

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO**  
**GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE**

**CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**FATORES DE RISCO E CONDIÇÕES PREDISPONETES PARA**  
**ÚLCERA POR PRESSÃO: INTERFACES COM O CUIDADO DE**  
**ENFERMAGEM**

**STEFFANY ROSA DE ANDRADE**

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> LAHIR CHAVES DIAS**

**PORTO ALEGRE**

**2016**

STEFFANY ROSA DE ANDRADE

**FATORES DE RISCO E CONDIÇÕES PREDISPOENTES PARA  
ÚLCERA POR PRESSÃO: INTERFACES COM O CUIDADO DE  
ENFERMAGEM**

Relatório apresentado como pré-requisito de conclusão do curso Técnico em Enfermagem do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde-Escola GHC.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Lahir Chaves Dias

PORTO ALEGRE  
2016

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente, ao meu namorado André Martins, pela paciência e ajuda durante o curso, a minha sogra Maria Eronita, por passar seus conhecimentos e no auxílio financeiro do início até o final. Também agradeço aos meus colegas e principalmente minha colega e eterna amiga Greyce Campos, pela ajuda e companheirismo. Agradeço também meus professores pelo aprendizado e, principalmente, minha orientadora Lahir Chaves Dias.

Estes agradecimentos representam meu reconhecimento àqueles que, de forma direta ou indireta, ajudaram-me na realização dos estágios, na construção do trabalho de conclusão de curso, auxiliando-me a concluir a formação, etapa tão importante da minha vida.

A todos os meus familiares, amigos, colegas de trabalho, professores e colegas de aula, que torceram por mim e que, de alguma forma, contribuíram para a minha conquista, sou muito grata. O meu muito obrigado.

## RESUMO

Esse trabalho de conclusão é baseado na experiência ocorrida ao longo dos meus estágios, onde escolhi este tema pelo fato de a úlcera por pressão ser na maioria das vezes, vista unicamente como uma falha e até como negligência da equipe de enfermagem, sem ponderar que também existem fatores que predis põem determinados pacientes a este risco, que devem e podem ser minimizados, e também ressaltando que a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem dificulta que as medidas preventivas sejam adotadas plenamente, com a frequência recomendada. Propõe uma reflexão sobre a sobrecarga de trabalho na enfermagem e salienta a importância do planejamento das ações a fim de minimizar este problema. Para os pacientes no domicílio, a falta de informação sobre o tema pode prejudicar quem desenvolve a ferida e também quem cuida do paciente. O técnico em enfermagem, dentro das suas atribuições, deve orientar pacientes e familiares quando estes procuram qualquer serviço de saúde, esclarecendo dúvidas sobre prevenção e cuidados das feridas. Meu relato de vivência foi baseado no que observei durante esses semestres em que estive estagiando, observando o que estava acontecendo e o que o paciente demonstrava através de expressões faciais, verbais e corporais.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

HNSC – Hospital Nossa Senhora Conceição

MIE - Membro Inferior Esquerdo

SCP - Sistema de Classificação de Pacientes

UP – Úlcera por pressão

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 ÚLCERAS POR PRESSÃO.....</b>	<b>9</b>
2.1 FATORES QUE PREDISPÕEM A FORMAÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	9
2.2 MEDIDAS PREVENTIVAS.....	10
2.3 ESTÁGIOS DA ÚLCERA POR PRESSÃO.....	11
2.3.1 Estágio I.....	11
2.3.2 Estágio II.....	11
2.3.3 Estágio III.....	11
2.3.4 Estágio IV.....	12
<b>3 O PAPEL DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>13</b>
<b>4 RELATOS DE EXPERIÊNCIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este relatório é baseado na vivência obtida nos hospitais e unidades básicas do Grupo Hospitalar Conceição durante a formação do curso Técnico em Enfermagem, da Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), por onde estagiei em alguns setores.

O GHC é formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, além da UPA Moacyr Scliar, de 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Vinculado ao Ministério da Saúde, essa estrutura reconhecida nacionalmente forma a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento 100% SUS. Com uma oferta de 1.564 leitos, é responsável pela internação de 59,9 mil gaúchos por ano. (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. 2015).

Durante o período de estágio nos diferentes semestres, tive a oportunidade de observar úlceras por pressões desenvolvidas no âmbito hospitalar e úlceras em pacientes acamados no domicílio. Importante salientar que muitos cuidadores muitos cuidadores (isso inclui familiar, profissional que está acompanhando o paciente, ou qualquer pessoa que conviva com o mesmo) na maioria das vezes não possuem conhecimento em relação ao cuidado, a prevenção e ao desenvolvimento da úlcera por pressão.

