

## DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO SISTEMA TEGUMENTAR EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

### DIAGNOSIS AND NURSING INTERVENTIONS OF THE TEGUMENTARY SYSTEM IN HOSPITALIZED ELDERLY

Andressa Amaral da Silva<sup>1</sup>, Maria Helena Gehlen<sup>2</sup>, Carla Lizandra de Lima Ferreira<sup>3</sup>, Adriana Dall' Asta Pereira<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Formada pela Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria-RS.

<sup>2</sup>Doutora em Gerontologia Biomédica pela PUC de Porto Alegre-RS. Docente do Curso de Enfermagem-Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria-RS. Membro do Grupo de Pesquisa GEPESES.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências pela UNIFESP. Coordenadora e docente do Curso de Enfermagem-Universidade Franciscana, Santa Maria-RS. Membro do Grupo de Pesquisa GEPESES.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências pela UNIFESP. Docente do Curso de Enfermagem-Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria-RS. Membro do Grupo de Pesquisa GEPESES. Coordenadora do Programa de Residência em Reabilitação Física.

Autora correspondente: e-mail: [andressamaraldasilva@ymail.com](mailto:andressamaraldasilva@ymail.com)

#### RESUMO

No processo do envelhecimento ocorrem modificações no sistema tegumentar, adjunto com os fatores ambientais, genéticos, e as patologias cutâneas. Objetiva-se identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem do sistema tegumentar em idosos hospitalizados. Estudo documental, de cunho qualitativo. A pesquisa foi realizada em um Hospital de Médio Porte localizado na região leste de Santa Maria-RS. Coletou-se dados de 30 prontuários, referente ao sistema tegumentar, com faixa etária de 60 anos a 97 anos, foram identificadas diversas alterações de pele nos idosos hospitalizados. Concluímos que esse estudo é de grande valia para todos os profissionais da saúde, despertando a importância dos cuidados com o sistema tegumentar.

**Palavras-chave:** Cuidados, Idoso, Prontuários, Sistema Tegumentar.

#### ABSTRACT

In the aging process changes occur in the integumentary system, along with environmental, genetic, and skin pathologies. The objective is to identify the diagnoses and nursing interventions of the integumentary system in hospitalized elderly. Documentary study, of qualitative nature. The research was conducted in a medium-sized hospital located in the eastern region of Santa Maria-RS. Data were collected from 30 medical records concerning the integumentary system, aged 60 to 97 years, and several skin changes were identified in the hospitalized elderly. We conclude that this study is of great value to all health professionals, arousing the importance of care with the integumentary system.

**Key words:** Care, Old, Man, Records, Cutaneous System.

## 1. INTRODUÇÃO

Desde o ano 2000 uma grande parte da população era de pessoas com sessenta anos ou mais do que crianças menores de 5 anos. Já a expectativa para o ano de 2050 é que o número de idosos seja maior do que das crianças na faixa etária menor que 15 anos, pois no século XXI o crescimento populacional de idosos tem sido uma transformação demográfica<sup>1</sup>.

Com o aumento da população idosa, as políticas públicas promovem a proteção por meio dos direitos da pessoa idosa. O Estatuto do idoso regulamentado pela lei 13.466 de julho de 2017, estabelece que idosos são todos aqueles, com 60 anos ou mais de idade. A lei garante os direitos sociais e da saúde, dando-lhe o direito ao atendimento, nos órgãos públicos e privados. Além de promover a autonomia e incentivar essa população a participar efetivamente na sociedade.<sup>2</sup>

No idoso ocorrem diversas modificações progressivas causadas pelo envelhecimento fisiológico, pelo qual, dificulta a adequação da pessoa idosa as atividades e ao ambiente, incluindo os processos funcionais, emocionais, sociais, imunológicos, ambientais, bioquímicos e psicológicos.<sup>3</sup>

Naturalmente, ocorre a diminuição das glândulas sebáceas, deixando a pele ressecada, sendo que as papilas da derme ficam menos profundas, reduzindo a união entre as camadas da pele, facilitando o aparecimento de lesões.<sup>4</sup> Desse modo, a enfermagem vem com o intuito de oferecer uma assistência qualificada ao paciente, com ênfase na inovação tecnológica que é essencial na área da enfermagem, pois é um conhecimento científico, sistematizado, organizado, aplicado, prático e com uma finalidade determinada.<sup>5</sup>

É necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre o processo de sistematização da enfermagem para realizar diagnóstico e intervenções adequadas as necessidades do idoso oferecendo um tratamento de qualidade.<sup>6</sup> Portanto, um desafio nas próximas décadas para a sociedade e o Estado é conviver com a população idosa, reconhecendo suas necessidades e oferecer-lhes uma atenção integral.<sup>7</sup>

Diante do exposto o estudo tem por objetivo identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem do sistema tegumentar em idosos hospitalizados.

