



ARTIGO RELATO DE CASO CLÍNICO

MANEJO DO ENFERMEIRO EM ÚLCERAS POR PRESSÃO INFECTADA NO AMBIENTE DOMICILIAR

NURSING MANAGEMENT OF INFECTED PRESSURE ULCERS IN HOME CARE LA GESTIÓN DE ENFERMERAS EN INFECTADOS POR ÚLCERAS DE PRESIÓN INFECTADAS EN EL AMBIENTE DEL HOGAR

Iraktania Vitorino Diniz¹, Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares², Elizabeth Souza Silva de Aguiar³, Samara Lima Leite⁴

RESUMO

Objetivos: descrever a evolução clínica de úlcera por pressão em dois idosos, após manejo da ferida pelo enfermeiro e evidenciar a importância da habilidade técnica no processo cicatricial de feridas. **Método:** estudo descritivo, do tipo caso clínico, desenvolvido no domicílio de dois pacientes idosos do município de João Pessoa/PB, Nordeste do Brasil. Este estudo teve aprovado o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo n.º 124/11. **Resultados:** paciente 1 - V.P.L, 67 anos sexo masculino, com lesão totalmente coberta por tecido necrótico infectado e paciente 2 - M.S.B, 97 anos, sexo feminino, totalmente dependente, apresentando úlcera por pressão na região sacra, infectada, odor pútrido, alto exsudato, área perilesional com sinais de inflamação. **Conclusão:** demonstrou-se a importância da assistência de enfermagem sistematizada para o cuidado de feridas no ambiente domiciliar. **Descritores:** Enfermagem; Assistência Domiciliar; Úlcera Por Pressão; Estudos de Casos.

ABSTRACT

Objectives: to describe the clinical evolution of pressure ulcers in two elderly, after wound management by nurses and highlight the importance of technical skill in the healing process of wounds. **Method:** clinical case descriptive study developed in the home of two elderly patients in the municipality of Joao Pessoa/PB, Northeast of Brazil. This research project was approved by the Research Ethics Committee under protocol No. 124/11. **Results:** patient 1 - V. P. L, 67 year old male, with a lesion completely covered by infected necrotic tissue and patient 2 - M. S. B, 97 years old, female, totally dependent, presenting a pressure ulcer in in the sacral region, infected, putrid odor, high exudate, perilesional area with signs of inflammation. **Conclusion:** the importance of nursing care is demonstrated for systematized wound care at home. **Descriptors:** Nursing; Home Care; Pressure Ulcer; Case Studies

RESUMEN

Objetivos: describir la evolución clínica de la úlcera por presión en dos ancianos después gestión de la herida por la enfermera y demostrar la importancia de la habilidad técnica en el proceso de cicatrización de las heridas. **Método:** estudio descriptivo del tipo de caso clínico, desarrollado en la casa de en dos ancianos en la ciudad de João Pessoa/PB, noreste de Brasil. Este estudio fue aprobado por el proyecto de investigación del Comité de Ética de la Investigación, el protocolo no. ° 124/11. **Resultados:** paciente 1 - V.P.L, 67 años de sexo masculino con la lesión completamente cubierta por tejido necrótico infectado y el paciente 2 - M.S.B, 97 años, sexo femenino, totalmente dependiente, con úlceras por presión en la región sacra, infectado, olor pútrido, alta exudado, área perilesional con signos de inflamación. **Conclusión:** demostrado la importancia de la asistencia de enfermería sistematizada para el cuidado de heridas en el entorno hogar. **Descritores:** Enfermería; Cuidados Domiciliarios; Las Úlceras Por Presión; Estudios de Casos.

¹Enfermeira Estomaterapeuta, Especialista em Formação Pedagógica na área de Saúde Enfermagem. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: iraktania@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Programa Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mmjulieg@yahoo.com; ³Enfermeira, Mestranda em Enfermagem em Atenção à Saúde, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: elisouaguia@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Especialista em Formação Pedagógica na área de Saúde Enfermagem. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: samara3232@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão (UPs) são complicações possíveis em pessoas em situação de fragilidade, principalmente com restrição de mobilidade e idade avançada. A presença de UP está associada ao aumento do tempo de internamento, da carga de trabalho para enfermagem e elevação nos custos dos cuidados de saúde, além de maior morbidade e mortalidade aos pacientes.¹⁻²

A etiologia da UP é multifatorial e depende de fatores de risco extrínsecos e intrínsecos. Estudos apontam como fatores extrínsecos forças de fricção e cisalhamento e, como intrínsecos, idade avançada (>80 anos), limitação nas atividades de vida diária, incontinência urinária e/ou anal, anemia, infecção, estado nutricional, enfim aqueles inerentes a cada ser.³⁻⁴

A UP representa um desafio para assistência em saúde e, geralmente, resulta em dor, deformidades e tratamentos prolongados. Entretanto, uma assistência efetiva e individualizada pode minimizar seus efeitos deletérios e apressar a recuperação, contribuindo para o bem-estar dos pacientes.

