



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DAYANI FÁTIMA SILVA
DENICE BERNADINA PASSOS RIBEIRO
JÉSSICA DE ASSIS ABREU
SUZY APARECIDA CANESTRI**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO COM ENFOQUE NA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA ONCOLOGIA E EM SITUAÇÕES DE LESÕES**

LAVRAS - MG

2019

DAYANI FÁTIMA SILVA
DENICE BERNADINA PASSOS RIBEIRO
JÉSSICA DE ASSIS ABREU
SUZY APARECIDA CANESTRI

PORTFÓLIO ACADÊMICO

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, curso de graduação em Enfermagem.

ORIENTADORA

Profa. Ms. Estefânia Aparecida de Carvalho Pádua

LAVRAS – MG

2019

Ficha Catalográfica preparada pela Seção de Processamento Técnico da
Biblioteca Central do Unilavras

P849

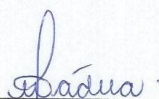
Portfólio acadêmico: com enfoque na assistência de
enfermagem na oncologia e em situações de lesões /
Dayani Fátima Silva [et al.]; orientação de Estefânia
Aparecida de Carvalho Pádua. – Lavras: Unilavras, 2019.
125 f. : il.

Portfólio apresentado ao Unilavras como parte das
exigências do curso de graduação em Enfermagem.

1. Lesão por pressão. 2. Autoimagem. 3. Câncer. 4.
Diabetes. I. Ribeiro, Denice Bernardino Passos. II. Abreu,
Jéssica de Assis. III. Canestri, Suzy Aparecida. IV. Pádua,
Estefânia Aparecida de Carvalho. (Orient.). V. Título.

Centro Universitário de Lavras-UNILAVRAS

Portfólio intitulado “PORTFÓLIO ACADÊMICO COM ENFOQUE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ONCOLOGIA E EM SITUAÇÕES DE LESÕES”, de autoria das graduandas Dayani Fátima Silva, Denice Bernardina Passos Ribeiro, Jéssica de Assis Abreu e Suzy Aparecida Canestri, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes profissionais:



Profª. Maª. Estefânia Aparecida de Carvalho Pádua

ORIENTADORA



Profª. Maª. Ana Cláudia Barbosa Honório Ferreira

PRESIDENTE DA BANCA

Aprovado em 24 de Setembro de 2019

Dedicamos nosso trabalho a todos os nossos familiares, amigos, mestres e locais das vivências que contribuíram de alguma forma para que o mesmo fosse concretizado.

“Nas relações humanas os processos que geram saúde não são apenas as técnicas, mas também as pessoas que as empregam. Sem compaixão e amor, as técnicas falham.”

Ginnot

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu o dom da vida e por todas as bênçãos que vem derramando sobre mim.

Aos meus pais, Valdir e Fátima, e às minhas irmãs, Danyelle e Débora, que sempre acreditaram e confiaram no meu potencial, amo vocês!

Aos meus familiares, por todo amor e carinho para comigo.

Aos meus avós, Sebastião e Helena, por sempre terem rezado por mim e por entenderem minha ausência e ao Vô Joaquim e a vó Nazaré, que não estão presentes fisicamente, mas estarão sempre em meu coração e tenho certeza que estão orgulhosos por mais esta conquista.

Aos meus amigos que me apoiaram e sempre estiveram presentes me oferecendo um abraço e uma palavra de conforto.

Agradeço o Hospital Vaz Monteiro e toda a equipe, pelas oportunidades oferecidas e por acreditarem no meu potencial e profissionalismo.

E ao meu namorado, que desde o início me incentivou, acreditando em meus sonhos e em minha capacidade, estando ao meu lado nos momentos de felicidades e tristezas sempre me dando forças para concluir essa caminhada.

A todos, meu muito obrigada por todo amor e carinho, eu não teria conseguido sem a presença de vocês na minha vida!

Dayani Fátima Silva

Neste momento, quero agradecer a Deus pelo dom da vida e por ter me proporcionado chegar até aqui.

Agradeço à minha família, por me incentivar a fazer graduação, mesmo depois de tanto tempo, em especial aos meus filhos, Leandro e Lucas, que me ajudaram sempre quando precisei.

Aos meus colegas e amigos pelo apoio, em especial, a minha amiga Suzy Canestri, que sempre me impulsionou a fazer esta faculdade.

Agradeço à enfermeira Cíntia pelo grande apoio técnico e teórico.

À minha saudosa e amada mãe, minha fortaleza e meu refúgio.

Denice Bernadina Passos Ribeiro

A Deus em primeiro lugar, que iluminou o meu caminho durante esta caminhada, permitindo que tudo isso acontecesse.

À minha família, sempre ao meu lado, me apoiando e por não ter permitido que eu desistisse da faculdade, sem eles eu não teria chegado até aqui. Especialmente aos meus pais, que sempre deixaram tudo de lado pra me ajudar, apoiar, guiar, principalmente nas horas mais difíceis, de desânimo e cansaço.

Ao Unilavras, pela oportunidade e toda ajuda prestada.

À professora Luciana, pelo ensino, pela paciência e orientação.

A todos que de uma certa forma me ajudaram a chegar até aqui.

Jéssica de Assis Abreu

Agradeço primeiramente a Deus, sem ele não teria conseguido chegar até aqui.

Aos meus filhos pelo apoio.

À minha mãe, que sempre incentivou e apoiou todas as minhas decisões.

Às professoras, Ana Cláudia Pedroza e Estefânia Pádua, pelo incentivo e suporte.

À professora Luciana Aparecida Gonçalves por transferir seus conhecimentos.

Ao Centro Universitário de Lavras – Unilavras, pela oportunidade de alcançar meu objetivo.

Aos Colegas pela ajuda paciência e dedicação.

À equipe de funcionárias da sala de curativos AME/Norte de Lavras/MG, pelo apoio.

Aos pacientes, que em nenhum momento dificultaram meu trabalho.

Suzy Aparecida Canestri

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1: Segurança do paciente.....	15
Imagem 2: Escala de Braden	16
Imagem 3 – Classificação das lesões por pressão	20
Imagem 4 - Colchão pneumático	21
Imagem 5 – Filme transparente	24
Imagem 6 – Produtos usados para hidratação da pele.....	26
Imagem 7 – Guia para mudança de decúbito.....	28
Imagem 8 – Uso do Coxim.....	30
Imagem 9 – Lesão por pressão estágio I	32
Imagem 10 – Lesão prejudicando a integridade da pele.....	34
Imagem 11– Lesão por pressão na região sacral.	37
Imagem 12 – Exemplo de materiais usados em curativos.	40
Imagem 13 - Camadas da pele	46
Imagem 14 - Fases de cicatrização das feridas	49
Imagem 15 - Atendimento domiciliar	51
Imagem 16 - Primeiro dia de avaliação	53
Imagem 17 - Avaliação no 6° dia de tratamento	54
Imagem 18 - Avaliação em seu 19° dia de tratamento.....	56
Imagem 19 – Avaliação no 120° dias de tratamento	57
Imagem 20 – Estimativa de novos casos de câncer para o ano de 2018.	62
Imagem 21 – Taxas brutas de incidência de câncer estimadas para 2018.....	62
Imagem 22 – Laudo de confirmação de diagnóstico.....	63
Imagem 23 – Paciente W.A.J. com bolsa de urostomia.	65
Imagem 24 – Câncer de mama e dreno no pós-operatório da mastectomia.....	67
Imagem 25 – Mastectomia da mama esquerda	70
Imagem 26 - Mamógrafo	72
Imagem 27 – Ascite.....	73
Imagem 27 – Paracentese	75
Imagem 29 – A família da paciente com câncer de mama.....	77
Imagem 30A e 30B – Lesão no Hálux Direito.....	79
Imagens 31A e 31B – Lesão 3º Pododáctilo Pé Direito - Paciente Diabético.....	81
Imagens 32A e 32B - Lesão Membro Inferior Direito (MID)	83
Imagens 33 – Lesão em Membro Inferior Direito (MID)	84
Imagem 34 - Lesão Membro Inferior Esquerdo (MIE)	85
Imagens 35A e 35B – Lesão em Membro Inferior Esquerdo (MIE)	86
Imagens 36A e 36B – Lesão Membro Inferior Esquerdo (MIE)	88

Imagem 37 – Lesão em Membro Inferior Direito (MID)	89
Imagem 38 – Lesão Membro Inferior Direito (MID)	91
Imagens39A e 39B – Lesão Membro Inferior Direito (MID).....	92
Imagem 40 – Lesão Membro Inferior Esquerdo (MIE)	94

LISTA DE ABREVIATURAS

AME – Ambulatório Médico Especializado
AVEI – Ataque Vascular Encefálico Isquêmico
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
EVA – Escala Visual Analógica
DM – Diabetes Mellitus
IVC – Insuficiência Venosa Crônica
LPP – Lesão Por Pressão
LP's – Lesões por Pressão
MMII – Membros Inferiores
MID – Membro Inferior Direito
MIE – Membro Inferior Esquerdo
PSA – Prostate Specific Antigen
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SOBESD – Sociedade Brasileira de Dermatologia
SOBEST – Sociedade Brasileira de Estomaterapia
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	6
LISTA DE IMAGENS.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
SUMÁRIO.....	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 DESENVOLVIMENTO	13
2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Dayani Fátima Silva.....	13
2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Denice Bernadina Passos Ribeiro	44
2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Jéssica de Assis Abreu	60
2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Suzy Aparecida Canestri	78
3 AUTO AVALIAÇÃO	96
3.1 Auto avaliação da aluna Dayani Fátima Silva	96
3.2 Auto avaliação da aluna Denice Bernadina Passos Ribeiro.....	96
3.3 Auto avaliação da aluna Jéssica de Assis Abreu	97
3.4 Auto avaliação da aluna Suzy Aparecida Canestri.....	98
4 CONCLUSÃO.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	100

1 INTRODUÇÃO

Este portfólio reúne os casos clínicos que nos marcaram na graduação de alguma forma, sendo a materialização do nosso sonho.

Formar neste curso nos transformou, assim também devemos transformar o mundo a nossa volta!

Eu, Dayani Fátima Silva relatarei minha vivência realizada na UTI do Hospital Vaz Monteiro com o objetivo de apresentar a atuação da enfermagem frente aos cuidados prestados ao cliente com lesão por pressão ou risco para desenvolvê-la e as intervenções para preveni-la, proporcionando conhecer as rotinas do enfermeiro nesta unidade.

Eu, Denice Bernadina Passos Ribeiro, apresentarei minha vivência realizada junto a um cliente portador de uma lesão traumática e tendo em vista a proximidade dos trabalhos de conclusão de curso, realizei um estudo de caso sobre essa lesão.

Eu, Jéssica de Assis Abreu, apresentarei minha vivência no estágio com pacientes oncológicos e por meio deste portfólio que teve como objetivo observar a vivência dos pacientes e familiares, após o diagnóstico e tratamento de câncer.

Eu, Suzy Aparecida Canestri, descreverei a vivência realizada na Unidade Básica de Saúde - UBS "Agostinho Pestana", especificamente na Sala de Curativos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Dayani Fátima Silva

Prevenção e atuação da enfermagem nas lesões por pressão em uma UTI

Interessei-me pela enfermagem quando meu avô ficou doente em janeiro de 2011, apresentou um AVEI (ataque vascular encefálico isquêmico) e ao longo da internação vieram diversas complicações, levando ao óbito dois meses depois. Fiquei admirada com os cuidados prestados por toda equipe multidisciplinar do Hospital Vaz Monteiro, mas o que mais chamou minha atenção foi à enfermagem, percebi o lindo dom do cuidar, e aquilo me despertou o amor pela profissão. O tempo em que permaneci no hospital percebi que não era apenas medicar ou fazer curativos, ia muito além, o amor pelo próximo, pela profissão e por cada cuidado, me fez reconhecer um outro lado da profissão enfermagem.

Iniciei o curso, duração de um ano e meio, em técnica de Enfermagem na Impacto Escola de Saúde em julho do mesmo ano, a cada aula assistida maior admiração obtinha pela profissão. Através do estágio que realizei fui contratada para trabalhar seis meses antes da minha formatura, no mesmo hospital onde meu avô havia ficado internado. Foi uma alegria e tanto, hoje tenho sete anos de contratação e me orgulho do que faço.

O tempo foi passando e em fevereiro de 2015 quis dar mais um passo em minha vida onde ingressei no curso superior de Enfermagem no Centro Universitário de Lavras. Ao longo dos semestres tive a oportunidade de aumentar meus conhecimentos através de diversos textos, metodologias ativas em sala de aula, congressos, minicursos, resenhas, entre outros conhecimentos e cada dia que se passa é um novo aprendizado uma nova paixão, vejo que esta profissão é além do que eu podia imaginar realmente é um dom de Deus.

Após minha formação tenho o propósito especializar em terapia intensiva e estomaterapia.

Este portfólio foi realizado em um hospital de Lavras-MG, na unidade de terapia intensiva, tendo início em 2017. A paixão foi tão grande, que mesmo após apresentar o portfólio na disciplina Metodologia da Pesquisa II, resolvi dar continuidade no tema, acrescentando novas informações e atualizando os dados, com o objetivo de apresentar a atuação da enfermagem frente aos cuidados

prestados ao cliente com lesão por pressão ou risco para desenvolvê-la e as intervenções para preveni-la, proporcionando conhecer as rotinas do enfermeiro nesta unidade.

Assim, foi assinado o termo de autorização pela responsável técnica do hospital para realização do estudo e pelos familiares dos pacientes.

O presente portfólio acadêmico teve por meta observar e fotografar imagens que expõem os procedimentos que contribuem para prevenção e os meios curativos a fim de correlacionar a figura exposta com citações de artigos. Este trabalho, justifica-se pelo fato de aprimorar os conhecimentos relacionados à lesão por pressão, e tem por relevância observar como é feito as intervenções de enfermagem frente a prevenção e o tratamento das lesões por pressão.

Silva et al. (2016, p.293) aponta que os profissionais de enfermagem “são responsáveis por grande parte das ações assistenciais, pelo fato de estar mais próximo dos pacientes, tornando o profissional responsável pelo monitoramento constante de sua segurança, com o intuito de evitar iatrogenias”.

Preocupada com isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004 criou a World Alliance for Patient Safety que significa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, passando a chamar-se Patient Safety Program (Programa de Segurança do Paciente), a fim de organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e os eventos adversos (BRASIL, 2014).

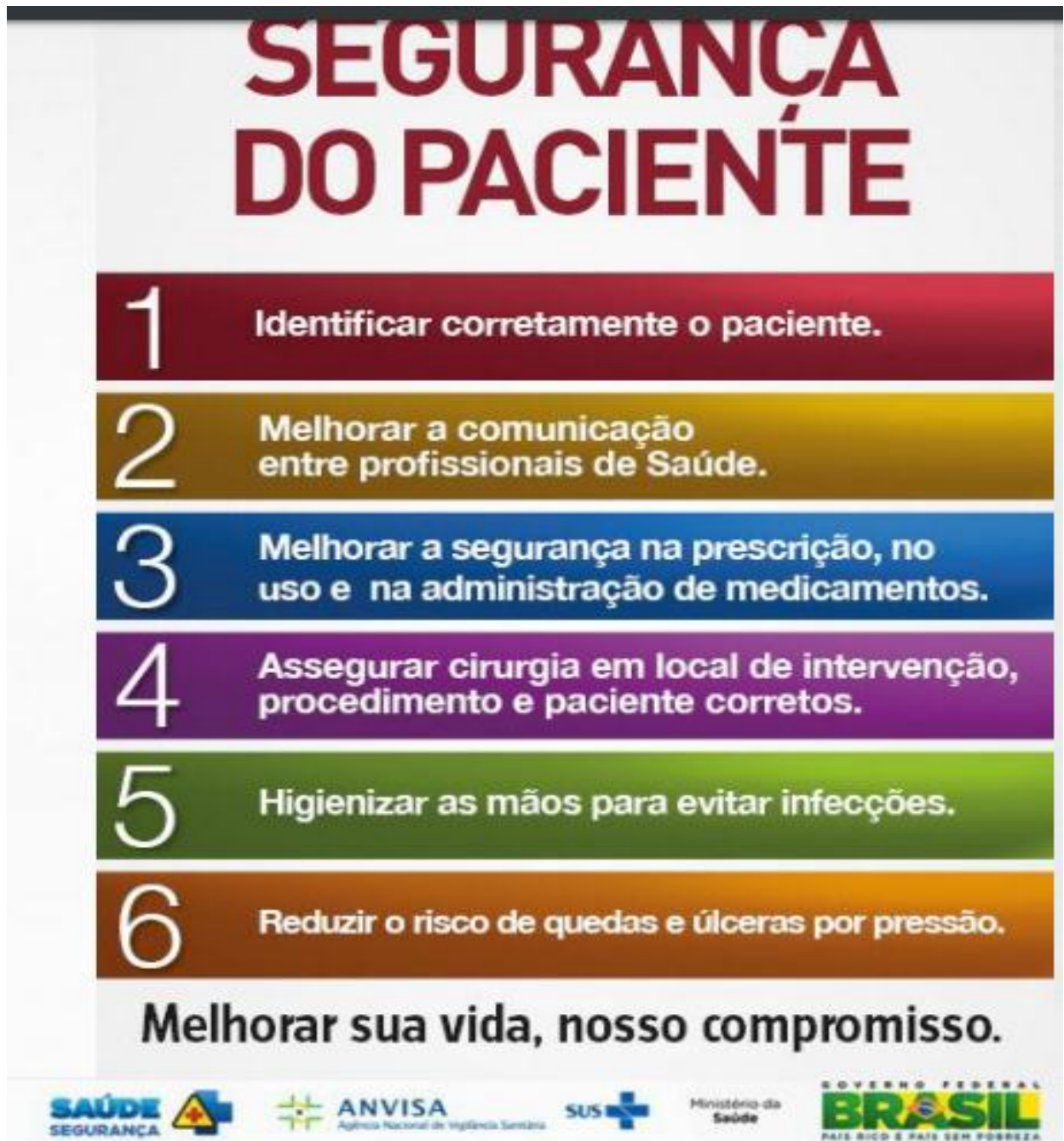
No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) decretado pela PORTARIA Nº 529, de 1º de abril de 2013, com objetivo de:

Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013).

Por tanto o PNSP vem contribuindo para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde e vem realizando o monitoramento e prevenção de danos na assistência à saúde (BRASIL, 2013). Desta forma é necessário que o profissional se atente aos cuidados prestados para que possa diminuir e/ou evitar os riscos.

A seguir será apresentada a cartilha publicada pelo Ministério da Saúde com seis itens que auxiliam na segurança do paciente (Imagem 1).

Imagem 1: Segurança do paciente



Fonte: (BRASIL, 2013).

As Unidades de Tratamento Intensivo são definidas pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 3.432, de 12 de Agosto de 1998 como: Unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos

próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica (BRASIL, 1998).

Como em qualquer âmbito da saúde em uma UTI o enfermeiro deve saber gerenciar e colocar em prática as ações que preparam e qualificam a equipe para prestar um cuidado holístico e humanizado ao paciente/cliente. Dentre as atribuições do enfermeiro cabe realizar avaliações de risco em cada paciente, para isso são utilizados escalas e protocolos que os norteiam em cada avaliação, sendo a mais utilizada a Escala de Braden (LEMOS et al., 2010; SILVA; RACHED; LIBERAL, 2019).

A EB tem origem americana, criada em 1987, passando por validação e adaptação à língua portuguesa e também à população pediátrica na versão Braden Q (EBQ), além de ser a mais utilizada e extensivamente testada até o momento (MARCHIORE et al., 2015).

A seguir será mostrada a imagem 2 com a Escala de Braden, a qual nos direciona ao risco brando, moderado e severo de desenvolvimento de lesão por pressão.

Imagem 2: Escala de Braden

Avaliação do grau de risco - Escala de BRADEN				
Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasional	4. Rara
Atividade	1. Acamado	2. Confinado a cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula freqüentemente
Mobilidade	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
Nutrição	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	_____
Total:	Risco Brando 15 a 16 ()		Risco Moderado de 12 a 14 ()	Risco Severo abaixo de 11 ()

- A contagem de pontos baixa, indica uma baixa habilidade funcional, estando o indivíduo em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão.
- A pontuação pode ir de 4 a 23.
- Pacientes adultos hospitalizados, com uma contagem \leq que 16 pontos, são considerados de risco.
- Uma pontuação de 16 é considerada risco mínimo; de 13 a 14, risco moderado; de 12 ou menos, risco elevado.

Fonte: Portal Enfermagem (2017).

O quadro da imagem 2 é utilizada para avaliação da integridade da pele onde permite quantificar os riscos dos pacientes críticos em desenvolverem LP e a partir dessas medidas, o enfermeiro consegue determinar e aplicar medidas preventivas e um tratamento mais eficaz.

A Escala de Braden inclui seis parâmetros: a percepção sensorial, a umidade, a mobilidade e atividade, a nutrição, a fricção e o cisalhamento. Cada parâmetro recebe uma pontuação que varia de 1 a 4, totalizando o escore em faixas: sem risco (>16), em risco moderado (12-16) e em alto risco (≤ 11). Assim, os menores valores indicam piores condições (BORGHARDTI et al., 2016, p.461).

A imagem 2 pode ser correlacionada com as disciplinas que foram dadas no decorrer do curso, sendo elas: Psicologia, Bases para o Cuidado de Enfermagem e Ética e Bioética, a primeira trata-se de questões afetivas do ser humano e esse conhecimento ajuda na forma de cuidar e tratar o cliente. A segunda ensinou os fundamentos básicos para os cuidados prestados aos clientes enfermos. Por fim, a terceira disciplina no qual foi ensinada sobre os valores, os direitos e os deveres dos profissionais da área da saúde, do cliente e de seus familiares, ou seja, tudo o que é permitido e proibido perante o código de ética presando pelo respeito ao indivíduo e entendendo que a ética na saúde deve ser adotada pelos profissionais da saúde, que devem assumir responsabilidades respeitando os valores pessoais independentes do estado de saúde.

Segundo Ascari et al. (2014), a escala de Braden foi desenvolvida para aprimorar as estratégias de prevenção diminuindo a incidência de lesões por pressão, pelo fato de analisar a integridade da pele observando a evolução tecidual.

Ao admitir um cliente na UTI, o enfermeiro (a) deve realizar a avaliação da integridade da pele aplicando a escala de Braden a fim de verificar a intensidade de risco de adquirir uma LPP e aplicar medidas preventivas para evita-las.

Com tempo de hospitalização, o cliente fica mais vulnerável a adquirir patologias principalmente àqueles em estado crítico que permanece a todo o momento no leito com alto risco de destruição parcial ou total dos tecidos levando a diversas complicações.

A permanência em uma Unidade de Terapia Intensiva-UTI onde os pacientes se encontram em uma situação agravada há necessidade de assistência continua e atendimento terapêutico especializado, devido à imobilidade prejudicada no leito podendo favorecer o surgimento de lesões por pressão pelo fato da gravidade em

que o cliente se encontra, além de causas multifatoriais e incluem fatores intrínsecos do paciente, tais como extremos de idade, comorbidades, estado nutricional, hidratação, perfusão tecidual, condições de mobilidade e nível de consciência; e extrínsecos como cisalhamento, fricção, umidade e excesso de pressão em locais como os de proeminências ósseas (QUIRINO et al., 2014).

Com o tempo prolongado de internação os pacientes apresentaram delírio realizando tentativas de levantarem do leito, apresentando riscos de quedas, retirada de cateteres e monitorizações invasivas, podendo ficar até agressivos ou até mesmo manterem um quadro de coma profundo sendo induzido ou vigil que é o estado vegetativo. No entanto estes estados de consciência ou de inconsciência propiciam ao aparecimento de lesões por pressão devido ao atrito contínuo no leito e/ou nos aparelhos de invasivos e não invasivos (BRASIL, 2018).

Para Diniz et al. (2017), devido aos quadros patológicos, como paralisia, coma, dor, trauma e sedação, apresentam déficit de mobilidade que os restringe ao leito, requerendo cuidados contínuos em busca da manutenção da integridade da pele e tecidos subjacentes. Porém, é de responsabilidade do profissional de saúde zelar pela vida e integridade da pele do cliente respeitando seus valores éticos e morais.

O enfermeiro deve apoiar-se em conhecimento clínico para atribuir ou não a vulnerabilidade de sujeitos frente à ulcera por pressão (BARBOSA; BECCARIA; POLLETTI, 2014; GOMES et al., 2011).

Por isso, foram criadas escalas como forma de protocolos de prevenção de lesões por pressão, para que se foque nos clientes críticos onde necessitam de maior avaliação devida sua imobilidade, pode-se também ser empregada em clientes com a mobilidade física preservada. Há diversas escalas, porém, a mais utilizada é a Escala de Braden que foi criada pela enfermeira Bárbara Braden em 1987, sendo traduzida, adaptada e validada no Brasil em 1999 (SILVA et al., 2014).

A Escala de Braden é vastamente utilizada na prevenção da Lesão por pressão até a atualidade devido a sua eficácia, sensibilidade, especificidade, critérios avaliativos claros e definidos, além da praticidade no que concerne a sua aplicabilidade, se subdividindo em seis outras escalas que avaliam os fatores de risco para o desenvolvimento da LP sendo um instrumento fundamental na condução do planejamento das medidas preventivas a serem adotadas e aplicadas pela enfermagem (GOMES et al., 2011).

Por fim, a utilização da Escala de Braden é de suma importância para preservação tecidual do cliente, e a determinação do risco para o desenvolvimento de LP é realizado pelo enfermeiro a fim de intervir conciliando com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

O profissional de enfermagem deve obter critérios ao receber um cliente em uma UTI, como a organização do leito que certamente já está higienizado, deixar o lençol esticado e sem dobras além de verificar se o leito não está úmido. Dentre essas medidas preventivas são utilizados também colchões pneumáticos de pressão alternada, este é ligado à tomada e promove um alívio da pressão do corpo sobre o leito a cada instante através das bolhas que se enchem de ar ou murcham em determinadas regiões aliviando assim as proeminências ósseas (CAMELO, 2012; PINHO, 2014).

Além deste, deve-se avaliar cada paciente que é internado observando a integridade da pele preservada a fim de realizar medidas preventivas contra LPP e os que já chegam com uma lesão observando o estágio (1, 2, 3, 4 ou inclassificável), ou seja, sua profundidade ou se está superficial e as perdas de camadas teciduais, se há presença de infecção e avaliar, quanto a sua localização, tamanho (no sentido de largura, comprimento e profundidade), presença de túneis, descolamentos, tecidos necróticos, a presença ou ausência do tecido de granulação e epitelização (FAVRETO et al, 2017; BRASIL, 2018).

As lesões por pressão são definidas como dano na pele e/ou tecidos subjacente, sendo divididas em estágios (Imagem 3) descritas pela SOBEST (2016) como:

Imagem 3 – Classificação das lesões por pressão

ESTÁGIOS	CLASSIFICAÇÃO
Estágio 1	Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece.
Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme, o leito da ferida é viável de coloração rosa ou avermelhada, úmida com presença de bolha intacta ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis
Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.
Estágio 4	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular, com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.
Lesão por Pressão Não Classificável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível por está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser retirada é possível verificar o estágio 3 ou 4.
Lesão por Pressão Tissular Profunda	Descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece estando a pele integra ou não.

A seguir será mostrado imagem de um colchão pneumático (Imagem 4), utilizado para prevenção de LPP, onde ocorre pressão alternativa de ar aliviando as proeminências óssea.

Imagem 4 - Colchão pneumático



Fonte: Arquivo pessoal (2017).

A imagem 4 mostra a colocação de um colchão pneumático em um leito da UTI, no Hospital Vaz Monteiro. Este é conectado em um motor próprio e a uma tomada permanecendo ligado em todo período em que o cliente fica internado, fazendo pressão alternada pelo corpo, minimizando os picos de pressão tecidual atuando na prevenção e auxiliando na cura de uma LP causada em pacientes acamados (PINHO, 2014).

Com a disciplina de Patologia Geral, pudemos aprender diversas doenças que acometem nosso organismo, dentre elas patologias extrínsecas, por isso é importante o uso de medidas preventivas pois a exposição de uma ferida em um meio contaminado acarreta em diversas complicações. Em Semiotécnica I, observamos as técnicas de prevenção de lesão por pressão, e por último Fisiologia humana onde foi ensinado a função do organismo e os mecanismos gerados para compensação de um problema que atinge nosso corpo quando exposto em situações que prejudicam o corpo humano, portando o uso desse colchão previne possíveis lesões corporais impedindo assim abertura de feridas, e diminuindo a exposição aos microrganismos.