## **2. MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um estudo documental, de cunho qualitativo. Na pesquisa documental usam-se documentos para a coleta de dados, sendo considerada uma fonte documental quando o material usado para a pesquisa é interno a organização. Os documentos são elaborados com diversos fins, como exemplo, documentos institucionais, judiciários, pessoais e documentos com registros estatísticos.<sup>8</sup> O método qualitativo parte da análise do subjetivo, caracterizada por algo que não é mensurado, aferindo dados simbólicos por meio da interação e de uma visão

cuidadosa sobre a realidade em pesquisa, pela qual, é retratada por meio de relatórios, para após, empregar a interpretação do material de forma absoluta e contextualizada.<sup>9</sup>

A pesquisa foi realizada em um Hospital de Médio Porte localizado na região leste de Santa Maria-RS. A coleta dos dados foi realizada no turno da tarde de setembro a outubro de 2017. Primeiramente foram avaliados os prontuários de pacientes idosos hospitalizados a mais de 10 dias em uma unidade clínica médica que apresentavam alterações no sistema tegumentar.

No segundo momento foram selecionados os prontuários dos pacientes que atenderam os critérios de inclusão. Como critérios de inclusão foram classificados os prontuários que tinham informações relacionadas com alterações no sistema tegumentar, internação com mais de 10 dias. Foram excluídos os prontuários que não possuíam informações de alterações no sistema tegumentar e que tinham menos de 10 dias de internação.

No terceiro momento foi usado um instrumento, que conduziu a coleta de dados dos prontuários, contendo os seguintes dados e questionamentos: Nome completo, idade, tempo de internação. Mora com quem? Qual a alteração de pele apresentada? Tratamento usado? Usa fraldas? Deambula ou acamado? Demais patologias apresentadas? Alimentação: Via Oral - VO ( ) Sonda nasoenteral- SNE ( ) OUTRAS ( ) Descrever. Aceitação: BOA ( ) MÉDIA ( ) POUCA ( ).

Dos 186 idosos internados foram coletadas as informações de 30 prontuários que estavam relacionados com o método de inclusão. Observou-se que a grande maioria dos prontuários não tinham informações suficientes dos diagnósticos referentes ao sistema tegumentar.

A análise dos dados será por meio da análise de conteúdo que, enquanto método, divide-se em três etapas: a pré-análise caracterizada, por uma fase de organização dos dados obtidos. Já a etapa da exploração do material, é uma fase de análise, onde se realiza a operação de codificação, ou enumeração dos dados. Sendo que na etapa do tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, utiliza-se o método estatístico, usando os quadros e as figuras para demonstrarem os resultados da análise, pelos quais devem ser significativos e válidos.<sup>10</sup>

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da coleta dos 30 prontuários de idosos, com faixa etária de 60 anos a 97 anos foram identificadas as seguintes alterações de pele nos idosos hospitalizados: Lesão por pressão, edema nos membros inferiores e superiores, hematoma, dermatite, assadura, petéquias,

celulite em membro inferior, ressecamento de pele, equimose, pele ictérica, psoríase a maioria dos pacientes apresentavam mais de uma alteração.

A partir da análise foram construídas duas categorias temáticas: “Modificações da pele, no processo de envelhecimento natural a eventos patológicos em idosos hospitalizados”. “Diagnóstico e intervenções de enfermagem”

### **3.1 MODIFICAÇÕES DA PELE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NATURAL A EVENTOS PATOLÓGICOS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS.**

Dentre os trinta prontuários de idosos identificados com alteração na pele, vinte e seis eram acamados quatro idosos deambulavam. A pele se torna sensível com a pressão do leito, por isso quando o paciente se encontra acamado deve-se realizar a mudança de posição para evitar a lesão por pressão. A atenção com esses idosos, que apresentam lesão por pressão na região do cóccix é necessária, pois aumenta a vulnerabilidade à infecção, podendo chegar à septicemia, pelo contato com as eliminações fecais.<sup>11</sup>