A UP é definida como áreas de morte tissular, as quais tendem a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície externa, por longo período de tempo. Seu aparecimento relacionado a dois determinantes etiológicos críticos, a intensidade e a duração da pressão. Frequentemente, um dos fatores predisponentes para o desenvolvimento de lesões na pele está associado às fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento da pele e das condições peculiares de cada idoso cuidado, deste modo, as UP podem ocasionar alterações na qualidade de vida destas pessoas, demandando planejamento de ações de reabilitação e recuperação do idoso.⁵

No ambiente domiciliar, membros da família são frequentemente os únicos provedores de cuidados contínuos e, às vezes, as avaliações realizadas pelos profissionais de saúde podem ser fragmentadas. Assim, a rotina de observação do familiar, quanto ao progresso do paciente, deve servir de referência para a tomada de decisão quanto ao plano de cuidados. Assim, torna-se imperativo que os cuidadores familiares sejam considerados componentes essenciais da equipe de saúde, recebendo educação quanto à prevenção de UP, bem como o incentivo para a participação no planejamento dos cuidados de saúde.⁶

O cuidado de pacientes com lesões de pele, tais como as UP, no que, concerne ao manejo e tratamento específico, exige do enfermeiro e da equipe multiprofissional o delineamento de estratégias capazes de atender suas necessidades.⁷

A avaliação sobre o desenvolvimento de UP, demanda o pensamento crítico e o raciocínio clínico do enfermeiro, os quais são as bases para a realizar a avaliação das UP no exame clínico. O enfermeiro realiza a anamnese a fim de levantar dados das condições de saúde do paciente, hábitos de vida, história familiar, social e laborativa. Sendo assim, o foco da assistência de enfermagem deve estar pautado na busca de informações para conhecer as necessidades do paciente, elaborar um plano de cuidados, implementar ações e avaliar os resultados, enfim, caracterizando a sistematização da assistência de enfermagem.

OBJETIVOS

- Descrever a evolução clínica de dois idosos portadores de UP, após manejo da ferida pelo enfermeiro
- Evidenciar a importância da habilidade técnica no processo cicatricial de feridas.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo caso clínico, desenvolvido com pessoas acamadas a partir da assistência de enfermagem em dois domicílios do município de João Pessoa/PB/Nordeste do Brasil, durante os meses de dezembro de 2011 a março de 2012.

A amostra foi composta por dois pacientes idosos que atenderam aos critérios de inclusão: possuir 18 anos ou mais; ser portador de úlcera por pressão inicial necrosada e infectada; consentir participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE.

Para a coleta dos dados, elaborou-se um instrumento estruturado de avaliação das características clínicas do portador de UP, a partir do qual se construiu um quadro de acompanhamento da lesão para cada atendimento; também, foram utilizados registros fotográficos sistematizados da lesão, durante toda a intervenção realizada. Deste modo, realizou-se a consulta de enfermagem focada no tratamento da UP: histórico e exame físico do paciente, problemas identificados, neste caso com atenção especial à ferida, e realizando-se a intervenção durante um período de quatro a 12 semanas, com avaliação contínua dos resultados alcançados, sendo este último

realizado a partir da avaliação da ferida e dos registros fotográficos.

Quanto à análise das informações, a evolução clínica e manejo da ferida de cada paciente serão descritos separadamente, e apresentados a seguir em quadros sinóticos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, protocolo n.º 124/11.

