOLHADO | OCASIONALMENTE MOLHADO | RARAMENTE MOLHADO |
| ATIVIDADE | ACAMADO | CONFINADO À CADEIRA | ANDA OCASIONALMENTE | ANDA FREQUENTEMENTE |
| MOBILIDADE | TOTALMENTE | BASTANTE LIMITADO | LEVEMENTE LIMITADO | NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES |
| NUTRIÇÃO | MUITO POBRE | PROVAVELMENTE INADEQUADA | ADEQUADA | EXCELENTE |
| FRICÇÃO E CISALHAMENTO | PROBLEMA | PROBLEMA POTENCIAL | NENHUM PROBLEMA | ... |
| PONTUAÇÃO | Risco leve: 15 a 18 pontos | | Risco moderado: 13 a 14 pontos | |
| | Risco elevado: 10 a 12 pontos | | Risco muito elevado: ≤9 pontos | |

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

A prevalência de lesões por pressão tem aumentado nos últimos anos devido à maior expectativa de vida da população e aos avanços na assistência à saúde, que tornou possível a sobrevivência de pacientes com doenças graves e anteriormente letais, transformadas em doenças crônicas e lentamente debilitantes. Além da prevalência, é importante acompanhar a incidência de LP, dado que sua presença ou ausência pode ser usada como um indicador de qualidade da assistência prestada nas instituições hospitalares (MORAES, *et al.*, 2016).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2015), a incidência

de LP é a porcentagem (%) de pacientes sem lesão na admissão e que a desenvolveram durante um período específico de tempo. Ela varia significativamente de acordo com ambiente clínico e as características do paciente, sendo que em clientes agudamente hospitalizados ou naqueles que necessitam de cuidados institucionais de longo prazo, ocorrem com maior frequência.

Enquanto a incidência avalia o número de casos novos, a prevalência quantifica o número de casos de LP existentes numa determinada população, somando ocorrências já existentes e novas. O cálculo para obtenção de dados de prevalência de LP é obtido por meio da razão entre o número de pacientes com LP pela quantidade de pacientes com risco para desenvolver o evento (ROUQUAYROL, 1994), conforme indicado abaixo:

$$\text{PREVALÊNCIA} = \frac{\text{Nº DE PACIENTES COM LPs}}{\text{Nº DE PACIENTES COM RISCO PARA DESENVOLVER LPs}}$$

Os índices de incidência e prevalência de LP são indicadores de qualidade da assistência e podem ser considerados um evento grave dependendo da sua classificação. Contudo, muito embora a maioria das LP sejam evitáveis por meio da implementação de medidas preventivas, determinadas condições clínicas favorecem o seu surgimento, não implicando em negligência de cuidados pois, leva-se em consideração a multicausalidade que as torna inevitáveis (ANDRADE, *et al*, 2016).

Na fase final da vida, pode ocorrer o comprometimento de qualquer dos sistemas vitais, em vários níveis, como o renal, hepático, cardíaco, pulmonar ou nervoso. O resultado do comprometimento dos sistemas é devastador, resultando em lesão ou interferência no funcionamento de outro sistema orgânico que pode influenciar para uma rápida deterioração e, finalmente, a morte (FRANK, 2016).

Tendo em vista que a pele é considerada o maior órgão do corpo humano, assim como ocorre com os demais órgãos, pode sofrer disfunção quando em fase final de vida devido à doença crônica avançada ou frente a agravos agudos que não respondem ao tratamento proposto ou ainda devido a alterações sistêmicas ocasionadas pelo tratamento (FRANK, 2016).

Em pessoas em processo de palição têm sido identificada prevalência de LP entre 10,5 e 26% em vários cenários de atendimento. A maioria das lesões

surge nos últimos dias de vida. Pacientes em processo de terminalidade também costumam apresentar lesões conhecidas como Úlceras Terminais de Kennedy (UTK), notificadas pela primeira vez em 1983, por Karen Kennedy após observar que pacientes próximos a finitude experimentavam o fenômeno (CARVALHO e AMARAL, 2013; ROCA-BIOSCA, *et al.*, 2016).

Ressaltaram ainda que seu início é repentino e a deterioração do tecido acontece rapidamente, mesmo no decorrer de um único dia, sendo a lesão tecidual profunda, com rápida progressão do estágio I ao IV. As UTKs se iniciam como uma abrasão, bolha ou área escurecida na pele e desenvolvem-se rapidamente, com bordas irregulares semelhantes à uma escoriação, em uma variação de cores que incluem amarelo, vermelho, roxo ou preto, conforme sua progressão.

Segundo os mesmos autores, a UTK é causada por fatores intrínsecos, incluindo hipoperfusão e isquemia tecidual, associadas com a falência múltipla de órgãos, enquanto uma LP é causada por fatores extrínsecos, como a pressão e o cisalhamento, entre outros. Esta diferença na etiologia é importante na análise e caracterização da UTK, visto que sua identificação requer uma avaliação completa dos sistemas do corpo, do regime de medicações e de exames laboratoriais recentes.

Ademais, à medida que a morte se aproxima e as lesões aparecem, surge o questionamento quanto à dimensão do problema e as ações que a enfermagem pode desenvolver junto ao paciente para promover o conforto e manter a integridade, sem investir em tratamentos distanásicos (QUEIROZ, *et al.*, 2014).

3.3 Cuidados de Enfermagem ao Paciente com LP

Na prática clínica, o enfermeiro tem o papel de reduzir riscos e danos, incorporar as boas práticas e fazer uso de indicadores de qualidade, por meio de um sistema de registro, a fim de favorecer a efetividade e o gerenciamento da assistência, e a mudança de cultura, alinhados com a política nacional de segurança do paciente (CAVALCANTE, *et al.*, 2016).

O profissional de enfermagem está diretamente relacionado ao tratamento de feridas, tanto em serviços de atenção primária, como em atenção secundária ou terciária, e deve manter a observação aos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da ferida ou possam interferir no seu processo de cicatrização (CHAVAGLIA, *et al.*, 2015).

Associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade, a LP causa danos consideráveis aos pacientes, o que dificulta o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves. Visto que a imobilidade, principalmente relacionada a dor no paciente sob CP, é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de LP e se contrapõe à independência funcional, é de grande valia o conhecimento dos riscos a que estão expostos os indivíduos internados em uma unidade hospitalar (MOREIRA e SOUZA, 2018; MELLO, *et al.*, 2017).