Encontram-se diversos produtos a para prevenção de lesão por pressão dentre eles o colchão pneumático onde age de forma alternada entre o corpo e o colchão através de insuflação de ar para alívio das proeminências ósseas, geralmente realizadas por um tipo de sistema eletrônico.

Segundo Pinho et al. (2014, p.2730):

Diminuir ou aliviar a pressão é a medida profilática mais importante e pode ser alcançada por meio do posicionamento adequado do paciente no leito e do uso de dispositivos redutores da pressão [...] muitas vezes se faz necessário o uso de equipamentos de alívio de pressão, principalmente para os pacientes restritos ao leito e que apresentam fatores de risco, como forma preventiva para o alívio da pressão nas proeminências ósseas, evitando assim o desenvolvimento de úlceras por pressão (Pinho et al., 2014, p.2730).

Porém, mesmo em uso de colchão pneumático é imprescindível a realização de mudança de decúbito a cada duas horas, desta forma será aliviado a pressão do corpo sobre o leito e serão redistribuídas as proeminências ósseas sobre a pele, melhorando o fluxo sanguíneo nas áreas que tem maior chance de ocorrer uma possível isquemia auxiliando na recuperação dos tecidos lesionados (OLIVEIRA; SANTOS; ALMEIDA, 2014).

Além de prevenir o aparecimento da patologia, estes colchões garantem também uma sustentação do corpo de maneira mais confortável (PINHO et al., 2014, p.2731).

Saatkamp (2012, p.10) afirma que “o paciente hospitalizado, geralmente, apresenta comprometimento de sua condição saudável e necessita de ser cuidado devido os problemas de ordem fisiológica, psíquica e social”.

Além do colchão pneumático há diversos tipos de colchões existentes para pacientes que necessitam permanecer maior tempo no leito a fim de prevenir lesões por pressão e proporcionar melhor conforto, tendo o colchão confeccionado com borracha e quando está em uso pode ser preenchido com ar ou com água. Tem como vantagem a distribuição uniformemente do peso corporal, mas existe o risco de romper caso o insuflado além do necessário ou o paciente exceda o peso indicado ao uso, pode causar insegurança e instabilidade ao mesmo além de represar a água em meio às proeminências externas do colchão quando realizado banho no leito, podendo ocasionar crescimento bacteriano como *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus subtilis* e bacilos Gram positivos esporulados e aeróbios (GONÇALVES; UEMURA, 1984).

Além destes citados anteriormente, há o colchão caixa de ovo, sua superfície é totalmente perfilada, auxiliando na prevenção de escaras que é o grande problema para as pessoas acamadas. Porém, este tipo de colchão não é utilizado em UTI por ser composto por espuma de poliuretano, e por ser permeável impossibilita a desinfecção, podendo virar meio de colonização de bactérias (FERREIRA et al., 2011).

Desta forma, mesmo que estes colchões passem por um processo de lavagem há uma redução dos microrganismos patógenos, mas não são totalmente eliminados permanecendo uma quantidade considerável capaz de prejudicar ainda mais o estado clínico do paciente (FERREIRA et al., 2011).

Portanto, em uma unidade de terapia intensiva usa-se o colchão pneumático devido aos benefícios proporcionados por ele, além de ser fácil sua desinfecção por ser confeccionado por material de PVC sendo leve, flexível e impermeável (PEREIRA et al 2019).

A prevenção de úlcera por pressão aborda quatro aspectos do cuidado que é a avaliação do risco, os cuidados com a pele e tratamento precoce, redução da carga mecânica e uso de superfícies de suporte, educação para todos prestadores de serviços de saúde, para pacientes e seus familiares e/ou cuidadores (ASCARI, 2014, p.12).

Segundo SOUZA et al. (2017), frequentemente, um fator predisponente para desenvolvimento de lesão cutânea está associado à fragilidade adquirida pelo processo de envelhecimento havendo alterações na pele, nutrição e outras condições inerentes ao idoso. No entanto, não se pode dizer que as LPP acometem

somente pessoas idosas elas podem estar presentes em qualquer pessoa com imobilidade prejudicada (p.ex. traumas como TCE grave, AVE, fraturas, tetraplegia etc.) a qual não se realize medidas de prevenção de lesões.

O surgimento de LP pode causar outro sofrimento ao cliente, agindo como porta de entrada para contaminações e infecções dificultando o processo de recuperação ocasionado em um tempo a mais de hospitalização podendo evoluir para óbito devido quadro grave de sepse (BRITO, 2017).

Entretanto, só o uso do colchão não previne lesão por pressão, deve haver um conjunto de atividades para precaver o surgimento ou o agravamento dessas feridas. Para prevenção pode-se obter o uso de filme transparente (Imagem 4) não estéril, onde pode ser colocado em qualquer parte do corpo, sendo mais utilizada nas áreas de maior risco de pressão como região sacral, occipital, olecrano, escapular, trocantérica e calcâneos (SOUZA et al., 2013).

Segundo Cruz et al. (2015), em relação às intervenções para a prevenção de úlceras por pressão, as mudanças de decúbito foram citadas por todos os profissionais, primeiramente por ser, possivelmente, a medida mais difundida, em se tratando de prevenção de LPP.

Na imagem 5, é mostrado o uso de filme plástico, um tipo de material utilizado para prevenção de lesão por pressão.

Imagem 5 – Filme transparente



Fonte: Arquivo pessoal (2017).

Quando se fala em segurança do paciente, logo se pensa em prevenção de lesão por pressão (LP) com intuito de promover a integridade tissular preservada. Correlaciono a imagem 5 com as disciplinas: Sociologia (através do funcionamento das sociedades humanas e das leis fundamentais que regem as relações sociais, as instituições), Estatística (probabilidades e incidências do estado de saúde) e Imunologia (conjunto dos mecanismos de defesa do organismo contra antígenos).

A imagem 5 mostra um dos vários tipos de filme transparente não estéril que é composto de polímero de poliuretano, com uma das faces de adesivo de acrílico (utilizado pra prevenção de LP, o qual impede a fricção e/ou cisalhamento da pele no leito, assim, evitando a laceração do tecido (SOUZA, et al., 2013).

Conforme a portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde, é considerado dano ao cliente: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013).

Reconhece-se que a manutenção da integridade cutânea daqueles que se encontram restritos ao leito tem como base a avaliação de risco de desenvolvimento de UPP, otimização da nutrição e da hidratação, o manejo da umidade e a minimização da pressão (INOUE; MATSUDA, 2016, p.642).

No entanto, na maioria dos casos fica a critério do enfermeiro desenvolver e adotar rotinas de cuidado e prevenção, porém, este fator deveria estar ligado a todos os profissionais de saúde que prezam pelo cuidado de um indivíduo seja ele em uma consulta domiciliar, ambulatorial ou a âmbito hospitalar (EVANGELISTA, et al.2016).

Em uma UTI, os pacientes passam por mudança bruscas de vida seja ela por um nível de consciência, alguma patologia, ou medicamento indicado para a terapêutica que gera mobilidade prejudicada ou ausente no leito. Portanto deve-se conhecer e entender o que são as LP, suas causas os fatores de risco para o seu desenvolvimento, atuando em uma forma preventiva (BRASIL, 2018).

De acordo com Souza (2013 et al., p.346):

O filme transparente [...] não é inativo na presença de umidade, já que possui um sistema de troca gasosa similar à pele saudável, que permite a difusão de gases como o oxigênio e vapores. Ele tem uma qualidade elástica que o permite ser aplicado a várias partes do corpo e tem resistência a forças de fricção e cisalhamento (SOUZA et al., 2013, p.346).

Oliveira et al. (2012) contribuíram ao mencionar que uma precoce e regular estratificação do risco para desenvolver LP é fundamental para a adoção de medidas preventivas e implementação de estratégia terapêutica adequada. Por esta razão, é de suma importância o uso do filme transparente na pratica de recursos profiláticos proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Portanto, o melhor método ainda de prevenção seria a intervenção precoce, no qual é necessário a identificação dos pacientes de riscos para o desenvolvimento de úlcera por pressão e imediatamente ser instituído e implantado estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes pois quando lesionados dificulta a recuperação funcional, sentem dor e conseqüentemente ocasiona em uma infecção grave (BRASIL, 2013).

Seguindo este contexto, outro meio de prevenção de lesão cutânea é a hidratação da pele como será mostrado a seguir na Imagem 6.

Imagem 6 – Produtos usados para hidratação da pele.



Fonte: Arquivo pessoal (2017).

Esta imagem representa um dos tipos de óleo usados na hidratação da pele, o óleo de girassol é rico em vitamina E, D, C e A composto por ácidos graxos esterificados, que além de hidratar a pele, pode ser utilizado como tratamento de uma lesão desde que não apresente processo infeccioso. Correlaciona-se esta imagem com as disciplinas de: Saúde do Idoso, Bioquímica, Farmacologia e Saúde

Coletiva 2, com base nas vivências aprendidas em sala de aula sobre o ato de cuidar.

Existem diversos tipos de ácidos graxos, porém com relação ao tratamento de feridas, o ácido linoléico [...] estimula o tecido de granulação e consequentemente acelera a cicatrização. [...] Sabe-se que as deficiências de vitaminas A, C e E podem contribuir em possíveis casos de lesões por pressão, já que estas vitaminas desempenham um importante papel na síntese do colágeno, imunidade e integridade epitelial. (MARTINS et al., 2017).

Dessa forma, Lamão, Quintão e Nunes (2016) mencionam que, sendo o público alvo mais acometido por lesões por pressão os idosos, portadores de doenças crônicas, cadeirantes e pacientes neurológicos, deve-se manter os cuidados e a prevenção.

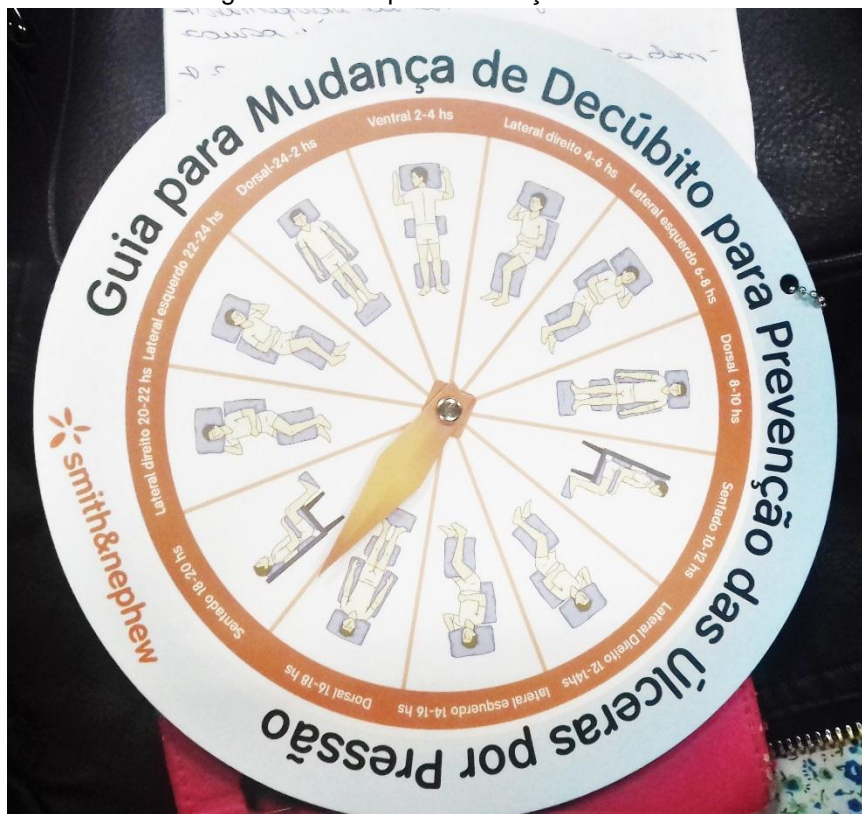
Siqueira, Santos e Melo (2015) afirmam que os enfermeiros nesta categoria descrevem as medidas de prevenção e importância de estarem realizando técnicas assépticas no tratamento da úlcera por pressão.

As LPP demandam cuidado intensivo [...] pois quando presentes são de difícil tratamento, demandam cuidados intensos e longos períodos para que a sua cicatrização aconteça por completo. (PINTO; BRITO, 2015).

A prevenção das LP torna-se primordial para a qualidade da assistência prestada, visto que afeta todos os atores envolvidos no processo de cuidar: paciente, família, hospital, instituições de saúde e sociedade como um todo, de forma significativa, interferindo na autoimagem e autoestima dos portadores, já que acometem o maior e mais externo órgão do corpo humano. (ROCHA, et al., 2015, p. 597).

Contudo, após a alta hospitalar cabe ao profissional de saúde informar aos familiares do cliente acamado quanto as medidas preventivas contra lesão tecidual, como a hidratação cutânea, alimentação balanceada rica em vitaminas, a hidratação hídrica, e principalmente a mudança de decúbito, como mostra a Imagem 7.

Imagem 7 – Guia para mudança de decúbito



Fonte:Arquivo pessoal (2017).

A imagem 7, descrita como guia para mudança de decúbito para prevenção das lesões por pressão, mostra um relógio sinalizador de mudança de decúbito, onde a cada 2 horas orienta a modificar o cliente de decúbito, sendo decúbito dorsal horizontal (DDH), decúbito lateral direito (DLD), decúbito lateral esquerdo (DLE), decúbito ventral e sentado havendo assim alívio das proeminências ósseas. É possível correlacioná-la com as seguintes disciplinas: Projeto integrador I, Semiotécnica II e Saúde Coletiva II, atuando como método de prevenção no cuidado.

Realizar mudança de decúbito (posição) a cada 2 horas, com a utilização de travesseiros ou almofadas macias entre os joelhos, tornozelos e calcanhares, auxiliando a evitar o aparecimento dessas feridas (FIRPO; SERIACOPI, 2016).

Todavia, a prática de intervenção, relacionada aos profissionais de enfermagem, é de extrema importância, pois, uma vez que há prevenção, se evita outras possíveis complicações durante o período de internação (BACKES, et al., 2012).

O enfermeiro, líder da equipe de enfermagem, é responsável pelo gerenciamento do cuidado propiciando tomada de decisões em relação às melhores práticas destinadas ao cliente hospitalizado (LIMA; CASTILHO, 2015).

De acordo com Pott et al. (2013), não são apenas os fatores externos que atuam na gênese da LP, mas também fatores internos, denominados intrínsecos, como o estado geral e nutricional do paciente, idade, peso corpóreo, mobilidade, incontinência e suprimento sanguíneo (doenças cardiovasculares).

O desenvolvimento de LP é multifatorial podendo ocorrer como fator intrínseco ou extrínseco, sendo que no primeiro envolve a idade devido o envelhecimento tornar a pele friável, seca e menos elástica, déficit de mobilidade no leito, doenças de base como diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. E os fatores extrínsecos como, colchão inadequado, higiene corporal inadequada, leito úmido, condições da roupa de cama (úmida e/ou com dobras, presença de objetos), manter-se na mesma posição por tempo prolongado (FERNANDES; TORRES; VIEIRA, 2008)

Desta forma, entende-se como é primordial a realização da mudança de decúbito, pois proporciona melhor conforto auxiliando na recuperação da saúde e evitando possíveis agravos e/ou complicações, diminuindo o tempo de internação (TEIXEIRA, 2017).

Cadó et al. (2015, p.3) relatam que “a úlcera por pressão pode originar-se em todas as posições que um paciente seja mantido prolongadamente”.

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver úlceras por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar (BRASIL, 2013).

Visto o quão importante é a prevenção, a seguir será exibido na Imagem 8, um meio de precaver a feridas através do uso de coxim.

Imagem 8 – Uso do Coxim



Fonte: Arquivo pessoal (2017).

Na imagem 8, pode-se observar a elevação dos MMII através de coxim para alívio de proeminência óssea. Esta Imagem pode ser correlacionada com as disciplinas: Semiotécnica 1, Bases para o Cuidado de Enfermagem e Prática 1, através do aprendizado em sala de aula e estágio.

As medidas preventivas são absolutamente importantes, pelo fato de manter o tecido tegumentar sadio, com ausência de lesões cutâneas proveniente de pressão.

A LP traz sofrimento para quem já tem uma patologia de base e após a sua instalação, surgem então, vários outros problemas intercorrentes como a preocupação dos familiares que nem sempre entendem a razão do seu aparecimento. (SOUZA; PEREIRA; GAMA, 2010, p.370).

A colocação de coxins auxilia no conforto e alívio da pressão corporal no leito, com melhora da permeabilidade do fluxo sanguíneo pelo corpo, evitando a fricção e o cisalhamento (BRASIL, 2018).

Na prática do cuidar é importante ter uma atenção voltada aos cuidados com a pele. O banho além de higienizar o cliente proporciona uma sensação de conforto e descanso e deve ser realizado de forma cuidadosa e com muita atenção, pois é neste momento que será possível observar todas as partes teciduais do corpo

podendo avaliar a coloração, a hidratação e até o estado nutricional (GONÇALVES, 2016).

O que devemos ter em mente é que a prevenção e tratamento das úlceras por pressão merecem atenção individualizada, embasada no conhecimento científico, evidências, estudos e novas abordagens baseadas no trabalho de equipe (BRASIL, 2014).

Vieira et al. (2016) mencionam que a prevenção, em todos os níveis de assistência, requer abordagem sistemática, composta pela avaliação do paciente em um serviço e dos riscos presentes, seguidas por medidas apropriadas, envolvendo toda a equipe de saúde.

A prevenção de lesão por pressão em pacientes hospitalizados tem sido apresentada como um dos indicadores de qualidade da assistência prestada pela equipe como um todo (Ascari et al., 2014, p.12).

Por isto, é necessária a realização de medidas que possam diminuir a incidência das LP's, pois vários são os fatores de risco sendo eles: grau de mobilidade alterado, incontinência urinária e/ou fecal, alterações da sensibilidade cutânea, alterações do estado de consciência, presença de doença vascular e estado nutricional alterado (BRITO, 2017).

Sakamoto (2016) diz: “Utilize superfícies de suporte e alívio da carga mecânica para minimizar os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade, como o uso de almofadas, travesseiros ou coxins apropriados”.

A Imagem 9 mostra a figura de um paciente que permaneceu em um período de tempo na mesma posição no leito, ocasionando em uma lesão por pressão estágio I.

Imagem 9 – Lesão por pressão estágio I



Fonte: Arquivo pessoal (2017).

A imagem 9 mostra um paciente em decúbito lateral direito, com uma LPP estágio 1 na região do glúteo, com tecido ileso, porém com presença de eritema.

De acordo com a SOBEST (2016), no estágio 1 tem-se a pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento).

Pode-se correlacionar esta imagem com as disciplinas de: Fisiologia Humana (devido as alterações do organismo ocorrido quando algum mecanismo externo afeta o organismo), Saúde coletiva (pela atividade de atenção primária onde o enfoque é a prevenção) e Saúde Mental e Psiquiatria onde o estado mental e psíquico é observado, isto é, quando o cliente perda a capacidade de realizar suas atividades de forma independente.

A lesão por pressão ocorre em virtude de mudanças degenerativas da pele e/ou tecido subcutâneo expostos às forças de pressão e cisalhamento. A pressão sobre a proeminência óssea prejudica a circulação sanguínea favorecendo a morte celular e o consequente aparecimento da úlcera (THULER; DANTAS, 2013, p.7).

Conforme Almeida e Maia (2015, p.13), grau I, eritema da pele intacta que não embranquece após a remoção da pressão; descoloração, calor edema, endurecimento ou dureza, especialmente em indivíduos com pele mais escura.

Com base neste contexto, observa-se a importância do cuidado imediato quanto ao cliente com lesão neste estágio, pois, mesmo com o rubor cutâneo pode-se evitar o rompimento tecidual e conseqüentemente retornar a coloração da pele no seu estado normal (QUIRINO, 2014).

A lesão por pressão é um indicador de qualidade da assistência prestada ao paciente, principalmente em terapia intensiva, onde o paciente está mais debilitado e dependente dos cuidados de enfermagem [...] mas afirmo que a atuação para prevenção da lesão, não é exclusiva da enfermagem. Uma equipe multiprofissional envolvida no cuidado ao paciente só trará benefícios, como numa atenção com a nutrição adequada do paciente, avaliação de inúmeros aspectos que favorecem a prevenção dessas lesões (NARDONI, 2016).

Contudo, deve-se ter em mente que, todos os aspectos devem ser considerados em relação a este evento adverso, pois, uma LP não ocorre por determinado fator de risco, mas pela relação dos diversos fatores com o cliente.

É fundamental a manutenção da pele íntegra na defesa do organismo frente às alterações diversas, traumatismos mecânicos, térmicos, químicos, radiação ou situações múltiplas a que o ser humano está exposto durante toda sua vida (LIRA, et al., 2012, p. 768).

De acordo com Ferreira (2015, p.26),

A prevenção é prioridade no controle das LP [...]. Com uma inspeção diária cuidadosa da pele dos pacientes com dificuldade de se movimentar, podem-se detectar os primeiros sinais de ulceração evidenciados pela vermelhidão local” (FERREIRA, 2015, p.26).

A seguir será exposta a imagem 10, mostrando a integridade da pele prejudicada.

Imagem 10 – Lesão prejudicando a integridade da pele.



Fonte: Arquivo pessoal (2017).

Esta imagem, exibe uma LPP na região do glúteo com tecido vitalizado de estagio 2, no qual houve perda parcial da espessura da pele ou bolha onde o leito da lesão apresentava-se úmido de coloração rosa ou avermelhada. Correlaciona-se com as disciplinas: SAE, Avaliação Clínica e Processo Cuidar 2, onde se avalia e traça metas para realização de intervenções e medidas de cuidados.

Em uma Unidade de Terapia Intensiva dependendo do estado clínico que o cliente se encontra, torna-se mais difícil saber se o mesmo sente-se confortável no leito ou se algum dispositivo o incomoda como curativo, tubo traqueal, trauma, lesão cirúrgica, queimadura, cateter nasogástrico ou nasoentérico, cateter central, lesões por pressão, punção venosa, drenos entre outros (TAETS,2016).

Portanto, a equipe de enfermagem deve estar atenta às queixas e as expressões álgicas, quando a dor não é controlada ela pode causar alterações hemodinâmicas aumentando a probabilidade de o cliente apresentar uma instabilidade e agravo no estado de saúde podendo ser observadas em uma alteração dos sinais vitais, por exemplo (STÜBE, et al.,2015).

Com isso foram criadas escalas que facilitam a avaliação da enfermagem frente a estes clientes com dor, para isto o profissional deve estar capacitado para saber interpretar os dados coletados. A escala visual analógica - EVA, é uma delas, porém esta necessita que o cliente tenha uma boa acuidade visual e cognitiva, pois pode ser numérica, com cores que aumentam a intensidade de acordo com o grau de dor até com presença de faces em expressões álgicas ou não. Porém em uma UTI estas escalas não tem a mesma funcionalidade, pois a maioria são pacientes

sedados ou em estado vegetativo dificultando o uso destas (FORTUNATO et al., 2013).

Para isso, existe a escala de dor comportamental (BehavioralPainScale – BPS) que avalia o paciente sedado e/ou em ventilação mecânica. Ela tem um score de 3 a 12 onde avalia a expressão facial, movimentos dos membros superiores e ventilação mecânica. O enfermeiro deve realizar uma avaliação do paciente como um todo se o score for maior que 6 é considerável inaceitável ou seja apresenta dor intensa (SANTOS, 2017).

A não percepção sensorial faz com que este paciente mereça uma melhor atenção, visto que muitas vezes eles são incapazes de comunicar o desconforto tornando-se mais vulneráveis a desenvolver ulcera de pressão. (SLVA et al., 2010, p. 179).

Desta forma, a equipe deve estar atenta para evitar o agravamento dessas lesões por pressão visto que, pode piorar o estado de saúde/doença do paciente. É importante seguir a prescrição de enfermagem, pois nela norteia os cuidados que devem ser seguidos desde a mudança de decúbito a fim evitar que a lesão progrida até a realização de curativos com intuito na melhora total desta lesão (CORRÊA, et al., 2016).

De acordo com Almeida (2015, p.13), as condições críticas do paciente internado contribuem para o aparecimento de lesões por pressão, havendo uma piora do quadro, gerando um maior sofrimento, tornando uma importante causa de morbidade e mortalidade sendo um dos maiores desafios no setor de saúde.

Neste sentido, nota-se o alto índice de LP, gerando uma preocupação para os serviços de saúde, pois sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes como para seus familiares além do próprio sistema de saúde devido à extensão do tempo de internação, propiciando em risco de infecções e outros agravos evitáveis que acabam gerando gastos à saúde (MATOZINHOS et al., 2017).

Este estágio não deve ser usado para descrever dermatite associada à umidade causada na pele, incluindo dermatite associada à incontinência (DAÍ), dermatite intertriginosa (DI), lesão de pele relacionada a adesivo médico ou lesões traumáticas (lesão por fricção, queimaduras e abrasões). (MORAES et al., 2016, p.2296).

Mesmo com os avanços científicos e tecnológicos para prevenção e tratamento das úlceras por pressão, ainda há complicações nesta área, pois representam uma importante causa de morbidade em hospitais, instituições de longa

permanência e na assistência domiciliar de pessoas debilitadas (THULER; DANTAS, 2013).

As UP são consideradas problemas socioeconômico e educacional, pois o seu desenvolvimento representa um importante impacto financeiro para as instituições. Por essa razão, deve-se investir na prevenção, uma vez que os seus custos são inferiores àqueles demandados para o tratamento. O cuidado das UP ocupa o terceiro lugar em gastos em saúde, sendo ultrapassado somente por aqueles com tratamento de câncer e cirurgia cardíaca. (FERREIRA et al., 2016, p. 15).

Neste intuito, percebe-se que com o desenvolvimento de uma LP, conseqüentemente acarretará danos tanto para a instituição devido custos de matérias e o aumento do tempo dispensado pela equipe de enfermagem em cuidar realizando curativos, quanto ao paciente (LIMA,; GUERRA, 2011).

Apesar de existirem formas de prevenção, na unidade de terapia intensiva, encontramos limitações, sendo elas: restrições nas mudanças de decúbito devido ao caso clínico, alterações na pele devido à fragilidade adquirida pelo processo de envelhecimento, tempo de internação prolongado, incontinência urinária e fecal, fricção e cisalhamento além dos fatores intrínsecos como condição nutricional, sedativos, doenças concomitantes como diabetes mellitus e hipertensão arterial e mobilidade reduzida ou ausente (BRITO, 2017).

Considerando que a maioria dos pacientes apresentava-se com incontinência urinária/fecal, característica capaz de influenciar no surgimento de UPP e cicatrização das mesmas, chama atenção a necessidade de cuidados de enfermagem constantes, sejam na realização de curativos, orientações quanto à mudança de decúbito e orientações ao cuidador. (MOTA; RIBEIRO, 2016, p.28).

Portanto, sabe-se o quanto o estado neurológico propicia para o surgimento dessas lesões, pois pessoas acamadas geralmente estão com nível de cognição alterada não conseguindo manter o controle esfíncter controlando sua eliminação fisiológica, sabendo que este é um fator grave, pois além de ocasionar uma LPP, pode contaminá-la. À vista disso, cabe ao profissional da saúde atentar-se aos pacientes com incontinência urinária e fecal aumentando os cuidados coma higiene corporal e hidratação da pele a fim de evitar este fator que é considerado extrínseco (BRITO, 2017).

A seguir será mostrada a imagem 11, onde ocorreu lesão por pressão com tecido necrosado na região sacral.

Imagem 11– Lesão por pressão na região sacral.



Fonte: Arquivo pessoal (2017).

Esta imagem exhibe a imagem de uma lesão por pressão na região sacral não classificável devido a perda do tecido em sua espessura total e perda tissular não visível, por estar encoberta de escara. No leito da ferida necrótica nota-se a presença de escarotomia, realizado pela enfermeira do setor. Essa imagem pode se correlacionar com as disciplinas: Semiotécnica 2, Enfermagem em Geriatria e Gerontologia e Prática em Enfermagem I, devido os cuidados prestados com intuito de melhorar a evolução e recuperação tissular.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2009, p.24), deve-se realizar o desbridamento do tecido necrótico e/ou escara para expor a base da ferida e aferir a verdadeira profundidade. A partir daí, definir o estágio da ferida.

Para PACHÁ et al. (2018) as lesões por pressão são eventos adversos que acomete pacientes hospitalizados, acamados e/ ou com seus movimentos restringidos e estão direta intimamente relacionadas com os cuidados prestados pela equipe de enfermagem.