RESULTADOS

Relato do 1º caso:

VPL, 67 anos, sexo masculino, estado geral comprometido, consciente, desorientado, eupnéico, hidratado, normotenso, sequelado de acidente vascular encefálico, apresentando uma úlcera por pressão há cinco meses. Na avaliação inicial da ferida, a mesma era localizada na região sacral, de margens irregulares, apresentava-se com alto exsudado purulento de odor pútrido e era totalmente coberta por tecido necrótico de coagulação (Quadro 1; Fig.1). Dois dias após a primeira avaliação, iniciou-se o processo de desbridamento da ferida, que consistiu na remoção com lâmina de bisturi dos tecidos desvitalizados aderidos no leito da ferida, usando técnica mecânica⁸, obedecendo aos cuidados exigidos para evitar dor e danos aos tecidos viáveis. A UP apresentava uma área de 9x8x2cm³ (Quadro 1; Fig. 2).

Considerando a avaliação da ferida neste caso, foi adotado o seguinte tratamento tópico, o qual teve duração de 45 dias: era realizada a limpeza da ferida com solução fisiológica a 0, 9%, utilizava-se o hidrogel nas áreas de fibrina, para promover o desbridamento autolítico, sendo associado o hidropolímero com prata com a finalidade de absorver o exsudato e realizar o controle bacteriano local. A troca do curativo era realizada quando o hidropolímero apresentava saturação, vide imagem (Quadro 1; Fig.4). Como cobertura secundária foi utilizada a placa de hidrocoloide. Na pele íntegra, perilesional, utilizou-se o creme barreira, a fim de hidratar e proteger a pele de outros agravos.

Aos nove dias de tratamento, a lesão já se apresentava com área extensa de tecido granulado, cerca de 94%, pouco exsudato seroso, odor característico, sem sinais de infecção ou de inflamação (Figura 1; Fig. 5). Ao final da 12ª semana a lesão media 4x5x0cm³, com 60% de tecido de granulação e 40% de tecido epitelizado (Figura 1; Fig.9). No intervalo transcorrido entre 26.12.2011 à 06.03.2012, os procedimentos ficaram sob a supervisão dos profissionais da enfermagem da estratégia saúde da família.

Registro fotográfico	Tipo de tecido no leito da ferida	Exsudato e odor	Mensuração	Procedimento	Material utilizado
 Fig-1 05.12.2011	Necrose total (presença de escara)	Purulento, alto exsudato, odor pútrido	-	Desbridamento autolítico, remoção de tecido inviável.	Hidrogel, hidropolímero de prata, cobertura hidrocoloide
 Fig-2 07.12.2011	Necrose parcial 70%, presença de tunéis e descolamento de bordas	Purulento, alto exsudato, odor pútrido	9 X 8 X 2	Desbridamento autolítico, remoção de tecido inviável.	Hidrogel, hidropolímero de prata, cobertura hidrocoloide, creme barreira
 Fig-3 09.12.2011	Necrose parcial 20%, tec. granulação	Médio exsudato Sero - sanguinolento, odor característico	10 X 9 X 2	Desbridamento autolítico, remoção de tecido inviável.	Hidrogel, hidropolímero de prata, preenchimento de cavidade com alginato cobertura hidrocoloide placa, creme barreira

	90%tec granulado.(foto espuma de prata saturada)	Médio exsudato seroso, odor característico	9X8X2	Preenchimento de cavidades	Pasta de hidrocoloide, hidropolímero de prata e cobertura com placa de hidrocoloide, creme barreira
	95%tec granulado, 5% fibrina, redução do descolamento e tuncis	Pouco exsudato fibrinoso, odor característico	9X8X1	Limpeza com SF 9%, proteção externa, controle antibacteriano	Creme barreira, pasta de hidrocoloide, espuma de prata.
	Retração tecidual, presença de tec epitelado 90%, presença de tec fibrinoso 10%	Pouco exsudato fibrinoso, odor característico	8X7X1SEM DESCOLAMENTO	Limpeza com SF 9%, proteção externa, controle antibacteriano	Creme barreira, pasta de hidrocoloide, espuma de prata.
	Tec epitelado com retração das bordas, área central granulada, pequeno ponto de fibrina	Baixo exsudato, odor característico	6X6X1	Limpeza com SF 9%, uso da pasta de hidrocoloide em área mais profunda, proteção do tecido com cobertura de hidrocoloide	Creme barreira, pasta e placa de hidrocoloide
	Tec ido epitelado	Ausência de exsudato, odor característico	4x5x0	Limpeza com SF 9%, morno em jato sob pressão, cobertura de hidrocoloide transparente.	Hidrocoloide transparente

Figura 1. Características clínicas relacionadas à UP do Paciente 1, quanto a avaliação, manejo e evolução da lesão. João Pessoa, 2012.