Embora existam circunstâncias clínicas nas quais as LP sejam inevitáveis, não se deve negligenciar as medidas de cuidado de acordo com as recomendações fundamentadas nas melhores evidências, onde a manutenção da integridade da pele do paciente restrito ao leito ou a recuperação da pele e/ou do tecido subjacente lesado baseia-se no conhecimento e na aplicação das medidas adequadas (MORAES, *et al.*, 2016).

Entre as ações essenciais de enfermagem para evitar o desenvolvimento da LP, têm-se: a mobilização e o (re)posicionamento adequado do paciente, cuidados com a pele por meio de uso de técnicas apropriadas de higiene, utilização de creme hidratante, a utilização de colchões que redistribuem a pressão nas proeminências ósseas, monitoramento das condições nutricionais e ingestão hídrica, entre outros (OLIVEIRA, *et al.*, 2017).

A prevenção é principal foco dos profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente. A abordagem preventiva deve ser multidisciplinar e tem início na identificação precoce dos pacientes suscetíveis, devendo abranger a equipe cuidadora, além dos familiares envolvidos e do próprio paciente, quando possível. (PEDRO, *et al.*, 2015).

Nesse contexto, é de extrema importância a atuação da enfermagem no cuidado ao paciente sob CP com LPs, pois subsidia o planejamento da assistência a fim de reduzir danos ao indivíduo, ofertando-lhe a plenitude do cuidado na fase final da vida.

4. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura. Esse método de pesquisa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (BOTELHO, CUNHA e MACEDO, 2011).

Segundo Soares, *et al.* (2014), a revisão integrativa faz uma análise crítica de estudos relevantes nacionais e internacionais, possibilitando conhecimento de determinados assuntos para a prática clínica de enfermagem segura e baseada em evidências.

Para a elaboração de uma revisão integrativa necessita-se que sejam percorridas as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a apresentação da revisão (URSI e GALVÃO, 2006)

Mendes, Silveira e Galvão (2008) trazem em seu estudo que a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão norteadora são fundamentais no processo de elaboração de uma revisão integrativa. A definição do tema deve ser realizada de maneira clara e específica.

Diante da realidade acima descrita, o presente estudo tem como questão norteadora: Como são caracterizadas as lesões por pressão em pacientes sob cuidados paliativos na literatura? Quais os cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de lesão por pressão em pacientes sob cuidados paliativos?

Para a construção de questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas entre outras, recomenda-se a utilização da estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho) (SANTOS, PIMENTA e NOBRE, 2017).

Com o uso dessa estratégia, obtêm-se uma pergunta de pesquisa adequada (bem construída), possibilitando a definição correta de que informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa,

maximizando a recuperação de evidências nas bases de dados, focando o escopo da pesquisa e evitando a realização de buscas desnecessárias (SANTOS, PIMENTA e NOBRE, 2017).

| Tabela 1 - Descrição da estratégia PICO utilizada no estudo | |
|--|--|
| P | Paciente sob cuidados paliativos com lesões por pressão |
| I | Cuidado de enfermagem |
| C | O presente estudo não possui comparação a ser realizada |
| O | Estratégias de prevenção e tratamento de lesão por pressão |

Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Com relação à busca na literatura foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos descritores, buscas nas bases de dados. Optou-se por realizar um levantamento bibliográfico tendo como fonte de pesquisa as bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED - *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (via Portal CAPES), BDEnf (Banco de Dados em Enfermagem) e na MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*). A escolha das bases de dados foi motivada por elas possuírem publicações nacionais e internacionais de impacto.

De modo sequencial, utilizou-se como critérios de inclusão: trabalhos publicados na íntegra e que respondessem a pergunta problema. Os critérios de exclusão foram: resumos, anais, editoriais, cartas ao editor, reflexão, duplicidade, artigos com detalhamento incompleto, dissertações, teses, artigos sem enfermeiro como autor.

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2018, utilizando-se os descritores controlados na seguinte equação de busca: *lesão por pressão OR úlcera por pressão AND cuidados paliativos AND enfermagem*, o que resultou no total de 38 artigos.

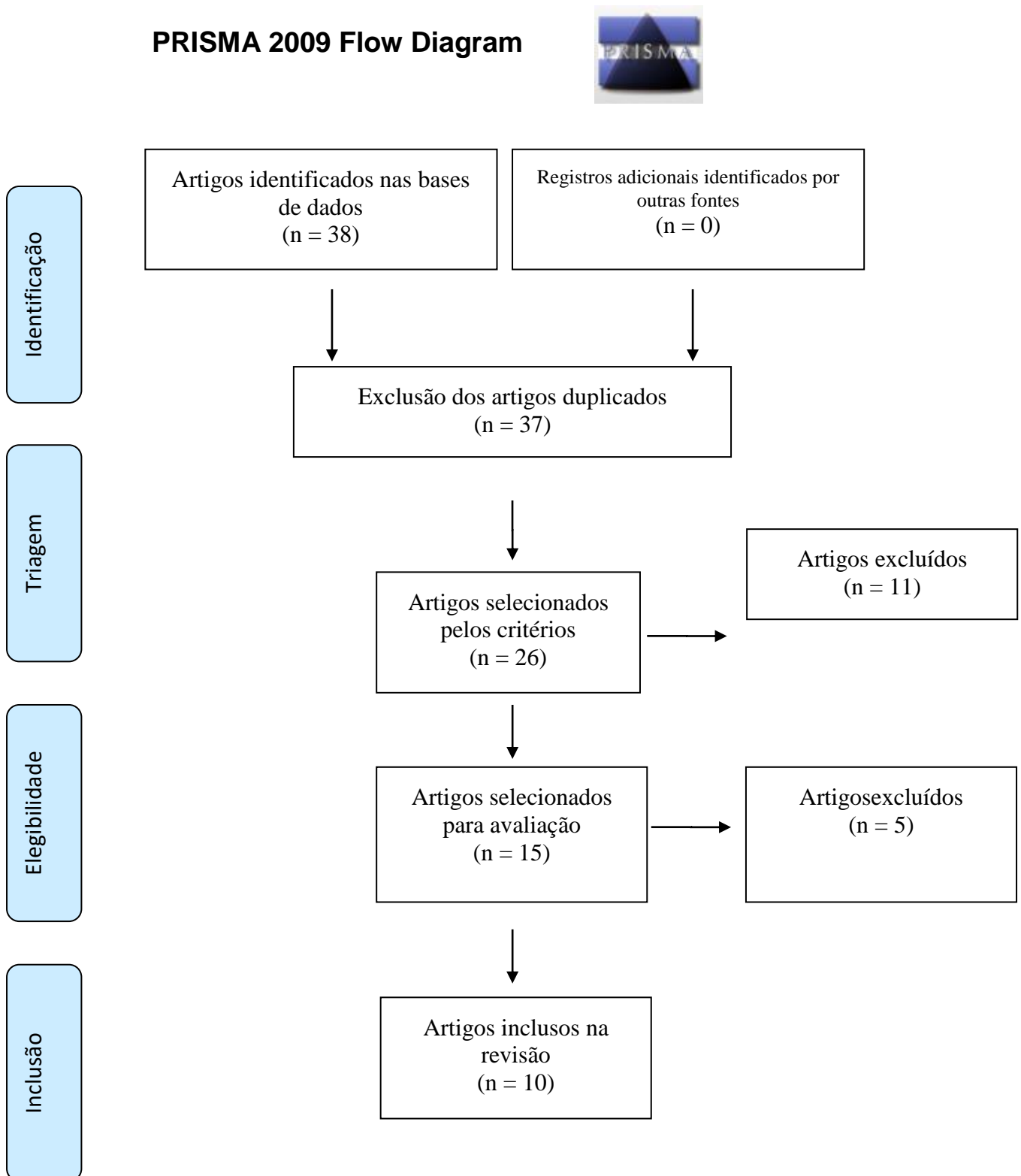
A apresentação do processo de seleção dos estudos foi realizada através da utilização do documento *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and*