O desbridamento de tecido inviável é o fator mais importante na gerência de lesões. A cicatrização não pode ocorrer até que o tecido necrótico seja removido. Áreas de tecido necrótico podem esconder líquidos subjacentes ou abscessos [...] com intuito de prevenir Infecção e promover a cura, bem como se deve considerar a instalação do processo infeccioso (BRASIL, 2008, p.29).

Ao admitir um cliente em uma unidade de saúde o enfermeiro deve realizar avaliação da pele e dos riscos de desenvolver lesão por pressão e adotar medidas que os previnem. É importante verificar se há umidade no leito ou na vestimenta, cisalhamento, ficção e pressão contínua nas áreas de proeminências ósseas, e observar os fatores intrínsecos como a idade avançada, estado nutricional, doenças concomitantes (hipertensão arterial severa, Diabetes Mellitus, nefropatias, problemas vasculares e neoplasias), mobilidade reduzida ou ausente, drogas sistêmicas como corticoides, penicilina entre outros no qual retardam ou impedem a cicatrização (MATOS, 2010).

Segundo MATOS (2010) quando um paciente é hospitalizado e é admitido com uma lesão por pressão ou adquire no âmbito hospitalar, o enfermeiro deve observar o leito da ferida como a coloração, tecido (granulação, epitelização, necrose), exsudato (quantidade, cor, odor, espessura), camada atingida (tamanho, extensão, profundidade), bordas (regular, irregular), tamanho (extensão e localização), estágio (1, 2, 3 e 4), tempo de ferida e tratamento.

É importante a mensuração da lesão, pois permite acompanhar a evolução e seu processo cicatricial, julga-se ideal a mensuração feita sempre pelo mesmo profissional e o paciente na mesma posição desta forma é necessário adquirir um valor mais fidedigno, todos os dados coletados devem ser transcritos no prontuário do cliente. Com essa coleta de dados o enfermeiro pode verificar qual a melhor cobertura a ser utilizada em cada lesão observando os resultados (MATOS, 2010).

Reis (2015) menciona que a presença de tecido necrótico, detritos celulares, exsudado e outros resíduos podem atrasar o processo de cicatrização da ferida, uma vez que promovem a proliferação bacteriana e causam inflamação crônica do tecido recém-formado. São utilizadas uma ou várias técnicas de desbridamento na limpeza da ferida e remoção de resíduos a fim de impulsionar a cicatrização.

Portanto, existem diversos tipos de desbridamento sendo eles: mecânico (envolve curativos úmidos a secos, utilizados normalmente em feridas com excesso de tecido necrótico e secreção mínima), autolítico (com curativos interativos úmidos (hidrogéis, alginatos, películas transparentes, hidrocolóides) é seletivo e liquefaz as crostas e escaras, além de promover a formação do tecido de granulação), cirúrgico

cortante (utilizam-se materiais cortantes como, tesouras, lâminas de bisturis e outros) (BRASIL, 2008).

A escolha do material adequado para o curativo decorre do conhecimento tanto fisiopatológico como bioquímico dos mecanismos de cicatrização e reparação tissular. Feridas são representadas não apenas pela ruptura da pele e do tecido celular subcutâneo, mas também, em alguns casos, por lesões em músculos, tendões e ossos (SMANIOTTO et al., 2012, p.623).

Ao avaliar uma lesão por pressão com tecido necrótico poderá realizar medidas para sua remoção, pois a permanência deste impedirá o processo de cicatrização tornando-o meio de cultura por microrganismo patógeno. Este tecido seco dificulta a absorção do medicamento utilizado para o tratamento no leito da ferida, sendo assim, deverá ser realizado escarotomia fazendo traços horizontais e verticais até que se pareça com um “jogo da velha”, com uso de uma lâmina ou uma agulha, desta maneira facilitará o amolecimento deste tecido e facilitará sua remoção no decorrer dos dias (BARASIL, 2010).

Segundo anexo do COFEN nº 0567/2018, o enfermeiro deve avaliar, prescrever, e executar curativos em todos os tipos de feridas. Sendo competência da enfermagem:

- Prescrever medicamentos e coberturas utilizados na prevenção e cuidados às pessoas com feridas, estabelecidas em Programa de Saúde e/ou Protocolos institucionais;
- Realizar curativos em todos os tipos de feridas, independente do grau de comprometimento tecidual;
- Executar o desbridamento autolítico, instrumental, mecânico e enzimático;
- Desenvolver e implementar plano de intervenção para indivíduo em risco de desenvolver lesão/úlceras por pressão;
- Estabelecer política de avaliação dos riscos potenciais, por meio de escalas ou outras ferramentas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional;
- Garantir com eficácia e eficiência o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito no contexto do processo de enfermagem (COFEN, 2018).

Conforme Carneiro; Sousa e Gama (2010, p.495), a avaliação sistematizada e contínua no tratamento de feridas vem sendo realizada de forma coerente qualificando obtendo resultado satisfatório para o cliente proporcionando uma reabilitação mais rápida e eficaz.

Muito se fala sobre a prevenção de LP, porém, quando já houver indício de lesão tecidual podendo ela estar, com rompimento do tecido cutâneo ou não deve

ser realizado medidas de tratamento de forma asséptica, com o objetivo de limpar e auxiliar no processo de cicatrização até o fechamento total e prevenir contra possíveis infecções (SOKEM; BERGAMASCHI; WATANABE, 2018).

Dessa maneira, veremos a seguir (Imagem 12), materiais utilizados para realização de curativos, podendo ser considerados simples porém de grande importância.

Imagem 12 – Exemplo de materiais usados em curativos.



Fonte: Arquivo pessoal (2017).

Nota-se nesta imagem a presença de uma bandeja com materiais de curativo, podendo ser correlacionada com as seguintes disciplinas: Prática II, Processo Cuidar III, e Enfermagem em UTI, essas disciplinas são importantes pelo fato de ensinar a importância do cuidado humanizado com os clientes que necessitam de atenção.

Segundo Soares et al. (2016), os protocolos de tratamento e prevenção de UP são instrumentos importantes para guiar e conduzir ações nos serviços de saúde com vistas a melhorar a qualidade da assistência, uma vez que padroniza ações e condutas, sistematizando os cuidados para gestão dos fatores de risco, medidas preventivas e tratamento destas lesões.

A limpeza em feridas refere-se ao uso de fluidos como soro fisiológico ou água destilada em jato utilizando agulha 40x12 ou 25x7 onde mostram maior eficácia na redução da quantidade de microrganismos (MARTINS; MENEGHIN, 2012). Tal procedimento deve ser realizado de modo suave e rigoroso em toda a extensão e profundidade a fim de remover bactérias, resíduos de agentes tópicos,

tecido necrosado e exsudato, que podem contribuir para o desenvolvimento de infecção (BRASIL, 2006).

A solução de limpeza em temperatura morna (em torno de 37 °C), além de diminuir o desconforto do cliente durante a realização do curativo, evita hipotermia e mantém a temperatura ideal para que a cicatrização ocorra (SANTOS et al. 2011).

Após a avaliação da lesão é necessário que o enfermeiro desenvolva um plano de cuidados com estratégias de tratamento, escolhendo a melhor cobertura para cada tipo de ferida.

Para acompanhar a evolução das lesões por pressão, Matos (2010) refere que é necessário a mensuração das mesmas, que pode ser realizada através de uma régua em cm, medindo as áreas de maior extensão horizontal e vertical da superfície e multiplicar obtendo um resultado em cm². Em casos de feridas cavitárias, pode ser mensurado com materiais do curativo estéril, sonda uretral ou um swab. Outro modo importante para verificar a evolução das feridas é através de fotografias que devem ser autorizadas pelo paciente ou familiar responsável com o TCLE assinado, que mostram de forma simples, a coloração e extensão, além de poder avaliar os aspectos da pele ao redor e os efeitos da cobertura escolhida.

Existem vários tipos de coberturas, cada uma com sua função específica que pode ser proteção e absorção da umidade, absorção de exsudatos e odores, desbridamento, entre outros, que se utilizado em um tecido inadequado pode ocasionar em danos aumentando a extensão da mesma. Por isso é importante uma avaliação rigorosa de cada LPP para evitar maiores danos ao cliente (SANTOS et al. 2011).

MATOS (2010) informa que a limpeza deve ser realizada utilizando-se soro fisiológico (SF) morno, e em jato, para irrigar a ferida. A temperatura em torno de 37°C, favorece o nível de oxigenação no tecido aumentando a atividade dos neutrófilos que tem como função fagocitar bactérias. Uma baixa pressão deve ser utilizada ao se limpar o leito da ferida para que o tecido neo-formado não seja lesionado.

Portando, o aquecimento do SF0,9%, acelera o processo de cicatrização, pois a ferida, após a limpeza, demanda de 30 a 40 minutos para retornar a essa temperatura e de três a quatro horas para atingir a velocidade normal de divisão

celular, então, a menos que a lesão apresente exsudato, não se deve ficar realizando trocas do curativo durante o dia (BORGES, 2008).

O curativo deve ser mantido úmido no leito da ferida, porém, é necessário ficar atento pelo fato de que a umidade excessiva causa maceração da pele impedindo a cicatrização. O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 24 horas. Quando na presença de pouco exsudato, a gaze deverá ser umedecida duas a três vezes ao dia, com SF 0,9% (CAMPINAS, 2016).

Conforme citado por Oliveira et al. (2016, p.2), intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente.

Por fim, a Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária à Saúde (BVS APS, 2009) destaca que a limpeza da úlcera deve ser feita com soro fisiológico 0,9%, morno a 37° C, com uma seringa de 20 ml e agulha 40×12, ou frasco de soro perfurado somente com um furo, a “técnica do chuveirinho” não deve ser usada em nenhum tipo de ferida. Com uma forte pressão, lançamos a uma distância de 20 cm o jato de soro, no leito da úlcera, efetuando a limpeza da mesma e evitando que a fricção da gaze diretamente sobre a lesão, o uso da gaze ou torunda provoca sangramento e destrói o tecido de granulação, dificultando assim, a cicatrização.

Após uma avaliação criteriosa da lesão usa-se uma cobertura de acordo com a necessidade da LPP, são vários os tipos de coberturas, sendo as mais utilizadas destacadas na tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Tabela de cobertura para curativos

Cobertura	Ação	Indicação	Contra Indicação	Frequência da troca
HIDROGEL	Proporciona ambiente úmido, desbridamento autolítico e seletivo.	Feridas limpas, não infectadas com fibrinas e tecido desvitalizado ou necrosados.	Paciente hipersensível aos componentes, feridas cirúrgicas (primeira intenção).	A cada 24 horas.
HIDROCOLÓIDE	Estimula o desbridamento autolítico. Acelera o processo de granulação tecidual.	Feridas abertas não infectadas, com leve a moderada exsudação. Prevenção ou tratamento de LPP não infectada.	Feridas infectadas.	A cada sete dias ou quando saturado. Em caso de necrose a troca deverá ser realizada em até 3 dias.
SULFADIAZINA DE PRATA	Antimicrobiana, impedindo a proliferação bacteriana.	Prevenção e/ou tratamento de infecções em feridas colonizadas ou infectadas.	Hipersensibilidade ao produto.	A cada 12 ou 24h.
CARVÃO ATIVADO E PRATA	Absorve exsudato, adsorve os microrganismos, e filtra odor.	Feridas infectadas e exsudativas. Observação: não pode ser cortado.	Feridas limpas, com baixo exsudato e em presença de osso e tendão.	No início diariamente, após avaliação de 3 a 7 dias.
ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO	Hemostasia, desbridamento, grande absorção de exsudato / umidade (formação de gel).	Feridas sangrantes, feridas com exsudação abundante, feridas cavitárias com ou sem infecção.	Feridas com pouca exsudação, feridas com necrose de coagulação, lesão por queimadura.	-Feridas infectadas, a troca é recomendada em média de 24h. - Feridas limpas com sangramento, a troca é recomendada até 48h. - Feridas limpas exsudativas, trocar assim que a cobertura estiver saturada.
ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL – AGE	Acelera o processo de granulação tecidual. Evita a aderência ao leito da lesão e em lesões exsudativas atua como proteção de borda da lesão.	Prevenção de úlcera por Pressão. Tratar feridas abertas vitalizadas, não infectadas, em fases de granulação e epiteliação	Tecido desvitalizados, hipergranulação, lesões infectadas, feridas oncológicas,	O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 24 horas.

Fonte: MATOS (2010).

Desta forma, é necessário a colaboração de toda equipe de saúde, com o objetivo de proporcionar conforto e bem estar, seja em âmbito hospitalar, domicílio ou em Instituição de Longa Permanência para Idosos- ILPI. O trabalho multidisciplinar auxilia na melhor recuperação, e previne agravos com objetivo de

diminuir a permanência de hospitalização (EVANGELISTA; DOMINGOS; SIQUEIRA; BRAGA, 2016).

Cada vez mais a enfermagem vem ganhando espaço no processo do cuidar podendo atuar em diversas áreas como hospitalar, unidades básicas de saúde, dentre tantas outras como os consultórios e clínicas descrita na resolução do COFEN Nº 570/2018, que refere as linhas de atuação agrupadas em especialidades tendo autonomia no atendimento de âmbito coletivo, individual e domiciliar (COFEN, 2018).

Segundo a Lei Nº 311 (COFEN, 1973), é responsabilidade e dever dos profissionais, no Art.12 - assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Denice Bernadina Passos Ribeiro

Lesão crônica: distúrbio da autoimagem

Escolhi a enfermagem, após realizar o curso de técnico de cuidados com idosos, fiz curso técnico de enfermagem e cada dia que se passava ficava mais apaixonada pela profissão, percebi que precisava ir além, assim em 2015 tive a oportunidade de iniciar minha graduação, onde através de vários percalços, hoje me vejo vencendo mais uma etapa da minha vida.

Minha vivência foi com um paciente que apresentou uma lesão em região frontal do crânio, após queda da própria altura no seu domicílio.

Esta vivência, se deu pelo fato de ser cuidadora de idosos; avaliação e tratamento de lesões fazem parte de uma das minhas paixões pela enfermagem, o fato de realizar o portfólio e a oportunidade de estar cuidando deste paciente, que após sua queda ficou debilitado, solicitei ao mesmo e aos familiares autorização para desenvolver o trabalho.

No primeiro contato com o paciente, tive as informações em sua anamnese. Senhor RRB, 58 anos, apresentando de uma ferida traumática em couro cabeludo, que após sutura e tempo de cicatrização, não apresentou resultado satisfatório, permanecendo aberta para cicatrizar por segunda intensão. Esta queda, proporcionou rompimento de ligamento cruzado do joelho direito, submetendo à uma cirurgia ortopédica.

Ao iniciar os cuidados com o paciente, percebi que a lesão não apresentava aspecto satisfatório compatível ao tratamento desenvolvido, o mesmo estava sendo acompanhado pela equipe do ESF, ao qual, propôs uma terapia que necessitava ser avaliada com uma frequência e possibilidades de alterações. Sugeri a família que solicitasse uma consulta de enfermagem com um enfermeiro especialista, visto que pela minha experiência, o processo não evoluía conforme esperado.

Com o acompanhamento, avaliação e intervenções sugeridas pela enfermeira do Home Care, pude acompanhar e dar continuidade aos curativos com a cobertura específica, percebemos que o mesmo apresentava uma reação alérgica à cobertura utilizada anteriormente, sendo este o motivo da regressão da cicatrização. Com a nova proposta, a evolução positiva da ferida foi percebida em 24 horas, dando então continuidade no tratamento.

As vivências e ações descritas neste estudo se correlacionam com várias disciplinas do curso. A partir do embasamento teórico das aulas presenciais e a prática nos estágios pude efetivar de maneira mais assertiva e segura o atendimento ao paciente portador da lesão.

Relato do acidente que provocou a lesão na cabeça do RRB.

“No dia 17 de março de 2019, sofri uma queda de um muro de aproximadamente 1,5 m de altura, bati a cabeça e os joelhos. Na cabeça provocou duas feridas, um corte de aproximadamente 6 cm, foi necessário suturar e uma escoriação ao redor do corte, onde também foi realizado um curativo. O corte cicatrizou rapidamente, mas a escoriação inflamou, formou uma crosta e necrosou. No posto de saúde de Ibituruna três semanas após a queda, fui atendido e o médico de plantão retirou a crosta e resultou numa ferida profunda que não conseguiu cicatrizar, foi necessário fazer um tratamento especial com curativos frequentes a cada 2 ou 3 dias, sem nenhuma melhora. A partir da gravidade da lesão optei por um tratamento particular, serviço de home care. No dia 11 de maio procurei a técnica de Enfermagem DBPR, que juntamente com a enfermeira CT assumiram a lesão da cabeça, realizando curativos a cada três a quatro dias por semana, utilizando técnicas inovadoras, que estão sendo eficazes, fazendo com que a lesão diminua de tamanho a cada curativo realizado e tudo indica que finalmente a lesão irá fechar totalmente. Nos joelhos a queda provocou rompimento dos meniscos, no dia 30 de

maio de 2019 foi submetido a uma cirurgia artroscópica, que correu normalmente sem nenhuma complicação e estou em processo de recuperação.

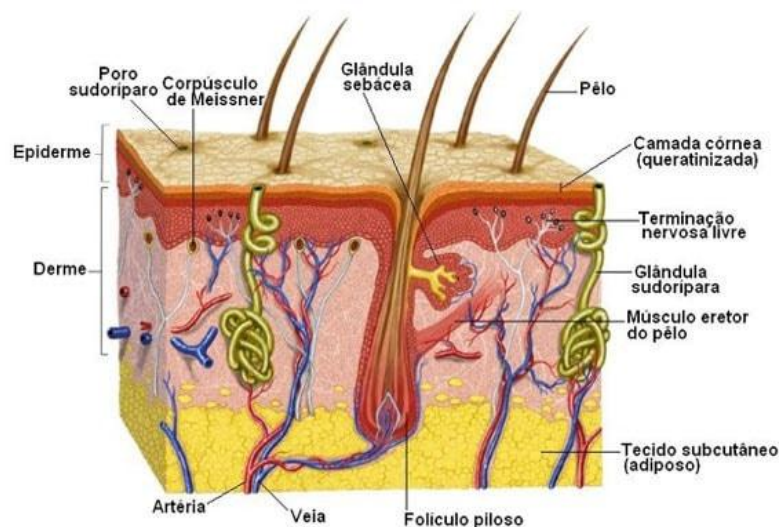
Em relação ao trabalho, devido ao acidente foi necessário me afastar do mesmo por 10 dias, por causa das feridas na cabeça e depois por mais 5 dias devido à cirurgia dos joelhos. Felizmente não causou maiores complicações, pois o meu trabalho consiste em dar assistência técnica e capacitação a produtores na zona rural. Durante o afastamento tive a colaboração de colegas que me substituíram. Hoje já praticamente recuperado da cirurgia dos joelhos e a com a melhora da lesão da cabeça, consigo desenvolver as minhas atividades laborativas sem maiores problemas.”

2.2.1 A Pele

A pele é o maior órgão do corpo humano, histologicamente falando é um órgão muito complexo, além de estar constantemente exposta a agressões físicas permanentes ou não. É integrante do sistema tegumentar, ocupando uma área de aproximadamente 2m² de extensão, representando 10 a 15% do peso corpóreo, com espessura de 1mm a 4mm, medida que varia em certas partes do corpo. É composta por diversos tecidos, tipos celulares e estruturas especializadas, e com variações estruturais ao longo de sua extensão (TORTORA 2017).

A Imagem 13 retrata a pele e suas camadas.

Imagem 13 - Camadas da pele



Fonte: Moreno (2017).

De acordo com Geovanini (2016), a pele é constituída de três principais camadas. A camada mais superficial da pele, a epiderme, é constituída por um tecido epitelial estratificado pavimentoso e queratinizado. Suas funções básicas são manter a integralidade da pele e atuar como barreira física. A camada intermediária chamada de derme, formada por tecido conjuntivo, composta por fibroblastos, colágeno e fibras elásticas, tem como função oferecer resistência, suporte, sangue e oxigênio a pele. A hipoderme é a camada mais interna, é constituída por células adiposas, fibras de colágeno e vasos sanguíneos, e suas funções são isolar o corpo das variações externas do ambiente e fixar a pele aos órgãos e estruturas adjacentes, são camadas unidas entre si.

Por se tratar de um órgão vivo e em constante renovação, a pele, constituída por diferentes camadas, juntamente com as glândulas sebáceas e sudoríparas, possui diversas funções, como proteção física contra microrganismos, proteção contra desidratação, regulação da temperatura corporal, serve de barreira imunológica, apresenta função metabólica, ajudando na termorregulação através da excreção, possui sensibilidade, participa da imagem corporal (HESS, 2002).

A descontinuidade do tecido epitelial resulta em uma lesão comprometendo as funções básicas de proteção da pele, podem ser decorrentes de fatores intrínsecos ou extrínsecos, por isso há uma necessidade expressiva de conhecimentos sobre os eventos fisiológicos da cicatrização de uma lesão por parte dos profissionais da área (TAZIMA; ANDRADE; MORIYA, 2008).

2.2.2 Tipos de lesões

As lesões tem várias denominações, tais como ruptura do tecido celular subcutâneo, ruptura da pele, lesões de tendões, músculos e ossos, podendo ser classificada por complexidade, tempo de duração e etiologia (SMANIOTTO et al., 2012).

Segundo Rocha et al. (2013), as complicações de uma ferida e seu tempo de duração causam uma série de mudanças, destacando-se as biopsicossociais; sendo assim, a assistência ao indivíduo necessita de um olhar holístico, enxergando a pessoa como um todo, e não somente a ferida, adotando o princípio da integralidade, e se possível, incluindo o paciente ao seu processo de cuidador de sua saúde.

As lesões traumáticas ou acidentais ocorrem em situações inesperadas, advindas de trauma, violência, acidente, dentre outros. Essas lesões variam de tamanho, forma e gravidade, e com predisposição para desenvolver infecções, pois normalmente são acometidas por objetos cortantes ou contaminados, com perda de tecido, transgredindo a barreira protetora da pele, desfavorecendo a cicatrização. Lesões agudas de pele são definidas como aquelas que surgem de súbito e têm curta duração. São causadas por fatores externos ao organismo como traumas ou cirurgias, e geralmente comprometem epiderme e derme. Já, as lesões crônicas são definidas por ter um tempo maior para cicatrizar do que habitual, de difícil resolução, na maioria das vezes envolvem aspectos patológicos já existentes como pressão, diabetes mellitus, má circulação, imunodeficiência ou infecção (GEOVANINI, 2016).

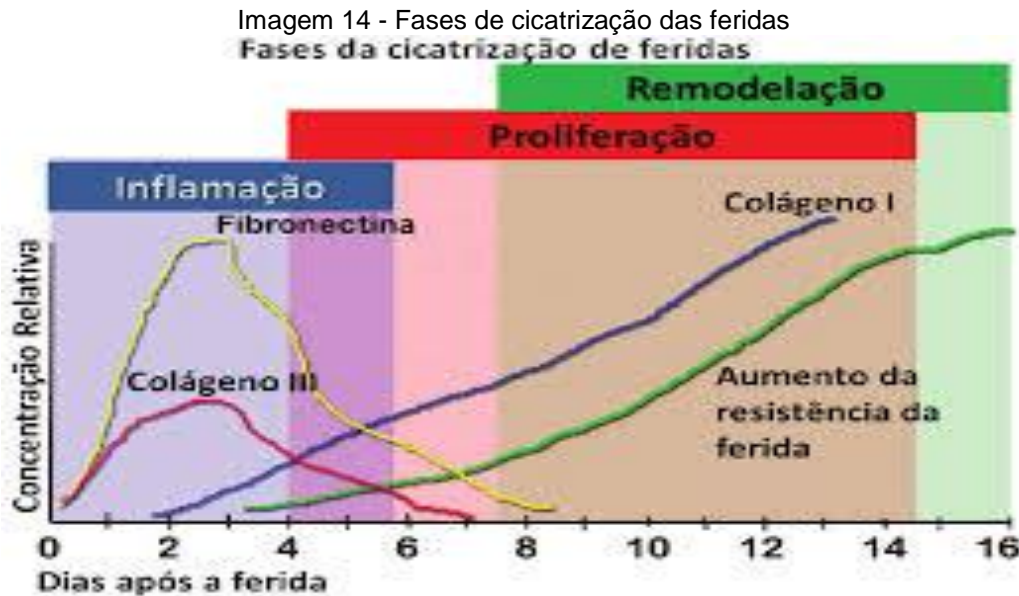
Para Malagutti e Kakiyama (2014), o tempo e a duração da pressão é um fator determinante para início das lesões. A persistência da pressão sobre o local leva à morte do tecido, envolvendo a pele, tecido subcutâneo, muscular e até ósseo.

2.2.3 Fases e tipos de cicatrização

O processo de cicatrização é dinâmico e sistêmico, e está relacionado às condições gerais do organismo e em sua resposta, acontece em três fases. A primeira fase é a inflamatória, que inicia no momento que a integridade da pele é alterada, ocorre uma reação defensiva ou reativa da própria pele, caracterizada por edema, eritema, calor e dor, dependendo do tamanho da lesão dura de um a quatro dias. Nesta fase o sistema de coagulação sanguínea é ativado, liberando os mediadores químicos, como neutrófilos são os primeiros a se movimentarem para o local lesionado, os monócitos transformam em macrófagos ingerindo os detritos celulares transportando-os para fora da área (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2015).

A fase proliferativa ou de reconstrução é a classificada de segunda fase, com durabilidade de quatro a vinte quatro dias, neste período o tecido consiste em macrófagos, fibroblastos, colágeno imaturo, vasos sanguíneos e substância matricial. Os fibroblastos produzem colágeno na medida que o tecido de granulação prolifera, as bordas vão se aproximando, reduzindo a extensão da ferida, realizando a epitelização que só sendo possível na presença de tecido vascular viável, resultando em uma cicatriz. A terceira fase é a maturação, com durabilidade de 21 dias a dois anos, este é o período em as fibras de colágeno se reorganizam, remodelam e amadurecem, e ganhando força original da pele em até 80% (ABBAS;

LICHTMAN; PILLAI, 2015). A Imagem 14 demonstra as fases de cicatrização de feridas.



Fonte: Isacc et al.(2010).

O processo fisiológico de cicatrização é influenciado por fatores sistêmicos ou fatores extrínsecos podendo retardar ou otimizar a cicatrização. Neste contexto há três tipos de cicatrização. O primeiro tipo ocorre dentro do tempo fisiológico do organismo, com destruição tecidual mínima, com junção das bordas da lesão, por meio de suturas ou outro tipo de aproximação; no segundo tipo, ocorre a perda tecidual e podem estar infectados, onde não é possível realizar a junção das bordas da lesão; já, o terceiro tipo ocorre quando os fatores que retardam a cicatrização da lesão de primeiro tipo, havendo necessidade de deixar a lesão aberta para drenagem de exsudato e podendo ser fechada depois (RIBEIRO; SARDENBERG; SARDENBERG, 2004).

2.2.4 Atendimento Domiciliar e Home Care

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde, com qualidade e conhecimento, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). Quando o paciente precisa ser visitado com menos frequência, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência.). Em casos de maior complexidade, de acordo com a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa, e com o apoio da família e de seus cuidadores, dando continuidade ao tratamento no conforto do lar. A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infra-estrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência mais exclusiva ao paciente. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência (BRASIL,2013).

O atendimento domiciliar permite ao enfermeiro realizar uma assistência de qualidade, de forma mais integralizada. O enfermeiro tem a autonomia de organizar, coordenar e monitorar as ações, bem como obter os resultados esperados, além de incluir a família no processo de cuidar (SILVA et al., 2010).

Home care é o atendimento domiciliar prestado por um profissional da área da saúde capacitado, a um paciente que necessita de cuidados e acompanhamento durante um tratamento ou processo de recuperação, seja ele temporário, contínuo ou paliativo. Esta modalidade vem conquistando espaço no mercado, por disponibilizar um atendimento exclusivo e humanizado conforme a necessidade do cliente, contribuindo para a melhora de qualidade de vida (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013a).

A Imagem 15 ilustra um atendimento domiciliar.

Imagem 15 - Atendimento domiciliar



Fonte: Arquivo pessoal (2019).

A imagem 14 está relacionada com as disciplinas: Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois para um tratamento de uma ferida tem que haver uma avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e o resultado; a disciplina Processo de Enfermagem, na qual se realiza o cuidado ao paciente, e Histologia, para a formação dos tecidos.

