

Protocolo para Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele (PPGLP)

Laise da Silva Soares Gurgel
Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu



Protocolo para Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele (PPGLP)

Laise da Silva Soares Gurgel
Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu

Protocolo para Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele (PPGLP)

Fortaleza

2021



2021 Laise da Silva Soares Gurgel e Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu
A presente publicação está sob a licença CC BY-NC-ND.



Ficha Catalográfica

Editora IMAC

E-mail: contato@editoraimac.com.br

Site: www.editoraimac.com.br

Direção Editorial

Ivana Cristina Vieira de Lima Maia

Conselho Editorial

Profa. Dra. Aluiza Alves de Araújo
Profa. Dra. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia
Profa. Dra. Cláudia Patrícia Mourão Lima Fontes
Profa. M.^a Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira
Prof. M.e Francisco Régis da Silva
Profa. Dra. Greicy Coelho Arraes
Prof. Dr. Helder Levi Silva Lima
Profa. M.^a Isabelle Cerqueira Sousa
Profa. M.^a Juliana Barbosa de Faria
Profa. Dra. Julyana Gomes Freitas
Profa. M.^a Malena Gadelha Cavalcante
Profa. M.^a Marcélid Berto da Costa
Profa. Dra. Mary Lúcia Andrade Correia
Profa. Dra. Niédila Nascimento Alves
Profa. M.^a Paula Pinheiro da Nóbrega
Profa. M.^a Rakel Beserra de Macêdo Viana
Profa. Dra. Samyla Citó Pedrosa
Profa. Dra. Vanessa da Frota Santos
Profa. Dra. Virna Luiza de Farias

Normalização Bibliográfica

Paula Pinheiro da Nóbrega (CRB-3/717)

Diagramação e Capa

Helder Levi Silva Lima

Autoras

Laise da Silva Soares Gurgel e Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu

Colaboradoras

Andréa Colares de Moraes Queiroz
Cecília Saldanha de Lima Ferreira Simeão
Débora Rodrigues Guerra Pombo
Fernanda Jorge Magalhães
Isabela Melo Bonfim
Julliana de Carvalho Oliveira
Karla Maria Carneiro Rolim
Michelline Soeiro de Oliveira
Priscilla Brasileiro Galvão Freire
Priscyla Cruz Oliveira

Como citar esta obra:

GURGEL, Laise da Silva Soares; ABREU, Rita Neuma Dantas Cavalcante de. **Protocolo para prevenção e gerenciamento de lesões de pele (PPGLP)**. Fortaleza: IMAC, 2021. 97 p.

G979p Gurgel, Laise da Silva Soares.

Protocolo para prevenção e gerenciamento de lesões de pele (PPGLP) / Laise da Silva Soares Gurgel, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu. – Fortaleza : IMAC, 2021.

97 p. : il.

ISBN 978-65-993219-7-9

1. Lesões de Pele. 2. Enfermagem. 3. Dermatologia.
I. Abreu, Rita Neuma Dantas Cavalcante de. II. Título.

CDD 616.5

As Autoras

Enfermeira M.^a Laise da Silva Soares Gurgel



Experiência com coordenação de enfermagem desde 2012, docência desde 2013, coordenação de cursos técnicos desde 2015 e coordenação de cursos de Pós-graduação desde 2016. Atualmente atua como Diretora da LS Cuidados em Saúde; Presidente da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética - Regional CE; Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) pela UNIFOR; Especialista em Enfermagem Dermatológica - UNESA/RJ e Terapia Intensiva - ESP/CE; Habilitada em Laserterapia, Ozonioterapia, Plasma Rico em Plaquetas e Plasma Rico em Fibrina. Professora convidada na Pós-graduação Estácio (Nacional).

E-mail: laisessoares@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1665860866991700>

As Autoras

Prof.^a Dra. Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu

Possui Graduação em Enfermagem, Especialização em enfermagem clínica: aspectos patológicos e farmacológicos do cuidar, Mestrado em cuidados clínicos em saúde pela Universidade Estadual do Ceará e Doutorado em Biotecnologia em Saúde (Laboratório de Neuropsicofarmacologia) pela Universidade Federal do Ceará. Atuou como enfermeira no Hospital de Saúde Mental de Messejana. Diretora Científica da Associação dos Enfermeiros do Instituto Dr. José Frota (IJF) (2016-2018). Atualmente docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Servidora Pública Municipal de Fortaleza-Ceará. Enfermeira da sala vermelha e área amarela da emergência do maior hospital de trauma do estado do Ceará (Instituto Dr. José Frota-IJF-Centro). Docente do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da UNIFOR. Coordenadora do Grupo de Estudo: Evidências e Tecnologias em Enfermagem em Emergência (EVEN) da UNIFOR. Membro (relatora) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Dr. José Frota, Prefeitura Municipal de Fortaleza. Docente do Módulo Enfermagem em Cuidados Clínicos I, Enfermagem em Urgência e Emergência, Enfermagem em saúde mental. Formação de 360 horas em Terapia com Florais de Bach.



