

# LESÃO POR PRESSÃO

CARTILHA DE ORIENTAÇÕES SOBRE  
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE  
LESÃO POR PRESSÃO.



ENFERMAGEM



**Revisão Pedagógica:**  
Débora Carvalho Bernardino  
de Oliveira

**Revisão Ortográfica:**  
Gilcélia Cristina de Magalhães  
Bastos

**Capa:**  
Johnattan Willian

**Editor:**  
Johnattan Willian

**Designer:**  
Johnattan Willian

---

**Organizadores:**

Mestranda em Enfermagem  
Lívia Bertasso Araújo Portugal

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Bárbara Pompeu  
Christovam

---

**Apoio e Parceria:**



## APRESENTAÇÃO

Esta cartilha traz conceitos e informações técnicas com a finalidade de orientar as ações de gerência quanto ao cuidado realizadas pelos enfermeiros aos pacientes portadores de lesão por pressão.

Nesta cartilha, abordamos o assunto, de forma clara e com uma linguagem simples, para auxiliar a prevenção e o tratamento das lesões por pressão.

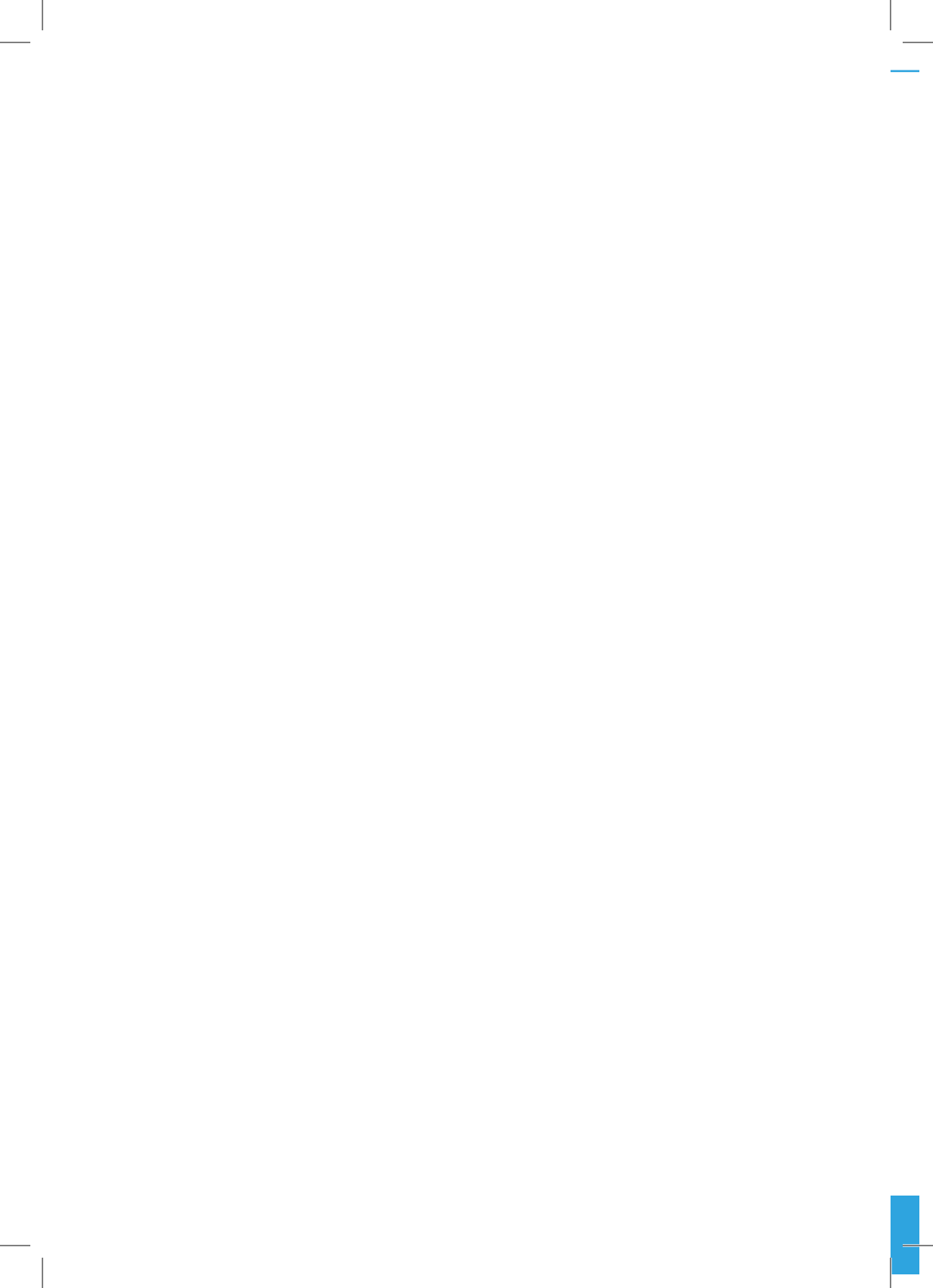






# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO LESÃO POR PRESSÃO.....	7
FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO.....	8
IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO.....	10
CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO.....	12
PREVENÇÃO.....	13
FLUXOGRAMA DE PREVENÇÃO.....	14
ETAPAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO.....	15
AVALIAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO.....	16
REALIZAÇÃO DO CURATIVO.....	21
DESTRIDAMENTO.....	23
COBERTURAS INDICADAS.....	24
OS CRITÉRIOS PARA UM CURATIVO IDEAL.....	25
REGISTRO DA LESÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27