Silva et al. (2010) mostram que a formação dos profissionais de enfermagem é predominantemente focada no âmbito hospitalar, ressaltando a grande urgência de inclusão e novas abordagens, capacitando o enfermeiro para a prestação de um cuidado humanizado que leva em consideração o cotidiano de vida das famílias em seus espaços de inserção, costumes e cultura; sensibilidade e eficácia nas diversas situações que surgem no contexto domiciliar.

O cliente que tem o atendimento domiciliar se beneficia pelo conforto de seu lar, juntamente com seus familiares, convívio social, proporcionando qualidade de vida, e adequando os horários de medicação, higiene, alimentação, lazer, entre outros (OLIVEIRA et al., 2012).

De acordo com Carvalho et al. (2015), diante as dificuldades para realização de atividades com o cliente, como higiene, mudança de decúbito, transferências e outras atividades que exigem força ou ajuda de outro familiar, expõe o cuidador a

uma sobrecarga moderada a severa, podendo a levar desenvolvimento de distúrbios osteomusculares ou desgaste físico-emocional.

2.2.5 Acompanhamento da lesão

Os elementos básicos para tratamento de uma ferida são as avaliações clínica e instrumental. A partir do monitoramento da ferida, realizando um bom plano de cuidados, forma de tratamento, tipos de coberturas, observando o aspecto da ferida, medidas como comprimento, largura, profundidade, aparência do leito da ferida, bordas, odor, exsudato, entre outros. Portanto, se faz necessário que a abordagem seja padronizada e uniforme (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014).

Para Eberhardt et al. (2015) é de competência do Enfermeiro, em todos os níveis de atenção à saúde, o cuidado a pacientes portadores de lesões, seja ela aguda ou crônica, realizando uma boa avaliação clínica, identificando com precisão e conhecimento científico, os parâmetros que indicam a evolução da lesão, de forma objetiva e sistematizada.

Para Aron e Gamba (2009), o acrônimo TIME é um esquema de trabalho usado na abordagem terapêutica de feridas crônicas, que foi desenvolvido por médicos e enfermeiros, especialistas em cuidados de feridas e que tem como objetivo principal a otimização do leito da ferida, corrigindo as alterações que atrasam a cicatrização, permitindo assim uma visão holística da ferida. O TIME é direcionado a quatro aspectos fundamentais de feridas crônicas: T – Gestão de tecido não viável; I – Controle da inflamação e infecção; M – Controle de exsudato; E – Estimulação das bordas epiteliais.

Segundo Carvalho et al. (2006), a planimetria é usada para mensurar lesões cutâneas, mucosa gástrica e ocular, sendo assim, importante instrumento de avaliação no processo de cicatrização de uma lesão. Outros métodos muito utilizados também são as fotografias, podendo registrar o tamanho da ferida, cor do tecido e a condição da pele, e em feridas profundas pode-se preenche-las com soro fisiológico quantificando o volume gasto.

A Imagem 16 mostra o aspecto da ferida no primeiro dia de avaliação.

Imagem 16 - Primeiro dia de avaliação



Fonte: Arquivo pessoal (2019).

A imagem 16 está relacionada com as disciplinas de Citologia, pois nota-se a reação das células em processo infeccioso; a disciplina de Farmacologia, para que a medicação usada seja a de melhor indicação no momento, poderá ser modificada a cada avaliação, e a SAE, como melhor planejamento e resultado esperado.

Na primeira avaliação em 05/05/2019, realizei a mensuração da ferida: esta apresentava-se com 5,0 cm de comprimento por 3,50 cm de largura, em sua maior extensão, e 0,5 cm de profundidade.

Neste primeiro momento foi realizado uma avaliação clínica, notando a ferida com perda de tecido do couro cabeludo, bordas irregulares, grande quantidade de exsudato e edema, curativo com placa de hidrocolóide, com resultado insatisfatório. Queixas alérgicas da placa e desconforto do líquido extravazando pelo couro cabeludo. Procedi fazendo a limpeza da ferida com SF 0,9% em jato e aquecido, e usei placa de alginato para controle do exsudato, ocluído com gaze e micropore.

De acordo com Oliveira et al. (2019), uma ferida com um processo de cicatrização difícil e ultrapassando a seis semanas são classificadas como feridas crônicas, que podem ser causadas por um conjunto de fatores, tais como: comprometimentos vasculares, Diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica, neuropatias, imobilidade prolongada, neoplasias e alterações nutricionais. As pessoas com feridas crônicas sofrem um impacto negativo em sua qualidade de vida

como imagem corporal, déficit no autocuidado e atividades diárias, prejuízo na mobilidade, dor, desconforto.

Segundo Silva et al (2018), milhões de pessoas são portadoras de algum tipo de lesão de pele. Atualmente há uma grande variedade de tipos de coberturas, portanto, se faz necessário que o profissional conheça qual cobertura será utilizada, seu mecanismo de ação e seu intervalo de troca, para que o resultado seja satisfatório.

Faria e Peres (2017) ressalta que a imagem digital tem sido eficaz, dentro do atendimento de home care, com a transmissão on-line para as enfermeiras especialistas dentro da central, sendo realizado a avaliação e plano de cuidados, pois otimiza o tempo de cuidado da ferida, e principalmente sua evolução.

O tratamento de feridas requer conhecimento científico e prático do profissional da saúde, sendo responsabilidade do enfermeiro supervisionar, prescrever, orientar, acompanhar e observar a evolução do tratamento (CARNEIRO; SOUZA; GAMA, 2010). Portanto, há uma necessidade de capacitação profissional e atualização dos profissionais da equipe de enfermagem sobre tratamento de feridas, para disponibilizar um atendimento de qualidade e com segurança. A Imagem 17 mostra a ferida no seu 6º dia de tratamento.

Imagem 17 - Avaliação no 6º dia de tratamento



Fonte: Arquivo pessoal (2019).

A imagem 17 relaciona-se com as disciplinas de Semiotécnica, Prática em Enfermagem e Processo de cuidar em Enfermagem, todas interligadas entre si, pois

foram usadas as técnicas para realizar os curativos, desde as lavagens correta das mãos, higienização da ferida, e cuidado ao colocar pomada e coberturas.

Em 11/05/2019 fiz a mensuração da ferida. Nessa data a ferida apresentava-se com 4,8 cm de comprimento por 3,2 cm de largura, em sua maior extensão, e 0,5 cm de profundidade. Na avaliação, ferida friável, apresentando diminuição expressiva de exsudato, com borda e leito da ferida irregular, com resultado satisfatório da placa de alginato.

O Procedimento que utilizei foi a limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9% em jato e aquecido, utilizei a placa de alginato de cálcio, ocluído com gaze e micropore.

A Enfermagem conquistou atribuições que são exclusivas do enfermeiro, dentre elas o tratamento de feridas, reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND) e Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) com isso houve um grande crescimento em métodos e produtos disponíveis, e muitas pesquisas foram realizadas nesta área, associado ao conhecimento específico, habilidades e abordagem holística (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

Segundo Andrade e Duarte (2018), a ferida crônica traz ao paciente um impacto biopsicossocial, fazendo a necessidade da equipe de multiprofissionais da saúde, como enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, assistentes sócias, com isso a equipe realiza uma assistência integral do cuidado com planejamento individual para cada paciente.

Borges et al. (2008) ressalta a influência da alimentação no tratamento de feridas crônicas e a manutenção de uma boa qualidade de vida do paciente, pois uma dieta adequada acelera a cicatrização, bem como na prevenção de lesões.

A Imagem 18 mostra a avaliação da ferida no 19º dia de tratamento.

Imagem 18 - Avaliação em seu 19º dia de tratamento



Fonte: Arquivo pessoal (2019).

A imagem 18 pode ser relacionada com as disciplinas: Avaliação Clínica de Enfermagem, Semiotécnica e SAE. O resultado nestes dias não foi satisfatório, pois a ferida estagnou, sendo necessário novo planejamento e implementação.

Em 24/05/2019 realizei nova mensuração da ferida, dessa ela apresentou 4,0 cm de comprimento por 2,5 cm de largura, em sua maior extensão, e 0,4 cm de profundidade. Na avaliação percebi o leito da ferida com melhora significativa e com preenchimento do leito da ferida, bordas delimitadas, apresentando fibrina. Realizei a limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9% em jato e aquecido, cobri o leito da ferida com pomada nebacrina, ocluída com gaze e micropore.

Segundo Pinheiro, Borges e Donoso (2013), para promover uma cicatrização, a ferida necessita de umidade fisiológica para evitar formação de crosta ou maceração, com este conceito estão elaborando coberturas com intuito de manter a lesão limpa e livre de contaminação, sendo oclusivas reduzindo a tensão de O_2 na superfície, e temperatura de 37° para que aconteça a mitose celular, principalmente em lesões crônicas

De acordo com Bottoni et al. (2011), como o processo de cicatrização é dinâmico e imediato, o estado nutricional é um fator primordial em um processo de cicatrização e na prevenção de lesões por pressão, levando em consideração outros fatores como idade avançada, doenças crônicas ou de base, imunossupressão. Dessa forma nota-se a necessidade de uma avaliação nutricional criteriosa, como análises clínicas, bioquímicas e antropométricas.

Em cada etapa da cicatrização é fundamental e necessário que aporte nutricional seja adequado. A pele necessita de um suprimento vascular sadio através da derme papilar que nutre a camada basal. O paciente para receber a terapia nutricional tem que ter suas necessidades nutricionais avaliadas individualmente, pois vários fatores que são relevantes como: idade, peso, altura, composição corporal e hormonal, condições fisiológicas, sexo (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014).

Portanto, mesmo com o desenvolvimento nas pesquisas na área de feridas crônicas, com novas técnicas, materiais e medicações, ainda nos deparamos com a estagnação na cicatrização de uma ferida ou cicatrização prolongada, causando ansiedade e stress psicológicos, principalmente ao paciente.

A Imagem 19 retrata a avaliação da ferida aos seus 120° dias de tratamento.

Imagem 19 – Avaliação no 120° dias de tratamento



Fonte: Arquivo pessoal (2019).

Podemos relacionar a imagem 19 com as disciplinas de SAE, pois nota-se o resultado da ferida é satisfatório, dentro do esperado; a disciplina de Psicologia, pois foi observado que o paciente superou momentos depressivos que surgiram durante o tratamento; Avaliação Clínica em Enfermagem, pois em pouco tempo o paciente terá alta.

Em 04/09/2019 realizei mais uma mensuração da ferida, dessa vez ela apresentou 2,0 cm de comprimento por 0,5 cm de largura em sua maior extensão. Na avaliação percebi a ferida em fase final de cicatrização, bordas delimitadas, leito

com tecido de granulação. Realizei a limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9% em jato e aquecido, apliquei óleo de rosa mosqueta, e ocluí com gaze de petrolato.

As quatro fases do processo de cicatrização são hemostase, inflamação, proliferação e remodelação que se sobrepõem, ocorrendo em sequência correta até sua finalização total (LEAL; CARVALHO, 2014).

Segundo Tazima, Andrade e Moriya (2008) é de suma importância para a cicatrização que as bordas da ferida estejam com uma boa irrigação, permitindo assim um aporte de oxigênio e nutrientes. O enfermeiro tem várias formas e medicações disponíveis para o tratamento de lesões, proporcionando, dentro de embasamento científico, fazendo o uso da SAE, podendo assim oferecer o cuidado, com objetivo de melhor resultado (SILVA, 2010).

As lesões do couro cabeludo devido à sua pouca extensão e mobilidade, tem a cicatrização mais lenta, e por ser a região cefálica, está mais exposta aos efeitos do meio ambiente (MARCONDES, 2016).

2.2.6 Tipos de Curativos

Smaniotto et al. (2012) definem cobertura ou curativo, um meio terapêutico na limpeza e aplicação de medicamentos e materiais sobre a ferida, auxiliando em sua resolução melhorando a condição do leito da ferida. Os curativos podem ser uma etapa intermediária para cirurgia, bem como, tratamento definitivo.

O tratamento das feridas é dinâmico, e as fases da cicatrização dependem dos fatores intrínsecos e extrínsecos. Atualmente há vários tipos de curativos no mercado, lembrando que devemos avaliar tipo de ferida, localização, tamanho, custos e benefícios, e recursos do cliente (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

O conhecimento e a avaliação sobre as condições da pele e aspectos da ferida, como localização, estágio, tamanho, característica do odor, bem como a quantidade, e a descrição do leito da lesão e da região perilesão, irá definir qual tipo de curativo e cobertura será usado.

Segundo Ribeiro, Sandenberg e Sandenberg (2004), os tipos de curativos e coberturas podem ser: passivos, interativos, bioativos, abertos, oclusivos secos, e oclusivos compressivos. Os curativos e coberturas passivos são aqueles que protegem ocluem a ferida, como a gaze por exemplo; os Interativos são os que influenciam no controle ambiental da ferida, ajudando a restauração do tecido, como os hidrogéis, os hidrocolóides, os filmes de espuma, entre outros; os bioativos são

os que estimulam a cascata de cicatrização, como os ácidos graxos essenciais; nos abertos, a ferida fica exposta; os oclusivos secos são aqueles em que a ferida é ocluída com compressa ou gaze, umedecida em soro fisiológico, pomada, creme ou algum tipo de solução prescrita; e os oclusivos compressivos são os que após realizados os cuidados no leito da ferida, a compressão é mantida com bandagens ou cintas elásticas sobre a ferida, como por exemplo, evisceração, hemorragias entre outras.

Feridas crônicas por afetar grande parte da população principalmente adulta, é um sério problema de saúde pública, pois interferem nos índices de morbidade e mortalidade, incapacitando ou amputando membros inferiores dos pacientes. Há a necessidade de um local de atendimento ao paciente com feridas que seja bem estruturado, com profissional qualificado para avaliação minuciosa das feridas e suas fases, bem como conhecer bem os produtos, para evitar recidivas (ABREU; RENAUD; OLIVEIRA, 2013).

O alginato de Cálcio faz uma troca iônica com o sódio do sangue e do exsudato. Promovendo a hemostasia, absorvendo exsudato, formando um gel para manter a umidade, promovendo a granulação e auxiliando o desbridamento autolítico. Indicado para lesões cavitárias, lesões por pressão, áreas doadoras da pele. Já o hidrocolóide contém partículas de celulose que se expandem ao absorverem a umidade da ferida removendo o tecido necrótico, com isso, as terminações nervosas úmidas, promovendo a diminuição da dor. A indicação da placa é para ferida com pouco exsudato, com ou sem necrose. O grânulo, pasta são para feridas profundas e cavitárias. E as fibras são para feridas com moderada a alta exsudato, infectadas ou não, profundas ou superficiais, com necrose ou não (GIOVANINI, 2016). Óleo de Rosa Mosqueta é rico em ácidos graxos insaturados como linoléico e linolênico, liberando o ácido araquidônico que é responsável pela síntese da prostaglandina, que são substâncias necessárias para promover a cicatrização, aumentando sua permeabilidade pois atuam na vasodilatação (GIOVANINI, 2016).

A gaze impregnada por petrolato constituída por malha de acetato de celulose, impregnada por óleo de petrolato, absorvendo muito bem o exsudato e não adere a ferida, sua função é manter o meio úmido, auxiliando no tecido de granulação e desbridamento mecânico, e diminuindo odor (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

Diversas são as coberturas existentes no mercado, mas somente as citadas é que foram usadas pelo paciente

Gostaria de salientar que esse cliente apresentava-se bastante deprimido e infeliz com sua imagem devido a localização da ferida e seu aspecto. Para ajudá-lo a passar por esse tratamento uma equipe multidisciplinar atuou conjuntamente tratando todos os aspectos envolvidos nesse caso clínico. O cliente foi acompanhado por uma psicóloga que tratou dos aspectos inerentes à auto estima e aos problemas psicológicos que ele apresentava.

Almeida et al. (2018) destaca o aumento de encargos para os cuidadores familiares, família e o sistema de saúde pública. As feridas geram depressão, dor, isolamento social, comprometimento da saúde mental, entre outros. Portanto, para tomada de uma decisão clínica, tipo de tratamento e prognóstico, se faz necessário uma avaliação da qualidade de vida dessas pessoas, com foco no aspecto do tratamento e funcionamento físico e psicossocial.

Waidman et al. (2011) destacam que o cuidado não visa somente a doença, mas sim um olhar integralizado em uma prática assistencial, incluindo respeito, sentimentos, dignidade, valores e principalmente acolhimento. A ferida crônica ocasiona problemas de ordem física comprometendo algumas atividades cotidianas e o emocional alterando a saúde mental do ser humano. Por isso, ao cuidar do indivíduo com uma ferida crônica, se faz necessário estar atento aos principais aspectos como: emocionais, econômicos, culturais, com foco principal à saúde do cliente e seus familiares.

O papel do enfermeiro não se limita exclusivamente ao ambiente ou nos equipamentos, mas no gerenciamento, nas tomadas de decisões baseadas na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente (BARBOSA; BECCARIA; POLETTI, 2014).

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Jéssica de Assis Abreu

O enfrentamento e os desafios de pacientes e familiares frente ao tratamento de câncer

Por meio deste portfólio o qual teve o objetivo como acadêmica de enfermagem, observar a vivencia dos pacientes e familiares após o diagnóstico e

tratamento de câncer. Minha vivência não teve local definido, a abordagem era feita através de um convite por pacientes e familiares que tive a oportunidade de conhecer, visto que meu local de trabalho proporciona esta abordagem.

Escolhi este assunto pelo convívio com paciente oncológico, uma vez que pude estar como “visão” de família, e ao escolher a profissão enfermagem, estando na “visão” profissional.

O câncer é uma enfermidade onde ocorre um crescimento desordenado e incontrolável de células, modificando seu material genético, podendo invadir tecidos e órgãos próximos ou espalhar-se para outras regiões do corpo, processo este denominado metástase (INCA, 2019; MINISTÉRIO, 2019; SILVA et al.; INCA, 2015). Sua denominação varia de acordo com o ponto de partida, podendo ser denominado de carcinoma, quando tem origem nos tecidos epiteliais ou sarcoma quando tem origem nos tecidos conjuntivos (INCA, 2019).

As causas do câncer podem ser por fatores externos como ambientais, comportamentais, irradiação e substâncias químico ou interno como a pré-disposição genética, hormônios e condições imunológicas (MINISTÉRIO, 2019; INCA, 2011).

De acordo com Lima et al. (2019), a estimativa mostra que em 2016 ocorreram 596 mil novos casos de câncer no Brasil, sob o mesmo ponto de vista e se tratando de um assunto mundial, Bray et al. (2018) estimaram para o ano de 2018, a ocorrência de cerca de 18,1 milhões de novos casos de câncer, prevalecendo o câncer de pulmão em homens e o câncer de mamas em mulheres e por fim, o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2015) estimou para 2030, de acordo com a organização mundial de saúde (OMS), 27 milhões de novos casos de câncer.

Em se tratando de Minas Gerais, a incidência de câncer que predominou no ano de 2018, foi câncer de pele não melanoma em ambos os sexos, seguida de próstata nos homens e mama nas mulheres (INCA, 2017).

As imagens 20 e 21 representam a estimativa de câncer nos estados de Minas Gerais em 2018, de acordo com sexo e localização primária segundo a publicação do INCA em 2017.

Imagem 20 – Estimativa de novos casos de câncer para o ano de 2018.

Minas Gerais e Belo Horizonte

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas^a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária* (TABELA 29)

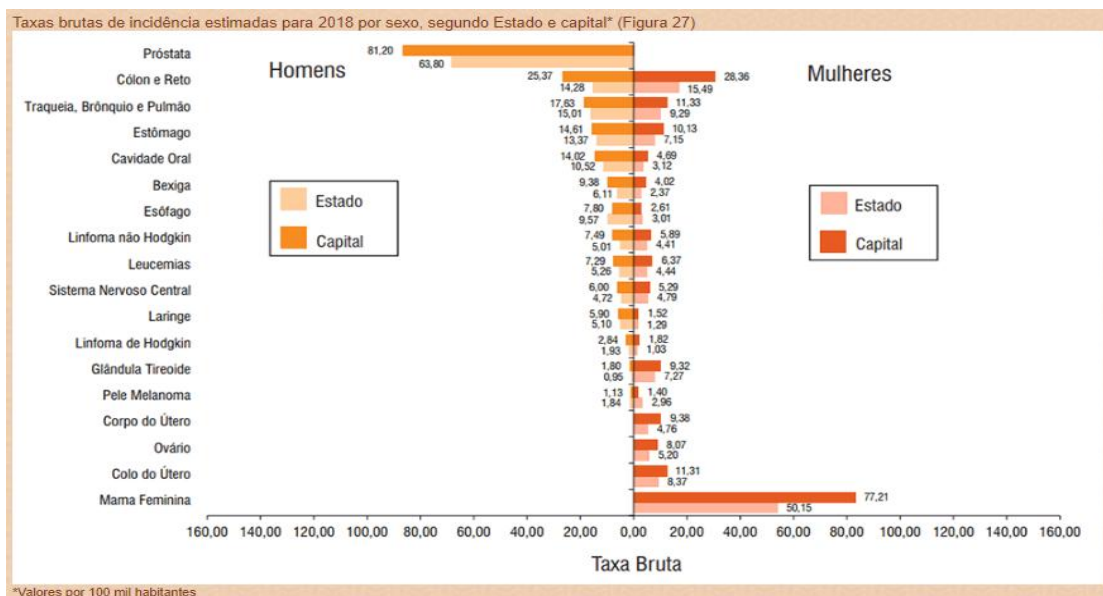


Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.
Próstata	6.730	63,80	65,12	980	81,20	70,15	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	5.360	50,15	45,02	1.060	77,21	59,06
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	890	8,37	7,20	150	11,31	9,01
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.580	15,01	14,14	210	17,63	16,83	990	9,29	7,71	150	11,33	8,07
Cólon e Reto	1.510	14,28	13,72	310	25,37	24,48	1.650	15,49	12,03	390	28,36	19,62
Estômago	1.410	13,37	7,41	180	14,61	5,43	760	7,15	2,92	140	10,13	2,69
Cavidade Oral	1.110	10,52	8,99	170	14,02	11,44	330	3,12	2,59	60	4,69	3,29
Laringe	540	5,10	4,84	70	5,90	5,71	140	1,29	0,83	20	1,52	0,87
Bexiga	650	6,11	5,63	110	9,38	8,46	250	2,37	1,89	50	4,02	2,79
Esôfago	1.010	9,57	8,75	90	7,80	7,23	320	3,01	2,24	40	2,61	1,77
Ovário	-	-	-	-	-	-	560	5,20	4,42	110	8,07	5,77
Linfoma de Hodgkin	200	1,93	1,64	30	2,84	2,54	110	1,03	1,07	20	1,82	1,55
Linfoma não Hodgkin	530	5,01	4,40	90	7,49	6,84	470	4,41	3,78	80	5,89	4,49
Glândula Tireoide	100	0,95	1,64	20	1,80	3,08	780	7,27	6,61	130	9,32	6,61
Sistema Nervoso Central	500	4,72	4,75	70	6,00	5,67	510	4,79	4,68	70	5,29	4,38
Leucemias	560	5,26	5,03	90	7,29	7,09	470	4,44	4,21	80	6,37	5,42
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	510	4,76	4,59	130	9,38	7,53
Pele Melanoma	190	1,84	1,64	**	1,13	1,44	320	2,96	2,00	20	1,40	1,21
Outras Localizações	3.950	37,45	35,43	510	42,00	40,02	3.600	33,71	26,78	510	37,65	23,70
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	20.570	194,90	185,13	2.940	243,66	215,41	18.020	168,70	166,79	3.210	234,80	194,99
Pele não Melanoma	8.440	79,95	-	1.050	86,78	-	10.560	98,86	-	1.500	110,00	-
Todas as Neoplasias	29.010	274,87	-	3.990	330,68	-	28.580	267,56	-	4.710	344,52	-

^aPopulação padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Fonte: INCA (2017).

Imagem 21 – Taxas brutas de incidência de câncer estimadas para 2018.



Fonte: INCA (2017).

A seguir será apresentado a Imagem 22 que corresponde ao diagnóstico de adenocarcinoma do paciente V.P.C.

Imagem 22 – Laudo de confirmação de diagnóstico.

INSTITUTO DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO J. JANINI
ANÁLISES CLÍNICAS - ANATOMIA PATOLÓGICA **ipd** CITOPATOLOGIA - ANÁLISES AMBIENTAIS

Cliente: [REDACTED] Ordem de Serviço: 116.345319
Cidade: LAVRAS Data Solicitação: 22/12/2016
Convênio: HOSP VAZ MONTEIRO Data Admissão: 22/12/2016
Pacto: HOSPITAL VAZ MONTEIRO / LAVRAS Data Conclusão: 04/01/2017
Médico: Dr(a) Não Especificado: *Amanda F. Silva* Data Impressão: 10/01/2017

EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

Dados Clínicos: Idade: 64 anos. Sintomas urinários obstruídos e elevado PSA.

Amostra: FRAGMENTOS DE PRÓSTATA.

Relatório Macroscópico:
Remetido a exame, 54 fragmentos de tecido de formas irregularmente laminares, cor acastanhada, aspecto verrucoso e consistência firme-elástica, medindo no conjunto 48x45x15mm e pesando 7,9 gramas. /dm/ef/

Tecnologia Macroscópica:
Fixação.....: formol 10% - temp 40º C.
Cassetes.....: 06 / vários fragmentos
Divisão.....: Singles - Reserva.....: Totalmente incluso
Lote.....: 2FB - Data.....: 23/12

Tecnologia Microscópica:
Cortes.....: Congelação: Não - Parafina: Sim
Blocos.....: 12 - Preparações.....: 12
Coloração.....: HE - Especial.....: Não

Conclusão:

1) Próstata (30 fragmentos):

- **ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA, ACINAR USUAL.**
- * Neoplasia comprometendo 6 dos 30 fragmentos analisados, nesse conjunto.
- * Gleason 7 (3+4) / grupo 2
- **HIPERPLASIA FIBRO-ADENOMATOSA DA PRÓSTATA.**
- **PROSTATITE CRÔNICA.**
- **URETRITE CRÔNICA INESPECÍFICA.**

2) Próstata (24 fragmentos):

- **HIPERPLASIA FIBRO-ADENOMATOSA DA PRÓSTATA.**
- **PROSTATITE CRÔNICA.**
- **URETRITE CRÔNICA INESPECÍFICA.**

Nota:
Na nova graduação dos adenocarcinomas da próstata, aprovada pela Sociedade Internacional de Patologia Urológica, os carcinomas prostáticos são divididos em 5 grupos prognósticos. Esta graduação tem como base o Sistema de Gleason e, de acordo com estudo de validação multi-institucional, reflete com acurácia o prognóstico do câncer de próstata. Os grupos correspondem a fusões ou desmembramentos dos escores de Gleason e são definidos como se segue:

Grupo 1: Gleason < ou = 6.
Grupo 2: Gleason 7 (3+4)
Grupo 3: Gleason 7 (4+3)
Grupo 4: Gleason 8 (4+4 ou 3+5 ou 5+3)
Grupo 5: Gleason 9 e 10.

CCDy C&I

Liberado eletronicamente (03/01/2017) por: **LYLIANE BOTTRELL PINHEIRO**
Médica Patologista - CRMGO 27957

Nota técnica:
Este procedimento Anatomopatológico é uma análise interpretativa com aspectos subjetivos e suas conclusões podem variar segundo os dados médico-cirúrgicos e laboratoriais fornecidos e o emprego de técnicas especiais. Solicita-se informar a este Laboratório o protocolo neuropatológico complementar a seguir e seus resultados para melhor convergência no diagnóstico.

Fonte: Arquivo pessoal (2019).

V.P.C., nasceu dia 18/09/1952, desde 2010 vem apresentando Hiperplasia prostática benigna, detectado através de ultrassonografia. A cada vez que o paciente realizava o exame de PSA (Prostate Specific Antigen), o resultado dava mais alterado, a partir daí foi realizado a Ressecção Transuretral de Próstata (RTU), onde foi diagnosticado adenocarcinoma da próstata, dando início ao tratamento em fevereiro na qual foram realizadas 35 sessões de radioterapia. Durante três anos V.P.C., deverá tomar a vacina Sipuleucel-T, afim de reduzir os níveis de hormônios masculinos no corpo.

Relato da filha de V.P.C.: “Receber essa notícia é um sentimento que não tem explicação. Os profissionais devem entender que receber uma notícia dessa é algo novo pra gente e no centro de oncologia eu percebi a importância que a equipe multidisciplinar tem nesse momento. Todos os profissionais, enfermeiros, psicólogos, assistente social, médicos, estão preparados para receber o paciente e seus familiares, orientando em tudo o que a gente precisa. Além disso, meu pai participou de terapias em grupo, o que fez com que ele se sentisse melhor.”