Os autores<sup>12</sup> relatam que quando os pacientes ficam por muito tempo em decúbito dorsal, às lesões por pressões aparecem com maior incidência na região sacral (50%), depois na região do calcâneo (37,5%). A pele da pessoa idosa fisiologicamente se torna frágil, nesse estudo foi possível observar nos prontuários que 18 pacientes apresentaram lesão por pressão do grau I ao IV. As lesões surgiram nas regiões do cóccix, trocânter, cotovelo, calcâneo, sendo que o curativo era realizado mais de uma vez ao dia e como tratamento utilizavam ácido graxo essencial (AGE), gaze de rayon e colagenase quando necessário. As lesões por pressão causam a morte do tecido, pela pressão, cisalhamento ou fricção, aparecendo casualmente nas regiões das proeminências ósseas.<sup>13</sup> Sendo classificadas do grau I ao IV, surgindo sempre de dentro para fora.<sup>14</sup>

Nos prontuários, vinte e quatro idosos usavam fraldas, sendo que dois deles apresentavam dermatite. A dor e o desconforto da dermatite podem ser parecidos com a dor de queimadura e tem sido relacionado com aumento do risco de lesão por pressão, pelo fato do paciente apresentar limitações ao proteger-se devido seu estado de saúde.<sup>15</sup>

Da amostra estudada, por meio dos documentos percebeu-se que um idoso com 92 anos apresentou a equimose nos membros superiores. A equimose caracteriza-se pela ausência de tecido para proteger os vasos sanguíneos, deixando o tecido frágil<sup>14</sup>. Outro idoso foi

identificado com petéquias, que ocorre por meio do extravasamento das células vermelhas, que fica aparente na pele.<sup>16</sup>

Em onze prontuários foram apontados que os idosos apresentaram edema nos membros superiores e inferiores e cinco idosos com hematoma nos membros superiores e inferiores. O edema é o aumento visível do volume do líquido intersticial na pele, podendo ser localizado ou generalizado. Quando os membros inferiores edemaciam chama-se edema periférico, onde uma ou duas pernas, ou ainda os joelhos, tornozelos e/ou pés, ficam com edema, causando o *pitting*, conhecido como às covas.<sup>17</sup>

A pessoa idosa encontra-se vulnerável aos aparecimentos de lesões cutâneas, devido o processo do envelhecimento, as doenças aumentam prejudicando e retardando o processo de cicatrização. Esse processo de retardamento aumenta a demanda de idosos com feridas crônicas durante o período de hospitalização, devido a fragilidade da pele, necessitando de um planejamento de cuidados adequados.<sup>18</sup>

O ressecamento cutâneo foi observado em apenas um prontuário. O ressecamento surge devido a pele se torna fina, as rugas aparecem, os ferimentos demoram a cicatrizar, e ao longo dos anos com a idade, a exposição solar em excesso, pode causar o ressecamento, que são manchas com a aparência rugosa e escamosa. Pode potencializar o ressecamento diversas patologias, dentre elas diabetes e doença renal, como o uso exagerado de sabão, desodorante ou perfume, e ainda os banhos quentes que deixam a pele seca.<sup>19</sup>

A psoríase também foi encontrada em um dos prontuários, sendo caracterizada na velhice por lesões eritematosas, descamativas e com distribuição rara. A psoríase flexural ocorre frequentemente, já à psoríase em placas diminui com os passar dos anos. Alguns medicamentos que são comuns seu uso em idosos como, betabloqueadores, anti-inflamatórios não hormonais e inibidores da ECA, potencializam o surgimento da psoríase.<sup>20</sup>

Ainda se identificou um paciente idoso, com celulite em local não especificado nas anotações do documento. A celulite caracteriza-se por uma infecção cutânea, as manifestações clínicas são normalmente eritema em pele com o aparecimento do edema e calor no local, atingindo a camada mais profunda da pele e o tecido adiposo subcutâneo.<sup>21</sup>

No estudo, dois prontuários de idosos documentaram pele ictérica que é relacionada com alguma patologia hepática, porém na evolução de enfermagem não estavam especificadas doenças relacionadas à insuficiência hepática. As seguintes causas da icterícia são: hepatites, hemocromatose, a cirrose, os tumores, e a anemia falciforme, dentre outras. Saliento que o tratamento é específico para cada caso e por meio de exames laboratoriais poderá se fazer o

tratamento adequado.<sup>22</sup> Salienta-se que a pessoa idosa tem tendência a palidez devido a diminuição da quantidade de melanócito modificação morfológica natural do processo de envelhecimento.