O objetivo desse trabalho é descrever minha experiência sobre úlcera por pressão e refletir que estas nem sempre são ocasionadas por falha ou negligência dos profissionais de enfermagem e que, mesmo as que ocorrem em hospitais, existem fatores predisponentes que tornam alguns pacientes mais propensos a desenvolvê-las. Trago para reflexão ainda a sobrecarga de trabalho na enfermagem e como exercer todas as tarefas e prestar uma assistência adequada.

Escolhi este tema porque foi o que mais me chamou atenção por onde realizei os estágios, pelo grande número de casos, os diversos fatores envolvidos para o aparecimento deste tipo de úlcera, as diferentes faixas etárias e a qualidade de vida dessas pessoas. Também escolhi pela importância que tem a prevenção e a divulgação dos cuidados com esse tipo de lesão. Destaco que o papel do técnico em enfermagem para orientação destes pacientes e familiares é muito importante.

Consiste em auxiliar na prevenção e tratamento da lesão, agilizando a cicatrização e prevenindo a formação de novas úlceras. Os esclarecimentos de como as úlceras se formam e sobre a execução e cuidados com o curativo levam a ótimos resultados.

## 2 ÚLCERAS POR PRESSÃO

Úlcera por pressão pode ser definida como uma lesão de pele causada pela dificuldade de circulação sanguínea em determinada área, que se desenvolve por uma pressão aumentada por um tempo prolongado (SANVITTO; GUS; ZELMANOWICZ, 2016).

CreMASCO et al (2009, p. 902) traz um estudo cuja coleta prospectiva incluiu dados clínicos, analisando o índice de casos de Úlcera por Pressão (UP), utilizando escalas, como por exemplo, a Escala de Braden. A escala de Braden é composta de 6 subclasses que refletem o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento, onde demonstra que “a carga de trabalho não se associou à ocorrência de UP, mas foi identificada como preditora de risco para UP quando associada a gravidade do paciente” (CREMASCO et al, 2009, p. 902).

### 2.1 FATORES QUE PREDISPÕEM A FORMAÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Certas doenças como o diabetes, a doença cardíaca, a doença vascular periférica causam uma diminuição no fornecimento de sangue para a periferia, diminuindo a pressão capilar, provocando má nutrição dos tecidos. Frequentemente essas doenças modificam as características da pele, como a textura, umidade e turgor (Dealey, 1996).

A mobilidade/atividade reduzida, que pode estar também associada a alterações neurológicas, tais como paraplegia, hemiplegia, tetraplegia, acidente vascular cerebral (AVC), contribui para o desenvolvimento de úlceras de pressão. Ela diminui a capacidade do paciente em aliviar a pressão devido à habilidade diminuída para mudar e controlar a posição do corpo, o que aumenta a probabilidade de que ele esteja exposto à prolongada e intensa pressão e, subsequentemente, ao desenvolvimento de úlceras por pressão (Braden e Bergstrom, 1987).

Estudos têm indicado a má nutrição como um significativo fator no desenvolvimento de úlceras por pressão. A deficiência de proteínas e vitaminas

deixam os tecidos mais susceptíveis à integridade da pele prejudicada, quando expostos à pressão (Braden e Bergstrom, 1987; Bryant et al., 1992; Dealey, 1996).

Conhecendo estes fatores que predispõe a UP, estas condições devem ser controladas, dentro do possível, com o objetivo de diminuir os riscos de desenvolvimento das úlceras. Portanto o controle do diabetes, das doenças cardíacas, vasculopatias, nutrição e hidratação do paciente entre outras medidas, também auxiliam na prevenção e controle das UP.

## 2.2 MEDIDAS PREVENTIVAS

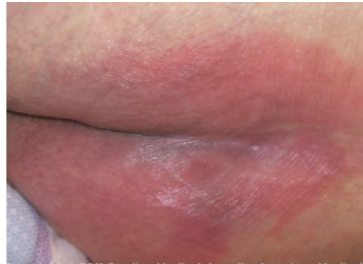
Existem medidas preventivas reconhecidas como importantes para facilitar a prevenção e o tratamento das UP. São indicadas para pacientes acamados, tanto no domicílio como hospitalizados. São elas: (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (HIAE). 2013):

- Manter pacientes de risco para UP em superfície de redistribuição de pressão;
- Os calcâneos devem ser mantidos livres de pressão, com o auxílio de um travesseiro na região posterior da perna, permitindo que os joelhos apresentem ligeira flexão;
- Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas para reduzir a pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo;
- Quando sentado, se o paciente não alcançar os pés no chão, apoiá-los com um banquinho ou apoio para os pés;
- Utilizar hidratantes nas peles secas;
- Massagear áreas de proeminência óssea;
- Proteger a pele de exposição de umidade.