Relaciono esse caso clínico com as seguintes disciplinas: Histologia, Imunologia, Processo de Cuidar em Enfermagem II e Projeto Integrador.

O câncer de próstata (com exceção do câncer de pele não melanoma), é o tipo de câncer que mais acomete homens mundialmente, com 1,1 milhão de casos em 2012, predominando em afro-americanos e em outras populações de afro-descendentes (PATRICK et al., 2018; IZIDORO et al., 2019; GARCIA; RUEDA; PEDROZA-DIAZ, 2019; SANTOS; RAMOS; ASSIS, 2018).

Em 2016 e 2017, estimou-se 61.200 novos casos de câncer de próstata para cada 100.000 homens no Brasil, sendo que mais de 2400 homens morrem anualmente, porém quando diagnosticado precocemente, eleva-se a expectativa de vida (IZIDORO et al., 2019; GARCIA; RUEDA; PEDROZA-DIAZ, 2019; ARAÚJO; ZAGO, 2019).

A obtenção do diagnóstico, dá-se através do Antígeno Prostático Específico (PSA) e do toque retal, porém corre-se o risco de receber resultados falso-positivo ou falso-negativo (GARCIA; RUEDA; PEDROZA-DIAZ, 2019; SANTOS; RAMOS; ASSIS, 2018).

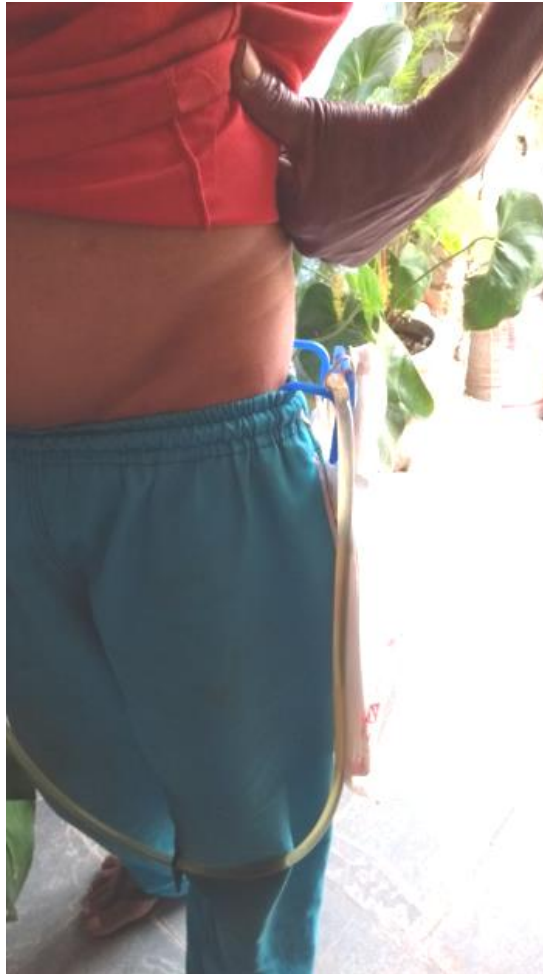
A forma de tratamento varia de acordo com vários aspectos: estágio da doença, estado de saúde e opções do paciente e existem como opções o acompanhamento contínuo, radioterapia, braquiterapia, crioterapia, terapia hormonal e prostatectomia, sendo esta parcial ou radical (PATRICK et al., 2018; ARAÚJO; ZAGO, 2019). A vacina Sipuleucel-T que está sendo administrada no paciente, de acordo com American Cancer Society (2016), faz com que o sistema imunológico seja estimulado para que ele ataque as células cancerígenas em seu organismo.

As consequências advindas do tratamento são inúmeras: incontinência Urinária, disfunção erétil, ansiedade, depressão, baixa da autoestima, perda da libido, redução da potência sexual, adoção de características femininas (queda de

pêlos, distribuição de gordura e ginecomastia) (PATRICK et al., 2018; ARAÚJO; ZAGO,2019).

A imagem 23 corresponde ao paciente W.A.J. fazendo uso da bolsa de urostomia.

Imagem 23 – Paciente W.A.J. com bolsa de urostomia.



Fonte: Arquivo pessoal (2017).

W.A.J., nasceu dia 12/06/1954, e há 13 anos, após ter infecção de urina e sentir dores ao urinar, foi diagnosticado, tendo realizado diversos exames, entre eles, raios X, ultrassonografia, tomografia e exames laboratoriais, chegando ao diagnóstico de carcinoma urotelial. Seu tratamento durou seis meses, foi realizado a radioterapia, em seguida fez controle em Varginha a cada dois meses, durante dois anos. Hoje em dia W.A.J. faz uso de fralda e morfina.

Relato da irmã de W.A.J.: "Quando meu irmão descobriu o câncer ele ficou muito assustado, ele é analfabeto e nós tivemos muita dificuldade de explicar pra

ele o que ele tinha, porque pra ele o câncer mata e não tem cura. Ele precisou colocar uma bolsa onde cai a urina dele e começou a fazer o tratamento. Eu e os vizinhos dele tivemos que ficar revezando para cuidar dele. Meu irmão agora está curado, mas até hoje ele toma remédio pra dor e agora que tirou a bolsa ele só usa fralda. Vivo em função dele, afinal família existe pra isso ne?"

Disciplinas do curso correlacionadas: Processo de Enfermagem I, foi mostrado o que é estomia e quais os cuidados devem ser realizados na sua manutenção; Psicologia Geral e Social, foi ensinado como ajudar o estomizado a passar por este processo e Citologia, foi ensinado sobre alguns tipos de câncer.

Foi estimado no Brasil para os anos de 2014 e 2016, 8940 e 9670 novos casos de câncer de bexiga respectivamente, predominando no sexo masculino e após os 60 anos (SONOBE et al., 2016; LOPES; NASCIMENTO; ZAGO, 2016).

Quando se trata de CA de bexiga, o carcinoma urotelial é o que mais ocorre (OLIVEIRA et al., 2016). Alguns dos fatores de risco para o câncer de bexiga são: tabagismo, infecção crônica pelo parasita *Schistosoma haematobium* e exposição a diversos compostos químicos, como benzeno e agrotóxico (LOPES; NASCIMENTO; ZAGO, 2016).

As opções de tratamento são: cirurgia (cistectomia e estomia como consequência), quimioterapia, radioterapia e imunoterapia, dependendo do estágio da doença, grau histológico do tumor, quantidade de lesões, estado de saúde e idade do paciente (SONOBE et al., 2016; LOPES; NASCIMENTO; ZAGO, 2016).

A assistência de enfermagem é importante desde o diagnóstico até o fim do tratamento, pois é necessário que o enfermeiro esteja sempre por perto, para que se possa realizar uma anamnese bem feita antes de realizar o procedimentos necessários, além de todos os outros cuidados como orientações, escuta ativa, acompanhamento da evolução do estado do paciente, cuidados com a bolsa de urostomia, apoio familiar, prevenção de complicações, etc (SONOBE et al., 2016).

A imagem 24 corresponde a uma paciente com câncer de mama e dreno no pós-operatório de mastectomia.

Imagem 24 – Câncer de mama e dreno no pós-operatório da mastectomia



Fonte: Arquivo pessoal(2017).

G. D. N., nasceu dia 20/08/1939. Há 19 anos foi diagnosticada com câncer de mama através de biopsia, onde foi realizada a mastectomia total e a partir daí deu início ao tratamento com Tamoxifeno, não sendo necessário a quimioterapia e a radioterapia.

Ao conversar com G. D. N., ela contou que quando descobriu o câncer ela chorou muito e sentiu medo, porém ficou mais tranquila ao receber todo apoio e carinho de sua família. Após cinco anos de tratamento, G. D. N. recebeu a notícia que o uso do Tamoxifeno não seria mais necessário e a partir daí ela faz apenas exames preventivos como mamografia e ultrassonografia mamária.

Relato da filha de G.D.N: "Minha mãe sempre foi uma mulher muito forte, sempre gostou de sair pra dançar, pra beber e de repente recebemos a notícia de que ela estava com câncer, foi um susto pra toda a família. Minha mãe parou de sair, de dançar, não tinha mais força de vontade de fazer nada. Eu e meus irmãos ficávamos tentando animar ela, mas tinha dias que era impossível. A gente nunca deixava ela sozinha. Quando o médico deu a notícia que o câncer tinha acabado, a gente juntou toda a família pra comemorar, foi um alívio pra todos."

As disciplinas correlacionadas são: Geriatria e Gerontologia, onde estudei sobre a saúde do idoso e aprendi que o câncer de mama afeta muito os idosos; Semiotécnica, foi ensinado como fazer um curativo bem feito e Processo de

Cuidar em Enfermagem II, onde aprendi como prestar assistência a um paciente com neoplasia.

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete mulheres mundialmente (INCA, 2019), com estimativa de 15 milhões de novos casos em 2020.

Segundo Silva e Moreira (2018), o câncer de mama é classificado em quatro estágios, sendo o primeiro (I) um estágio menos avançado com melhor prognóstico e o último (IV), um estágio mais avançado, com presença de metástase.

No Brasil, a neoplasia maligna de mama vem aumentando ao longo dos anos, com índice de novos casos de 52.680 em 2012, 57.000 em 2014 e foi estimado para 2016 e 2018 57.960 e 59700 novos casos respectivamente, predominando nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste (INCA, 2019). Esse crescimento pode estar associado ao fato das mulheres estarem cada vez mais expostas aos fatores de risco (MIGOWSKI et al., 2018). Sendo assim, uma das formas de interromper esse crescimento é identificando tais fatores que se resumem em ambientais, genéticos, reprodutivos e hormonais, primigesta em idade avançada, nuliparidade, uso de terapia de reposição hormonal ou anticoncepcionais (SOUZA et al., 2017). De acordo com Migowski et al. (2018) amamentar por períodos curtos ou nunca ter amamentado é um dos fatores de risco, porém o INCA (2019) contraria essa ideia, ressaltando que a prática de amamentar apenas protege contra o câncer.

Além do aumento do número de neoplasias mamárias malignas, também há um crescimento no índice de mortalidade no Brasil, (11,1 óbitos para 100 mil mulheres). TOMAZELLI et al. (2018) revelaram um declínio no índice de mortalidade nas capitais e um aumento fora delas.

Quando se fala em aumento do número de mortalidade por câncer de mama, devemos relacionar à incidência de novos casos e ao diagnóstico e início do tratamento tardio (BURANELLO et al., 2018; SOUZA et al., 2017). Tomazelli et al. (2018) afirmam que um dos fatores que faz com que o câncer se encontre em estágio avançado é a demora da investigação.

O pico de incidência para CA de mama é durante a perimenopausa, marcado pelo fim da vida reprodutiva da mulher e antecede o período da menopausa (VARGENS et al., 2017); em contrapartida, SOUZA et al. (2017) afirmam que a incidência predomina entre 65 e 70 anos. Recentemente podemos observar um

aumento do acometimento em mulheres com idade inferior à 40 anos (SOUZA et al., 2017; VARGENS et al., 2017).

O Tamoxifeno é um comprimido, podendo ser revestido de 10 mg ou 20 mg, sendo indicado para o tratamento de câncer de mama (ANVISA 2014).

Durante minha vivencia presenciei diversas alterações de comportamento na paciente e Castanhel e Liberali (2018); Yoshimochi et al. (2018) e Vargens et al. (2017) mostraram que o câncer de mama traz consigo mudanças negativas, sendo elas de aspectos físicos, mentais e psicológicos, onde se observa sintomas como dor, angústia, ansiedade, depressão, fadiga, distúrbios do sono, sentimentos de rejeição, fazendo com que muitas vezes elas se isolem do mundo.

O elevado índice de mortalidade de câncer de mama é um problema de saúde pública (Bezerra et al., 2018; Buranello et al., 2018; Vargens et al., 2017) e para reduzi-lo deve haver um programa de rastreamento de qualidade e segundo Buranello et al. (2018), se depois de ter feito o rastreamento, chegar a um diagnóstico precoce, terá uma diminuição neste índice, já que será evitado a evolução dos estágios da doença. Migowski et al. (2018) complementam mencionando que além diagnóstico precoce é necessário o início imediato do tratamento.

De acordo com Buranello et al. (2018), as estratégias de rastreio no Brasil são para mulheres que não apresentam sintomas sendo divididas em exame clínico das mamas e mamografia. Migowski et al. (2018) discordam, mencionando que o único método de rastreamento é a mamografia.

Buranello et al. (2018) ressaltam que o exame clínico das mamas deve ser feito anualmente para mulheres com idade entre 40 e 69 anos ou a partir dos 35 anos para aquelas mulheres com passado de câncer ou com história familiar.

O enfermeiro tem um papel muito importante e de acordo com Bezerra et al. (2018) e Souza et al. (2017), ele é responsável por realizar o exame das mamas, solicitar mamografias, realizar orientações e fazer a busca ativa sempre que necessário e além disso, quando se trata de mulheres acometidas com o câncer de mama. Silva e Moreira (2018) relatam que o enfermeiro deve avaliar suas necessidades e o grau de complexidade de forma individualizada para uma assistência de qualidade de acordo com os recursos disponíveis no ambiente de trabalho.

A seguir será apresentado a Imagem 25 que corresponde à mastectomia esquerda após a descoberta do câncer de mama.

Imagem 25 – Mastectomia da mama esquerda



Fonte: Arquivo pessoal(2017).

M.S. nasceu dia 03/09/1957, e depois de fazer mamografia digital e ultrassonografia mamária, foi descoberto um nódulo e após realizar a biópsia recebeu o diagnóstico de câncer. Iniciou o tratamento com quimioterapia e radioterapia em 2016 e terminou em 2018. Hoje M.S. está de volta a sua rotina de vida, mas relata toda sua angústia e medo ao descobrir o câncer e como se sentiu aliviada ao receber a notícia em 2018 de que não precisaria mais continuar com o tratamento.

Relato do esposo de M.S: "Ao descobrir que minha esposa estava com câncer, senti muito medo, mas eu não podia mostrar pra ela. Então, todos os dias eu tentava agradar ela de alguma forma. Quando ela começou a fazer o tratamento, o cabelo começou a cair e foi a parte mais triste. Lá em Varginha eu vi muitos pacientes indo sozinhos e então eu percebi a importância da família estar por perto."

Esta imagem está relacionada com as seguintes disciplinas: Saúde da mulher, onde aprendemos a prestar a assistência de enfermagem na prevenção, manutenção e recuperação da saúde; Citologia, que nos mostrou a diferença

entre o crescimento normal e anormal das células e Histologia, onde vimos que as células do câncer dependem do hormônio estrógeno para crescer.

Existem diferentes tipos de mastectomias, quando é realizado a cirurgia conservadora é retirado apenas parte da glândula mamária, onde está localizado o tumor e quando é realizado a mastectomia não conservadora, retira-se toda a glândula mamária já que na maioria das vezes ocorre em circunstâncias em que o tumor se encontra em estágio avançado (SOUZA et al., 2017; VARGENS et al., 2017; SILVA et al., 2018).

No Brasil, nota-se no ambiente hospitalar um elevado número de procedimentos cirúrgicos para retirada da mama, sendo ela parcial ou total e quando se trata da mastectomia total, esta pode estar relacionada à demora no diagnóstico, ao estágio avançado da doença ou até mesmo por opção da mulher (SOUZA et al., 2017; VOLKMER et al., 2019).

Algumas das complicações decorrentes da mastectomia são: diminuição da amplitude de movimento do ombro, perda da força muscular, seroma, linfedema, dor, alterações de sensibilidade do membro (CRUZ et al., 2017; ROCHA; LEMOS; RIBEIRO, 2019).

Cabe ao enfermeiro acolher o paciente desde o momento do diagnóstico, no pré-operatório, nas orientações quanto aos cuidados com o dreno, no apoio, sanando dúvidas e incertezas durante toda a trajetória do tratamento, além de passar segurança neste momento tão delicado (CRUZ et al., 2017; SILVA et al., 2018).

A seguir será apresentada a imagem 26 que representa um mamógrafo, um dos métodos de rastreamento de neoplasia maligna mamária, como mencionado acima.

Imagem 26 - Mamógrafo



Fonte: Arquivo pessoal (2019).

Relaciono o exame de mamografia com as seguintes disciplinas: Atenção Básica à Saúde da Mulher, Processo de Cuidar em Enfermagem e Semiologia.

O mamógrafo é um aparelho de raios x, onde é feita a compressão nas mamas e após isto elas serão radiografadas, sendo capaz de detectar alterações que são impalpáveis fazendo com que se chegue a um diagnóstico precoce, facilitando para que os tratamentos sejam menos agressivos, além de aumentar as chances de cura (SOUZA et al., 2017; TOMAZELLI et al., 2018; BURANELLO et al., 2018; INCA, 2019).

A mamografia apresenta alguns riscos que foram apontados por Silva (2018) e pelo INCA (2019), como sendo resultados incorretos (falso positivo ou falso negativo) e cânceres induzidos por raios X, por isso foram preconizados faixa etárias onde o benefício é maior do que os danos.

A faixa etária para realização de mamografia é de 50 a 69 anos, a cada dois anos, de 40 a 49 anos só realizam a mamografia se o exame clínico das mamas der

alterado, a partir de 35 anos deve ser realizado anualmente para mulheres que se encontram no grupo de risco e as mulheres que estão com idade superior à 70 anos não são incluídas no programa de rastreamento mamográfico (BEZERRA et al., 2018; BURANELLO et al., 2018), por isso Patrick et al. (2018) sugeriram que acima de 74 anos seja feito o rastreamento para aquelas que tem expectativa de vida maior que sete anos.

O método de rastreamento por mamografia tem predomínio nas regiões Sul e Sudeste, com importante declínio nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BEZERRA et al., 2018).

A seguir, na imagem 27, é apresentado um quadro de ascite em uma paciente que se encontra em tratamento paliativo.

Imagem 27 – Ascite



Fonte: Arquivo pessoal(2017).

R.H.N.A, nasceu dia 27/02/1969, apresenta um quadro de ascite (acúmulo de líquido seroso no peritônio) devido à complicações da metástase hepática. R.H.N.A. recebeu diagnóstico de câncer de mama em 2005, após realizar quimioterapia e mastectomia, o câncer regrediu, dando fim aos tratamentos. Em 2015, começou a sentir fortes dores no abdome, onde foram realizados vários exames, entre eles, tomografia, ultrassonografia, endoscopia, colonoscopia e tomografia computadorizada por emissão de pósitrons. Após exames foi

diagnosticada com metástase hepática, dando início ao tratamento de quimioterapia. O tratamento durou dois anos, onde R.H.N.A. faleceu no dia 06/11/2017.

Relato da filha de R.H.N.A.: " Na primeira vez que minha mãe teve o câncer de mama eu tinha 11 anos e lembro que tudo lá em casa mudou, minha mãe sempre vomitava, ficava fraca e quando o cabelo dela caiu ela só sabia chorar. Quando o câncer voltou no fígado em 2015, foi um susto para toda a família. Nós choramos muito, mas ela ao contrário de nós, sempre permaneceu forte, apesar de tudo que ela estava passando. Admiro muito minha mãe por ter lutado o tempo todo, sempre com sorriso no rosto. Minha mãe sempre esteve rodeada de amigos e familiares, todos ajudaram de alguma forma, fazendo comida, dando carinho, levando ela para fazer o tratamento. Sei que ela buscou toda a força que teve em nós. No dia 03/11/2017 ela começou a sentir dores fortes e a delirar, levamos ela ao hospital e o médico nos informou que o câncer havia intoxicado o cérebro, vindo a falecer no dia 06/11/2017."

As disciplinas correlacionadas são: Patologia, onde aprendemos um pouco sobre ascite e suas consequências; Avaliação clínica, aprendemos a realizar o exame físico e usamos a técnica da percussão piparote para localizar a presença de ascite; Psicologia Geral e Social, um dos pontos negativos não só da presença de ascite mas também da metástase é a alteração de pensamento, sentimento, emoção e através da base que tivemos da psicologia geral conseguimos ajudar na assistência deste paciente.

Ascite é o acúmulo de líquido livre na cavidade peritoneal, de caráter progressivo, podendo ser originado devido a alterações mecânicas, circulatórias e inflamatórias (EUZÉBIO et al., 2019; BAZÍLIO et al., 2016; QUEIROZ et al., 2016; BITTENCOURT; ZOLINGER; COELHO, 2016). No Ocidente por exemplo, a principal causa de ascite é a cirrose, com 75% dos casos (EUSEBIO et al., 2019).

De acordo com Queiroz et al. (2016), não existe uma faixa etária para que ocorra a ascite e além disso, os sintomas podem variar de acordo com o estágio da doença, podendo se tornar incapacitantes nos estágios mais avançados.

A ascite pode ser classificada em leve (grau I), moderada (grau II) e tensa (grau III), sendo a primeira detectada apenas pela ultrassonografia (QUEIROZ et al., 2016). Para conseguir detectar através do exame clínico, o volume deve estar acima de 1.500 ml (EUSEBIO et al., 2019; QUEIROZ et al., 2016).

Para adotar o método correto de tratamento, primeiro deve ser feito uma avaliação detalhada para investigar sua etiologia e quantificar este líquido e para isso, deve ser realizada uma anamnese bem feita, exame clínico detalhado, avaliação dos índices de função hepática e renal, exames de imagem e por último a paracentese diagnóstica afim de analisar o líquido ascítico para confirmação de sua origem e para chegar ao diagnóstico de complicações, como peritonite bacteriana espontânea por exemplo (QUEIROZ et al., 2016; BITTENCOURT; ZOLINGER; COELHO, 2014).

Os sinais e sintomas incluem aumento de peso sem causa específica, distensão abdominal, desconforto, edema escrotal ou vulvar, protusão de cicatriz umbilical ou hérnias incisinais, desconforto respiratório, edema de membros inferiores, redução do débito urinário (QUEIROZ et al., 2016; BITTENCOURT; ZOLINGER; COELHO, 2014).

O tratamento da ascite é voltado para o conforto do paciente, sendo indicado diuréticos como furosemida e espironolactona, dieta hipossódica, paracentese sempre que houver piora clínica, sintomas sugestivos de peritonite bacteriana espontânea ou complicações e além disso, o enfermeiro deve monitorar diariamente o peso e o balanço hídrico (QUEIROZ et al., 2016; BITTENCOURT; ZOLINGER; COELHO, 2014; PIANO; TONON; ANGELI, 2016).

A seguir é apresentado a realização da paracentese de uma paciente com Ascite (Imagem 28).

Imagem 27 – Paracentese



Fonte: A autora (2017).

R.H.N.A, nasceu dia 27/02/1969, após descoberta de ascite através da ultrassonografia em 2017, realizou a paracentese três vezes com intervalo de duas semanas cada.

Relaciono a imagem 27 com as seguintes disciplinas: Centro Cirúrgico, onde foi ensinado como manter a assepsia e os riscos de contaminação; Primeiros Socorros, quais são os procedimentos adotados em caso de acidente com perfuro cortante e Semiotécnica I, princípios de biossegurança e assepsia, Semiotécnica II, onde vimos que deve expor somente a área em que será usada.

A paracentese deve ser realizado em pacientes com ascite grau III, ou aqueles que não respondem aos diuréticos o mais rápido possível, para promover o alívio do paciente e para excluir uma provável peritonite bacteriana espontânea (EUSEBIO et al., 2019; BAZILIO et al., 2016; QUEIROZ et al, 2016). Para isso, o paciente deve ser colocado de preferência em posição supina, com a cabeceira elevada de 30° a 45° em casos de ascite tensa, e em decúbito lateral para ascite moderada e então deve ser realizado anestesia local e o líquido deve ser puncionado com agulha, de preferencia na linha média ou flanco inferior esquerdo (COMAR et al., 2011; BITTENCOURT; ZOLINGER; COELHO, 2014; MESQUITA et al., 2018).

Queiroz et al. (2016) explicam que 10 ml. do líquido que foi coletado deve ser inserido em balão de hemocultura e deve ser encaminhado para citologia, bioquímica e microbiologia.

Os mesmos autores ainda mencionam que a paracentese tem baixos índices de complicações e Mesquita et al. (2018) complementam mostrando que 6% dessas complicações estão associadas à técnica incorreta do procedimento. Dentre estas complicações, Comar et al. (2011) descreveram a perfuração de órgãos abdominais e desvio da agulha como uma delas.

Além disso, a paracentese é importante para descobrir a etiologia da ascite, a quantidade deste líquido e o diagnóstico de complicações através do teor de proteína do líquido, mensuração do gradiente de albumina soro-ascite (GASA) e realização de citologia global e diferencial (QUEIROZ et al., 2016; BASÍLIO et al., 2016).

A seguir é apresentado a imagem 29 de uma família onde a paciente recebe todo o carinho e apoio.

Imagem 29 – A família da paciente com câncer de mama



Fonte: Arquivo pessoal (2017).

A imagem 29 mostra a família de R.H.N.A, ilustrando o apoio da família ao paciente com câncer. Os resultados são significativamente melhores quando o paciente se sente abraçado pelos pais, filhos, esposo/esposa.

Relaciono esta imagem com as seguintes disciplinas: Processo de Enfermagem I, foi ensinado como o enfermeiro deve orientar o paciente e a família; Ética e Bioética, porque através da ética conseguimos respeitar o espaço do paciente e também da família e Semiotécnica I, onde através do conhecimento de como lidar com um paciente com alguma patologia, consegue-se orientar a família.

O câncer leva a ansiedade, medo e preocupações tanto para o portador quanto para sua família (RIBEIRO; CAMPOS; ANJOS, 2019). Neste momento de cuidado, o cuidador esquece de se preocupar com sua própria saúde e com seus momentos de lazer, passando então por momentos de esgotamento, necessitando também de ajuda (FERREIRA et al., 2018).

Cabe ao cuidador assumir o papel familiar que antes era desempenhado pelo portador da doença, além de satisfazer suas necessidades, ser ouvinte, tratar possíveis feridas, ajudar nos momentos que aparecem os efeitos colaterais

do tratamento (FERREIRA et al., 2018; MORENO-GONZALES; GALARZATEJADA; TEJADA-TAYABAS, 2019).

Além de todas as repercussões causadas no grupo familiar, existe o sentimento de impotência do cuidador ao perceber que seu ente está em estágio avançado da doença e que não pode fazer nada pra mudar esse quadro (FERREIRA et al., 2018).

O portador de câncer passa por diversos sentimentos e a família tem um papel importante, devendo estar sempre por perto apoiando e transmitindo força, coragem e esperança (FERREIRA et al., 2018).

Neste cenário, o enfermeiro tem um papel importante ao atender às necessidades do paciente e seus familiares, através da escuta e do acolhimento, oferecendo todas as informações necessárias sobre a doença, o tratamento, as repercussões, ajudando na reabilitação, nos cuidados paliativos, além de explicar a importância do apoio familiar (VISENTIN et al., 2018; ALVES et al., 2019).

Quando se trata de cuidados paliativos, a família também deve ser integrada aos cuidados, já que ela passa por diversas mudanças, física, emocional, social, existencial (ALVES et al., 2019; ALMEIDA et al., 2019).

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Suzy Aparecida Canestri

Atuação da equipe de Enfermagem frente ao tratamento de lesões crônicas e pés diabéticos.

A vivência foi realizada na Unidade Básica de Saúde - UBS "Agostinho Pestana", especificamente na Sala de Curativos.

Escolhi este assunto pelo fato de realizar estágio voluntário neste local, sendo as lesões dos pés e membros inferiores as de minhas preferências, este setor, favoreceu o trabalho.

Inicialmente, foi solicitado permissão aos pacientes mediante o termo de autorização para observações e registros fotográficos, durante o tratamento.

De acordo com a Resolução Nº 0568/2018, Art. 1º do COFEN que regulamenta abertura de Consultórios e Centros de Enfermagem, os mesmos deverão estar registrados como empresa nos Conselhos Regionais de Enfermagem

(COFEN, 2018). No Art. 2º, o Enfermeiro passa a ter autonomia para abrir Clínica/Consultório com a finalidade da Prevenção e Cuidado de lesões; e no Art. 3º, o Enfermeiro deverá avaliar, elaborar protocolos, selecionar e indicar tecnologias em prevenção e tratamento.

A seguir é apresentada as Imagens 30A e 30B que corresponde lesão no Hálux direito.