A partir dos achados nos prontuários além do cuidado com a pele, o profissional deve ter cautela na realização dos procedimentos. A enfermagem realiza o cuidado diretamente com o paciente, proporcionando toda a assistência necessária.<sup>11</sup> Para tanto a enfermagem deve ter atenção em todos os cuidados, como por exemplo, na punção venosa periférica quando realizada com descuido, pode causar flebite. Nos prontuários foram identificados dois pacientes com flebite, uma no membro superior direito e o outra no membro superior esquerdo. A flebite é a inflamação de uma veia e pode acontecer pelo uso do cateter venoso periférico por muitos dias. A infecção ocorre pelo trauma nas paredes dos vasos sanguíneos.<sup>23</sup>

### **3.2 DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Diagnóstico e intervenção de enfermagem são algumas das etapas da Sistematização de Enfermagem (SAE), segundo<sup>24</sup> o Diagnóstico de enfermagem é a primeira etapa da SAE, onde se interpreta e classifica os dados coletados, pelos quais, complementa-se com a tomada de decisões sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem, com rigor, as respostas do cliente ou da família no processo saúde e doença, o qual é a base para selecionar as ações e intervenções, com o intuito de alcançar os resultados esperados.

Os diagnósticos de enfermagem é um julgamento clínico são usados para identificar os resultados almeçados com o cuidado e delinear o conjunto de intervenções de enfermagem pertinentes. Quando os diagnósticos forem denominados, deve-se priorizá-los e assim determinar os cuidados específicos.<sup>25</sup>

Apesar da importância de os prontuários conterem as informações de diagnóstico e intervenções no estudo, foi possível perceber que essas anotações de enfermagem não eram especificadas. Entretanto, foi possível visualizar nas evoluções de enfermagem que outras nomenclaturas referentes às alterações na pele eram anotadas.

Frente a isso, o enfermeiro deve estar atento aos cuidados com esses pacientes, delineando os diagnósticos e intervenções de enfermagem, no que tange a pressão sobre saliência óssea, hidratação, umidade no local, fatores pelos quais, estão relacionados com o diagnóstico de integridade da pele prejudicada.<sup>25</sup>

O idoso necessita ser avaliado por meio do exame físico diariamente observando a pele e suas alterações. Deve-se ter cuidado durante a hospitalização a pressão nas proeminências ósseas, colocando almofadas ou travesseiros embaixo desses locais. É de suma importância o cuidado com a mudança de posicionamento de duas em duas horas em pacientes acamados, além de atentar-se com a alimentação do paciente e as demais consequências como a anemia que diminuem a oxigenação celular, prevenindo que causem danos a elasticidade da pele.<sup>26</sup>

Ainda, o paciente acamado precisa de cuidados especiais, pois quando a umidade fica por muito tempo em contato com a pele, acaba causando irritação deixando-a vulnerável a lesões. Nesse caso, é aconselhado usar fraldas, e trocá-las depois das eliminações fisiológicas, e ainda a realização da limpeza adequada da pele, o uso de cremes para protegê-la e hidratá-la.<sup>26</sup>

O profissional da saúde deve atentar-se para a higienização das mãos antes da realização de procedimentos.

A flebite é uma das complicações que podem surgir pela falta da assepsia adequada. Os profissionais precisam saber reconhecer os sinais de flebite, salientando que observar esses sinais é função do enfermeiro. Quando observada a flebite, o enfermeiro poderá realizar a prescrição e intervenções de enfermagem para o cuidado.<sup>27</sup>

O processo do envelhecimento e a hospitalização deixam a pessoa idosa vulnerável a riscos da integridade da pele prejudicada, sendo de suma importância que os enfermeiros tenham uma visão ampla para colaborar na implementação do cuidado.<sup>28</sup> Nesse sentido, os profissionais devem estar preparados para atender essa população, por meio de capacitações de recursos humanos.<sup>15</sup>

O processo de educação permanente favorece a apreensão de esse saber. A educação permanente é o conceito educativo, na área da saúde, por meio dela, desenvolvem-se relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, além de atuar na docência e atenção à saúde. Na Reforma Sanitária Brasileira esse conceito foi amplificado para as relações entre ensino e gestão setorial, avanço institucional e controle social em saúde.<sup>29</sup>

## CONCLUSÃO

No estudo foi possível perceber que os diagnósticos e intervenção de enfermagem nem sempre constam nos prontuários. Percebeu-se fragilidade nas anotações de enfermagem. Reconhece-se que o processo do envelhecimento deixa a pessoa vulnerável, e quando

hospitalizado o processo de enfermagem deve ser adequado às situações singulares da pessoa idosa.

O enfermeiro precisa estar atento ao conhecimento de sua equipe para frente as fragilidades desenvolver a educação permanente no serviço, buscando a qualidade do cuidado ao idoso e prevenção de possíveis lesões.

Como contribuições identifica-se que o estudo poderá despertar nos profissionais da saúde e cuidadores de idosos a importância do cuidado com a pele. Sugere-se que nas instituições hospitalares seja a equipe sensibilizada para a importância das anotações nos prontuários, uma vez que o estudo apontou como fragilidade.

