

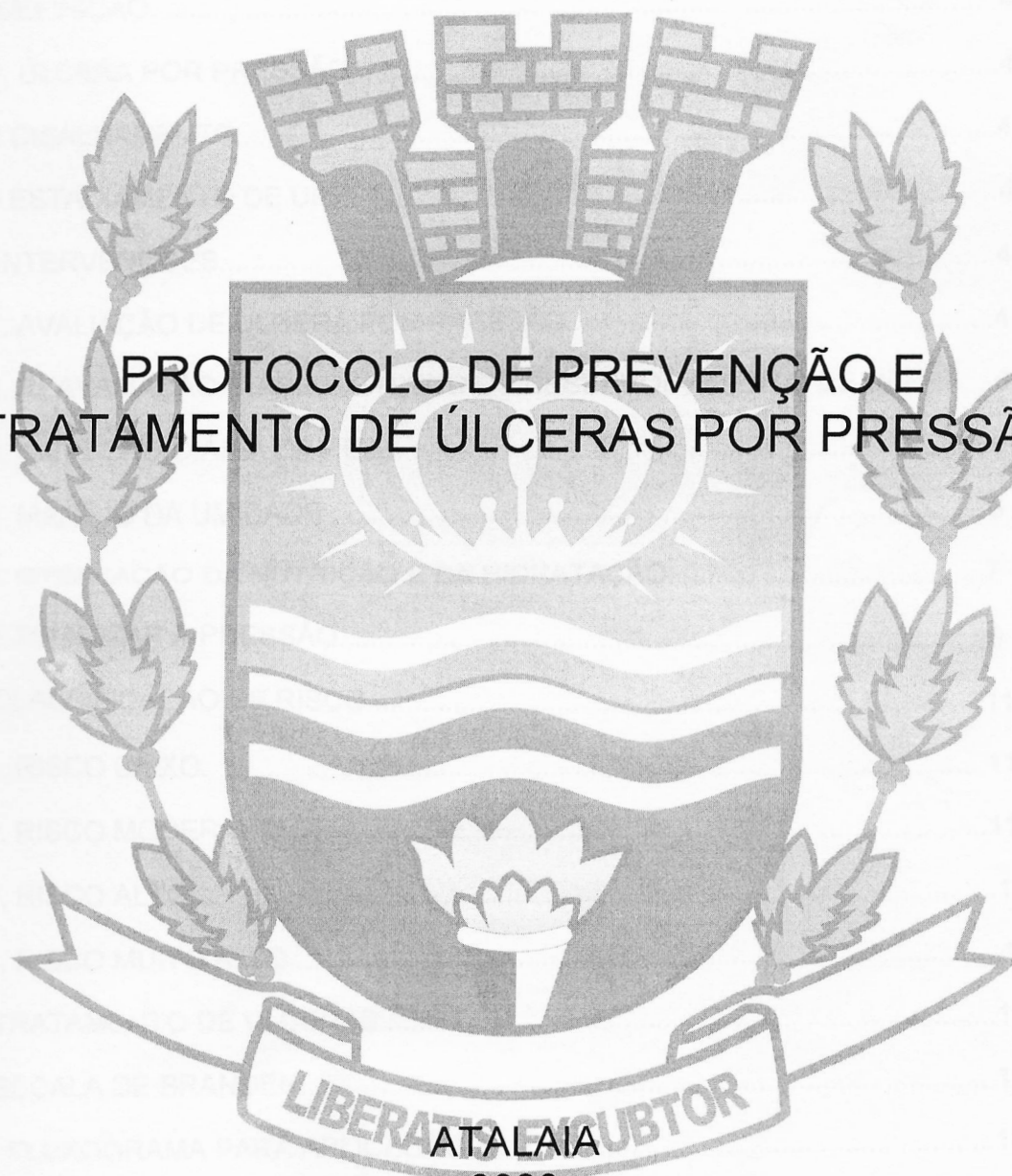


ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

SUMÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO



ATALAIA
2023
REVISÃO
2025

CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.

CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br

SUMÁRIO

1. CONCEITO.....	3
2. FINALIDADE.....	3
3. JUSTIFICATIVA.....	3
4. ABRANGÊNCIA.....	4
5. DEFINIÇÃO.....	4
5.1. ÚLCERA POR PRESSÃO.....	4
5.2. CISALHAMENTO.....	4
5.3. ESTADIAMENTO DE UPP.....	4
6. INTERVENÇÕES.....	4
6.1. AVALIAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO.....	4
6.2. REAVALIAÇÃO DIÁRIA DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE UPP.....	5
6.3. INSPEÇÃO DIÁRIA DA PELE.....	6
6.4. MANEJO DA UMIDADE.....	6
6.5. OTIMIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO E DA HIDRATAÇÃO.....	7
6.6. MINIMIZAR A PRESSÃO.....	8
7. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	11
7.1. RISCO BAIXO.....	11
7.2. RISCO MODERADO.....	11
7.3. RISCO ALTO.....	11
7.4. RISCO MUITO ALTO.....	11
8. TRATAMENTO DE ULCERAS.....	11
9. ESCALA DE BRANDEN.....	12
10. FLUXOGRAMA PARA APLICAÇÃO.....	13
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14

Procedimento Operacional Padra úlceras pressão

1. Conceito

A úlcera por pressão é uma complicação comum em pacientes críticos , devido suas limitações físicas, e/ou pelo diagnóstico médico, bem como pela elevada demanda de cuidados, sendo, a prevenção deste tipo de complicação, um desafio para a assistência de enfermagem .Outra definição de úlcera por pressão é a de uma área localizada de morte celular, que se desenvolvem quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura. Vários são os termos utilizados inadequadamente para as úlceras por pressão, tais como úlcera por decúbito, úlceras isquêmicas e escaras. No entanto, a terminologia úlcera por pressão vem sendo consagrada internacionalmente à medida que a pressão é o fator etiológico mais importante na gênese dessas lesões. As úlceras por pressão ocorrem geralmente na pele e no tecido subcutâneo que recobre as proeminências ósseas, principalmente no sacro, grande trocânter, calcanhares, maléolos e cotovelos e no período de hospitalização ou falta de motilidade, onde vários fatores de risco expõem os pacientes a desenvolverem úlceras por pressão ou a terem este problema agravado

2. Finalidade

Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele. Caso intalação da mesma o processo curativo.

3. Justificativa

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, a UPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

4. Abrangência (Âmbito, Ponto de Assistência e Local de Aplicação)

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.

5. Definição

Para estabilização de cuidador intermediários de saúde, estabelece a definição das úlceras para cuidado ou tratamento.

5.1. Úlcera por pressão (UPP): lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção. Outros fatores estão associados à UPP, mas seu papel ainda não foi completamente esclarecido

5.2. Cisalhamento: deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes

5.3. Estadiamento de UPP: classificação da UPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual⁵.

6. Intervenções

A maioria dos casos de UPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco ⁵.

ETAPA 1

6.1. Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

6.1.1. A avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e;

6.1.2. A avaliação da pele para detectar a existência de UPP ou lesões de pele já instaladas.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de UPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

- a) mobilidade;
- b) incontinência;
- c) déficit sensitivo e;
- d) estado nutricional (incluindo desidratação).

Obs. A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis. Em casos de pacientes pediátricos, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada, como por exemplo, a escala de Braden Q.

ETAPA 2

6.2. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes comprometidos.

A complexidade e a gravidade dos pacientes debilitados ou acamados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de UPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

Recomendação: Use uma abordagem estruturada de avaliação de risco para identificar indivíduos em risco de desenvolver UPP (Nível de Evidência C)⁶. Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente. Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. Devem ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.

A avaliação do risco para desenvolvimento de UPP deverá ser executada através da Escala de Braden Q para crianças de 1 a 5 anos e Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos.

As escalas de Braden e Braden Q caracterizarão o paciente sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver UPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

As escalas preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para UPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, portanto, deve ser implementado.

A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco.

Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

ETAPA 3

6.3. Inspeção diária da pele

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de UPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral debilitados e restritos ao leito, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, ou estágio crônico, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de UPP.

A identificação das lesões da pele, como úlcera por pressão, deve ser feita de acordo com a definição e classificação internacional.

6.3.1. Procedimento operacional da inspeção da pele

Recomendação: Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de UPP (Nível de Evidência C). Identificar alterações da integridade cutânea e úlceras por pressão existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para UPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão.

A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (úlceras por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado.

6.4. Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados, óleo de sândalo como preventivo.

O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de UPP.

6.4.1. Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele (Etapa 4).

a) Higienização e Hidratação da pele

- ☐ Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele .
- ☐ Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia (nível de evidência B). A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras por pressão.
- ☐ Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares (nível de evidência B).
- ☐ A massagem está contra-indicada na presença de inflamação aguda e onde existe possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão (nível de evidência B).

b) Manejo da umidade

- ☐ Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura (nível de evidência C).
- ☐ Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas)⁶.
- ☐ Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito.