Imagem 30A e 30B – Lesão no Hálux Direito



Fonte: Arquivo pessoal (2017)

A imagem 30A e 30B é de um paciente do sexo masculino 59 anos, diabético e hipertenso, que adquiriu a lesão a cerca de dois anos, proveniente do uso de sandálias de borracha e exposição dos pés a cal e cimento, enquanto realizava serviço em construção civil. Foi realizado limpeza com clorexidina degermante 2%, solução fisiológica 0,9%, desbridamento mecânico devido a hiperqueratose nas bordas e cavidade, utilizando lâmina 20 e curativo com Ácidos Graxos Essenciais (AGE) nas bordas, Pomada de Neomicina e placa de Alginato de Cálcio por 48 horas, para melhorar a deambulação confeccionado descarga em feltro. Em 30 dias a lesão evoluiu com cicatrização.

É possível correlacionar as imagens com as seguintes disciplinas: Anatomia: onde vimos que a pele é o maior órgão do corpo; Fisiologia: a pele é responsável por diversas funções essenciais ao funcionamento do organismo e Semiotécnica I: como realizar curativos e as coberturas adequadas para cada tipo de lesão.

Oliveira et al., (2014), nos mostra que pacientes diabéticos quando necessitam de um tratamento institucional geram altos custos ao Sistema Único de Saúde, podendo permanecer por até 10 dias, incluindo tratamento cirúrgico, hemoterapia, terapia intensiva, medicamentos, amputações, até mesmo levá-los a óbito.

De acordo com Santos et al. (2014) as lesões constituem um problema sério para a saúde pública; na Atenção Primária o profissional de Enfermagem está capacitado para atender e tratar lesões, devendo o mesmo acompanhar a evolução da lesão e orientar cuidados com o curativo.

Greghi e Pascon (2016), fazem saber que diabetes mellitus tipo 2 (DM2), é uma patologia decorrente da incapacidade do pâncreas em produzir ou mesmo da produção insuficiente de insulina necessária para o funcionamento do organismo. Quando associada à hipertensão arterial sistêmica (HAS), estão como primeira causa de hospitalização e morte.

Segundo Tortora et al. (2016), a pele é o maior órgão do corpo: responsável pela percepção de estímulos, receptor de calor, frio, serve de proteção, revestindo toda superfície externa do corpo. Órgão vulnerável sujeito a traumas, queimaduras, bactérias e microrganismos do meio ambiente. A epiderme é a camada superficial, formada por tecido epitelial e é também avascularizada.

Oliveira Neto (2017), nos mostra que diabetes mellitus (DM) é um dos principais problemas de saúde, a cada dia cresce o número de portadores ocasionando incapacitações, amputações, depressões, levando até mesmo a mortalidade. As úlceras em membros inferiores (Imagens 31A e 31B) são as mais importantes e preocupantes, a neuropatia diabética é o fator de risco mais grave, que leva o paciente a perda da sensibilidade estando assim sujeito a ferimentos onde qualquer alteração não incomoda, surgindo assim lesões que evoluem facilmente. Medidas preventivas como alimentação balanceada, evitar o álcool e o tabagismo, inspeção diária nos pés, devem ser adotadas pelos pacientes.

Imagens 31A e 31B – Lesão 3º Pododáctilo Pé Direito - Paciente Diabético



Fonte: Arquivo pessoal (2017)

As imagens 30A e 30B, estão relacionadas à disciplina de Fisiologia: aprendemos que a água é um nutriente fundamental ao organismo; Semiotécnica I conhecimento das técnicas necessárias para realizar um curativo e Geriatria e Gerontologia carência e cuidados aos pacientes idosos.

As imagens acima referem-se a um paciente idoso, 64 anos, diabético e hipertenso, ficou hospitalizado por 9 dias em Unidade de Pronto Atendimento, em uso de antibiótico, foi encaminhado para curativo em membro inferior direito (MID) e possível amputação. Foi realizada limpeza com clorexidina degermante 2% e solução fisiológica 0,9% em jato, desbridamento mecânico, remoção da crosta, curativo oclusivo com placa de hidrocolóide, gaze e atadura crepon por 24 horas, nos dias seguintes foram utilizados Ácidos Graxos Essenciais, Alginato de Cálcio e Pomada de Neomicina, troca a cada 48 horas ou de acordo com a saturação, e em 72 dias cicatrização da lesão e descartado a amputação.

A água é o principal componente dos órgãos, tecidos e células sendo fundamental para o processo fisiológico. O organismo regula o balanço hídrico através do hipotálamo, evita a desidratação, mantendo o equilíbrio constante entre a ingestão e eliminação. A fisiologia da pele esta diretamente relacionada à quantidade de água ingerida diariamente (TOMASINO et al., 2013).

As complicações com pé diabético podem ser prevenidas por meio de Educação em Saúde, palestras e orientações como: manter os níveis da glicemia

dentro dos padrões recomendados, evitar consumo de álcool e cigarro, adquirir sapatos específicos que mantêm o conforto e segurança dos pés (OLIVEIRA et al., 2014).

É de responsabilidade do enfermeiro(a) supervisionar, orientar, prescrever coberturas, observar a evolução da lesão junto com o técnico que irá realizar o procedimento, uso de protocolos e avaliação constante, materiais como soro fisiológico 0,9%, luvas, pomadas, coberturas entre outros são disponibilizados através da Secretaria de Saúde. Com o avanço tecnológico, os produtos disponíveis no mercado fazem com que a troca dos curativos com maior intervalo de tempo diminua a dor, o risco de contaminação e infecção através da exposição ao meio ambiente (SANTOS et al., 2014).

Com o passar dos anos e a chegada da terceira idade, a pele vai perdendo a elasticidade, por diversos fatores, exposição sem proteção adequada aos raios UV, falta de nutrientes entre outras; ficando susceptível a traumas e lesões. Limitações funcionais com o envelhecimento comprometem a realização das atividades diárias de vida (DUIM et al., 2015).

Portanto se faz necessário orientar os pacientes a importância da correta profilaxia dos pés, pois as alterações vasculares, neurológicas e infecciosas somam para maiores complicações como a neuropatia periférica, podendo levar a amputação de membros inferiores (OLIVEIRA NETO et al., 2017).

As imagens 32A e 32B mostram um paciente com lesão no membro inferior direito.

Imagens 32A e 32B - Lesão Membro Inferior Direito (MID)



Fonte: Arquivo pessoal (2017)

As Imagem 32A e 32B se referem a um paciente do sexo masc., 59 anos, Diabético e Hipertenso, se relaciona com a disciplina de Fisiologia, funcionamento do organismo; Semiotécnica I, saber escolher a cobertura correta e Psicologia, impacto emocional na saúde do paciente. Lesão por trauma após ferimento na porta do carro, com esfacelo, necrose e odor fétido, durante 10 meses de tratamento com Placa de hidrocolóide, Carvão Ativado e Bota de Unna realizado trocas a cada sete dias.

Atividades educativas quanto higiene e cuidados fazem parte do tratamento, a maioria dos portadores de lesões são de classe econômica baixa, nem sempre dispõe de recursos financeiros para a compra de materiais necessários para tratar a lesão. Certas lesões quando infectadas apresentam odor fétido e secreção purulenta, causando constrangimento ao paciente. A equipe de enfermagem deve encorajá-lo na aceitação e não tratar apenas a lesão (ROCHA; CARNEIRO; SOUZA, 2014).

Lesões do tipo úlceras são classificadas em agudas e crônicas, lesões crônicas são aquelas que necessitam de tratamento por um período maior que 6 semanas desde seu aparecimento é um problema de saúde pública, o tratamento e a evolução são de preocupação constante. Encontra-se associada à hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus, dislipidemia e a síndrome metabólica, a terapia compressiva (Bota de Unna) é recomendada para úlceras venosas e contra indicada para úlcera arterial (PASSADOURO et al., 2016).

A Atenção Primária de Saúde procura padronizar as ações e a eficácia no cuidado e tratamento às pessoas com lesões na pele, à implementação de protocolos contribui para o desenvolvimento da autonomia do enfermeiro, proporcionando respaldo na prática cotidiana (BRUM et al., 2015).

O cuidado na avaliação é tão importante quanto a cicatrização, diversos fatores interferem nesse processo, e escolher a cobertura correta é de extrema relevância, tendo em vista que cada organismo reage de forma diferente. A cobertura deve proporcionar conforto e diminuir a dor. Sabe-se que não existe cobertura ideal e sim conhecimento científico e habilidade clínica para o tratamento (PRADO et al., 2016).

Segundo MACHADO et al. (2017) é considerado uma lesão a ruptura do tecido cutâneo (pele), mucosa ou qualquer parte do corpo, pode ser causado por agressões físicas, químicas ou biológicas. As lesões variam de extensão e profundidade, podendo ser caracterizada como superficial quando atinge a Epiderme, Derme e Hipoderme, ou profundas quando atinge músculos, cartilagens, tendões, ligamentos, órgãos e ossos.

Outra lesão em membro inferior é retratada nas imagens 33 e 34.

Imagens 33 – Lesão em Membro Inferior Direito (MID)



Fonte: Arquivo pessoal (2017)

Imagem 34 - Lesão Membro Inferior Esquerdo (MIE)



Fonte: Arquivo pessoal (2017)

As Imagem 33 (MID) e 34 (MIE) se referem a lesão em membros inferiores direito e esquerdo em um idoso, 66 anos, diabético e hipertenso, que compareceu a Unidade Básica de Saúde (UBS), porém alega ser longe de sua residência e não poderia continuar fazendo os curativos, dois meses depois ele retornou a UBS, a lesão aumentou significativamente. Foi realizado desbridamento mecânico da região necrosada, curativo com Placa de hidrocolóide devido ao exudato abundante optamos por troca a cada 48 horas no início e enfaixamento, sucessivamente de acordo com a saturação as trocas passaram a ser realizadas a cada 7 dias.

Relaciono as imagens com as disciplinas: Histologia, o estudo dos tecidos; Avaliação Clínica, saber avaliar o paciente e reconhecer as necessidades dos pacientes e Citologia, o estudo das células.

Segundo Evangelista et al. (2012), as lesões crônicas em Membros Inferiores (MMII) alteram a imagem do paciente, diminuindo a qualidade de vida, devido a dor, a dificuldade de deambular, e dificuldade em realizar as atividades diárias de vida.

Com o aumento da população idosa, aumentou também os casos de úlceras causadas por problemas circulatórios, lesões crônicas, ficam mais difíceis de serem tratadas quando associadas a outras patologias como o diabetes e a hipertensão, as causas são complexas podem ser por fatores intrínsecos e extrínsecos (SANTOS et al., 2014)

Duim et al. (2015) afirma que fatores como tamanho, formato e coloração das células da epiderme, sofrem modificações com o envelhecimento resultando na diminuição da proteção, na derme ocorre diminuição da densidade, de colágeno e alterações nas estruturas das fibras tornando-se desorganizadas modificando assim a cicatrização da pele do idoso.

Portanto, a Enfermagem no exercício de suas atividades, deve relacionar conhecimentos adquiridos com os problemas e acontecimentos em situações encontradas, tornando visíveis suas competências (PRADO et al., 2016).

As imagens 35A e 35B mostram quadro de lesão em membro inferior esquerdo.

Imagens 35A e 35B – Lesão em Membro Inferior Esquerdo (MIE)



Fonte: Arquivo pessoal (2017)

As imagens 35A e 35B, são de um paciente do sexo masculino de 39 anos, com úlcera traumática, após fratura, cirurgia e trombose, e estão correlacionadas com as disciplinas de Semiotécnica I, realização de curativos e Fisiologia, o funcionamento do organismo. Lesão apresenta abundante uso de Pomada de Neomicina e exudato, foi realizado higienização e curativos com AGE nas bordas, Pomada de Neomicina sem excesso e Placa de Alginato de Cálcio, com trocas a cada 24 horas, posteriormente as placas foram alternadas entre Placa de

Hidrocolóide e aplicação da Bota de Unna com trocas a cada 7 dias para redução do edema e diminuição da dor, num período de 5 meses de tratamento.

A cicatrização de uma lesão é um desafio para o enfermeiro, a presença de edema resulta do refluxo venoso insuficiente que dificulta o tratamento. Recursos adequados são necessários junto com a assistência multiprofissional (BRITO, et al., 2013).

Santos et al. (2014) afirmam que lesões traumáticas correspondem a lesões agudas, e ocorrem com taxa de 1,6 milhões de casos ao ano, sendo que durante o processo de reparo do tecido encontra-se vulnerável a vários fatores que pode interrompê-lo a qualquer momento.

Secreção na lesão é atribuída ao processo inflamatório, tecido necrosado, odor fétido. O Carvão Ativado promove o desbridamento autolítico de tecido necrótico, diminui o odor e promove a regeneração do tecido (SILVA et al., 2015).

A utilização de Bota de Unna no tratamento de úlceras venosas, necessita de cuidados de higiene; a alimentação, repouso e atividade física contribuem com a melhora da qualidade de vida. A terapia compressiva é eficaz na função de bombeamento venoso e diminuição da hipertensão venosa (SILVA et al., 2017).

Fatores extrínsecos como incisão cirúrgica e traumas são relevantes para o aparecimento de lesões, o corpo utiliza-se de processos biológicos intrínsecos, organizado e complexo podendo ser rápido ou não dependendo da extensão (MACHADO et al., 2017).

As imagens 36A e 36B mostram uma lesão em membro inferior esquerdo em processo de cicatrização.

Imagens 36A e 36B – Lesão Membro Inferior Esquerdo (MIE)



Fonte: Arquivo pessoal (2017)

Correlaciono as imagens com as disciplinas de Processo de Enfermagem II, manejo da dor; Saúde Ocupacional, absenteísmo de trabalhadores; Semiotécnica I coberturas e curativos.

Apesar dos avanços nas pesquisas, observa-se que no Brasil, exceto alguns serviços não utilizam protocolos para assistência da clientela com lesões. A utilização de protocolos melhora a significativamente as taxas de cicatrização e diminui os custos do tratamento de úlceras venosas. Procedimentos baseados em evidências oferecem ao enfermeiro recomendações científicas denominadas diretrizes que o auxiliam a oferecer melhores cuidados (SELLMER et al., 2013).

Considerado um problema de saúde pública no Brasil, úlceras venosas são as grandes causadoras do absenteísmo no trabalho, podendo ser temporário e até mesmo definitivo, sendo uma doença que onera grande gasto público devido ao longo tratamento e muitas vezes ocorrendo recidivas (REIS et al., 2013).

A dor é um sintoma frequente em pacientes com úlcera venosa, afetando negativamente na qualidade de vida, provocando alterações na mobilidade, na deambulação aumentando o risco de quedas. O estímulo doloroso esta associado a

liberação de mediadores inflamatórios reduzindo a reparação tecidual (SALVETTI et al., 2014).

As pessoas com úlcera venosa não estão preparadas para lidar com a situação, sendo necessário se adaptar a condição; sentimentos negativos como tristeza, insatisfação, ansiedade, sensação de incapacidade, dificuldade de relacionamento interpessoal, constrangimento, depressão contribuem com a demora da cura (SILVA et al., 2015).

Características predominantes no leito da úlcera venosa: presença de esfacelo, exsudato seroso, odor. A presença de tecido desvitalizado favorece a infecção fornecendo nutrientes para o crescimento bacteriano, inibindo a fagocitose e retardando o reparo tecidual. Aplicado como tecnologia o processo de enfermagem permite que enfermeiros possam prestar cuidados e melhores condições, facilitando a tomada de decisões. A Bota de Unna no tratamento facilita o retorno venoso e diminui o edema em MMII (DANSKI et al., 2016).

A Imagem 37 mostra uma lesão em membro inferior direito associada à insuficiência venosa.

Imagem 37 – Lesão em Membro Inferior Direito (MID)



Fonte: Arquivo pessoal (2017)

Paciente sexo masculino encaminhado por angiologista para curativo, aguardando cirurgia devido a Insuficiência Venosa Crônica. Relaciono a imagem 37 com as disciplinas Avaliação Clínica; Processo de Enfermagem II e Semiotécnica I.

Insuficiência venosa crônica (IVC) em membros inferiores (MMII) é prevalente de doenças venosas, se refere à hipertensão secundária ao refluxo e/ou obstrução do sistema venoso. Essa anormalidade causa dor e desconforto no membro afetado, podendo evoluir para formação de úlcera de estase venosa. Fatores de risco: obesidade, sexo feminino, estilo de vida, trabalho, dieta, história familiar (SEIDEL et al., 2011).

Assepsia em tratamentos de lesões é fundamental para o controle de infecção; luvas estéreis devem ser usadas pelos profissionais considerando que todas as lesões são colonizadas, o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) reduz a densidade bacteriana na realização o curativo. Sintomas clássicos de infecção: rubor, calor, edema, dor e exsudato purulento (FERREIRA et al., 2013).

Lesões na pele desencadeiam eventos bioquímicos direcionados a restabelecer integridade vascular e celular, o processo cicatricial encontra-se vulnerável a falhas em qualquer fase que impedem a cicatrização podendo levar a morbimortalidade acarretando custos (SANTOS et al., 2014).

Lesões variam em extensão, podendo atingir a derme, epiderme e hipoderme, ou em profundidade atingindo fáscias, músculos, articulações, cartilagens, tendões e ossos, sendo provenientes de fatores extrínsecos como cirurgias ou traumas; e fatores intrínsecos provenientes de infecções, problemas metabólicos imunológicos, vasculares e neoplásicos. Afetam pessoas em qualquer fase do ciclo vital e para reparar o dano o processo pode ser rápido ou de longo prazo, necessitando de cuidados especiais (MACHADO et al., 2017).

Segundo Silveira et al., (2017), a escala de dor é o recurso mais utilizado para mensurar a dor do paciente, faz parte da avaliação de enfermagem que cuida das lesões. A escala numérica de 0 a 10 mede a intensidade da dor, onde zero a dois é igual à dor leve; três a sete dor moderada e oito a dez dor intensa, uma vez que a dor reduzida promove conforto físico e emocional ao paciente.

A Imagem 38 mostra uma lesão em membro inferior direito em uma paciente do sexo feminino.

Imagem 38 – Lesão Membro Inferior Direito (MID)



Fonte: Arquivo pessoal (2017)

Paciente sexo feminino, 72 anos, Diabética e Hipertensa, reside sozinha, adquiriu lesão em membro inferior direito após queda no banheiro.

Relaciono a imagem com as disciplinas de Processo II, Semiotécnica I e Geriatria e Gerontologia.

A educação em saúde requer recursos humanos e treinamento especializado, educar pacientes diabéticos contribui com aspectos no manejo da doença, que está relacionado com as complicações como úlceras. É mais barato prevenir do que tratar as úlceras (OLIVEIRA et al., 2014).

O processo biológico da cicatrização passa por três fases: inflamatória, proliferativa e reparadora, dependendo o tamanho da lesão. A cicatrização pode acontecer por primeira intenção ou por segunda intenção, neste caso é necessário tempo para formação de tecido de granulação no leito da lesão e por terceira intenção quando há fatores que retardam o processo (SILVA; AMANTE, 2016).

Com o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento é um fator relevante para doenças crônicas e comorbidades na população, pois elas predispõem o indivíduo a lesões de difícil cicatrização, necessitando de uma abordagem multiprofissional para o tratamento. Lesões agudas representam lesões

que cicatrizam num curto espaço de tempo, já as lesões crônicas são aquelas de longa duração, podendo levar anos de tratamento (SQUIZATTO et al., 2017).

Diversas coberturas são utilizadas para tratar lesões, e a equipe de enfermagem deve conhecer e saber escolher a cobertura ideal para cada procedimento, as mais utilizadas nos setores públicos de saúde são: Ácidos Graxos Essenciais (AGE), Sulfadiazina de Prata, Papaína (diversas concentrações dependendo de cada caso), Solução Fisiológica 0,9%, Hidrogel que correspondem bem aos diversos tipos de lesões (SILVA et al., 2017).

Segundo Danski et al. (2016), a terapia compressiva é uma alternativa para pacientes com úlcera varicosas, esta disponível de duas formas: terapia elástica ou em bandagem de longo estiramento, consiste em sistema de multicamadas e terapia inelástica ou bandagem de curto estiramento, conhecida como Bota de Unna. As úlceras desencadeiam profundas alterações nas atividades de vida diária dos pacientes dificultando a deambulação e a motilidade.

As Imagens 39A e 39B mostram lesão em membro inferior direito.

Imagens39A e 39B – Lesão Membro Inferior Direito (MID)



Fonte: Arquivo pessoal (2017)

Paciente do sexo masculino, de 67 anos, com insuficiência venosa, lesão no membro inferior direito na região do maléolo, por acidente de trabalho há mais ou menos 40 anos, ocorreu queimadura abriu ferida e não cicatriza, apresenta dermatites, pele ressecada, edema e odor.

Relaciono as imagens com as disciplinas de Primeiros Socorros; Semiotécnica I e Saúde Ocupacional.

Enfermeiros acompanham os pacientes auxiliando nos desafios, diferentes produtos estão no mercado assim como a prata que auxilia no controle do odor. O odor desagradável é uma preocupação constante do paciente com feridas infectadas causando impacto negativo na qualidade de vida (CASTRO; SANTOS, 2015).

Evidências científicas de enfermagem para prevenir e tratar lesões tem como objetivo: promover a segurança do paciente através de técnicas inovadoras, é uma especialidade da enfermagem reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBESD) e pela Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), atribuindo ao enfermeiro autonomia para cuidar de lesões dermatológicas com uma abordagem holística (FARIA et al., 2016).

SANTOS et al. (2017) relatam que o tratamento de lesões requer conhecimento específico, habilidade e autonomia, cabe ao enfermeiro, executar, orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na realização de um curativo. A coleta de dados contendo entrevista semiestruturada de dados demográficos são analisadas possibilitando organizar e sistematizar as técnicas escolhidas.

O conceito de feridas é ainda muito variado, são inúmeros tipos e subtipos; em geral, considera-se ferida uma lesão onde há ruptura da estrutura fisiológica do tecido tegumentar, podendo ser por agente físico, químico, ou biológico. Varia em extensão e profundidade; a assistência de enfermagem atua de forma técnica e científica avaliando e oferecendo assistência ao portador (MACHADO et al., 2017).

Úlceras em membros inferiores, geralmente são de origem venosa, corresponde de 80% a 90%; a automedicação aumenta o risco de efeitos adversos retardando a recuperação, provocando constrangimento e incapacitando-os às atividades cotidianas (SILVEIRA et al., 2017).

A Imagem 40 retrata uma lesão em membro inferior esquerdo.

Imagem 40 – Lesão Membro Inferior Esquerdo (MIE)



Fonte: Arquivo pessoal (2017)

Paciente do sexo masculino, 47 anos, diabético, apresentava calosidade na região medial do pé esquerdo, incomodando o uso de sapato fechado, ocorreu rachadura (fissura) e posterior uma lesão aberta apresentando esfacelos. Realizado desbridamento mecânico, curativo com Papaína

Relaciono a imagem com as disciplinas de Semiotécnica I, Avaliação Clínica, Processo de Enfermagem II.

Diabetes mellitus (DM), é um problema de saúde pública, apresenta elevada taxa de morbimortalidade, complicações que geram consequências econômicas, social e psicológicas. Mal controlada a doença favorece insuficiência renal crônica, podendo levar a cegueira, a neuropatia nos pés diabéticos impedem atividades diárias e laborais, acarreta ocupação de leitos e absenteísmo do trabalho. A neuropatia provoca perda da sensibilidade protetora, deformidade nos pés, impossibilitando a marcha normal, levando o paciente a traumas e lesões de pele como: calos, queratoses, verrugas, rachaduras (fissuras), onicomicoses, umidade causados por calçados impróprios (BARROS et al., 2012).

Pacientes portadores de diabetes mellitus tipo II, afirmam conhecer as complicações ocasionadas pela doença e consideram responsáveis dentro de suas limitações e realizam o autocuidado para o bem estar. A prevenção se dá por meio do autoexame nos membros inferiores, controle glicêmico e da hipertensão arterial (HAS), reduzindo os riscos de lesões (GREGHI; PASCON, 2016).

A Neuropatia diabética, caracterizada como a perda da sensibilidade dos membros inferiores e fatores de risco podem levar a amputação. Avaliação e palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso realizada em ambos os membros, monofilamento (teste de monofilamento de Semms – Weinstein), sensibilidade vibratória (Diapasão de 128Hz), são exames que demonstram índice de riscos, devendo sempre serem feitos nas consultas de enfermagem (MELLO; PIRES; KEDE, 2017).

Escalas de dor são utilizadas para mensurar a dor de uma pessoa, as escalas mais utilizadas são: numérica, de palavras, de faces. A baixa escolaridade dificulta a compreensão dos indivíduos no desempenho de ações de autocuidado (SILVEIRA et al., 2017).

A cicatrização úmida, cobertura adequada oferece suporte para manter a lesão em ambiente úmido. Coberturas como o hidrocolóide e o alginato de cálcio são classificados como interativas, de superfície impermeável às trocas gasosas, garantindo uma umidade fisiológica no leito da lesão (PINHEIRO; BORGES; DONOSO, 2013

Existem no mercado diversas coberturas com a finalidade da cicatrização de lesões, onde se destaca a laserterapia de baixa intensidade(LBI) (SCHIMIDT; PEREIRA, 2016), que atua como biomodulador nas moléculas e tecidos reduzindo a dor e o edema proporcionando a revascularização dos tecidos.

O enfermeiro(a) habilitado em curso regulamentado tem respaldo para realizar o tratamento utilizando a Sistematização da Assistência e abordagem multiprofissional.

3 AUTO AVALIAÇÃO

3.1 Auto avaliação da aluna Dayani Fátima Silva

Durante a realização do portfólio foi possível observar as rotinas da unidade de terapia intensiva onde a enfermagem tem um papel primordial, pois avalia e realiza intervenções aos pacientes hospitalizados a fim de diminuir a ocorrência de lesões por pressão através de medidas preventivas. Desta forma, aumentou ainda mais meu amor por essa área, pois a enfermagem vai além de uma profissão, ela envolve o dom do cuidar e amar o próximo acrescentando assim, em meu desenvolvimento profissional através do aprendizado e prática vivida.

Dentre os pontos positivos, tem-se a experiência adquirida durante a ocorrência deste portfólio, pois tive a oportunidade de presenciar os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, podendo observar a preocupação e a atuação voltada ao cliente em relação às lesões por pressão e as medidas tomadas para diminuir o índice de aquisição da mesma, havendo também um trabalho multidisciplinar voltado não só para as lesões, mas aos fatores que contribuem para o seu desenvolvimento.

Dentre os desafios encontrados refiro a autorização da enfermeira responsável técnica para a vivência na unidade, e a autorização do familiar no qual encontrava-se em um momento triste e preocupante devido ao estado de doença de um ente querido.

Que todo profissional da saúde tenha conhecimento claro e crítico da importância da prevenção das lesões por pressão e sobre os agravos e riscos gerados mediante a ocorrência dessas lesões.

3.2 Auto avaliação da aluna Denice Bernadina Passos Ribeiro

Frente ao objetivo proposto na vivência para elaboração desse portfólio, foi possível observar e adquirir conhecimentos na prática da atuação do enfermeiro diante de um paciente que necessita de cuidados diários, visto que o mesmo encontra-se vulnerável a distúrbios psicológicos, devido ao impacto que a lesão causou, diante de sua situação real de saúde.

Perceber a evolução da lesão após as intervenções compatíveis, me fez admirar e valorizar ainda mais a profissão, confirmando a vontade de seguir na área da estomaterapia, este foi um dos fatores positivos do trabalho.

Minha visão negativa, foi o fato de ainda não possuir profissionais dispostos e ou habilitados ao acompanhamento e avaliação devida das lesões, demonstrando que uma intervenção tardia, pode agravar um quadro simples.

Levarei para minha vida profissional o trabalho holístico, humanizado e interdisciplinar, visto que o tratamento de lesões, por mais simples que pareça, necessita desta abordagem conjunta.

A humanização realizada durante o tratamento trás dignidade e conforto àqueles que se encontram em momentos de desespero e necessidades perante a uma patologia, proporcionando assim, um cuidado eficaz em todos os seus aspectos.

3.3 Auto avaliação da aluna Jéssica de Assis Abreu

Com esta proposta de trabalho e o tema escolhido para a vivência, conhecimento e admiração são as melhores palavras para definir.

Vivenciei o câncer com minha mãe durante doze anos e com este portfólio pude estender mais o conhecimento com outros pacientes que estão passando por esta mesma situação.

Senti dificuldades para realizar este portfólio porque primeiro eu precisei abrir mão de muitas coisas para cuidar da minha mãe, principalmente em 2017, onde ela apresentou piora e segundo porque em 2019 eu resolvi dar continuidade ao portfólio após sua morte.