Como limitações do estudo percebe-se que as anotações insuficientes podem dificultar no processo de coleta de dados ficando o pesquisador com a incumbência de observar em outros pontos do prontuário, como nas evoluções de enfermagem, observações importantes que respondam à pergunta de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Nações Unidas (UNFPA). HelpAge International. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Nova York, 2012. [Acesso em 13 set. 2019]. Disponível em: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf).
2. BRASIL. Lei nº 13.466, de 12 de Julho de 2017. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**.
3. Word, GH. **Enfermagem gerontologica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
4. Pereira MRS. **Fisiologia do envelhecimento**. In: FREITAS, EVD, PY L. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p:1043-1359.
5. Oliveira RM, Fassarella CS. A inovação na formação: a importância do conhecimento acadêmico sobre sistematização da assistência de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**; 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):623-627.
6. Carvalho DC, Pareja DCT, Maia LFS. A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Recien**. São Paulo;2013; 3 (8):5-10.
7. Miranda, GMD, Mendes, AGM, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. Rio de Janeiro, May/June, 2016;19(3).
8. Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
9. Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
10. Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229p. 2011.

11. Ascari RA. **Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem**. 2014; 6 (1):11-1.
12. Moro JV, Caliri MHL. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. **Esc. Anna Nery**, Ribeirão Preto, 2016; 20 (3).
13. Cardoso MCS, Caliri MHL, Hass VJ. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. **REME Rev. Min. Enferm.** 2004; 8 (2): 316-320.
14. Leduc MMS. **Imobilidade e Síndrome da Imobilização**. In: FREITAS, EVD, PY L. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1549-1561.
15. Chimentão DMN, Domansky RC. **Dermatite Associada à Incontinência**. In: Borges EL, DOMANSKY RC. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.
16. Tavares, A. **Petequias, purpura e equimose**. Estudando patologia. 2010. [Acesso em 13 set. 2019]. Disponível em: <http://aurilenepatologia.blogspot.com/2010/11/petequia-purpura-e-equimose.html>.
17. Ferro AS, Vaz IR, Marques J, Polónia J. Guia de reações adversas a medicamento. Reações adversas cardiovasculares. Edema dos membros inferiores. Unidade de Farmacovigilância do Sul, p: 86-88, 2012. [Acesso em 04 set.2019]. Disponível em: [https://empoderaenfermagem.webnode.com/files/200000113982ce99296/04Edema\\_MInferiores.pdf](https://empoderaenfermagem.webnode.com/files/200000113982ce99296/04Edema_MInferiores.pdf)
18. Menoita E, Santos V, Santos AS. A pele na pessoa idosa. **Journal of Agind and Innovation (JAI)**. 2013; (2),1.ed.
19. Hong Jin Pai E. Alterações de pele na terceira idade. **Reab. Clínica de Acupuntura e Dor**. 2016. [Acesso em 13 set. 2019]. Disponível em: <https://www.reab.me/alteracoes-de-pele-na-terceira-idade/>.
20. Barrios MM. **Dermatologia geriátrica**. Medicina net. Porto alegre, 2009. [Acesso em 19 set. 2019]. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revis%C3%B5es/1748/dermatologiageriatrica.htm>
21. Zambon LS. **Celulite e Erisipela dos sintomas ao diagnóstico e tratamento**. Medicinanet. 2013. Disponível em: [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5433/celulite\\_e\\_erisipela.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5433/celulite_e_erisipela.htm)
22. Ericksson REA. **Tenho a pele amarela desde que nasci**. Posso ter hepatite? Médico Responde. 2018.[Acesso em 13 set. 2019].Disponível em: <https://medicoresponde.com.br/tag/pele-amarela/>.
23. Potter PA, Perry AG. **Fundamentos de Enfermagem**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

24. Cofen. Resolução Cofen nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009- Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Coren, 2009.
25. Diagnóstico de enfermagem da nanda-I. Definições e classificações. Tradução: Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto alegre: Artmed, 2018.
26. Luz SR, Lopacinski AC; Fraga R; Urban CA. Úlceras de pressão. **Rev. Geriatria & Gerontologia**.2010; 4(1), p: 36-43.
27. Costa AS. Atuação do enfermeiro frente à flebite: sob o ponto de vista da segurança do paciente. **Revela**. São Paulo, 21.ed. Dezembro, 2017, p:60-89.
28. Rosa NM, Inoue KC, Silvino MCS, Oliveira MLF. Tratamento da dermatite associada à incontinência em idosos institucionalizados. **Rev. Rene**, 2013; 14 (5), p:1031-1040.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.