Meta-Analyses (PRISMA) (Figura 1) no qual foi desenvolvido para aumentar a qualidade das revisões e metanálises. O PRISMA consta de 27 tópicos essenciais para a descrição clara, detalhada, visualizada em fluxograma com todas as fases do estudo, acompanhada de um documento explicativo, detalhado e com exemplos. Através do modelo prisma foi construído o fluxograma para melhor explicar a seleção dos artigos escolhidos para fazer o trabalho.

Para caracterizar as publicações encontradas, os artigos selecionados estão expostos em uma tabela (Tabela 3) que foi dividida em seis colunas, com as seguintes descrições: nome do artigo, nome do autor, objetivo, metodologia, resultado e para facilitar na identificação dos artigos os que forem selecionados, receberam a letra “A” e foram enumerados de um a dez.

Para a classificação do nível de evidência (NE), foi adotado o proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2011): nível 1 – evidências procedentes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou originados de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 – evidências obtidas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 – evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 – evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 – evidências procedentes de um único estudo descritivo ou qualitativo.

Figura 1: Modelo Flow Diagram- Prisma. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018.



Foram identificadas 38 publicações nas bases de dados. A seguir, foram aplicados os Testes de Relevância (TR).

Inicialmente, foram excluídos os artigos que se encontravam duplicados nas bases de dados. Na sequência, aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão, conforme descrito acima, resultando em 26 artigos (TR I). Posteriormente, aplicou-se o TR II, que consistiu na leitura do título e do resumo do artigo, elegendo-se 15 publicações. Em seguida aos artigos selecionados, procedeu-se ao TR III, que consistiu na leitura na íntegra identificando sua pertinência.

Ao final da aplicação dos testes, por se adequarem ao foco da pesquisa, foram selecionados 10 artigos para compor o estudo categorizados com base em um instrumento adaptado para a coleta dos dados incluídos na revisão integrativa (URSI, 2005). O instrumento contempla os seguintes itens: identificação do artigo quanto aos autores, título, objetivo do estudo, ano de publicação, tipo de estudo, nível de evidência, conclusão da pesquisa e categoria temática. Posteriormente, realizou-se a análise dos artigos com base nesse instrumento.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos artigos incluídos na revisão.

Dos artigos selecionados, 8 foram publicados na língua inglesa e 2 na língua portuguesa. Quanto às bases de dados, 1 artigo foi publicado na LILACS, 1 na BDEnf, 5 na PUBMED e 3 na MEDLINE.

No que se refere ao nível de evidência (NE), a maioria dos estudos são NE 6 (n=7), seguido por NE 5 (n=3).

Tabela 2: Caracterização dos estudos com base no nível de evidência, tipo de estudo e público-alvo. Fortaleza, CE, Brasil. 2018.

| Nível de evidência | Tipo de estudo | N | % |
|---------------------------|---|-----------|-------------|
| Nível 1 | Revisão sistemática metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados | 0 | - |
| Nível 2 | Um ensaio clínico randomizado controlado | 0 | - |
| Nível 3 | Ensaio clínico bem delineado sem randomização | 0 | - |
| Nível 4 | Estudos de coorte e de caso-controle | 0 | - |
| Nível 5 | Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos | 3 | 30% |
| Nível 6 | Estudo descritivo ou qualitativo | 7 | 70% |
| Nível 7 | Opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas | 0 | - |
| Total | | 10 | 100% |

Fonte: Dados obtidos nas bases de dados selecionadas, 2018.

**Tabela 3 – Caracterização dos estudos com base no tipo de estudo, nível de evidência, conclusão e categoria.
Fortaleza, CE, Brasil, 2018.**

| ARTIGOS SELECIONADOS | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|-----------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| Nº | Autores | Título | Objetivo | Base de dados/ Ano | Tipo de estudo/ Nível de evidência | Conclusão | Categoria |
| A1 | Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz, Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota, Maria Marcia Bachion, Ana Cássia Mendes Ferreira | Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características | Identificar a prevalência de úlceras por pressão em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares, comparar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com e sem úlceras por pressão e analisar as características das úlceras encontradas nessas pessoas | LILACS/ 2014 | Descritivo/ 6 | A LP é um evento de ocorrência expressiva na população estudada, indicando que medidas preventivas devem ser incluídas na atuação das equipes de cuidados paliativos domiciliares. | Caracterização das lesões por pressão |
| A2 | Vincent Maida, Laurence Frank, Downing Matthew, Yang Jay | Correlation between Braden Scale and Palliative Performance Scale in advanced illness | Descrever a correlação significativa entre a Escala de Braden (BS) e a Palliative Performance Scale (PPS) em pacientes com doença avançada | PUBMED/ 2008 | Descritivo/ 6 | De acordo com os resultado da pesquisa, a conclusão é que pacientes com doença avançada, em que a escala de Braden não é utilizada rotineiramente, a escala de performance paliativa pode ser considerada como uma proxy para a avaliação do risco de lesão por pressão | Caracterização das lesões por pressão |