# LESÃO POR PRESSÃO

Segundo American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP):

*“Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou de outro artefato.*

*A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento.*

*A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição” (NPUAP, 2016).*

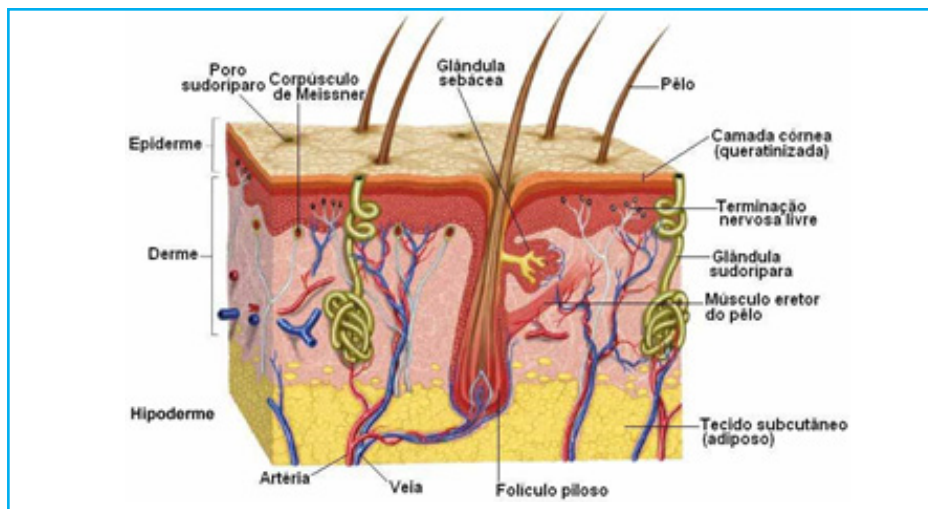


Figura 1: Estrutura da pele - Fonte: Sardo P, et al.,2015



## FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

### Fatores Extrínsecos

#### **Pressão contínua:**

Quando em área de lesão ou proeminência óssea ocorre pressão excessiva ou contínua, a irrigação sanguínea torna-se prejudicada, dificultando a irrigação no local da lesão.

#### **Cisalhamento:**

Ocorre quando o paciente desliza na cama; o esqueleto e os tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele das nádegas permanece imóvel. Um dos piores hábitos é o de apoiar as costas na cabeceira da cama, pois favorece o deslizamento, causando dobras na pele.

#### **Fricção:**

Ocorre quando duas superfícies são esfregadas uma contra a outra. A causa mais comum é “arrastar” o paciente em vez invés de levantá-lo. A umidade piora os efeitos da fricção.

#### **Umidade:**

É importante diminuir a exposição da pele à umidade excessiva, para que não haja rompimento da epiderme (Stuque AG, et al. 2017).



## Fatores Intrínsecos

### **Idade Avançada:**

O idoso é mais suscetível às lesões e ao retardo das fases de cicatrização devido à deficiência nutricional, ao comprometimento imunológico, circulatório e respiratório, ao ressecamento da pele e à fragilidade capilar. Outras características da idade que aumentam à suscetibilidade às lesões são a produção de vitamina D, a resposta inflamatória, a síntese de colágeno, a angiogênese, a dificuldade de cicatrização e a diminuição da espessura da derme.

### **Doenças concomitantes:**

Hipertensão Arterial Severa (HAS), Diabetes Mellitus (DM), hepatopatias, nefropatias, problemas vasculares e neoplasias. Essas doenças retardam ou impedem a evolução do processo de cicatrização.

### **Condições nutricionais:**

São os nutrientes que fornecem o substrato necessário para o organismo realizar o processo reconstrutivo e para fazer frente às infecções. A deficiência de alguns nutrientes compromete diretamente o processo cicatricial. O paciente deve ser acompanhado com exames laboratoriais e dados antropométricos.

### **Drogas sistêmicas:**

Corticoides, agentes citotóxicos (quimioterápicos), penicilina, anti-inflamatórios entre outras inibem o processo de cicatrização. Medicamentos psicoativos causam sonolência podendo aumentar a imobilidade do paciente.

### **Mobilidade reduzida ou ausente:**

Pacientes com diminuição da capacidade de mudar de posição de forma independente devem ter a pressão local aliviada pela mudança de decúbito (Stuque AG, et al. 2017).



## IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO

### Identificação do Paciente em Risco

O paciente em risco de desenvolver lesão por pressão é identificado pelo enfermeiro utilizando 5 fatores escolhidos por enfermeiros da internação e denominados **“5 is”** (Cruz DM, 2015).



Figura 2 - “5 is”: Fatores escolhidos para a Identificação do Cliente em Risco de Desenvolvimento de Lesão por Pressão.

## Avaliação de Risco para Lesão por Pressão

A Escala de BRADEN é um instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão.

Esta escala apresenta uma sensibilidade maior e é mais específica, oferecendo maior eficiência na avaliação. A avaliação inicial deve ser na ADMISSÃO DO PACIENTE.

Após sua aplicação e somatório dos pontos, o paciente é classificado quanto ao risco para aparecimento das lesões. São analisados os fatores de risco associados e medidas específicas de prevenção são implantadas (Borghardt, 2015).