## 2.3 ESTÁGIOS DA ÚLCERA POR PRESSÃO

### 2.3.1 Estágio I

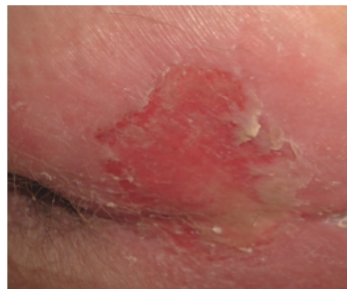
Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. (THULER; DANTAS, 2013)



Fonte: Thuler; Dantas, (2013).

### 2.3.2 Estágio II

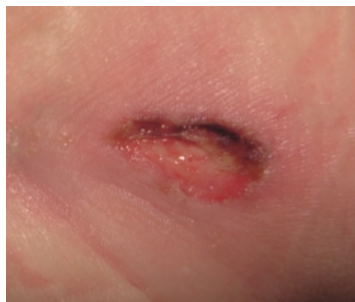
Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/ rompida. (THULER; DANTAS, 2013)



Fonte: Thuler; Dantas, (2013).

### 2.3.3 Estágio III

Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis. (THULER; DANTAS, 2013)



Fonte: Thuler; Dantas, (2013).

#### **2.3.4 Estágio IV**

Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis. (THULER; DANTAS, 2013)



Fonte: Thuler; Dantas, (2013).

### 3 O PAPEL DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem é a mais atuante junto aos pacientes acamados, uma vez que permanecem ao lado do paciente e de sua família tempo integral durante a hospitalização. Por esta razão, os profissionais de enfermagem são os principais responsáveis na prevenção do aparecimento dessas feridas. Porém, sabe-se que a atuação deve ser multiprofissional, pois a predisposição para o desenvolvimento das úlceras por pressão é multifatorial (GOULART, Fernanda Maria et al, 2015).

Os profissionais da área de saúde devem estar sensíveis, disponíveis e preparados para orientar a família e os cuidadores, sobre as formas de tratar e prevenir, levando em consideração os diferentes contextos no qual estão inseridos. O técnico em enfermagem tem um papel fundamental nesse processo de prevenção e promoção da saúde do indivíduo com UP, conforme MENEGON; BERCINI, 2016:

- Manter colchão piramidal;
- Implementar protocolo assistencial de prevenção de úlcera por pressão;
- Proteger proeminências ósseas;
- Sentar paciente na cadeira;
- Realizar mudança de decúbito;
- Estimular movimentação no leito;
- Proporcionar posição confortável ao paciente;
- Auxiliar na deambulação.

Como controle das condições que predispõe as UP também se salienta o controle do diabetes e dos sinais vitais conforme a prescrição médica, medidas de conforto na higiene do paciente como uso de cremes hidratantes, manter lençóis esticados sem rugas, auxílio na alimentação e hidratação.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a atuação do técnico de enfermagem em relação às feridas são:

- a) realizar curativo nas feridas em estágio I e II;
- b) Auxiliar o Enfermeiro nos curativos de feridas em estágio III e IV;
- c) realizar o curativo nas feridas em estágio III, quando delegado pelo Enfermeiro;
- d) orientar o paciente quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida;
- e) registrar no prontuário do paciente a característica da ferida, procedimentos executados, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer anormalidade, comunicando ao Enfermeiro as intercorrências;
- f) executar as ações prescritas pelo Enfermeiro;
- g) manter-se atualizado participando de programas de educação permanente. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

No que diz respeito à proporção de técnicos em enfermagem e pacientes é importante ressaltar que o dimensionamento da equipe de enfermagem tem por objetivo adequar o número de profissionais quantitativamente e qualitativamente ao tipo de clientela atendida no setor, conforme condições de gravidade do paciente e a dependência dos cuidados de enfermagem. A resolução do COFEN 293/2004 estabelece o número de paciente/técnico para cada classificação de risco e necessidade de atendimento. Para este dimensionamento o COFEN recomenda utilizar o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) para as 24 horas de cada unidade de internação, distribuídos por turno. Conforme o Art. 4º desta Resolução:

Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;
- 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

Este cálculo é bastante complexo e na prática, pelo que pode observar não ocorre uma proporção adequada de técnicos em enfermagem em muitas unidades de internação, onde se percebe uma carga de trabalho excessiva. Somado a isto também pode perceber com uma certa frequência funcionários com problemas de saúde que não comparecem ao trabalho, justificando através de atestados médicos, o que agrava ainda mais a sobrecarga dos que comparecem ao trabalho. Conseqüentemente estes funcionários sobrecarregados irão adoecer com maior frequência do que os demais, tornando este problema um círculo vicioso.

## 4 RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Durante os períodos de estágio em diferentes áreas de internação e não internação pude observar úlceras de pressão em diferentes fases e, cada caso que acompanhei tinha características próprias, desde o surgimento, evolução, até seu tratamento. Durante esses períodos de estágios procurei juntamente com o professor e os colegas, entender um pouco de cada ferida e procurar ao máximo um tratamento eficaz para o conforto e resolução da úlcera por pressão de cada paciente que participei da assistência.

Em algumas situações, percebi uma piora alarmante na evolução da úlcera, através do aspecto, coloração, diâmetro e profundidade e foi esta diferença na evolução e das peculiaridades dos pacientes que me despertou para a escolha deste tema.

### Vivência 1:

Paciente procura uma unidade de saúde, para realização de curativo por uma úlcera por pressão em Membro Inferior Esquerdo (MIE). Relata que o apoio da cadeira de rodas tinha provocado uma pressão, por não sentir muito bem a perna. Paciente apresenta deficiência mental, cuidado pelo irmão, que não possui conhecimento, nem de como surgiu a ferida da úlcera, nem dos cuidados necessários. Percebi que eram humildes, de baixo poder aquisitivo, moradores da vila onde está localizado o posto de saúde.

O paciente esteve internado em um hospital, mas foi liberado para ser acompanhado pela unidade de saúde. Profissionais do hospital entraram em contato com a unidade básica de saúde para encaminhar o caso do paciente e assim continuar o tratamento através desta unidade de saúde próxima de sua residência.

Já realizava acompanhamento pela unidade desde o início do tratamento e a úlcera envolvia todas as camadas da pele (Estágio IV). Duas semanas após, o médico avaliou e considerou que as bordas da ferida estavam se aproximando, mas com presença de rubor ao redor. Fiquei chocada com a complexidade da úlcera, pois consegui acompanhar um pouco o tratamento do paciente, onde observei parte do processo de cicatrização desta. Mas inicialmente fiquei um pouco incomodada com o odor da ferida. O paciente não referia qualquer incômodo com a ferida. Foi

muito bem orientado e cuidava bem da úlcera por pressão, o que foi visto pela evolução favorável da mesma.

#### Vivência 2:

Paciente acamada, em uma unidade de internação, com histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), emagrecida e desacompanhada. Os familiares quase não a visitavam e sua filha, quando aparecia no hospital, demonstrava irritabilidade por desejar realizar os cuidados com a paciente, mas não os executava com as técnicas adequadas e ficava sem paciência ao pedirmos licença para execução dos cuidados assistenciais.

Reinternada por deslocamento de gastrostomia apresentava marcas de feridas antigas em região sacra. No hospital, novas úlceras por pressão se desenvolveram, pois a paciente apresentava pele fina, sensível e com alergia pelo contato da pele com a fita adesiva. Apresentava pele avermelhada em calcâneos de ambos os pés (Estágio I), porém recebi a paciente com o curativo limpo nos calcâneos, fechado e com identificação. A paciente não relatava dor ou mesmo desconforto pelo fato de ter dificuldade na comunicação, mas permanecia alerta, respondendo somente aos estímulos dolorosos.

A paciente apresentava úlceras prévias, que não estavam bem cicatrizadas e no hospital com a intensificação do tratamento, foram evoluindo adequadamente.

#### Vivência 3:

Paciente paraplégico, internado em unidade de emergência, por motivo de queda da própria cadeira de rodas, suspeitando de fratura no fêmur, com histórico de úlceras por pressão anteriormente em região sacra. Pela paraplegia não tem sensibilidade da pressão nos tecidos lesionados e não percebe a formação da mesma. Percebe apenas quando consegue visualizar a lesão de pele. Algumas úlceras prévias estavam bem cicatrizadas, porém já se detectava a presença de novas úlceras se formando na região sacra (Estágio I).