| | | | | | | | |
|----|---|--|--|---------------|----------------|--|---------------------------------------|
| A3 | Darlene Hanson, Kenneth Chambaere, Cheryl Macpherson, Luc Deliens, Joachim Cohen. | The prevalence and incidence of pressure ulcers in the hospice setting analysis of two methodologies | Explorar a prevalência e incidência de úlceras por pressão no contexto de cuidados paliativos | MEDLINE/ 1991 | Descritivo/ 6 | Fatores relacionados ao desenvolvimento de lesão por pressão são apresentados, bem como uma discussão sobre o uso de metodologias de pesquisa no cenário de cuidados paliativos. O artigo sugere a necessidade de protocolos preventivos para o cuidado da pele em pacientes com risco de desenvolvimento de úlceras por pressão | Caracterização de lesões por pressão |
| A4 | Vincent Maida, Marguerite Ennis, Jason Corban. Maida Vilaschi, Ennis Mattes, Corban Jason | Wound outcomes in patients with advanced illness | Avaliar o potencial de cicatrização completa de feridas entre pacientes com doença avançada encaminhados para um programa regional de cuidados paliativos em Toronto, Canadá | PUBMED/ 2012 | Descritivo/ 6 | Proporções de pacientes mostrando cura completa de pelo menos uma ferida foram calculadas, estratificadas pelo tempo de sobrevivência do paciente após o início. Houve a cicatrização completa de pelo menos uma ferida nos pacientes com LP estágio 2. Apenas uma pessoa apresentou cicatrização completa de uma úlcera de pressão de estágio III e nenhuma cicatrização completa foi observada com úlceras de pressão de estágio IV, úlceras de pressão instáveis. | Caracterização das lesões por pressão |
| A5 | Alessandra Moreira Costa, Ana Carolina Silva Matozinhos, Patrícia dos Santos Trigueiro, Renata Cristina Gonçalves Cunha, Luzimar Rangel Moreira | Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais | Analisar os custos dos materiais utilizados no tratamento das LP e o perfil dos pacientes internados no mês de Fevereiro de 2013. | BDEnf/ 2015 | Qualitativo/ 6 | O custo para o hospital se eleva proporcionalmente ao número de pacientes que apresentam LP e se os recursos disponíveis forem usados inadequadamente. Considerando o alto investimento neste tratamento, é importante controlar os materiais necessários nos cuidados das LP, afinal, as ações devem ser voltadas para a diminuição dos custos, além de proporcionar redução do sofrimento | Prevenção e tratamento |

| | | | | | | | |
|----|---|--|--|--------------|-----------------------|---|------------------------|
| | | | | | | e assistência humanizada a esses pacientes | |
| A6 | Darlene Hanson | Evaluation of pressure ulcer prevalence rates for hospice patients post-implementation of pressure ulcer protocols | Construir uma escala de avaliação de risco de úlcera de pressão apropriada para pacientes em cuidados paliativos | MEDLINE/1994 | Revisão sistemática/5 | Este estudo conclui que a atenção especial deve ser dada aos protocolos de prevenção de LP em pacientes na terminalidade. Além disso, o autor conclui que, talvez, lesões por pressão podem ocorrer nessa população, apesar dos melhores esforços para evitá-las. | Prevenção e tratamento |
| A7 | Alice Heath, Lime Britney Carey, Scarlett Chong | Wound management in palliative care | Descrever os desafios que os enfermeiros enfrentam quando cuidam de pacientes com feridas em um contexto de cuidados paliativos. | PUBMED/2004 | Descritivo/6 | A combinação dos princípios do tratamento eficaz da ferida com os elementos-chave do cuidado holístico centralizado na pessoa garantirá a identificação de objetivos de gestão realistas e centrados no paciente. Enfermeiros com habilidades de comunicação eficazes podem desempenhar um papel importante no apoio aos pacientes e suas famílias em um momento difícil. | Prevenção e tratamento |

| | | | | | | | |
|-----|--|--|---|------------------|---------------------------|---|-------------------------|
| A8 | Christine Autman Chrisman | Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients | Fornecer uma síntese da literatura sobre práticas atuais de tratamento de feridas para o manejo de feridas crônicas em pacientes paliativos e em fim de vida, enfocando o controle de sintomas relacionados a feridas para conforto e melhoria da qualidade de vida | MEDLINE/ 2010 | Revisão sistemática/ 5 | Com o presente estudo conclui-se que embora as estratégias de manejo do sintoma para o conforto possam funcionar em conjunto com as intervenções de cura, é importante reconhecer quando os esforços para o fechamento da ferida podem se tornar irrealistas ou onerosos para o paciente no final da vida. Assim, aspectos únicos do tratamento de feridas paliativas incluem indicadores clínicos para reconhecimento precoce de cura tardia, ferramentas de medição da qualidade de vida relacionadas a lesões por pressão e estratégias de conforto que se alinham aos desejos do paciente e expectativas realistas de melhoria da ferida. | Prevenção e tratamento |
| A9 | Flávia Firmino | Patients carriers wounds in palliative care services: contributions to elaboration of nursing protocol interventions | Sugerir um protocolo de intervenções de enfermagem elaborado para guiar a prática de realização de curativos em pacientes em cuidados paliativos portadores de feridas | PUBMED/ 2005 | Descritivo/ 6 | O protocolo sugerido procurou oferecer medidas condizentes com a necessidade dos pacientes portadores de feridas cutâneas numa perspectiva coerente com os princípios da palição, enfocando a melhoria na qualidade da vida que resta a esses pacientes. | Prevenção e tratamento |
| A10 | Shirley Bale, Ian Finlay, Karen Gardner Harding | Pressure sore prevention in a hospice | Investigar a influência do número de úlceras de pressão nos pacientes sob cuidados paliativos atendidos em um hospital | PUBMED/ 2016 | Descritivo/ 6 | Os pacientes foram alocados para sistemas de suporte de pressão dolorido de acordo com sua pontuação de avaliação de risco. Uma redução significativa no desenvolvimento de úlceras de pressão foi observada na segunda fase do estudo. | Prevenção e tratamento. |

Constata-se, por meio da tabela 03, que os artigos abordaram, principalmente, a prevenção e o tratamento de LP em pacientes na terminalidade, tendo como principal objetivo encontrar meios de diminuir a ocorrência do agravo.