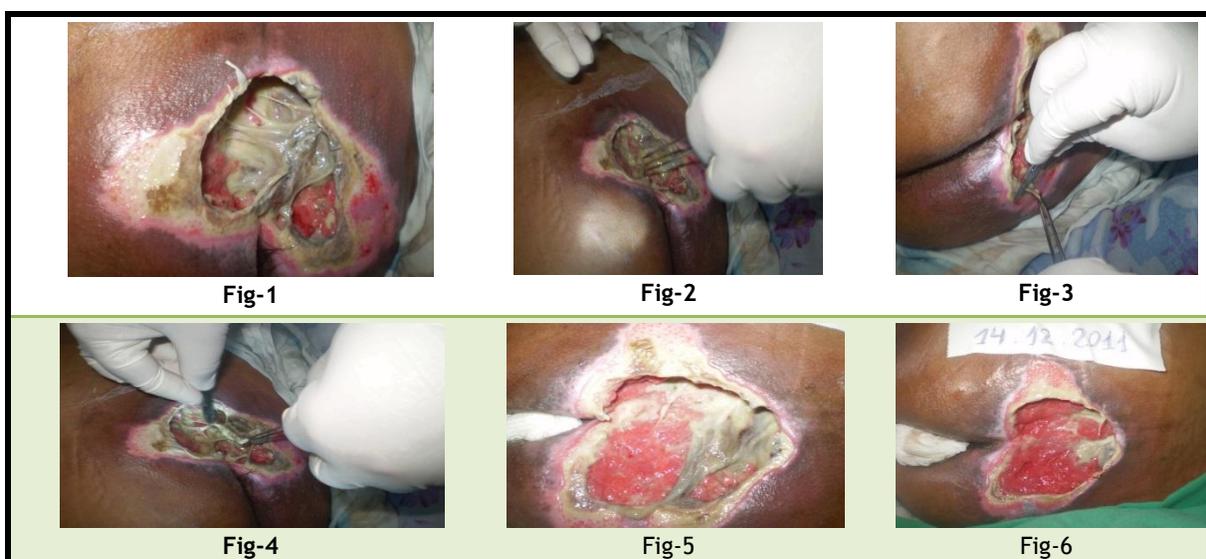


Figura 2. Procedimento de remoção do tecido desvitalizado pelo enfermeiro (desbridamento), na UP do Paciente 1. João Pessoa, 2012.

Relato 2º caso

MBS, 97 anos, sexo feminino, hidratada, caquética, eupnéica, sem responder as solicitações verbais, acamada, articulação rígida, totalmente dependente, apresentava incontinência urinária e anal e portadora de UP. Durante a primeira avaliação da ferida, verificou-se sua localização na região sacra, o

leito era coberto totalmente por tecido necrótico, tratava-se de uma ferida infectada, com alto exsudato seropurulento, de odor pútrido, assim como, possuía a área perilesional com sinais de inflamação (Quadro 3; Fig.1).

Institui-se o seguinte tratamento tópico: nos primeiros dias de acompanhamento, após

a limpeza da ferida com solução fisiológica a 0,9%, empregou-se o hidrogel, a fim de promover o desbridamento autolítico, seguido da remoção cautelosa do tecido necrótico amolecido (desbridamento mecânico). Após a remoção deste tecido necrótico, evidenciou-se a presença de cavidades e a área da ferida era de 22x18x6cm³ (Quadro 3; Fig. 2).

Nos dias consecutivos, manteve-se o uso do hidrogel em áreas de fibrina e por se tratar de ferida infectada, foi utilizado para controle bacteriano o hidropolímero de prata não adesivo, esse por sua vez além de dispensar a prata para controle de bactérias atuava na absorção também do exsudato.

Para o preenchimento de cavidades, foi empregado o alginato de cálcio. Após dez dias de tratamento, evidenciou-se regressão significativa na extensão da UP e melhora no aspecto do leito da ferida. Vale destacar que, realizava-se limpeza com SF 0,9% e sabão antisséptico na área perilesional; no leito da ferida a limpeza era feita com jato sobre pressão, utilizando-se seringa de 20cc e agulha 40 x 12 fr, de forma cautelosa para não agredir tecidos novos e vascularizados. Os

locais na lesão de onde apresentava maior migração de exsudato era preenchido com o alginato de cálcio em fita, para que este curativo pudesse permanecer mais tempo para a execução da próxima troca, enquanto que em pequenas áreas de fibrina utilizava-se hidrogel, o qual posteriormente foi substituído pela pasta de hidrocolóide, que acelerou a granulação (Quadro 3; Fig. 6). Como cobertura secundária, aplicava-se o hidrocolóide transparente a fim de propiciar ao paciente maior conforto e liberdade para o banho e higiene de maneira geral, uma vez que este é impermeável a água e bactérias, tranquilizando assim familiares e mantendo o curativo mais tempo possível. O creme barreira era utilizado em área perilesional para prevenir maceração das bordas e dermatites.