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhuma problema	-

Figura 3: Apresentação da Escala de Braden. Elevado risco:  $\leq 12$  pontos; Moderado risco: 13 e 14 pontos; Baixo risco 15 e 16 pontos; Sem risco  $\geq 17$ . pontos



## CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

Estágio	Definição e Aspetos Relacionados	Exemplo
1	<p>Pele íntegra com eritema que não embranquece com mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.</p>	 <p>Figura 4- Lesão por pressão Estágio I - Fonte: Qaseem A, et al, 2015</p>
2	<p>Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida.</p>	 <p>Figura 5- Lesão por pressão Estágio II - Fonte: Qaseem A, et al, 2015</p>
3	<p>Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou necrose (escara) pode estar visível. Podem ocorrer descolamento e túneis.</p>	 <p>Figura 6- Lesão por pressão Estágio III - Fonte: Qaseem A, et al, 2015</p>
4	<p>Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpção direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou necrose (escara) pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.</p>	 <p>Figura 7- Lesão por pressão Estágio IV - Fonte: Qaseem A, et al, 2015</p>

# PREVENÇÃO

## **Cuidando da pele**

Identificar sinais precoces de lesões causadas por pressão.

Utilizar Ácidos Graxos Essenciais (AGE), cremes de barreiras, filmes transparentes para proteção da pele.

Identificar sinais de ressecamento, rachaduras, eritema, maceração, fragilidade, calor e endureção.

Uso de creme de barreira e sonda retal (se necessário para desvio de efluente)

Hidratar pele

**Atenção: clientes de pele escura de eritemas são mais difíceis de detecção.**

## **Reduzindo a umidade**

Identificar e tratar causas de umidades.

Realizar higiene íntima após cada troca de fralda.

Incentivar o uso de comadre e dispositivos urinários (exemplo: jontex), mantendo as roupas de cama sempre secas.

## **Avaliando a Pressão**

Realizar mudanças de decúbito a cada 2-3 horas.

Utilizar dispositivos de alívio de pressão tais como: colchões especiais (colchão pneumático), travesseiros, almofadas de gel.

Aumentar a superfície de apoio na região onde está sendo exercida a pressão.

Proteger calcâneo manter os membros inferiores aquecidos.

Necessidade de elevação dos MMII (descompressão dos calcâneos)

Não utilizar almofadas tipo “donut” com furo no meio

Realizar a elevação do calcâneo, não usar luvas com água para apoiar os calcâneos

**Atenção: não massagear as áreas proeminências ósseas e hiperemiadas.**

## **Reduzindo a fricção e cisalhamento**

Realizar transferências e movimentações do cliente com o auxílio de coxins e apoios.

Posicionar o paciente no leito de forma correta.

## **Estimulando a Movimentação**

Estimular a movimentação ativa, no caso do paciente restrito ao leito, sob acompanhamento.

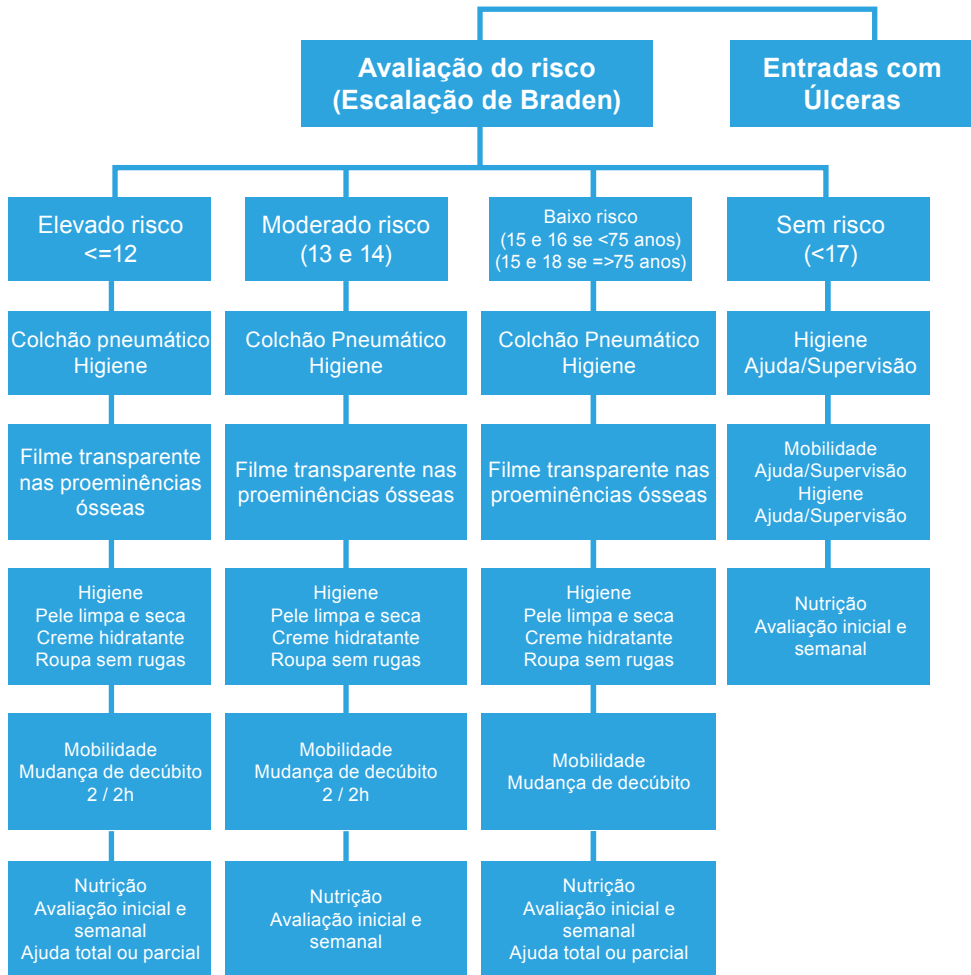
Estimular o paciente a sentar no leito e/ou fora do leito com auxílio, minimizando o risco de quedas.