Conforme Rosa (2009), quando se consegue identificar os fatores que ocasionam o surgimento de uma ferida, a prescrição das intervenções se dará de forma acurada podendo se caracterizar como de prevenção ou de tratamento assim como a identificação de fatores determinantes específicos.

Dos dez artigos analisados, seis (60%) discutiam sobre estratégias para prevenção de LP, seja por meio da utilização de protocolos preventivos ou medidas incluídas na assistência de enfermagem, e sobre o tratamento de tais lesões. Enquanto isso, nas quatro publicações restantes (40%) os autores caracterizaram as feridas quanto ao seu estadiamento, presença de exsudato e localização anatômica.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos artigos científicos que fizeram parte da amostra deste estudo segundo o ano de publicação.

Tabela 4 - Frequência e porcentagem do período dos artigos

| Período da publicação | F | % |
|------------------------------|-----------|-------------|
| 1991-1999 | 2 | 20% |
| 2000-2008 | 3 | 30% |
| 2009-2017 | 5 | 50% |
| Total | 10 | 100% |

Nota-se através da tabela 04 que os estudos analisados compreenderam artigos científicos publicados recentemente, o que demonstra que o assunto ainda é novo no campo da saúde. Isso pode resultar do momento em que os CP começaram a ser considerados como estratégia para o cuidado do paciente sem possibilidade de terapia ativa para sua enfermidade de base (GOULART, *et al.*, 2008).

Esses dados devem aumentar uma vez que existe uma forte tendência e perspectiva nacional e internacional da implantação de centros, unidades e instituições de cuidados paliativos.

A seguir, serão apresentadas as categorias temáticas evidenciadas nos estudos analisados: Características das LP: estadiamento, presença de exsudato e localização anatômica e Cuidados de Enfermagem na Prevenção e Tratamento de Lesões por Pressão em Pacientes sob Cuidados Paliativos.

5.2 Características das LP: estadiamento, presença de exsudato e localização anatômica.

No artigo A1, que trata da caracterização das LP, foi ressaltado que em pessoas em processo de palição têm sido identificada prevalência entre 10,5 e 26,0%, em vários cenários de atendimento (QUEIROZ, *et al.*, 2014).

A ocorrência de LP em CP se dá principalmente na região sacra, conforme os estudos A1 e A3, que relatam que a região é apontada como a mais afetada tanto em CP (22,0% a 78,4% dos casos) como em outros tipos de pacientes, com frequências de 82,7% em pacientes internados e 71,5% em idosos institucionalizados (QUEIROZ, *et al.*, 2014; MAIDA, *et al.*, 1991).

A região sacral é considerada uma das mais suscetíveis áreas de desenvolvimento de LP em razão das proeminências ósseas e por sua proximidade com regiões de incontinência. Em quatro publicações analisadas nesse estudo, foi relatado que as incontinências urinária e fecal foram determinantes para o aparecimento das lesões (ROCHA e BARROS, 2007; QUEIROZ, *et al.*, 2014; MAIDA, *et al.*, 1991; MAIDA, *et al.*, 2012).

Alguns estudos sugerem que pacientes incontinentes apresentam risco até cinco vezes maior se comparados a pacientes não incontinentes (MORO, *et al.*, 2007). Com base nisso, deduz-se que a incontinência urinária e/ou fecal é um fator intimamente relacionado com a formação de LP.

Também constitui fator importante para a ocorrência de LP nessas regiões, a exposição da pele à umidade excessiva, tornando-a mais vulnerável à maceração e enfraquecimento de suas camadas superficiais. No estudo de Moro, *et al.* (2007), dos pacientes estudados, 87,8% apresentavam alguma disfunção no sistema urinário. Entretanto, 70% estavam em uso de sonda vesical de demora, o que diminui a possibilidade da presença desse fator de risco.

Em conformidade com a descrição acima, Blanes, *et al.*, (2004) estimou que 32,1% dos pacientes do seu estudo apresentavam incontinência urinária e 78,2% incontinência anal, observando que 46,2% eram classificados como alto risco, caracterizando uma amostra com risco aumentado para o desenvolvimento de LP.

Ainda quanto ao local de acometimento, os artigos trazem calcâneos e ísquios como regiões de alta prevalência de lesão. Isso ocorre em detrimento de os pacientes sob CP frequentemente estarem confinados no leito por um período longo e apresentarem dificuldades sensoriais ou motoras, cognitivo prejudicado,

imobilidade, bem como casos de atrofia muscular e redução do acolchoamento entre a pele sobreposta e o osso subjacente (SMELTZER e BARE, 2005).

Goulart, *et al.*, (2008) expôs que os indivíduos restritos ao leito ou cadeira, ou aqueles que são incapazes de se posicionar são os mais propensos para a formação LP na região sacral, trocantérica e isquiática, e, portanto, devem receber atenção sistematizada para evitar fatores adicionais que resultem na lesão dos tecidos.

As LP recebem classificação de acordo com o nível de comprometimento tecidual. Moraes, *et al.* (2016) trouxe que no estágio 1, apresenta pele intacta com uma área localizada de eritema não branqueável. No estágio 2, há perda parcial da espessura da pele com exposição dérmica. O leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmido, e também pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido.

Nos acometimentos mais profundos, o estágio 3 caracteriza-se por perda total da espessura da pele na qual o tecido adiposo é visível na ferida. Enquanto isso, no estágio 4 há perda total da espessura da pele e exposição de tecidos como fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Se esfacelo ou necrose cobrirem a extensão da perda tecidual, tem-se uma LP não estádiável (MORO, *et al.*, 2007).