Durante a assistência desenvolvida pela enfermeira, era realizada a avaliação contínua da ferida e observação do estado geral do paciente, incluindo orientações sobre higiene, mudança de decúbito e nutrição. Esta lesão apresentou uma cicatrização significativa em menos de 60 dias de tratamento.

Registro fotografico	Tipo de tecido no leito da ferida	Exsudato e odor	Mensuração	Procedimento	Material utilizado
 Fig 1 02.12.2011	100% necrose	Purulento e sanguinolento, odor pútrido	---	Limpeza com SF9%, desbridamento mecânico e autolítico com hidrogel, cobertura de filme transparente	Hidrogel, filme transparente
 Fig-2 06.12.2011	80% necrose / fibrina (esfacelos) e 20% pequena área de tecido vascularizado.	Purulento, seroso, odor pútrido	22x18x6	Limpeza, alginato em áreas cavitárias (túneis) de esclerose de borda lateral e em média 6 cm, uso da prata hidropolímero (controle da infecção), cobertura de hidrocolóide.	Hidrogel, alginato, hidropolímero de prata e hidrocolóide transparente, hidropolímero de prata e hidrocolóide transparente
 Fig-3 12.12.2011	Lesão superficializada com bordas granuladas e área central com presença de necrose liquefativa.	Redução significativa do exsudato, o mesmo fibrinoso, odor característico	18x14x0	Limpeza, utilização de hidrogel com hidropolímero com prata, cobertura de hidrocolóide. Realização de desbridamento autolítico e mecânico.	Hidrogel, hidropolímero com prata, creme barreira, hidrocolóide.

	Lesão 98% granulada, apenas pequena presença de tecido fibrinoso.	Baixo exsudato, odor característico	16x13x0	Limpeza com SF9% morno, com jato sob pressão, área perilesional, sempre o uso de creme barreira, áreas mais profundas da lesão uso da pasta de hidrocoloide mais placa.	Creme barreira, pasta de hidrocoloide, hidrocoloide placa.
	Tecido em franca epiteliação, bordas demonstrando força tensil de contração. Ausência total de tecido necrosado.	Umidade própria da lesão, odor característico	13x10x0	Manteve-se limpeza com SF% morno sob pressão, proteção da área perilesão com creme barreira, pasta de hidrocoloide e placa para cobertura de filme hidrocoloide transparente.	Creme barreira, Pasta de hidrocoloide, filme transparente
	Tecido epiteliado totalmente superficializado.	Umidade da lesão, odor característico	10x10x0	Proteger tecido epiteliado, filme transparente e para evitar hipergranulação e controle bacteriano utilizava uma vez por semana hidropolímero com prata.	Creme barreira, filme transparente, hidropolímero com prata.

DISCUSSÃO

O sucesso do processo de cicatrização das úlceras por pressão estudadas foi alcançado graças a um conjunto de ações sistematizadas que foram implementadas segundo cada caso, envolvendo desde a avaliação do estado geral do paciente, a investigação dos riscos para UP, a avaliação específica da ferida até o tratamento da mesma. Também foi possível demonstrar a importância da competência do enfermeiro no manejo de feridas complexas, como as UPs infectadas, em ambiente domiciliar, tanto no que se refere à avaliação, realização de procedimentos, bem como, sobre o conhecimento e habilidade na remoção de tecido inviável através do desbridamento mecânico após desbridamento autolítico. Pois conforme afirma alguns autores, o fechamento bem sucedido de uma ferida complexa depende de um desbridamento bem feito.⁹

A intervenção realizada para o tratamento das UPs por meio de planejamento e reavaliações sucessivas do plano de cuidados, evidenciou que no âmbito domiciliar é imprescindível propiciar segurança e envolvimento do cuidador/familiar na continuidade dos cuidados orientados pelo enfermeiro, cabendo a esse último avaliar o

paciente em sua totalidade, planejar seu tratamento tópico, no caso das feridas, e orientar a prevenção de novas UPs. Portanto, conforme afirmam Ferreira, Aguiar, Soares, Silva e Oliveira¹⁰ em seu estudo, a atuação do enfermeiro envolve o planejamento e implementação de ações que envolvam e valorizem o cuidador, como sendo um novo elemento para a promoção da saúde, o qual pela capacitação técnica e desempenho de atividades de menor complexidade, como manutenção da higiene e mobilização no leito, poderá atuar eficazmente na minimização dos riscos e na prevenção de agravamentos de UPs, podendo reduzir a morbimortalidade desses usuários.