Observação: Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

ETAPA 5

6.5. Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de UPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa

muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil.

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.

Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas.

6.5.1. Procedimento operacional para Nutrição (Etapa 5)

a) Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlcera por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de UPP.

b) Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem.

c) Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor protéico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão (nível de evidênciaA).

d) O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de UPP (*vide* Apêndice específico para nutrição).

ETAPA 6

6.6. Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de UPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e,consequentemente, manter circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de UPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o

máximo de de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Colchão casca de ovo, travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para UPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

Os profissionais de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado.

6.6.1. Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão (Etapa 6).

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

i. A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (nível de evidência A) 6.

ii. A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor (nível de evidência C) e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso (nível de evidência A) 6.

iii. Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos (nível de evidência C) 6.

iv. A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo (nível de evidência C) 6.

v. Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas (nível de evidência C) 6.

vi. O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semi-deitado (nível de evidência C).

vii. Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix (nível de evidência C).

viii. Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira (nível de evidência C). A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

ix. Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão (nível de evidência B). Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a UPP surgirá muito rapidamente.

b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

i. Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento (nível de evidência C).

ii. A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante a mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual (nível de evidência C).

iv. Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção.

Ventilação – PAV.

c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

i. Uso de colchões e camas na prevenção de UPP

☐ Utilizar colchões casca de ovo altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver UPP (nível de evidência A)6.

☐ A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados. Todos os pacientes classificados como “em risco” deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão (nível de evidência C).

☐ Não utilizar colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas

de alternância de pressão com o diâmetro inferior a 10 cm (nível de evidência C)6.

☐ Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com indivíduo (nível de evidência C).

7. classificação de risco

7.1. Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden).

- ☐ Cronograma de mudança de decúbito;
- ☐ Otimização da mobilização;
- ☐ Proteção do calcanhar;
- ☐ Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

5.7.2. Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden).

- ☐ Continuar as intervenções do risco baixo;
- ☐ Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

7.3. Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden).

- ☐ Continuar as intervenções do risco moderado;
- ☐ Mudança de decúbito frequente;
- ☐ Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

7.4. Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden).

- ☐ Continuar as intervenções do risco alto;
- ☐ Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- ☐ Manejo da dor.

8. Tratamento de Úlceras instaladas e o cuidado da úlcera deve ser otimizado:

- Se houver necrose ou esfacelos, considere o desbridamento para remover o tecido desvitalizado no leito da ferida*
- Limpe a úlcera por pressão com soro fisiológico e remova detritos em cada mudança de curativo para minimizar a contaminação, sempre avaliando as condições da ferida:

Apresenta processo de necrose: realiza limpeza com solução fisiológica e tópico adequado como papaina e hidratação de borbas;

Apresenta fibrina: utiliza de curativo habitual diário com utilização de pomada adequada(colagenase) e hidratação de bordas com dersani;
 Apresenta tecido de granulação: realiza limpeza com solução fisiológica e hidratação com dersani;

Apresenta processo infeccioso: Avaliação médica se caso instalação de antibiótico tópico para tratamento;