Experiências novas foram vividas a todo instante. Observei momentos maravilhosos como o apoio e dedicação de familiares até momentos tristes de cuidados paliativos a morte.

Esta vivência me fez perceber o verdadeiro valor de um enfermeiro e a importância da sua orientação e apoio para que o paciente não se sinta sozinho e sem direção.

Apesar do momento em que estou passando, foi gratificante toda a experiência e aprendizado que eu obtive nesses últimos anos.

3.4 Auto avaliação da aluna Suzy Aparecida Canestri

O período da vivência foi muito proveitoso, adquiri conhecimentos e aprendizado que serão de extrema importância em minha carreira profissional.

Fui bem recebida pela equipe, que não mediu esforços para me auxiliar, com os pacientes então fiquei encantada com cada um, a relação paciente e profissional é de muito respeito e carinho, o que se faz necessário para atingir os objetivos.

No decorrer do tratamento encontramos desafios em todos os momentos, saber avaliar um paciente, conhecer os instrumentais, escolher a cobertura ideal, a decepção quando esta irrita a pele aumentando ainda mais a lesão, nos idosos a dificuldade em realizar os cuidados em domicílio, falta de transporte, orientações nutricionais específicas para cada paciente é de extrema necessidade para a recuperação do paciente.

4 CONCLUSÃO

Através de nossas vivências conseguimos correlacionar a teoria vista durante o curso com a prática diária da enfermagem, dando início assim, à nossa vida profissional na área em que escolhemos.

Chegar neste período do curso nos traz vários sentimentos à tona, é um misto de felicidades e incertezas sobre como serão às coisas na próxima etapa que iremos iniciar. Porém é incrível percebermos como crescemos no período da graduação, quantas amizades e laços fortes criamos, quanto conhecimento adquirimos.

Cada paciente nos tocou de alguma forma e fazem parte da nossa trajetória, através deste portfólio trouxemos um pouco da experiência que tivemos nestes anos. Compartilhamos nossa experiência e também nos enriquecemos com mais conhecimento.

Podemos olhar para traz e ver que os cinco anos de dedicação e esforços valeram a pena e que todas as dificuldades nos fizeram crescer, hoje nos formamos pessoas diferentes da que ingressaram no curso de Enfermagem, e cada pessoa que passou pela nossa vida tem um papel importante.

Agora novas portas irão se abrir, nos sentimos preparados para os desafios, e impactar positivamente na vida das pessoas é um presente, aqui aprendemos que a Enfermagem é muito ampla, que além da ciência, ela traz auto confiança, dignidade, e acima de tudo nos trouxe amor e realização.

Neste contexto, concluímos que foi de suma importância realizar as vivências e a elaboração deste portfólio, pois conseguimos correlacionar o referencial teórico com as atividades que desenvolvemos durante esta etapa, e agregamos também conhecimentos referentes às atividades de cada um dos componentes do grupo, atingindo nossos objetivos pessoais, profissionais e acadêmicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, A.K.; LICHTMAN, A.H.; PILLAI, S. **Imunologia Celular e Molecular**. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

ABREU, A.M.; RENAUD, B.G.; OLIVEIRA, O. Atendimento a pacientes com feridas crônicas nas salas de curativo das policlínicas de saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v.15, n.2, p.42-49, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/5673-12057-1-SM.pdf> Acesso em: 20 jul.2019. Acesso em: 27 jul. 2019.

ALMEIDA, C.L.S. de; MARCON, S.S.; MATSUDA, L.M.; KANTORSKI, L.P.; PAIVA, B.S.R.; SALES, C.A. Operação de um serviço hospitalar de cuidados paliativos: uma avaliação de quarta geração. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.72, n.2, mar./abr., 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0848>. Acesso em: 27 jul.2019.

ALMEIDA, I.S.; MAIA, L.F.S. Atuações do enfermeiro na prevenção de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. **RECIEN – Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, p.13, 2015. Disponível em: <https://docss.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/viewFile/90/157>. Acesso em: 21 nov. 2017.

ALMEIDA, W.A., FERREIRA, A.M.; IVO, M. L.; et al. Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com feridas complexas crônicas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v.10, n.1, p.9-16, jan./mar., 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v11.9-16> Acesso em: 20 jul.2019.

ALVES, R.S.F.; CUNHA, E.C.N.; MELO, M.O. Cuidados Paliativos: Alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.39, jul., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100130&lang=pt. Acesso em: 27 jul.2019.

ANDRADE, C.P.; DUARTE, S.M.R.P.D. Atuação da equipe multiprofissional ao portador de ferida crônica hospitalizado. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v.7, n.4, p.34-42, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13490/16210> Acesso em: 20 jul. 2019.

PEREIRA, et al. Prevenção de lesão por pressão e uso de colchão pneumático versus colchão piramidal em unidade de terapia intensiva. **Enfermagem Brasil**. N.18, p.291-295. 2019. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2449/pdf> .Acesso em: 21 ago 2019.

ARAÚJO, J.S.; ZAGO, M.M.F. Masculinidades de sobreviventes de câncer de próstata: uma metassíntese qualitativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.72, n.1, Jan./Feb., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100231&lang=pt. Acesso em 24 jul. 2019.

ARON, S.; GAMBA, M.A. P reparo do Leito da Ferida e a História do TIME. **ESTOMA. Revista da Sociedade Brasileira de Estomaterapia**, São Paulo, v. 7, n. 4, 2009. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/264> Acesso em: 20 ago. 2019.

ASCARI, R.R.; VELOSO, J.; SILVA, O.M. da; KESSLER, M.; JACOBY, A.M.; SCHAWAAB, G. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, BJSCR, Chapecó, Santa Catarina, p.11-16, mar./mai., 2014. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf. Acesso em: 18 out. 2017.

BARBOSA, T.P.; BECCARIA, L. M.; POLETTI, N.A.A. Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.353-358, 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a10.pdf> Acesso em: 21 ago. 2019.

BARROS, M. DE F. A. et al. Impacto de intervenção fisioterapêutica na prevenção do pé diabético. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 4, p. 747-757, out./dez., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n4/a07v25n4.pdf> Acesso em: 20 ago. 2019.

BAZILIO, I.L.D.; CASTRO, A.F.L.; OLIVEIRA, A.H.O.; CARVALHO, J.D. de S.; OLIVEIRA, J.M. de; VASCONCELOS, W.M.de A.L. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes hepatopatas com ascite. **RSC - Revista Saúde & Ciência Online**, v.5, n.2, p.42-54, 2016. Disponível em: <http://150.165.111.246/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCEG/article/view/365/244> Acesso em: 27 jul. 2019.

BACKES, M.T.S.; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A.; BACKES, D.S. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Revista enfermagem Ana Nery**. Rio de Janeiro, V.16, n.4, 2012. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=805. Acesso em: 22 abr 2019.

BEZERRA, H. de S.; MELO, T.F.V de; BARBOSA, J.V.; FEITOSA, E.M.L.C.; SOUZA, L.C.M. Avaliação do acesso em mamografias no Brasil e indicadores socioeconômicos: um estudo espacial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.39, n.22, out., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100457&lang=pt. Acesso em: 25 jul. 2019.

BITTENCOURT, P.L.; ZOLINGER, C.C.; COELHO, E.S. de M. **Manual de Cuidados Intensivos em Hepatologia**. São Paulo: Manole, 2014. 532p. Disponível em:

http://sbhepatologia.org.br/wp-content/uploads/2017/10/Manual_Cuidados_Intensivos_em_hepatologia.pdf. Acesso em: 27 jul.2019.

BORGES, E. L; SAAR, S. R. C.; LIMA, V. L. A. N; GOMES, F. S. L. G.; MAGALHÃES, M. B. B. **Feridas: como tratar**. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

BORGHARDT, A.; PRADO, T.N. do; BICUDO, S.D.S.; CASTRO, D.S. de; BRINGUETE, M.E. de O. Úlcera por pressão em paciente críticos: incidência e fatores associados. **REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem**, Vitória-ES, v.69, n.3, p.461, mai., 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267046071007>. Acesso em: 18 out. 2017.

BOTTONI, A. et. al. Papel da nutrição na cicatrização. **Ciências em Saúde**, v.1, n.1, 2011. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/56076938/papel-da-nutricao-na-cicatrizacao-artigo-de-revisao> Acesso em: 21 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ações e Programas**.2013. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar>. Acesso em 29/07/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer: sintomas, causas, tipos e tratamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer>. Acesso em: 21 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529**, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Parágrafo 2, Art.4º. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudeleis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.htm. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Problemas devidos à hospitalização**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/assuntos-especiais/cuidados-hospitalares/problemas-devidos-%C3%A0-hospitaliza%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 07 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf. Acesso em: 21 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Tratamento e Controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**: Série Cuidados Paliativos, 2009. 24p. Disponível em: http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf. Acesso em: 21 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília-DF, 2014. 42p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 14 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente: estado de arte e perspectivas**. Brasília-DF, 2013. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/2.c%20-%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20PNSP%20-%20setembro_2013.pdf Acesso em: 14 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3432**, de 12 de agosto de 1988. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Brasília – DF, 1988. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html Acesso em: 14 ago. 2019.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de cuidados de feridas**. Florianópolis, 2008. 28p. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf Acesso em: 21 nov. 2017.

BORGES, E. L. **Feridas**: como tratar. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R.L.; TORRE, L.A.; JEMAL, A. Estatísticas globais sobre câncer 2018: estimativas do Globocan de incidência e mortalidade. **International Agency for Research on Cancer**, 2018. Disponível em: <https://www.iarc.fr/news-events/global-cancer-statistic-2018-globocan-estimates-of-incidence-and-mortality-worldwide-for-36-cancers-in185-countries/> Acesso em: 22 ago.2019.

BRASIL. Secretaria de estado de saúde. **Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP)**. Governo do distrito federal. Brasília-DF. 2018. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.-Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP.pdf>. Acesso: 10 jun 2019.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Protocolo de assistência aos portadores de feridas**. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Belo Horizonte-BH, 2006. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/curativos.pdf>. Acesso em: 21 ago 2019.

BRASIL. Prefeitura municipal de São Paulo. **Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético**. São Paulo-SP, 2010. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Ilha_das_Flores/Feridas_MT1_v1.pdf. Acesso em: 21 ago 2017.

BRITO, C.K.D.; NOTTINGHAM, I.C.; VICTOR, J.F.; FEITOZA, S.M. de S.; SILVA, M.G. da; AMARAL, H.E.G. do. Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo. **REVENE – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n.3, p.470-480, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/3415-Documento%20principal-6396-1-10-20160628.pdf> Acesso em: 03 set. 2019.

BRUM, M. L. B. et al. Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com feridas como instrumento para autonomia profissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 1, p. 50–57, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15177> Acesso em: 20 ago.2019.

BURANELLO, M.C.; MEIRELLES, M.C.C.C.; WALSH, I.A.P. de; PEREIRA, G.de A.; CASTRO, S.S.de. Prática de exames de rastreio para Câncer de mama e fatores associados – Inquérito de saúde da mulher em Uberaba, MG, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, Aug., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802661&lang=pt. Acesso em: 25 jul.2019.

BVS APS. Qual a melhor forma de realizar curativos de úlcera varicosa em um paciente que em essa ferida em membro inferior esquerdo há 40 anos? **Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária à Saúde**. RS, 2009. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-a-melhor-forma-de-realizar-curativos-de-ulcera-varicosa-em-um-paciente-que-tem-essa-ferida-em-membro-inferior-esquerdo-ha-40-anos/> Acesso em: 22 nov. 2017.

CADÓ, T.; ZANON, D.; VIEIRA, G.; SKUPIEN, J.; FRIGO, L.F. **Úlcera por Pressão** – Abordagem Interdisciplinar na Atenção Básica: uma revisão bibliográfica. Fórum de Fisioterapia – Unifra. 2016. Disponível em: <https://docplayer.com.br/2120048-Ulcera-por-pressao-abordagem-interdisciplinar-na-atencao-basica-uma-revisao-bibliografica.html> Acesso em: 21 nov. 2017.

CALIRI, M.H.L.; SANTOS, V.L.C. de G.; MANDELBAUM, M.H.S.; COSTA, I.G. **Classificação das Lesões por Pressão** – Consenso NPUAP 2016: Adaptada culturalmente para o Brasil. SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia, SOBENDE – Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia, 2016. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35> Acesso em: 15 nov. 2017.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Curativos**. 1.ed. SUS, 2016. 25p. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/2016/Manual_de_Curativos_2016.pdf Acesso em: 22 nov. 2017.

CARNEIRO, C.M.; SOUZA, F.B.; GAMA, F.N. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária a saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, v.3, n.2, nov./dez., 2010. Disponível em: http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/03-tratamento-de-ferias-assistencia-de-enfermagem.pdf Acesso em: 21 ago.2019.

CARVALHO, D.P.; TOSO, B.R.G. de O.; VIERA, C.S.; GARANHANI, M.L.; RODRIGUES, R.M.; RIBEIRO, L. De F.C. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, .2, p.450-458, abr./jun., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00450.pdf Acesso em: 21 ago. 2019.

CARVALHO, D.V.; GOMES, F.S.L.; CARMO, D.J.A.C. do; BATISTA, J.A.; VIANA, M.N. Planimetria como método para mensuração de feridas. **REME – Revista**

Mineira de Enfermagem, v.10, n.4, p.425-428, out./dez., 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/v10n4a18.pdf> Acesso em: 21 ago. 2019.

CASTANHEL, F.D.; LIBERALI, R.Redução do estresse baseado em mindfulness sobre os sintomas do câncer de mama: revisão sistemática e metanálise. **Einstein**, São Paulo, v.16, n.4, Dec., 2018. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000400400&lang=pt. Acesso em: 25 jul.2019.

CASTRO, D. L. V. de; SANTOS, V. L. C. DE G. Controle do odor de feridas com metronidazol: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 858–863, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0858.pdf Acesso em: 21 ago.2019.

COMAR, S.R.; SCHULZ, T.; MACHADO, N. de A.; FRANÇA, F. da S.; HAAS, P. Análise citológica do líquido peritoneal. **Research Gate - Estudos de Biologia**, v.32/33, n.76-81, p.73-79, jan./dez., 2011. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/estudosdebiologia/article/view/22869/21973> Acesso em: 26 jul.2019.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 5905/2007**, de 12 de junho de 1973. Dispõe sobre a responsabilidade por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Brasília, 1973. 21p. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html Acesso em: 22 nov. 2017.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº570**, de 13 de março de 2018. Revogada pela Resolução 577/2018. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0570-2018_61172.html. Acesso em: 05 set.2019.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Anexo da Resolução COFEN 0567/2018**, de 07 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre o Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com ferida. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html Acesso em: 03 set. 2019.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº568**, de 29 de Janeiro de 2018. Dispõe sobre o regulamento dos consultórios e centros de Enfermagem, Brasília, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Resolu%C3%A7%C3%A3o-568-2018-ANEXO-CONSULT%C3%93RIOS-E-CL%C3%8DNICAS-DE-ENFERMAGEM.pdf> Acesso em: 02 ago.2019.

CORRÊA, R.U.; SILVA, T.M.; ANTECHER, K.N.; SIMÕES, G.B.; XAVIER, I.R.A.; FERREIRA, M.M. **A importância da prescrição de enfermagem para um cuidar sistematizado**.2016. Disponível em: <http://trabalhos.congrega.urcamp.edu.br/index.php/mic/article/view/1313>. Acesso: 14 ago 2018.

CRUZ, J.D.A.; CARMO, A. de F.S.; CRUZ, N.M.; MOURA, L. A.; LUBARINO, D. de A.; BRITO, R. K. M. Prevenção de úlceras por pressão e segurança do paciente: percepções de enfermeiros em Terapia Intensiva. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v.15, n.28, p.62-66, jan./jun., 2015. Disponível em:

<file:///C:/Users/Luiz/Downloads/3906-Texto%20do%20artigo-19624-1-10-20150817.pdf> Acesso em: 21 nov. 2017.

CRUZ, L.A.P. da; PRADO, M.A.E.; FERREIRA, S.M.A.; PANOBIANO, M.S.; GOZZO, T. de O.; ALMEIDA, A.M. de. Ocorrência de seroma pós-mastectomia e o cuidado com o dreno aspirativo no domicílio. **Revista de Enfermagem**, UFPE, Pernambuco, v.11, n.1, p.179-187, jan., 2017. Disponível

em:<http://www.periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11892/14359>. Acesso em: 26 jul.2019.

DANSKI, M. T. R.; LIEDKE, D.C.F.; VAYEGO, S.A.; PONTES, L.; LIND,J.; JOHANN, D.A.Tecnologia Bota De Unna Na Cicatrização Da Úlcera Varicosa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p.1–9, 2016. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48803> Acesso em: 21 ago. 2019.

DINIZ, S.M.O.S.; SOBRINHO, G.K.M.; OLIVEIRA, R.W.; VIANA, K.R.P.J.;NERI, F.S. **Prevalência de Úlcera Por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva em Hospitais Públicos**.2017.Disponível em:

[file:///C:/Users/dayan/Downloads/5804-21995-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/dayan/Downloads/5804-21995-1-PB%20(3).pdf). Acesso em: 22 ago 2019.

DUIM, E.; SÁ, F.H.C de; DUARTE, Y.A. de O.; OLIVEIRA, R. de C.B. de; LEBRÃO, M.L. Prevalência e características das feridas em pessoas idosas residentes na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, p. 51–57, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0051.pdf> Acesso em: 22 ago.2019.

EBERHARDT, T.D.; KESSLER, M.; SOARES, R.S. de A.; LIMA, S.B.S.; FONSECA, G.G.P. da; RODRIGUES, L.R. Mensuração de feridas: revisão da literatura. **Ciência & saúde**, v.8, n.2, p.79-84, mai./ago., 2015. Disponível em:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/19947-88203-2-PB.pdf> Acesso em: 22 ago. 2019.

EUSÉBIO, C.P.; CORREIA, S.; SILVA, F.; ALMEIDA, M.; PEDROSO, S.; MARTINS, L.S.; DIAIS, L.; QUEIRÓS, J.; PESSEGUIERO, H.; VISCAÍNO, R.; HENRIQUES, A.C.Ascite refratária e disfunção do enxerto no transplante renal precoce. **Brazilian Journal of Nephrology**, Mar., 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002019005012102&lang=ptAcesso em: 27 jul. 2019.

EVANGELISTA, V.C.; DOMINGOS, T.S.; SIQUEIRA, F.P.C.; BRAGA, E.M. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2016, v.69, n. 6. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1099.pdf>. Acesso em: 21 abr 2019.

EVANGELISTA, D. G.; MAGALHÃES, E.R.M.; MORETÃO, D.I.C.; STIVAL, M.M.; LIMA, L.R. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. **RECOM - Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 2, p. 254–263, 2012. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/15> Acesso em: 23 ago.2019.

EVANGELISTA, V.C.; DOMINGOS, T.S.; SIQUEIRA, F.P.C.; BRAGA, E.M. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.6, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1099.pdf> . Acesso em: 07 abr 2019.

FARIA, G. B. G. de; PRADO, T.N. do; LIMA, E. de F.A.; ROGENSKI, M.B.; BORGHARDT, A.T.; MASSARONI, L. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre o cuidado com feridas. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. 12, p. 4532–4539, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ecc0/6562651510a8206962454be5c90f3f9246af.pdf> Acesso em: 24 ago.2019.

FAVRETO, F.J. L.; BETIOLLI, S.E.; SILVA, F.B.; CAMPA, A. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. **REVISTA GESTÃO & SAÚDE**. 2017. V.17, p. 37-47. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/filea2aa9e889071e2802a49296ce895310b.pdf> Acesso em: 15 jun 2019.

FARIA, N.G.F.; PERES, H.H.C. Análise da produção científica sobre documentações fotográficas de feridas em enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p.704-711, jun., 2017. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a31.htm>. Acesso em: 22 ago.2019.

FERNANDES, N.C.S.; TORRES, G.V.; VIEIRA, D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de enfermagem**, Rio Grande do Norte, Natal-RN, v.10, n.3, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a19.pdf>. Acesso em: 11 jan 2019.

FERREIRA, A.M.; ANDRADE, D. de; ALMEIDA, M.T.G. De; CUNHA, K.C.; RIGOTTI, M. A. Colchões do tipo caixa de ovo: um reservatório de *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.1, p.161-166, mar., 2011. Disponível em: https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3585/art_ANDRADE_Colchoes_do_tipo_caixa_de_ovo_um_2011.pdf?sequence=1 Acesso em: 20 ago. 2019.

FERREIRA, A. M.; RIGOTTI, M.A.; PENA, S.B.; PAULA, D. da S.; RAMOS, I.B.; SASAKI, V.D.M. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, UFRJ, Rio de Janeiro, v. 17, p. 211–219, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728367002.pdf> Acesso em: 25 ago. 2019.

FERREIRA, A.M.; BORGAMIL, D.D.D.; TORMENA, P.C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arquivos em Ciências e Saúde**, v.15, n.3, p.105-109, jul./set., 2008. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

FERREIRA, J. D. L. **Estado nutricional e risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos institucionalizados**. 2015. 109p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde). Centro de Ciência da Saúde da Universidade federal da Paraíba, Paraíba, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7599/2/arquivototal.pdf> Acesso em: 21 nov. 2017.

FERREIRA, J.D.L.; AGUIAR, E.S.S. de; LIMA, C.L.J. de; BRITO, K.K.G. de; COSTA, M.M.L.; SOARES, M.J.G.O. Ações preventivas para Úlcera por Pressão em idosos com declínio funcional de mobilidade física no âmbito domiciliar. **ESTIMA – Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia**, v.14, n.1, p.36-42, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Luiz/Downloads/118-32-1-PB.pdf> Acesso em: 21 nov. 2017.

FERREIRA, M.de L. da S.M.; MUTRO, M.E.; CONDE, C.R.; MARIN, M.J.S.; MENEGUIN, S. Ser cuidador de familiar com câncer. **Ciência y Enfermería**, Concepción, v.54, Sept., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=arttext&pid=50717-95532018000100206>. Acesso em: 27 jul. 2019.

FIRPO, R.; SERIAOPI, R. **A importância da mudança de decúbito**. São Paulo: Lar Sant’Ana Cuidados Sênior, 2016. Disponível em: <http://larsantana.com.br/a-importancia-da-mudanca-de-decubito/> Acesso em: 21 nov. 2017.

FORTUNATO, J.G.S.; FURTADO, M.S.; HIRABAE, L.F. de A.; OLIVEIRA, J.A. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, jul./set., 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/user/register> Acesso em 03 ago. 2019.

FRANCO, D., GONÇALVES, L.F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.35, n.3, p.203-206, jun., 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912008000300013>. Acesso em: 21 ago.2019.

GARCIA, M.A.; RUEDA, J. PEDROZA-DIAZ, J. Prostatasomes: busca de biomarcadores para detecção precoce do câncer de próstata. **Tecnológicas**, Medellín, v.22, n.4, Jan./Apr., 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-77992019000100131&lang=pt. Acesso em: 23 jul. 2019.

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos**: Enfoque multiprofissional. São Paulo: Riedel, 2016.

GREGHI, E. DE F. M.; PASCON, M. D. Conhecimento dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 inseridos no Programa de Saúde ao Adulto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 18, n. 4, p. 204–209, 2016.

Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/23746> Acesso em: 25 ago. 2019.

GOMES, F.S.L.; BASTOS, M.A.R.; MATOZINHOS, F.P.; TEMPONI, H.R.; MELÉNDEZ, G.V. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.313-318, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a01.pdf> Acesso em: 04 ago. 2019.

GONÇALVES, N.P.; UEMURA, H. Colchão d'água e colchão de alpiste na prevenção de escaras de decúbito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.37, n.3-4, p.290-292, dez., 1984. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671984000400019 Acesso em: 20 ago. 2019.

GONÇALVES, C.O **banho no leito e os cuidados com o paciente acamado**. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/o-banho-no-leito-e-os-cuidados-com-o-paciente-acamado/>. Acesso em: 12 ago 2019.

HESS, C.T. **Tratamento de Feridas e Úlceras**. Rio de Janeiro: Reichamann& Afonso, 2002.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L. M. Custos de coberturas para a prevenção de úlcera por pressão sacral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.69, n.4, p. 641-645, jul./ago., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0641.pdf> Acesso em: 15 nov. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer – abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 128p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer de mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 20 jul. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica**. Rio de Janeiro, 2015. 186p. Disponível em: https://www.sbno.com.br/UploadsDoc/consensonacional-de-nutricao-oncologica-2-edicao_2015_completo.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2018. Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2017. 130p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O que é câncer?** Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: www.inca.gov.br/o-que-e-cancer. Acesso em: 20 jul. 2019.

ISAAC, C.; LADEIRA, P.; RÊGO, F.; ALDUNATE, J.; FERREIRA, M. Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 3-4, p. 125-131, dez., 2010. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/revistadc/citationstylelanguage/get/associacao-brasileira-de-normas-tecnicas?submissionId=46294> Acesso em: 22 ago. 2019.

IZIDORO, L.C. de R.; SOARES, G.B.; VIEIRA, T. de C.; ORLANDI, F. de S.; POLIDO JÚNIOR, A.; ALMEIDA, L.M. de. Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores psicossociais após prostatectomia radical. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.32, n.2, Jan./Feb., 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200169&lang=pt. Acesso em: 23 jul. 2019.

LAMÃO, L.L.C.; QUINTÃO, V.A.; NUNES, C.R. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão. **Revista Científica Interdisciplinar**, v.1, n.1, p.124, 2016. Disponível em:

<http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/10>
Acesso em: 17 nov. 2017.

LEAL, E.C.; CARVALHO, E. Cicatrização de feridas: fisiológico e patológico, **Revista Portuguesa de Diabetes**, v.9, n. 3, p.133-143, 2014. Disponível em:

<http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/10/RPD-Vol-9-n%C2%BA-3-Setembro-2014-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-133-143.pdf> Acesso em: 23 ago. 2019.

LEMONS, R.C.A; JORGE, L.L.R; ALMEIDA, L.S; CASTRO, A.C. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Rev. Eletrônica de enfermagem**. V.12, p. 354. 2010. Disponível em :<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a20.htm>. Acesso em: 06 set 2019.

LIMA, A.C.; GUERRA, D.M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Revista Ciência e saúde coletiva**, v.16, n.1, Rio de Janeiro-RJ, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100029. Acesso: 29 ago 2019.

LIMA, A.F.C.; CASTILHO, V. Mobilização corporal para prevenção de úlceras por pressão: custo direto com pessoal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.68, n.5, p.930-936, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000500930&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 17 nov. 2017.

LIMA, L.do E.S.; SANTANA, M.E. de; CORREA JUNIOR, A.J.S.; VASCONCELOS, E.V. Juntos resistimos, separados caímos: vivência de familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista Online de Pesquisa**, v.11, n.4, p.931-936, jul./set., 2019. Disponível

em:<http://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1005745>. Acesso em: 22 jul. 2019.

LIRA, A. L. B. de C.; SÁ, J. D. de; NOGUEIRA, I. L. A.; MEDEIROS, M. D. C. de; FERNANDES, M. I. da C. D.; VITOR, A. F. Integridade da pele em idosos: revisão da

literatura segundo as cartas de promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, UFPR, Paraná, v.17, n.4, p.768, 2012. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140514_1907412.pdf Acesso em: 21 no. 2017.

LOPES, M.; NASCIMENTO, L.C.; ZAGO, M.M.F. Paradoxo da vida entre sobreviventes de câncer de bexiga e tratamentos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.50, n.2, Mar./Apr., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200224&lang=pt. Acesso em: 25 jul.2019.

MACHADO, F. S.; COSTA, A.E.K. da; PISSAIA, L.F.; BESCHORNER, C.E.; MORESCHI, C. Perspectiva do enfermeiro frente à assistência no tratamento de feridas em ambiente hospitalar. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Catarina, v.7, n.3, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8920> Acesso em: 25 ago.2019.

MALAGUTTI, W,; KAKIHARA,T.C. **Curativos, estomia e dermatologia: Uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2014.

MANDELBAUM, S.H.; DI SANTIS E.P.; MANDELBAUM, M.H.S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n.5, p.525-542, set./out., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v78n5/17546.pdf>. Acesso em: 23 ago.2019.

MARCHIORE, A. C.; ALVES, A. de C.; LEITE, E. M. de P.; MOREIRA, L. R.; OLIVEIRA, M. R. de S.J. de; SANT'ANA, V. M.; MORITA, A. B. P. da S.; PAULA, M. A. B. de. Utilização das escalas de Avaliação de Risco para úlcera por pressão em Unidades de Terapia Intensiva de São Paulo. **ESTIMA – Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia**, v.13, n.2, 2015. <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/104> Acesso em: 03 set. 2019.