Vale salientar que a temática úlcera por pressão na atenção domiciliar é pouco documentada na literatura, principalmente no que se refere à previsão e prevenção de UP. Segundo Salonga-Moreno¹¹, os poucos estudos que foram concluídos confirmaram que existe uma lacuna entre o manejo da úlcera por pressão no cuidado domiciliar. Além disso, também se observou que os enfermeiros da atenção domiciliar não seguem as atuais diretrizes preconizadas para a prática sobre UP.

CONCLUSÃO

A assistência domiciliar voltada aos pacientes com úlcera por pressão requer uma comunicação adequada entre o enfermeiro, paciente e família, sendo essa última a principal provedora de cuidados, uma vez que a continuidade dos cuidados fica sob sua responsabilidade.

O atual estudo demonstrou a importância de uma assistência de enfermagem sistematizada para o cuidado de feridas no ambiente domiciliar e que a competência do enfermeiro no manejo de úlceras infectadas abrange o conhecimento na avaliação de feridas, habilidade técnica e terapêutica adequada. Portanto, esses aspectos somados foram determinantes para a cicatrização das lesões crônicas estudadas.

REFERÊNCIAS

1. Bueno VJM. Valorización Del riesgo de aparición de úlceras de presión em La unidad de cuidados intensivos. REMI [Internet]. 2005 [cited 2012 Dec 10];5(11):923. Available from: <http://remi.uninet.edu/2005/11/REMI0923i.html>
2. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 10];23(1):29-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/05.pdf>
3. Meijers JMM, Schols JMG, Jakson PA, Langer G, Clark M, Halfens RJG. Differences in nutritional care in pressure ulcer patients whether or not using nutritional guidelines. Nutrition [Internet]. 2008 [cited 2012 Dec 10];24(2):127-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18061405>
4. Rocha JA, Miranda MJ, Andrade MJ. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - intervenções baseadas em evidências. Acta Med Port [Internet]. 2006 [cited 2012 Jan 10];19:29-38. Available from: <http://actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/029-038.pdf>
5. Cardoso MCS, Caliri MH, Hass VJ. Prevalência de úlceras por pressão em pacientes críticos internados em um Hospital Universitário. REME [Internet]. 2004 [cited 2012 Jan 10];8(2):316-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_links&ref=000136&pid=S0103-2100201200010000500017&lng=en
6. Bates-Jensen BM, Vredevoe DL, Brecht ML. Validity and reliability of the Pressure Sore Status Tool. Decubitus [Internet]. 1992 [cited 2012 Jan 10];5(6):20-28. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1489512>

7. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: Fundamentos e atualização em enfermagem. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2007.

8. Yamada BFA. Terapia tópica de feridas: limpeza e desbridamento. Rev Esc Enf USP. 1999;33:133-40.

9. Teixeira Neto N, Chi A, Paggiaro AO, Ferreira MC. Tratamento cirúrgico das feridas complexas. Rev Med [Internet]. 2010 [cited 2012 January 10]; 89(3/4):147-51. Available from:

<http://www.revistademedicina.org.br/ant/89-3/10-tratamento%20cirurgico.pdf>

10. Ferreira JDL, Aguiar ESS, Soares MJGO, Silva MA, Oliveira SHS. Prevalence and risk of pressure ulcer by users in basic health network. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 S[cited 2012 Jan 10];6(9):2045-51. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2751/pdf_1497

11. Salonga-Moreno DR. Pressure ulcer prevention and management curriculum for home health agencies. Internet. 2010. Available from:

<http://gradworks.umi.com/1486391.pdf>

Submissão: 06/07/2013

Aceito: 01/09/2013

Publicado: 01/01/2014

Correspondência

Iraktania Vitorino Diniz

AV. Oceano Atlantico, 254 /Ap. 303

Bairro Intermares

CEP: 58300-000 – Cabedelo (PB), Brasil