Sobre o estadiamento das LP, conforme as publicações A3 e A4, a maior prevalência ocorreu nos estágios 1 e 4 (MAIDA, *et al.*, 1991; MAIDA, *et al.*, 2012). Já no estudo A1 de Queiroz, *et al.* (2014) o estágio 3 evidenciou-se como o mais frequente. Ao contrário das publicações anteriores, Moro, *et al.* (2007) encontrou maior prevalência de lesões estágio 2 (58,5%).

É possível que esse fato deva-se à dificuldade em distinguir entre a resposta fisiológica normal da pele à interface da superfície externa e a proeminência óssea, isto é, o eritema reativo, daquele não reativo, que já constitui a pré-lesão e poderá evoluir para estágios posteriores caso não se afaste o estímulo causal (MORO, *et al.*, 2007).

Nota-se que a incidência de lesões profundas que requerem um tratamento de maior complexidade é bem maior e esta realidade é preocupante, uma vez que nem sempre as instituições de saúde têm recursos o suficiente para atender estes tipos de demanda (MAIDA, *et al.*, 1991; MAIDA, *et al.*, 2012).

As publicações trouxeram como ponto em comum que um dos principais

fatores causadores de constrangimento nesses pacientes é a presença de odor fétido ocasionado muitas vezes por infecção ou exsudato na lesão. Os estudos evidenciaram que essas feridas costumam apresentar odor desagradável por conta da exsudação fibrinosa ou purulenta (QUEIROZ, *et al.*, 2014; MAIDA, *et al.*, 1991; MAIDA, *et al.*, 2012; VALE, *et al.*, 2008).

O odor e o exsudato são sintomas de presença constante no cotidiano dos pacientes sob CP com feridas e conferem grande impacto em sua qualidade de vida. Para o tratamento dessas complicações, quatro artigos sugeriram o uso do desbridamento (QUEIROZ, *et al.*, 2014; MAIDA, *et al.*, 2012; VALE, *et al.*, 2008).

O desbridamento é um procedimento realizado com a retirada do tecido desvitalizado permitindo a diminuição da carga bacteriana e aumento da eficácia de antimicrobianos tópicos. Entretanto, para pacientes que estão em processo final da vida, realizar esse procedimento é considerado, muitas vezes, agressivo, pois é desconfortável e muitas vezes doloroso e, ainda, pode resultar na ocorrência de hemorragia de difícil controle (SANTOS e FULY, 2015).

O odor desagradável acrescenta angústia no avanço da doença. Já o exsudato, devido à quantidade abundante na ferida e o excessivo vazamento desse composto, torna-se um fator extremamente estressante no dia a dia do paciente e de difícil manejo pela equipe de enfermagem, devido às dificuldades de manuseio do paciente (QUEIROZ, *et al.*, 2014).

Sendo assim, a realização de curativos efetivos, estéticos e confortáveis nessas afecções em ambientes de cuidados paliativos, bem como o controle de odor e do exsudato, compõem um grande desafio para a enfermagem moderna (SANTOS e FULY, 2015).

5.3 Cuidados de Enfermagem na Prevenção e Tratamento de Lesões por Pressão em Pacientes sob Cuidados Paliativos

Pacientes sob CP tendem a demandar cuidados mais específicos em relação à prevenção e ao tratamento de LP devido, na maioria das vezes, estarem em condições limitadoras e incapacitantes e a pele, simultaneamente, iniciar um processo de degradação. Pensando em tal perspectiva, a equipe de enfermagem necessita focar sua assistência na busca de evitar que surjam soluções de continuidade na pele, ocasionadas pela pressão (COELHO, *et al.*, 2011).

Os CP em LP são definidos como a incorporação de estratégias que priorizam o alívio dos sintomas frente à melhora da ferida e sua cicatrização, ou seja, os CP incluem a redução da ferida, dor, odor, exsudato e infecção. A cura completa é possível em alguns casos, mas pode ser irreal para os pacientes terminais (MCDONALD e LESAGE, 2006).

O estudo A7 traz que o contexto de surgimento de LP está ligado às condições intrínsecas e extrínsecas da pessoa acometida pela lesão. Pacientes em palição, com diferentes doenças de base, podem apresentar condições metabólicas e de oxigenação mais ou menos graves favorecendo a ocorrência do problema (HEATH, CAREY e CHONG, 2004).

Segundo o artigo A9 de Firmino (2005), muito embora os pacientes em palição apresentem falência do tecido cutâneo, torna-se necessária a implementação de medidas para a definição de condutas adequadas para prevenir e tratar LP nessa população. A inspeção regular da pele, a mobilização em tempo adequado e a utilização de coberturas conforme o tipo de lesão são alguns fatores imprescindíveis aos indivíduos com essas feridas.

A assistência de enfermagem deve atuar com vistas à otimizar o manejo dos pacientes com possibilidade ou existência de LP. O estudo A8 corrobora com o descrito acima quando afirma que a qualidade dos cuidados prestados no tratamento de feridas em doentes sob CP, deve ser avaliada através de medidas de prevenção, o que implica a identificação de fatores de risco (CHRISMAN, 2010).

Para Hanson (1994) no artigo A6, os dispositivos existentes para a diminuição da pressão em zonas facilmente afetadas pelas lesões podem ser muito úteis para que o paciente assuma posições diferentes em seu leito evitando, assim, a imobilidade. Os dispositivos também aumentam a área de contato com a pessoa diminuindo a possibilidade de surgimento das lesões.

Como medida preventiva e terapêutica, a utilização de colchões com superfície redistribuída de pressão em mesas operatórias e leitos hospitalares diminui a probabilidade de formação de LP. Embora exija maior investimento, por ser um produto de custo elevado, essa medida pode ser custo-efetiva ao diminuir o tempo de hospitalização (PINHO, *et al.*, 2014).

Para evitar as LP, existem vários tipos colchões que estão disponíveis no mercado e que utilizam alguma substância fluida (água, ar ou géis especiais) para redistribuir e amenizar a pressão que o corpo exerce sobre uma superfície. Além de

prevenir o aparecimento da patologia, esses colchões garantem também uma sustentação do corpo de maneira mais confortável (PINHO, *et al.*, 2014; ETCHEGOYEN, LOPES e SARAIVA, 2015).

Ratificando as informações anteriores, como cuidados profiláticos e paliativos para formação de lesões por pressão, podem ser utilizados colchões piramidais e pneumáticos, travesseiros para elevação dos calcâneos, manutenção do lençol seco e esticado e hidratação da pele com óleo de girassol (MORO, *et al.*, 2007).