Utilização de traçados na mobilização do paciente.

Estimular a deambulação com auxílio, minimizando o risco de queda (Ministério da Saúde, 2013).



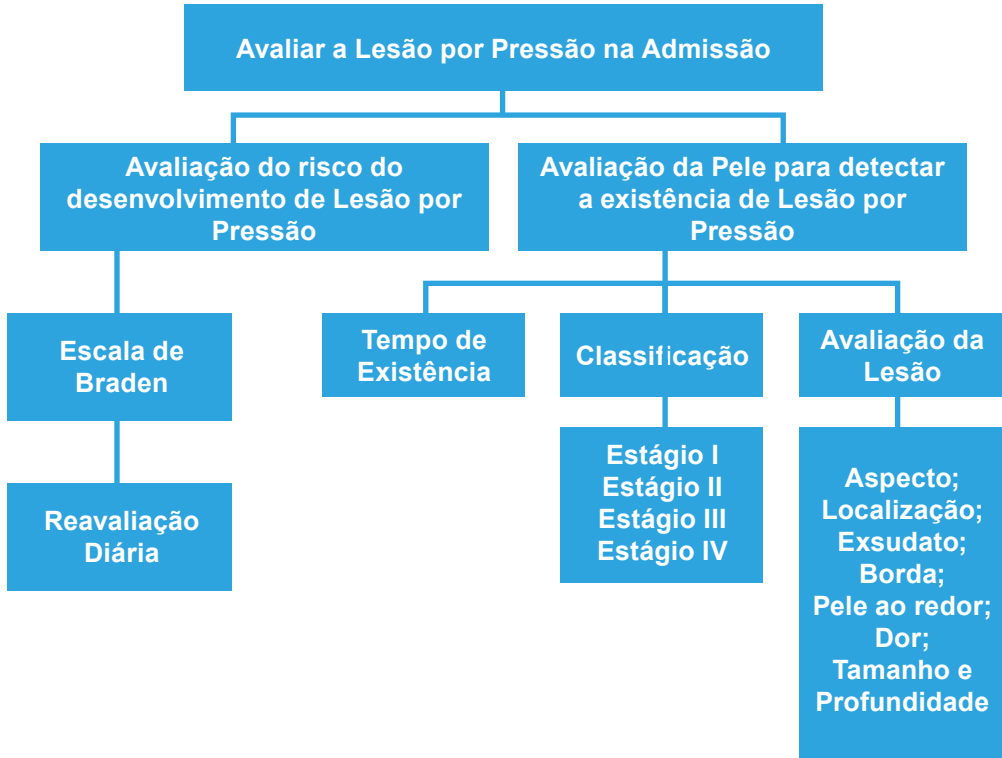
## FLUXOGRAMA DE PREVENÇÃO



(Vasconcelos JMB., 2014)



## ETAPAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO



### ATENÇÃO

**NÃO CAIA NO DESCUIDO,  
AVALIE O TEMPO TODO!**

### CUIDADO





## AVALIAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

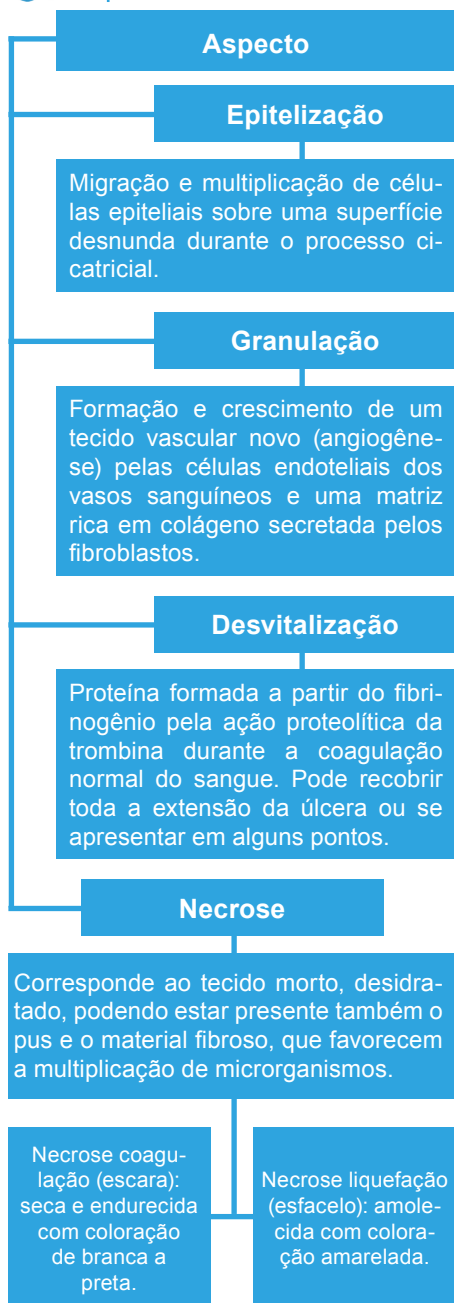


Figura 8 - Tecido de Epitelização



Figura 9 - Tecido de Granulação



Figura 10 - Desvitalização



Figura 11 – Necrose Coagulação



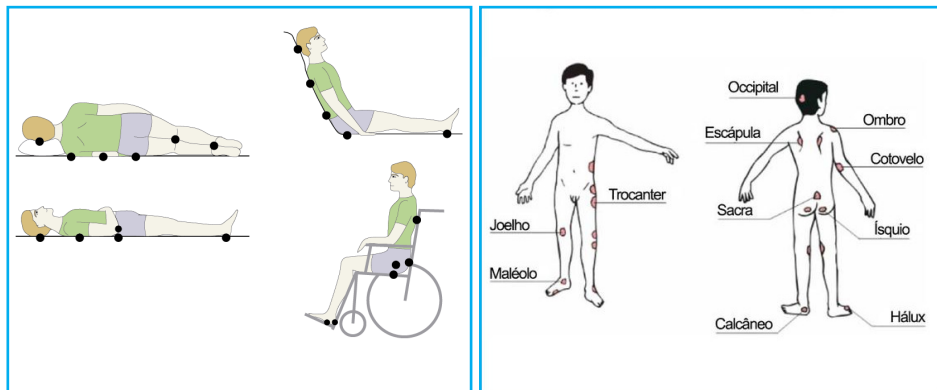
Figura 12 – Necrose Liquefação

(NPUAP, 2014)



## LOCALIZAÇÃO

### Locais mais comuns para o aparecimento de lesão por pressão



Fonte: Pereira AGS; Santos CT; Menegon DB; Mello B; Azambuja F; Lucena AF, 2014.

## EXSUDATO

### Característica

Seroso: Fino, aguado, claro;

Serosanguinolento: Fino, aguado, de vermelho pálido para róseo.

Sanguinolento: Fino, vermelho brilhante.

Purulento: Fino ou espesso, de marrom opaco para amarelo.

**ODOR**

**Ausente**

**Discreto**

**Acentuado**

### Quantidade

Ausente: se o leito da ferida se encontrar seco

Pouca: leito da ferida úmido envolvendo drenagem de menos de 25% do curativo.

Moderada: leito da ferida saturado e a drenagem envolvendo de 25 a 75% do curativo.

Grande: se o leito da ferida estiver banhado em fluido e a drenagem envolver mais de 75% do curativo.

## BORDA

**Indistinta, difusa:** Não há como distinguir contorno da ferida.

**Aderida:** Nivelada com o leito da ferida, sem presença de paredes.

**Não-aderida:** Presença de paredes; o leito da ferida é mais profundo que as bordas.

**Enrolada para baixo, grossa:** Macia para firme e flexível ao toque.

**Hiperqueratose:** Tecido caloso.

**Fibrótica, com cicatriz:** Dura, rígida ao toque (Ribeiro, 2016).

## PELE AO REDOR DA LESÃO

Intacta;  
Prurido;  
Eritema;  
Macerada;  
Descamada;  
Ressecada;  
Dermatite

1+/4+: hiperemia ou descamação na área peri-ferida;

- 2+/4+: hiperemia ou descamação que ultrapassa a área peri-ferida;

- 3+/4+: hiperemia associada à descamação;

- 4+/4+: hiperemia associada com pontos de exsudação, em área além da peri-ferida, associada ou não à descamação (Belo Horizonte, 2011).

## DOR

Dor

0 ausência de dor;

1 leve: dor sem demanda de analgésico;

2 moderada: dor com demanda de analgésico relativa;

3 intensa: dor com demanda de analgésico em horários específicos;

## Tamanho e Profundidade

A mensuração permite avaliar e documentar a evolução da ferida em seu processo cicatricial. O ideal é que a medida seja realizada sempre pela mesma pessoa, com o paciente na mesma posição para maior fidedignidade, no intervalo de 1 semana.

### Técnica de Mensuração da Área Lesada

- Colocar parte interna do acetato (parte transparente da embalagem das coberturas) sobre a ferida;
- Desenhar o contorno da ferida com caneta para retroprojeter;
- Traçar uma linha, na maior extensão vertical e maior extensão horizontal, formando um ângulo de 90° entre as linhas;
- Anotar medidas das linhas em cm para comparações posteriores.
- Multiplicar uma medida pela outra para se obter a área em cm<sup>2</sup>.



Fonte: Benevides JL, et al., 2016

### Técnica de Mensuração da Profundidade da Ferida

- Introduzir uma espátula ou seringa de insulina, sem agulha, no ponto mais profundo da lesão;
- Marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda;
- Medir com uma régua o segmento marcado e anotar em cm para comparação posterior.

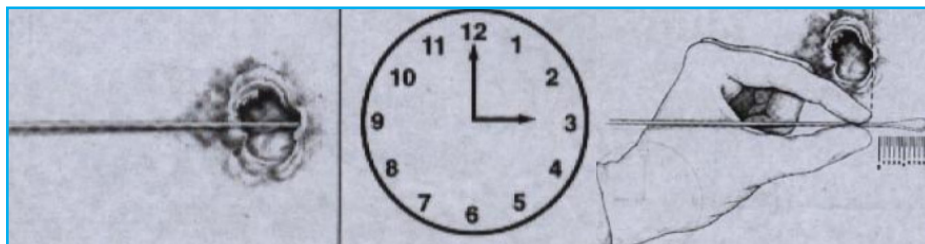


Fonte: Benevides JL, et al., 2016

## Mensuração do Solapamento da Ferida

Solapamento é o descolamento do tecido subjacente da pele íntegra devido à destruição tecidual.