MATOS, A.G. **Protocolo de Enfermagem: Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Rio de Janeiro: Hemorio, 2010. 21p. Disponível em: http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/Protocolo_ulcera.pdf Acesso em: 03 set. 2019.

MATOZINHO, F.P.;MELENDEZ, G.V.; TIENSOLI, S.D.; MOREIRA, A.D.; GOMES, F.S.L. Fatores associados à incidência de úlcera por pressão durante a internação hospitalar. *Revista Escola de enfermagem USP*, São Paulo-SP, 2017, V.51. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03223.pdf. Acesso em: 29 ago 2019.

MARTINS, E. A. P.; MENEGHIN, P. Avaliação de três técnicas de limpeza do sítio cirúrgico infectado utilizando soro fisiológico. **Ciência Cuidado e Saúde**, São Paulo, p.204-210, 2012. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/citations?user=yru5AAAAAJ&hl=pt-BR> Acesso em: 03 set. 2019.

MARTINS, E. S. R.; CERATTI, J. C.; MARTINS, F.S.; PEREIRA, A. D. A.; SILVA, A.P.T.; BOECK, C.R.; SILVA, S.C. da. Efeito da ação dos ácidos graxos na pele sadia por biometria cutânea. **Enfermagem Atual**, Santa Maria, RS, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Downloads/303-Texto%20do%20artigo-659-1-10-20190505.pdf> Acesso em: 17 nov. 2017.

MELLO, R. D. F. DE A.; PIRES, M. L. E.; KEDE, J. Ficha de avaliação clínica de membros inferiores para prevenção do pé diabético **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, UFRJ, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 899-913, jul./set., 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754116035.pdf> Acesso em: 13 jul. 2019.

MESQUITA, D.A.K.; QUEIROZ, E.F.; OLIVEIRA, M.A.de; CUNHA, C.M.Q.da; MAIA, F.M.; CORREA, R.V.A. A velha técnica em um novo estilo: desenvolvendo habilidades processuais em paracentesis em um modelo de simulador de baixo custo. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v.55, n.4, Oct./Dec., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032018002400375&lang=pt Acesso em: 28 jul.2019.

MIGOWSKI, A.; SILVA, G.A.; DIAS, M.B.K.; DIZ, M.D.P.E.; SANT'ANA, D.R.; NADANOVSKY, P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, jun., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000600502&lang=pt Acesso em: 25 jul. 2019.

MORAES, J.T.; BORGES, E.L.; LISBOA, C.R.; CORDEIRO, D.C.O.; ROSA, E.G.; ROCHA, N.A. 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, p.2292-2306, mai./ago., 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423>. Acesso em: 21 nov. 2017.

MORENO-GONZÁLES, M.M.M.; GALARZA-TEJADA, S.M.; TEJADA-TAYABAS, L.M. Experiências de cuidado familiar durante o câncer de mama: uma perspectiva de dois cuidadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.53, ago., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100469&lang=pt Acesso em: 28 jul. 2019.

MOTA, D. R.; RIBEIRO, M. B. Qualidade de vida em portadores de lesão medular com úlceras por pressão. **Enfermeria Global**, v.15, n.42, p.22-30, abr., 2016. Disponível em: http://scielo.iscii.es/pdf/eg/v15n42/pt_clinica2.pdf. Acesso em: 03 set. 2019.

MVS MANUAL. Confusão e declínio mental devido à hospitalização. **Versão Saúde da família**. 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/assuntos-especiais/cuidados-hospitalares/confus%C3%A3o-e-decl%C3%ADnio-mental-devido-%C3%A0-hospitaliza%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 25 set 2019.

NARDONI, N. Úlcera por pressão ou lesão por pressão? **Enfermeiro Aprendiz**, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0182.pdf Acesso em: 21 nov. 2017.

OLIVEIRA NETO, M.; PEREIRA, M. da S.; PINTO, M.A.H.; AGOSTINHO, L.M.; REINALDO JUNIOR, F.E.; HISSA, M.N. Avaliação do autocuidado para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés em um centro de referência em diabetes mellitus. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 3, p. 265-271, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1092> Acesso em: 20 jul. 2019.

OLIVEIRA, A.C.; ROCHA, D.M.; BEZERRA, S.M.; ANDRADE, E.M.; SANTOS, A.M.; NOGUEIRA, L.T. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.32, n.2, p.194-201, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200194 Acesso em: 23 ago. 2019.

OLIVEIRA, A. dos S.; BOTELHO, S.R.; AJEJE, L. B.; ARANTES, S. A.; COLOGNA, H.Y.T Impacto da implementação do indicador incidência de úlcera por pressão em Centro de terapia Intensiva. **Qualidade HC**, Ribeirão Preto, n.3, dez., 2012. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/103/103.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2017.

OLIVEIRA, A. F. de; et al. Estimativa do custo de tratar o pé diabético, como prevenir e economizar recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1663–1671, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000601663&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 13 jul.2019.

OLIVEIRA, E; SANTOS, L.G,S.; ALMEIDA, K.S.M. Ações de enfermagem na prevenção das úlceras por pressão em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Digital. Buenos Aires**. N.193. v.19. jun 2014. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd193/acoes-na-prevencao-das-ulceras-por-pressao.htm>. Acesso em: 24 mar 2019.

OLIVEIRA, F.P.; OLIVEIRA, B.G.R.B. de; SANTANA, R. F.; SILVA, B. de P.; CANDIDO, J. de S.C. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em paciente com feridas: mapeamento cruzado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.37, n.2, mai., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200410 Acesso em: 22 nov. 2017.

OLIVEIRA, S.G.; QUINTANA, A.M.; BUDÓ, M. De L.D.; KRUSE, H.L.; BEUTER, M. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n.3, p. 591-599, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a14.pdf> Acesso em: 23 ago. 2019.

PASSADOURO, R.; SOUSA, A.; SANTOS, C.; COSTA, H.; CRAVERO, I. Características e Prevalência em Cuidados de Saúde Primários das Feridas

Crônicas. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**, v. 74, n. 1, p.45-51, jan./mar.,2016. Disponível em:

<https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/514> Acesso em: 27 ago.2019.

PACHÁ, H.H.P.; FARIA, J.I.L.; OLIVEIRA, K.A.; BECCARIA, L.M. Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de caso-controle. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n.6, Brasília-DF, 2018. Disponível em :

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000603027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 ago 2019.

PATRICK, A.L.; NELSON, J.B.; WEISSFELD, J.J.; DHIR, R.; PHILLIPS, R.J.; ZMUDA, J.M.; BUNKER, C.H. Rastreamento do Câncer da Próstata em Homens de Origem Africana: Resultados de 15 Anos do Inquérito ao Câncer da Próstata de Tobago. **West Indian Medical Journal**, Mona, v.67, n.4, oct./dec., 2018. Disponível em: https://westindies.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442018000400334&lang=pt Acesso em: 23 jul. 2019.

PIANO, S.; TONON, M.; ANGELI, P. Ascite e insuficiência renal. **Recenti Progressi in Medicina**, Roma, v.107, n.7, p.369-377, 2016. Disponível em:

http://www.recentiprogressi.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=2318&id=24930 Acesso em: 27 jul. 2019.

PINHEIRO, L. da S.; BORGES, E. L.; DONOSO, M. T. V. Uso de hidrocolóide e alginato de cálcio no tratamento de lesões cutâneas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 760–770, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/18.pdf> Acesso em: 28 ago. 2019.

PINHEIRO, L.S.; BORGES, E.L.; DONOSO, M.T.V. Uso de hidrocolóide e alginato de cálcio no tratamento de lesões cutâneas. **REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.5, p.760-770, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/18.pdf> Acesso em: 23 ago. 2019.

PINHO, C, M.; CORREIA, R.N.; VALENÇA, M.P.; CAVALCANTI, A.T. de A.; GOMES, E.T. Uso do colchão pneumático na redução de úlceras por pressão: eficácia e percepções da enfermagem. **Revista de Enfermagem Online**, UFPE, Pernambuco, v.8, n.8, 2014. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9978/10320>

Acesso em: 18 out 2017.

PINTO, A. A. M; BRITO, H. H. A. S.P. **Uso da escala de Braden e sua aplicação na atenção primária na prevenção de lesão por pressão**. Assis, SP. 2015.

Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqPics/1511370492P675.pdf>.

Acesso em: 17 nov.2017.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Atuação do profissional da saúde no serviço de home care**. Disponível em:

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/aatuacao-do-profissional-da-saude-no-servico-de-home-care/4455>. Acesso em 27 ago. 2019.

PORTAL EDUCAÇÃO. **O que é home care e como funcionam seus métodos de curativos.** Disponível em:

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/o-que-e-home-care-e-como-funcionam-seus-metodos-de-curativos/49375>. Acesso em: 27 ago. 2019.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Fases do serviço de enfermagem em home care.** Disponível em:

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/fases-do-servico-de-enfermagem-em-home-care/44306>. Acesso em: 09 set. 2019.

POTT, F. S.; RIBAS, J.D.; SILVA, O.B.M. da; SOUZA, T.S. de; DANSKI, M.T.R.; MARINELI, M.J. Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. **Cogitare Enfermagem**, UFPR, Paraná, v.18, n.2, p.239, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26085> Acesso em: 17 nov. 2017.

PRADO, A. R. de A.; BARRETO, V.P.M.; TONINI, T.; SILVA, A.S.da; MACHADO, W.C.A. O Saber do Enfermeiro na Indicação de Coberturas no Cuidado ao Cliente com Feridas. **Estima**, v. 14, n. 4, p. 175–182, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/lvana/Downloads/430-308-1-PB.pdf> Acesso em: 26 jul. 2019.

QUEIROZ, T.C.N.; LOPES, J.R.B.; GAZZINELLI, B.F.; PÍPOLO, F.; OLIVEIRA, A.P.P. de; FAGUNDES, E.D.T.; FERREIRA, A.R.; URBANO, R. Diagnóstico e manejo da ascite secundária à cirrose em pediatria. **Ver. Med. Minas Gerais**, v.26, n.6, p.52-59, 2016. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/gastroped/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/Diagnostico-e-manejo-da-ascite-24-01-2017.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

QUIRINO, D.E.; FAUSTINO, A.M.; FREITAS, R.O.; OLIVEIRA, A.B.; MEDVED, I.V. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Úlcera por Pressão em Unidade de Internação Clínica. **REVISTA ESTIMA**, São Paulo-SP, v.12, n.4, 2014. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/99>. Acesso: 11 ago 2019.

QUIRINO, D.E.S.; FAUSTINO, A.M.; FREITAS, R.O.; OLIVEIRA, A.B.; MEDVED, I.V. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Úlcera por Pressão em Unidade de Internação Clínica. **Rev Estima**, v.12, n.4, 2014. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/99>. Acesso em: 12 ago 2019.

REIS, D. B. dos; PERES, G.A.; ZUFFI, F.B.; FERREIRA, L.A.; DAL POGGETTO, M.T. Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 101–106, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/582> Acesso em: 28 jul. 2019.

REIS, V. Desbridamento. **Enfermagem Funcional**, 2015. Disponível em: <http://enfermagemfuncional.blogspot.com.br/2015/04/desbridamento.html>. Acesso em: 21 nov.2017.

RIBEIRO, A.G.; SARDENBERG, L.M.; SARDENBERG, J.A.G.N. **Tratamento de Feridas**. Goiânia: AB, 2004.

RIBEIRO, G.S.; CAMPOS, C.S.; ANJOS, A.C.Y. dos. Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. **Revista Online de Pesquisa**, UFRJ, Rio de Janeiro, v.11, n.4, 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6667/pdf_1 Acesso em: 20 ago. 2019.

ROCHA, A. C. A.; CARNEIRO, F. A. D. S.; SOUZA, M. S. DE. Tratamento domiciliar de feridas crônicas: Relato de experiência da extensão na prática do cuidar. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 2, p. 20–30, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/354> Acesso em 19 jul. 2019.

ROCHA, A. de J.M.; LEMOS, G.B.F.de; RIBEIRO, R.T.S.K. Fototerapia Pós-Mastectomia: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Salvador, Bahia, v.65, n.1, p.1-7, 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/347/230>. Acesso em: 26 jul. 2019.

ROCHA, I.C.; AMARAL, V.A.; BERNARDES, L.S.; BARBOZA, M.C.N.; ALMEIDA, O.A.E. Pessoas com feridas e as características de sua lesão cutaneomucosa. **Journal of Nursing and Health**, v.3, n.1, p.3-15, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3507> Acesso em: 25 ago. 2019.

ROCHA, L. E. S.; RUAS, E. de F.G.; SANTOS, J.A.D.; LIMA, C de A.; CARNEIRO, J.A.; COSTA, F.M. da. Prevenção de úlceras por pressão: avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, UFPR, Paraná, v.20, n.3, p.596-604, jul./set., 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4836/483647680020.pdf> . Acesso em: 17 nov.2017.

SAATKAMP, F. **Cuidados de enfermagem na prevenção às úlceras por pressão (UP's) em pacientes hospitalizados**. 2012. 52p. Monografia (Graduação em Enfermagem) - UNIVATES, Lajeado, 2012. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/412/1/FernandaSaatkamp.pdf> . Acesso em: 14 nov.2017.

SAKAMOTO, R. Prevenção de Úlcera por pressão: 9º Passo para a Segurança do Paciente. **Enfermeira Aprendiz**, 2016. Disponível em: <http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/prevencao-de-ulcera-por-pressao-9o-passo-para-a-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 22 nov.2017.

SALVETTI, M. de G.; COSTA, I.K.F.; DANTAS, D.V.; FREITAS, C.C.S. de; VASCONCELOS, Q.L.D. de A.Q. de; TORRES, G. de V. Prevalence of pain and associated factors in venous ulcer patients. **Revista Dor**, v. 15, n. 1, p. 17–20, jan./mar., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n1/en_1806-0013-rdor-15-01-0017.pdf Acesso em: 15 jul. 2019.

SANTOS, É. I. dos; OLIVEIRA, J.G.A.D. de; RAMOS, R. de S.; SILVA, A.C.S.S. da; BELÉM, L. dos S.; SILVA, A.L. da. Facilidades e Dificuldades à Autonomia Profissional de Enfermeiros no Cuidado de Pessoas com Feridas: Estudo de Representações Sociais. **Estima**, v. 15, n. 1, p. 3–9, 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9351/24a1f0fe99e339a1e482288695ccf596cb1f.pdf> Acesso em: 19 jul. 2019.

SANTOS, I. C. R. V.; SOUZA, M.A. de O.; ANDRADE, L.N.V. de; LOPES, M.P.; BARROS e SILVA, M.F.A. de; SANTIAGO, R. T. Characterization of care for patients with wounds in Primary Care. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, UFCE, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 613–620, jul./ago., 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324032212008.pdf> Acesso em: 28 jul. 2019.

SANTOS, J. B. dos; PORTO, S.G.; SUZUKI, L.M.; SOSTIZZO, L. da R. Z.; ANTONIAZZI, J.L.; ECHER, I.C. **Avaliação e tratamento de feridas**: orientações aos profissionais de saúde. Hospital das Clínicas, Porto Alegre, RS, 2011. 44p. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34755/000790228.pdf>. Acesso em: 22 de nov.2017.

SANTOS, R.O.M. dos; RAMOS, D.N.; ASSIS, M. de. Construção compartilhada de material educativo sobre câncer de próstata. **Revista pan-americana de Salud Publica**, v.42, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e122/pt>. Acesso em: 24 jul. 2019.

SEIDEL, A. C.; MANGOLIM, A.S.; ROSSETTI, L.P.; GOMES, J.R.; MIRANDA JUNIOR, F. Prevalência de insuficiência venosa superficial dos membros inferiores em pacientes obesos e não obesos. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 10, n. 2, p. 124–130, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n2/a06v10n2.pdf> Acesso em: 28 jul. 2019.

SELLMER, D. et al. Sistema Especialista Para Apoiar a Decisão Na Terapia Tópica De Úlceras Venosas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 124–162, jun., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200020 Acesso em: 30 jul. 2019.

SILVA, A. C. de O.; RODRIGUES FILHO, E. De S.; SOUSA, G.R. da S.; SILVA, J.F. dos S.; ARAUJO, C.M. dos S. As principais coberturas utilizadas pelo enfermeiro. **Revista Uningá**, Maringá-PR, v. 53, n. 2, jan., 2018. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1426>. Acesso em: 01 set. 2019.

SILVA, A.L. M. et al. A utilização da escala de braden como instrumento preditivo para prevenção de lesão por pressão. **Revista Direito em Foco**. v.1, 2019. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/01/001_A_UTILIZA%C3%87%C3%83O_DA_ESCALA_DE_BRADEN.pdf. Acesso em: 12 set 2019.

SILVA, A.T et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. Ver. Saúde debate. Rio de Janeiro-RJ, v.40, n.111, p. 293,

2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0292.pdf>. Acesso em 01 ago 2019.

SILVA, D. C. da; BUDÓ, M. de L.D.; SCHIMITH, M.D.; ECCO, L.; COSTA, I.K.F.; TORRES, G. de V. et al. Experiências construídas no processo de viver com a úlcera venosa. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 13–19, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37784> Acesso em: 21 ago.2019.

SILVA, D.C.; SANTOS, J.L.G.; GUERRA, S.T.; BARRIOS, S.G.; PRCHNOW, A.G. O trabalho do enfermeiro no serviço de internação domiciliar: visão dos familiares cuidadores. **Ciências Cuidados e Saúde**, v.9, n.3, p.471-478, jul./set., 2010a. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/20de/a5bc73b79bdeea9095c469763f787f99c463.pdf> Acesso em: 26 ago. 2019.

SILVA, E. W. do N. L. e.; ARAUJO, R. A. de; OLIVEIRA, E.C. de; FALCÃO, V.T.F.L. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.22, n.2, p.175-185, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a12v22n2>. Acesso em: 21 nov.2017.

SILVA, I. dos S. Políticas de controle do câncer de mama no Brasil: quais são os próximos passos? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, jun., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000600201&lang=pt. Acesso em: 26 jul. 2019.

SILVA, K. C. C da; RAMOS, T. M.; LAINSECK, F. G.T.; RODRIGUES, L.H.N.; MUNIZ, C.F.; BARCELOS, V.M. Incidência de úlceras de pressão no hospital regional de Gurupi-TO. **Revista Cereus**, UnirG, Gurupi, TO, v. 8, n. 1, p.182-199, jan./abr., 2016. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/1016>. Acesso em: 17 nov.2017.

SILVA, L.G. da; MOREIRA, M.C. Grau de complexidade dos cuidados de enfermagem: readmissões hospitalares de pessoas com câncer de mama. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.39, Oct., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100458&lang=pt. Acesso em: 25 jul. 2019.

SILVA, M. H. da; JESUS, M.C.P.; OLIVEIRA, D.M.; MERIGHI, M.A.B. Bota de Unna: vivência do cuidado por pessoas com úlcera varicosa. **REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], v. 70, n.2, p.349-356, 2017. Disponível em: Acesso em: 29 jul. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0349.pdf Acesso em: 01 ago. 2019.

SILVA, M.J.S.da; BERGMANN, A.; SIQUEIRA, A. de S.E.; CASADO, L.; ZAMBONI, M.M. Influência das Iniquidades Sociais e dos Cuidados de Saúde na Incidência e Mortalidade por Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Salvador, Bahia, v.64, n.4, p.459-460, 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/211/125>. Acesso em: 25 jul. 2019.

SILVA, P.D.L. da; FERREIRA, P.C.F.; BELTRAME, O.C.; NARDIM, J.M.; ROCHA, J.C.C. da; OLIVEIRA, L.C. de. Presença de câncer em familiares de primeiro e segundo grau, em mulheres com e sem câncer. In: EVINCI. EVENTO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA. Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro: UniBrasil, 2017, v.3, n.1. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisevinci/article/view/3718> Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, P, L, N. da; RUAS, P.R.; SOARES, L.M.; ROCHA, G.G. da. Escala de Braden: instrumento de avaliação do risco para desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes do serviço de terapia intensiva. **Revista Digital**, Buenos Aires, n.188, 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd188/escala-de-braden-ulceras-por-pressao.htm> Acesso em: 18 out.2017.

SILVA, R. da; AMANTE, L. N. Tratamento de uma ferida traumática : relato de caso clínico. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, v. 10, n. 8, p. 3042–3050, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/6545/5721b8ca613aef76565019b7bb781f539fda.pdf> Acesso em: 01 ago. 2019.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A. de; MEIRELES, I.B. **Feridas: Fundamentos e Atualizações em Enfermagem**. 3.ed., São Paulo: Yendis, 2011.

SILVEIRA, I. A.; OLIVEIRA, B.G.R.B. de; OLIVEIRA, A.P. de; ANDRADE, N.I.C. Padrão da dor de pacientes com úlceras de perna. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, v. 11, n. 2, p. 617 624, fev., 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30517&indexSearch=ID> Acesso em: 01 ago. 2019.

SIQUEIRA, A. S.; SANTOS, N. A. dos; MELO, J. M. Importância da Cobertura Ideal e Técnicas Assépticas no Tratamento da Úlcera por Pressão. **Ensaio e Ciências: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v.19, n.3, p. 124-129, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26042169005.pdf>. Acesso em: 17 nov.2017.

SMANIOTTO, P.H.S.; FERREIRA, M.C.; ISAAC, C.; GALLI, R. Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas, **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v.27, n.4, p.623-626, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752012000400026&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 27 ago.2019.

SOARES, R.S. de A; LIMA, S.B.S. de; EBERHARDT, T.; KESSLER, M.; FONSECA, G. Protocolos de prevenção e tratamento de úlceras por pressão: análise da produção brasileira. **Saúde**, Santa Maria, RS, p.63-72, jul., 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Thais_Eberhardt/publication/305484672_PROTOCOLS_OF_PRESSURE_ULCERS_analysis_of_Brazilian_production/links/57e4313c08ae9e8425a25556/PROTOCOLS-OF-PRESSURE-ULCERS-analysis-of-Brazilian-production.pdf. Acesso em: 22 nov. 2017.

SONOBE, H.M.; RAVENA, R.S.; MORENO, F.S.; BUETTO, L.S.; OLIVEIRA, M.S. de. Assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com câncer de bexiga. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v.34, n.2, p.159-169, 2016. Disponível em: <http://www.bdpi.usp.br/item/002853627>. Acesso em: 20 ago. 2019.

SOUZA, A. C.; PEREIRA, K. C.; GAMA, F. N. O processo de cuidar: profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento da úlcera por pressão. **Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste-MG, v.3, n.1, jul./ago., 2010. Disponível em: <https://www.unileste.edu.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/01-o-processo-cuidar-profissionais-enfermagem.pdf> Acesso em: 20 jul. 2019.

SOUZA, N.H.A. de; FALCÃO, L.M.N.; NOUR, G.F.A.; BRITO, J.O.; CASTRO, M.M.; OLIVEIRA, M.S. Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste brasileiro. **S.A.NA.AR.E. Revista de Políticas Públicas**, Sobral, Ceará, v.16, n.2, 2017. Disponível em: <http://www.sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1179>. Acesso em: 25 jul.2019.

SOUZA, C. A; SANTOS, I; SILVA, L. D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. bras. Enferm.** Brasília vol.59 no.3. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300006. Acesso em: 11 jan 2019.

SOUZA, N.R. et al. Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa. **Rev. ESTIMA**. V. 15, n.4, p.229-239. 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/442/pdf> . Acesso em: 06 mar 2019.

SOUZA, T. S. de; DANSKI, M.T.R.; JOHAN, D.A.; LAZZARI, L. S. M. de; MINGORANCE, P. Prevenção de úlceras por pressão no calcanhar com filme transparente de poliuretano. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n.4, p. 345-352, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400008 Acesso em: 17 nov. 2017.

SOKEM, J.A.S.; BERGAMASCHI, F.P.R.; WATANABE, E.A.M.T. **Guia educativo para o cuidado ao cliente adulto com lesão por pressão e dermatite associada à incontinência**. Mato Grosso do Sul. 2018. Disponível em: http://www.sobest.org.br/arquivos/Guia_ebook.pdf. Acesso em: 21 jan 2019.

SQUIZZATTO, R. H. et al. Perfil dos usuários atendidos em ambulatório de cuidado com feridas. **Revista Cogitare**, UFPR, Paraná, v. 22, n. 1, p. 1–9, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48472> Acesso em: 02 ago. 2019.

STÜBE, M.; CRUZ, C.T.; BENETTI, E.R.R.; GOMES, J.S.; STUMM, E.M.F. Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2015, v.19, n.3, p.704-710. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1033>. Acesso: 11 ago 2019.

TAETS, G.G.C.; FIGUEIREDO, N.M.A. Uma pesquisa quase experimental em enfermagem sobre dor em pacientes em coma. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro-RJ, 2016, v.69, n.5.p.927. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267047824016.pdf> . Acesso em: 29 ago 2019.

TAZIMA, M. DE F. G. S.; VICENTE, Y. A. De M. V. A.; MORIYA, T. Biologia da Ferida e Cicatrização. **Medicina On Line**, USP, Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 259-264, set., 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/271> Acesso em: 28 ago. 2019.

TEIXEIRA, A.F.O. **Mudanças de decúbito em paciente crítico em ventilação mecânica invasiva: uma revisão integrativa de literatura**. Manaus-AM, 2017. Disponível em: https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/236/12-MudanYas_de_decYbito_em_paciente_crYtico_em_ventilaYYo_mecYnica_invasiva_uma_revisYo_integrativa_de_literatura.pdf. Acesso em: 27 fev 2019.

TOMASINO, F.; MONTEIRO, C.; PALMA, L.; TAVARES, L. Dietary water seems to improve skin hydration without influencing hemodynamics. **Biomed Biopharm Research**, v. 10, n.1, p. 43–54, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Downloads/Dietary_water_seems_to_improve_skin_hydration_with.pdf Acesso em: 02 ago. 2019.

TOMAZELLI, J.G.; GIRIANELLI, V.R.; SIOLVA, G.A. Mujeres rastreadas para câncer de mama: seguimiento a través de los sistemas de informaciones em salud, Brasil, 2010-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.27, n.3, Sep./2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000300308&lang=pt. Acesso em: 25 jul. 2019.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo Humano** – Fundamentos de Anatomia e Fisiologia. 10.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo Humano** - Fundamentos de Anatomia e Fisiologia. 10.ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

THULER, S.R.; DANTAS, S.R.P.E. **Úlceras por pressão: Prevenção e Tratamento**. Um guia rápido da Coloplast, São Paulo, 2013. 15p. Disponível em: https://www.coloplast.com.br/Global/Brasil/Wound/CPWSC_Guia_PU_A5_d7.pdf Acesso em: 21 nov. 2017.

VARGENS, O.M. da C.; BRASIL, T. de A.; CARDOZO, I.R.; SILVA, C.M. Mulheres jovens com câncer de mama: lutando contra o câncer e o espelho. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/109/57>. Acesso em: 25 jul. 2019.

VIEIRA, C.P. de B.; OLIVEIRA, E.W.F. de; RIBEIRO, M.G.C.; LUZ, M.H.B.A.; ARAUJO, O.D. Ações preventivas em úlceras por pressão realizadas por enfermeiros na atenção básica. **Revista de pesquisa Cuidados é Fundamental Online**, v.8, n.2, p.4447-4459, 2016. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4617/pdf_1898 . Acesso em: 14 ago. 2019.

VISENTIN, A.; MANTOVANI, M. de F.; KALINKE, L.P.; BOLLER, S.; SARQUIS, L.M.M. Terapia paliativa em adultos com câncer: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v,71, n.2, mar./abr., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200252&lang=pt Acesso em: 28 jul. 2019.

VOLKMER, C.; SANTOS, E.K.A. dos; ERDMANN, A.L.; SPERANDIO, F.F.; BACKES, M.T.S.; HONORIO, G.J. da S. Reconstrução da mama na perspectiva de mulheres submetidas à mastectomia: uma meta-etnografia. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.28, July, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100503&lang=pt. Acesso em: 25 jul. 2019.

WIDMAN, M. A. P.; ROCHA, S.C.; CORREA, J.L.; BRISCHILIARI, A.; MARCON, S.S. Cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.4, p.691-699, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf> Acesso em: 28 ago. 2019.

YOSHIMUCHI, L.T.B.; SANTOS, M.A. dos; LOYOLA, E.C.A. de; MAGALHÃES, P.A.P. de; PANOBIANCO, M.S. A experiência dos parceiros de mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.52, n.1, nov., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100455&lang=pt. Acesso em: 25 jul. 2019.