Enquanto isso, o artigo A10 admitiu que apesar de a mudança de decúbito ser um dos principais cuidados na prevenção de LP, muitas vezes, a dor acaba restringindo essa técnica preventiva. Por isso, esse cuidado pode ser readequado, visando o conforto do paciente (BALEY, FINLAY e HARDING, 2016).

Assim sendo, ainda há muitas dúvidas quanto à realização ou não da mobilização. Torna-se difícil para os enfermeiros determinarem a periodicidade da mudança ou até mesmo se ela realmente deve ocorrer dado que, apesar de aliviar a pressão e prevenir a incidência de LP, essa estratégia pode resultar em desconforto e dor indo de encontro à proposta dos CP de proporcionar conforto ao paciente.

O conhecimento do profissional que presta o cuidado a esses indivíduos é fundamental, pois a qualidade do cuidado prestado para a prevenção de LP pode estar prejudicada se a habilidade e o conhecimento destes não forem adequadamente conduzidos.

O estudo A8 declara que decisões que envolvem o tratamento de feridas devem ser adotadas mediante situação clínica e prognóstico de cada doente. Para os profissionais é um enorme desafio gerir e tratar LP em indivíduo sem CP sendo crucial haver o envolvimento de toda a equipe (CHRISMAN, 2010).

Em conformidade com A8, com relação ao tratamento das LP no processo de palição, o artigo A5 afirma que a escolha do tipo de tratamento e curativos deve respeitar e considerar o status da ferida com a corresponsabilidade de melhora a qualidade de vida do paciente. Cabe ao enfermeiro a avaliação constante da lesão e a escolha da melhor cobertura a ser utilizada no tratamento (COSTA, *et al.*, 2015).

Nesse estudo, levando em consideração o processo de cicatrização e cura da lesão, são relatados os tipos de coberturas mais utilizados nos pacientes em CP, sendo os principais: alginato de cálcio com e sem prata, hidrogel com AGE,

hidrogel com alginato, hidrocoloide, carvão ativado, pomada de colagenase, petrolato, entre outros (COSTA, *et al.*, 2015).

6. CONCLUSÃO

Com base na questão norteadora do estudo, foi possível observar, por meio dos artigos analisados, que há diferentes abordagens dos autores relacionadas às LP em pacientes sob CP, mas que igualmente ofertam cuidados específicos para essa clientela tomando por base a natureza de seu estado de saúde-doença.

O manejo da LP durante os CP apresenta desafios intensos para o profissional enfermeiro, sendo necessário que haja uma combinação entre os componentes do CP com os princípios de gerenciamento da ferida para assegurar a eficácia do tratamento.

No geral, as feridas foram caracterizadas como profundas, exsudativas e dolorosas, apesar de os pacientes estarem sob intensas medidas preventivas, afirmando que o tecido cutâneo, pela complexidade do quadro clínico do indivíduo, estava dando sinais de falência.

A prevenção das lesões e os esforços para a sua cura, quando há a possibilidade de tratamento, são tarefas fundamentais. Se o tratamento curativo não for possível, será de extrema importância que sejam solucionados os sintomas como o odor, a infecção, a dor e o exsudato.

Com este estudo, percebeu-se que é necessário um olhar singular, individualizado para cada paciente sob CP, pois inúmeros são os fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de uma LP. A patologia de base, complicações associadas, imobilidade, incontinência, dor, entre outros diversos problemas podem favorecer a ocorrência do dano.

Por mais que seja implementado o cuidado adequado e as medidas preventivas sejam adotadas de forma criteriosa, o surgimento de uma LP pode caracterizar a brevidade do processo de finitude, o que nos indica que não houve negligência ou falha na assistência prestada ao indivíduo.

Com o presente estudo foi possível observar que ainda há muito a evoluir no que tange ao cuidado de LP em pacientes sob CP. O conceito de CP ainda é muito associado à área oncológica, ressaltando apenas o cuidado de feridas neoplásicas. Isso dificulta o manejo das LP, pois torna limitado o conhecimento das medidas terapêuticas dessas lesões.

Em virtude disso, a principal limitação deste estudo foi a escassez de publicações que relacionem a modalidade terapêutica e as LP.

Portanto, a realização deste estudo foi de grande relevância pois, permitiu identificar as estratégias de cuidado na prevenção e tratamento de LP em pacientes sob palição, além de evidenciar como a literatura caracteriza as LP nessa população.

Neste contexto, o presente estudo serve como alerta para a necessidade de estudos que envolvam as especificidades do cuidado aos pacientes que estão em estágio avançado de alguma doença, vivenciando a terminalidade, com grande possibilidade de serem acometidos por LP.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. ANCP e Cuidados Paliativos no Brasil. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>>

ANDRADE, C. C. D. et al. Custos do tratamento tópico de pacientes com úlcera por pressão. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n.2, p. 295-301, 2016.

ANGUERA-SAPERAS, C. Adecuación del plano de cuidados ante el diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy. **Enfermería Intensiva**, v. 195, p. 5-12, 2016.

BARBOSA, R. M. M. et al. A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**, v. 20, n.1, p. 165-182, 2017.

BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 50, n.2, p. 182-187, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER(INCA). Cuidados Paliativos. Disponível em http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474. Acesso em: 20/junho/2018.

CAPELAS, M. L. et al. Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. **Rev. Cuidados Paliativos**, v.1, n.2, p. 7-13, 2014.

CARVALHO, E. S. S; AMARAL, J. B. Perda da Integridade Cutânea nos Processos de Finitude: Medidas de Prevenção, Proteção, e Controle de Danos. São Paulo: Martinari, 2013. Cap. 10. p. 165-191.

CAVALCANTE, M. L. S. N. et al. Indicadores de saúde e a segurança do idoso institucionalizado. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 50, n.4, p. 602-609, 2016.

CHAVAGLIA, S. R. R. et al. Caracterização de pacientes com lesão cutânea em unidades de internação médica e cirúrgica. **Rev. enferm. UFPE on line**, v.9, n.1, p.183-192, 2015.

CHRISMAN, C. A. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. **International Wound Journal**, v. 7, n. 4, p.214-235, 2010.

COELHO, S. P. F. et al. Úlcera de pressão, Uma prioridade em cuidados paliativos?- Estudo de caso. **Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde**, v.1, p. 493-498, 2011.