- Introduzir sonda uretral número 10 na ferida;
- Fazer varredura da área no sentido horário;
- Identificar o ponto de maior descolamento tecidual (direção em horas). A referência de 12 horas deverá estar no sentido cefálico;
- Marcar na sonda o ponto mais próximo da borda;
- Medir na régua o segmento marcado;
- Registrar na ficha o tamanho (cm) e direção (H) da medida feita para comparação posterior. Exemplo: 2 cm em direção a 3 horas.



Fonte: Benevides JL, et al., 2016

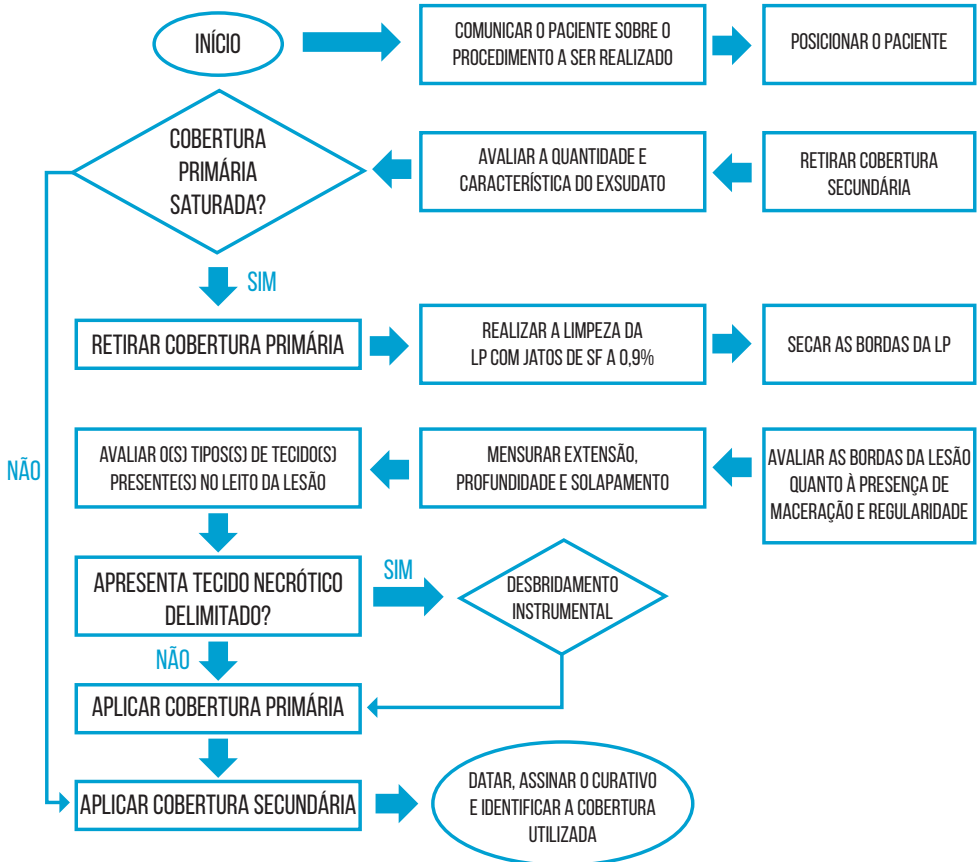
O registro fotográfico também pode ser utilizado, sendo um adjuvante importantíssimo no acompanhamento da evolução da lesão, permitindo visualização e comparação dos vários aspectos da ferida durante o tratamento. Cabe ressaltar que o registro fotográfico só pode ser feito com a devida autorização.





## REALIZAÇÃO DO CURATIVO

O curativo ideal deve proporcionar conforto ao paciente, ser de fácil aplicação e remoção, não exigir trocas frequentes, ter uma boa relação custo-benefício.



Fluxograma das etapas constituídas do processo de realização de curativo  
 – Moraes GLA, et al., 2013.

## Descrição do Procedimento:

- Lavar as mãos.
- Reunir e organizar todo o material que será necessário.

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luvas procedimentos e estéril;</li> <li>• Soro fisiológico 0,9%- 250 ml ou 500 ml;</li> <li>• Agulha 40 x 12 mm;</li> <li>• Cobertura indicadas;</li> <li>• Gaze;</li> <li>• Micropore;</li> <li>• Álcool a 70%</li> <li>• Caixa para material pérfuro-cortante;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saco plástico de lixo;</li> <li>• Bacia;</li> <li>• Lixeira;</li> <li>• Atadura crepom, conforme necessidade;</li> <li>• Tesoura;</li> <li>• Carrinho de curativo;</li> <li>• Bandeja.</li> </ul> |
|--|--|

- Fazer uso do EPI (óculos, máscara, luvas, gorro).
- Colocar o paciente em posição confortável e explicar o que será feito.
- Realizar em local que proporcione uma boa luminosidade e que preserve a intimidade do paciente.
- Usar a bacia como anteparo para a realização do curativo.
- Utilizar frasco de soro fisiológico a 0,9%, fazer a desinfecção da parte superior do frasco com álcool a 70% e perfurar com agulha 40 x 12 mm (somente um orifício).
- Calçar as luvas de procedimento.
- Retirar a atadura e a cobertura da ferida.
- Se na remoção da cobertura e/ou atadura, os mesmos estiverem bem aderidos à lesão, aplicar o soro fisiológico em jatos, removendo com delicadeza, evitando traumas.
- Desprezar o curativo retirado juntamente com a luva no lixo.
- Calçar novas luvas de procedimento.
- Irrigar o leito da lesão com o jato de soro até a retirada de toda a sujidade.
- Fazer limpeza da pele, ao redor da lesão, com gaze umedecida em SF 0,9%.
- **Não secar o leito da ferida.**
- Calçar luva estéril.
- Aplicar a cobertura escolhida.
- Passar hidratante na pele íntegra adjacente à ferida, quando necessário, sempre após a colocação de coberturas.
- Fazer uso da cobertura secundária, se necessário.
- Registrar a evolução na Ficha Atendimento ao Portador de Ferida – **Evolução** (Vasconcelos JMB; Caliri MHL., 2017).