O paciente relata que ele mesmo realiza os cuidados com a úlcera, desde a etapa da limpeza até o curativo. Pelo fato de não conseguir visualizá-las adequadamente, o cuidado não era tão efetivo e, portanto, mais demorado para obter o resultado esperado.

Paciente relata que é casado e que prefere que ele mesmo realize os procedimentos em casa, como o curativo da ferida e o esvaziamento vesical. Percebi que sentia-se envergonhado por estarmos cuidando dele, mas não rejeitou o auxílio. Não referia constrangimento pela presença da ferida, o que pode ocorrer com alguns pacientes. Fiquei surpresa por dois fatores: primeiro, devido ao diâmetro e a profundidade da úlcera que era surpreendentemente grande (Estágio IV), e segundo, pela habilidade do paciente de fazer tudo sozinho, não sei se por vergonha da esposa ou por querer mostrar que não precisa de cuidado de terceiros.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência de estágio que tive nos campos de atuação do início do curso até o último dia me ensinou muitas coisas, não só conhecimentos técnicos, mas muita aprendizagem para minha vida profissional e pessoal. O que me chamou a atenção foi a forma como podemos em uma simples ação evitar algo que possa prejudicar a pessoa que está sob nosso cuidado: planejando o que fazer no momento certo para agir, executando o procedimento corretamente.

Aprendi que as coisas possuem seu tempo de evolução, como para cada tipo de lesão necessita-se de mais ou menos tempo de cuidado de enfermagem, mais tempo para o tratamento, mais material investido naquele paciente.

O objetivo do meu trabalho foi enfatizar que o surgimento da úlcera por pressão não é necessariamente falha da equipe de enfermagem, sendo que muitas vezes o paciente já vem de seu domicílio com a lesão. Mesmo quando internado, existem fatores que o predispõem ao surgimento das UP e estes fatores devem ser controlados para minimizar o risco de formação destas úlceras. É importante ressaltar ainda que, a sobrecarga de trabalho, bastante comum na enfermagem também dificulta que as ações de prevenção sejam executadas com a periodicidade recomendada, deixando assim alguns pacientes mais expostos ao risco de formação de úlceras por pressão.

No entanto a sobrecarga de trabalho não é justificativa para que se deixe de realizar suas atribuições, mas torna mais importante o planejamento das ações de enfermagem, a fim de otimizar o tempo conforme as condições de trabalho, sem prejudicar o paciente.

Conclui que a informação e a atualização para os profissionais de enfermagem sobre úlcera por pressão, sua prevenção e tratamento em pacientes acamados, é fundamental para se obter a excelência no cuidado.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual para elaboração de relatório técnico científico**. Porto Alegre: Hospital Nossa da Conceição, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Quem somos?** 2015. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>>. Acesso em: 15 dez. 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 293/2004**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004\\_4329.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html)>. Acesso em: 14 fev. 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 0501/2015**. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. 2015. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015\\_36999.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html)>. Acesso em: 29 jan. 2016.
- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (HIAE). **Úlcera por pressão: prevenção**. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000000628SxCGAS.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2016.
- CREMASCO, M. F. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. Especial - 70 Anos, p. 897-902, 2009.
- GOULART, Fernanda Maria et al. **Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura**. 2016. Disponível em: <<http://faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/PrevencaoDeUlcera.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2016.
- MENEGON, Dóris Baratz; BERCINI, Rossana Rosa. **Cuidado de enfermagem na prevenção e no tratamento de úlcera de pressão**. 2016. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA844AH/ulcera-pressao>>. Acesso em: 29 jan. 2016.
- SANVITTO, Gilberto; GUS, Pedro; ZELMANOWICZ, Rolf Udo. **Úlceras de pressão**. 2016. Disponível em: <<https://www.abcdasaude.com.br/enfermagem/ulceras-de-pressao>>. Acesso em: 05 fev. 2016.
- THULER, Suely Rodrigues; DANTAS, Sônia Regina Pérez Evangelista. **Úlceras por pressão: prevenção e tratamento: um guia rápido da Coloplast**. 2013. Disponível em: <[http://www.coloplast.com.br/Global/Brasil/Wound/CPWSC\\_Guia\\_PU\\_A5\\_d7.pdf](http://www.coloplast.com.br/Global/Brasil/Wound/CPWSC_Guia_PU_A5_d7.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2015.