COSTA, A. M. et al. Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais. **Revista Enfermagem Revista**, v. 18 n. 1, p.58-74, 2015.

ETCHEGOYEN, P; LOPES, F; SARAIVA, V. Aplicação de materiais ortopédicos na prevenção/tratamento de úlceras por pressão. **Journal of Aging & Innovation**, v. 4, n. 2, p. 32-39, 2015.

FRANK, E. M. Alterações de pele em pacientes em cuidados paliativos na terminalidade da doença e final da vida: coorte prospectiva. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 347-359, 2005.

GERMANO, K. S; MENEGUIN, S. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.6, p. 522-528, 2013.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed., São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Rev. Estud. av**, v.30, n.88, p.155-166, 2016.

GONÇALVES, C. S; TORRES, M. M. Caracterização das internações de idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva, de um hospital público no interior do Paraná. **Revista UNINGÁ**, n.36, p. 33-40, 2013.

GOULART, F. M. et al. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. **Enferm. Cent. O. Min**, v. 6, n. 2, p. 1-7, 2008.

HANSON, D. S. et al. Evaluation of pressure ulcer prevalence rates for hospice patients post-implementation of pressure ulcer protocols. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine**, v. 11, n. 6, p.14-19, 1994.

HANSON, D. S. et al. The prevalence and incidence of pressure ulcers in the hospice setting: Analysis of two methodologies. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine**, v. 8, n. 5, p.18-22, 1991.

HERMES, H. R; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n.9, p.2577-2588, 2013.

LISE, F; CHIOSSI, L. S. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a

enfermagem e orientando o familiar cuidador. **ActaScientiarum: Health Sciences**, v. 29, n. 2, p. 85-89, 2007.

MAIDA, V. et al. Correlation between Braden Scale and Palliative Performance Scale in advanced illness. **International Wound Journal**, v. 5, n. 4, p.585-590, 2008.

MAIDA, V; ENNIS, M; CORBAN, J. Wound outcomes in patients with advanced illness. **International Wound Journal**, v. 9, n. 6, p.683-692, 2012.

MANSO, M. E. G, et al. Cuidados paliativos para o portador de câncer. **Rev. Portal de Educação**, n.52, p.77-82, 2017.

MCDONALD, A; LESAGE, P. Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. **JournalofPalliative Medicine**, v. 9, n. 2, p. 285-295, 2006.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MELLO, T. V. et al. Estratificação de risco para desenvolvimento de úlceras de pressão e sua associação com a independência funcional de pacientes hospitalizados. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 8, n.1, p. 31-41, 2017.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C. G; SILVA, A. L. A; O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n.3, p. 507-519, 2016.

MORAES, J. T. et al. Conceito e classificação de lesão por pressão: Atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**, v.6, n. 2, p. 2292-2306, 2016.

MOREIRA, P. S. C. R; SOUZA, M. M. T. Cuidados de enfermagem a lesão por pressão - relato de caso. **RevistaPró-UniverSUS**, v.9, n.1, p.105-110, 2018.

MORO, A. et al. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Rev Assoc Med Bras**, v. 53, n.4, p. 300-304,2007.

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

NICKEL, L. et al. Grupos de pesquisa em Cuidados Paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 20, n.1, p.70-76, 2016.

OLIVEIRA, V. C. et al. Intervenções de enfermagem na prevenção de lesões por pressão: estudo descritivo exploratório. **Rev. Pre. Infec. e Saúde**, v.3, n.3, p. 21-29, 2017.

PEDRO, J. E. et al. Importância da assistência de enfermagem na prevenção e tratamento de úlceras por pressão: revisão bibliográfica. **REVISTA UNI-RN**, v.14, n. 1/2, p. 99-124, 2015.

PINHO, C. M. et al. Uso do colchão pneumático na redução de úlceras por pressão: eficácia e percepções da enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n. 8, p. 2729-2735, 2014.

QUEIROZ, A. C. C. M. **ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PESSOAS COM CÂNCER RECEBENDO CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES**. 2013. 139f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

QUEIROZ, A. C. C. M. et al. Úlceras por pressão em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. **Rev. Esc. Enferm**, v. 48, n. 2, p. 264-271, 2014.

ROCA-BIOSCA, A, et al. Adecuación del plano de cuidados ante el diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy. **Enfermería Intensiva**, v. 27, n.4, p. 168-172, 2016.

ROSA, Cassia Eliane da. **ÚLCERA DE PRESSÃO CUIDADOS PREVENTIVOS E CURATIVOS PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**. 2009. 39 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

SANTOS, C. M. C; PIMENTA, C. A. M; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.3, p. 1-4, 2007.

SANTOS, W. A; FULY, P. S. C. Análise de associação entre odor, exsudato e isolamento social em pacientes com feridas neoplásicas. **Rev. Enferm UFPE online**, v. 9, n.4, p. 7497-7500, 2015.

SERPA, L. F; SANTOS, V. L. C. G; PARANHOS, W. Y. Escalas de avaliação de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. São Paulo, Editora Atheneu, 2014.

SILVEIRA, M. H; CIAMPONE, M. H. T; GUTIERREZ, B. A. O; Percepção da equipe multiprofissional sobre Cuidados Paliativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.17, n.1, p. 7-16, 2014.

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

TEIXEIRA, A. K. S, et al. Incidências de Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. **ESTIMA**, v.15 n.3, p. 152-160, 2017.

URSI, E. S; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 124-131, 2006.

URSI, E. S. **PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE NO PERIOPERATÓRIO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VASCONCELOS, J. M. B; CALIRI, M. H. L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Rev. Esc. Anna Nery**, v.21, n.1, p.1-9, 2017.

Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WHO. England. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acesso em: 15/04/2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS

| ARTIGOS SELECIONADOS | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------|---------------|-----------------|-------------------------------|---|------------------|------------------|
| Nº | Autores | Título | Objetivo | Base de dados/ Ano | Tipo de estudo/ Nível de evidência | Conclusão | Categoria |
| A1 | | | | | | | |
| A2 | | | | | | | |
| A3 | | | | | | | |
| A4 | | | | | | | |
| A5 | | | | | | | |
| A6 | | | | | | | |
| A7 | | | | | | | |
| A8 | | | | | | | |
| A9 | | | | | | | |
| A10 | | | | | | | |