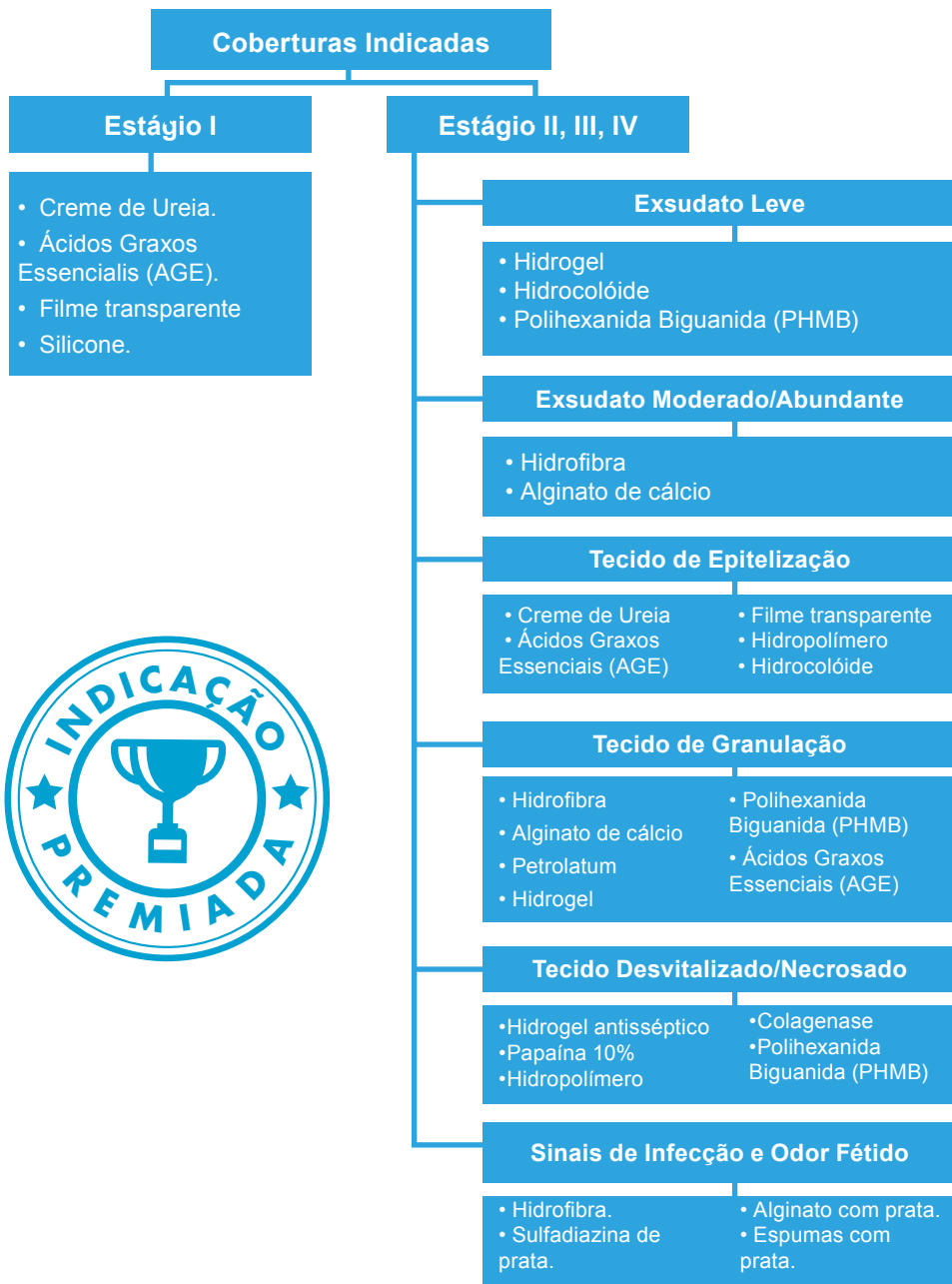
## DESBRIDAMENTO

Este processo de limpeza permite a remoção dos tecidos desvitalizados e aderidos, utilizando algumas técnicas (Vila Velha, 2016).

<p>Método Mecânico</p>	<p>Remoção através de uma força mecânica, é uma das formas mais rápidas de desbridamento. Uma gaze umedecida com soro fisiológico é colocada no leito da lesão e deixada até secar e depois removida. Este método é bastante doloroso podendo necessitar de analgesia.</p>
<p>Método Autolítico</p>	<p>Natural, ocorre na presença de meio úmido, que ativa células fagocíticas, enzimas proteolíticas do próprio indivíduo. Este método pode ser promovido utilizando-se coberturas como hidrogel amorfo e alginato. Este processo é lento e não pode ser utilizado em lesões infectadas e colonizadas.</p>
<p>Método Enzimático</p>	<p>Seletivo, utiliza enzimas exógenas para quebra de tecido necrótico. Ex: Colagenase e Hidrogel Amorfo.</p>
<p>Método Osmótico</p>	<p>É obtido a partir do uso de produtos com mecanismo de ação osmolar, que equilibram a quantidade de umidade em lesões mais exsudativas.</p>
<p>Método com Instrumental Cortante</p>	<p><b>Conservador</b> Método seletivo de remoção de tecido aderente não viável, por instrumental cortante, que se limita até a fáscia; não há necessidade de anestesia. Ex. Técnica Slice, Cover e Square. Deve ser realizado por um enfermeiro de preferência especialista em enfermagem dermatológica</p> <p><b>Cirúrgico</b> Método seletivo de remoção de grande área de tecido aderente não viável, por instrumental cortante, que não se limita até a fáscia; há necessidade de anestesia. Deve ser realizado apenas por médico-cirurgião.</p>