- Use coberturas apropriadas para a manutenção da umidade

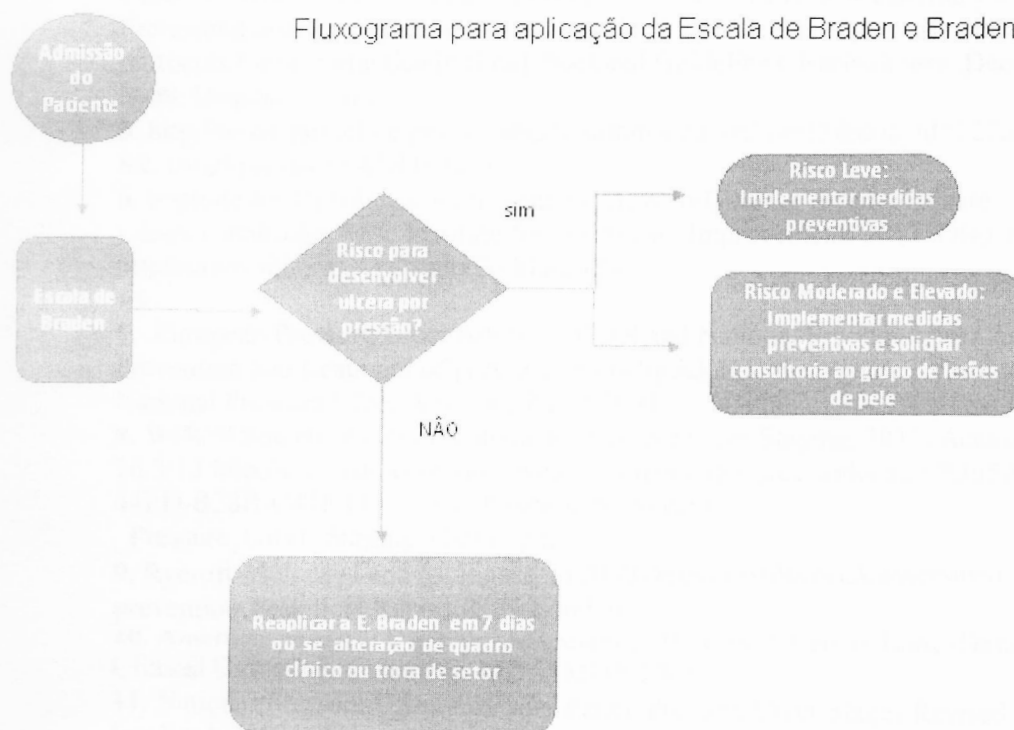
9 Escala de Branden: classificação de risco

		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	Nenhum problema	-
Total		Risco Brando 15 a 16	Risco Moderado 12 a 14	Risco Severo Abaixo de 11	-

Variação da Pontuação da Escala: 6 a 23 pontos.

- Médio Risco: 15 a 18 pontos
- Risco Moderado: 13 a 14 pontos
- Alto Risco: 10 a 12 pontos
- Altíssimo Risco: 9 a 6 pontos

Fluxograma para aplicação da Escala de Braden e Braden Q



Medidas Preventivas:

- Orientar troca de decúbito 2/2horas reposicionando áreas mais suscetíveis.
- Colocar colchão Piramidal
- Avaliar áreas de maior risco a cada 24h.
- Utilizar película transparente em áreas sujeitas a fricção.

11 Referências bibliográficas

1. Moore Zena EH, Cowman Seamus. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2009, Art.
2. Benbow, M et all. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Clinical Practice Guidelines. Royal College of Nursing: April, 2001.
3. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):474-80.
4. Cuddigan, J., Ayello, E. A., & Sussman, C. (Eds.) (2001). Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence, and implications for the future. Reston, VA: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Evidence Level I: Systematic Review/Meta-Analysis apud Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível em:
5. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer
6. Institute for Healthcare Improvement. How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em <http://www.ihl.org> .Acessado 26 Março 2013.
- 15
7. .European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
8. WOCN Society Position Statement: Pressure Ulcer Staging, 2011. Acessado em 26/3/13 [http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/collection/E3050C1AFBF0-44ED-B28B-C41E24551CCC/Position_Statement_-_Pressure_Ulcer_Staging_\(2011\).pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/collection/E3050C1AFBF0-44ED-B28B-C41E24551CCC/Position_Statement_-_Pressure_Ulcer_Staging_(2011).pdf)
9. Rycroft-Malone, J and McInness, E(2000) Pressure ulcer risk assessment and prevention. Technical Report. RCN: London
10. American Medical Directors Association. Pressure Ulcers in Long-Term Care Setting Clinical Guideline. Columbia, MD: AMDA 2008.
11. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP [on-line]; 2007. Disponível em : <http://www.npuap.org/pr2.htm>
12. Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível em: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer
13. Virani, T et all. Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. RAO, Toronto: 2005.
14. Ferreira, ABH. Novo Aurélio. 1999. Editora Nova Fronteira



ATALAIA

PREFEITURA DA CIDADE

ELABORADO:

S.N.R.
GABRIELA NAIARA RODRIGUES
ENFERMEIRA ATENÇÃO BÁSICA
COREN – 447635

REVISADO:

R.F.
REGIANE FERNANDA FUMAGALI
ENFERMEIRA ESF
COREN – 249214

APROVADO:

Cristiani
CRISTIANI ANDRÉIA OLIVEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cristiani Andréia Oliveira
Secretária M. de Saúde e
Vigilância Sanitária
RG: 6.792.088-0



Mariana
Mariana Jussani Nalin Sirote
Enfermeira
COREN/PR 263921

LIBERATIS EXCUBITOR

CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gilio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.
CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br