## COBERTURAS INDICADAS







## OS CRITÉRIOS PARA UM CURATIVO IDEAL

Manter a umidade na interface do curativo: esse critério baseia-se na diminuição da dor local da lesão, devido à umidade no nervo. Aumenta os processos autolíticos naturais, quebrando os tecidos necróticos. Há uma necessidade de secar a pele ao redor da lesão.

Remover o excesso de exsudação: embora a superfície deva permanecer úmida, o excesso de umidade provoca maceração da pele vizinha.

Permitir troca gasosa: a hipoxia do tecido é fundamental para estimular a angiogênese na lesão em processo de cicatrização.

Fornecer isolamento térmico: uma temperatura constante de 37°C estimula a atividade macrófaga e mitótica durante a granulação e a epitelização. A utilização de loções frias ou uma troca prolongada de curativos pode ter um efeito profundo na temperatura da lesão.

Ser impermeável a bactérias: um dos objetivos do curativo é criar uma barreira entre a lesão e o ambiente, impedindo a contaminação por meio de organismos transportados pelo ar. Isso não permitiria a penetração desses organismos na lesão e também impossibilitaria as bactérias de escaparem para o ambiente, o que provocaria infecção.

Não deixar resíduos no leito da lesão: partículas renovam ou prolongam a reação inflamatória, afetando a velocidade da cicatrização.

Permitir a retirada sem provocar trauma: a retirada provoca uma ruptura considerável de tecido recém-formado, o que atrasa a cicatrização e pode levar a outra reação inflamatória. A utilização de curativos secos, diretamente na superfície da lesão, é a causa principal de trauma (Vila Velha, 2016).



## REGISTRO DA LESÃO

### O que anotar?

Características da ferida tipo de tecido (epitelização, granulação, desvitalizado, necrose).

Localização ( sacra, joelho, trocanter, calcâneo)

Presença de exsudato (aspecto, coloração, quantidade, consistência, odor)

Borda e Pele ao redor da lesão (hiperemia, edema, calor, coloração, ressecamento, algia)

Dor (ausente, leve, moderada, intensa)

Tamanho e profundidade (extensão, profundidade em cm, presença de túnel e/ou fístula, descolamento)

Tipo de desbridamento.

Queixas referidas pelo paciente durante a realização do procedimento (dor, desconforto e prurido).

Tipo de curativo realizado (oclusivo, aberto, compressivo). É necessário anotar o horário de realização e a cobertura utilizada.

Registrar o número de trocas.

Registrar medidas e ações de prevenção adotadas.

Registrar o resultado da Escala de Braden na evolução de enfermagem.

Orientar o paciente quanto aos cuidados a serem adotados com a pele fragilizada e lesões (Vila Velha, 2016).

\* O registro deve ser feito no prontuário do paciente

Fase do processo de cicatrização, uma lesão altera o estágio conforme a evolução. Mesmo apresentando tecido de epitelização, ela será classificada com o estágio da primeira avaliação.

Ex: lesão por pressão, estágio IV, apresentando tecido de epitelização.

**ATENÇÃO**





## REFERÊNCIAS

BELLINGERI A., et al. Effect of a wound cleansing solution on wound bed preparation and inflammation in chronic wounds: a single-blind RCT. *J Wound Care*, v. 25, n. 3, p. 2-6, 2016.

BENEVIDES JL., et al. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016

BORGHARDT TA., et al. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 1, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz- Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CRUZ DM. Do risco ao desenvolvimento de úlceras por pressão: a realidade de um serviço de medicina. FEUC, 2015.

MORAES GLA, et al. Aplicação de protocolo de prevenção de úlcera por pressão no contexto domiciliar: uma trajetória percorrida. *Cogitare Enfermagem*, 2013.

NPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington (DC): Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016.

NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers. Quick reference guide, 2014

PEREIRA AGS, SANTOS CT, MENEGON DB, MELLO B, AZAMBUJA F, LUCENA AF. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 2014.

QASEEM A, et al. Treatment of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline from the American College of physicians treatment of pressure ulcers. *Annals of internal medicine*, 2015.

RIBEIRO GRT. Atlas de Curativos baseado nas Coberturas padronizadas no Hospital Anchieta. Brasília, 2016.

SARDO P, et al. Pressure Ulcer risk assessment: Retrospective analysis of Braden Scale scores in Portuguese hospitalized adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 2015.

SOUZA ALB, et al. Protocolo de assistência aos portadores de feridas. Prefeitura de Vila Velha, 2016.

STUQUE AG, et al. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. *Northeast Network Nursing Journal*, 2017.

VASCONCELOS JMB, CALIRI MHL. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 2017.

VASCONCELOS JMB. Construção, utilização e avaliação dos efeitos de protocolo de prevenção de úlceras por pressão em Unidade de Terapia Intensiva. *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*, 2014.





**≡ENFERMAGEM≡**