E-mail: rita_neuma@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9263816178356005>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O PROTOCOLO	10
1.1 Descrição do protocolo	10
1.2 Objetivo do protocolo	11
1.3 População a quem o protocolo se destina	11
1.4 Resultados esperados	11
1.5 Questões de saúde	12
1.6 Fundamentação teórica e justificativa	12
1.7 Opiniões e preferências da população-alvo	16
1.8 Métodos sistemáticos para a busca de evidências	16
1.9 Procedimento para atualização do protocolo	17
1.10 Fatores facilitadores e barreiras para aplicação do protocolo	17
1.10.1 Fatores facilitadores para a aplicação do protocolo	17
1.10.2 Barreiras para a aplicação do protocolo	18
1.11 Potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações	18
1.12 Critérios para monitoramento e/ou auditoria do protocolo	18
1.13 Órgão financiador	19
1.14 Conflitos de interesse	19
2 ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS POR PROFISSIONAL E SERVIÇOS ENVOLVIDOS: UNIDADES HOSPITALARES (EIXO ADULTO E NEONATAL)	20
2.1 Enfermeiro especialista em Enfermagem Dermatológica e/ou Estomaterapia	20
2.2 Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente	20
2.3 Assessoria Técnica da Qualidade	21
2.4 Coordenação Geral de Enfermagem	22
2.5 Time de Liderança/Participantes da Comissão de Estomaterapia	22
2.6 Enfermeiro assistencial	23
3 CONTROLE DIÁRIO DA ESCALA DE BRADEN	27
3.1 Técnico de enfermagem	28

3.2 Nutricionista	31
3.3 Fisioterapia	31
3.4 Médico	32
3.5 Farmácia	33
4 MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE	34
4.1 Hidratação	34
4.2 Ações preventivas	35
5 PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO	36
5.1 Lesão por pressão estágio 1: pele íntegra com eritema que não embranquece	36
5.2 Lesão por pressão estágio 2: perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme	37
5.3 Lesão por pressão estágio 3: perda da pele em sua espessura total	39
5.4 Lesão por pressão estágio 4: perda da pele em sua espessura total e perda tissular	40
5.5 Lesão por pressão não classificável: perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível	41
5.6 Lesão por pressão tissular profunda: descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece	42
5.7 Definições adicionais	44
5.7.1 Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico	44
5.7.2 Lesão por pressão em membranas mucosas	45
5.8 Prevenção de lesões por pressão	47
5.9 Avaliação de enfermagem	48
6 TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO	53
6.1 Limpeza	53
6.2 Desbridamento	54
6.3 Manejo da coloração bacteriana e infecção	56
6.4 Diagnóstico de infecção	58
6.5 Soluções de limpeza	59
6.5.1 Limpador de pele íntegra sem enxágue	59

6.5.2 Solução de limpeza - PHMB	60
6.5.3 Terapia tópica	60
6.5.4 Manejo da dor	66
7 PREVENÇÃO DE DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA (DAI)	68
7.1 Paciente em risco de DAI	69
7.2 Prevenção de DAI	69
7.3 Ações preventivas	71
8 PREVENÇÃO DE LESÕES POR FRICÇÃO (<i>SKIN TEAR</i>) E LESÕES RELACIONADAS A ADESIVOS MÉDICOS (MARSI)	73
8.1 Ações preventivas	74
9 GERENCIAMENTO DO TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE	76
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A - NÍVEIS DE EVIDÊNCIA, FORÇA DA EVIDÊNCIA E FORÇA DAS RECOMENDAÇÕES	83
APÊNDICE B - MECANISMO DE BUSCA DE EVIDÊNCIAS EM BASES DE DADOS	84
APÊNDICE C - MONITORAMENTO DE LESÕES DE PELE (ADULTO)	86
APÊNDICE D - MONITORAMENTO DE LESÕES DE PELE (SENEO)	88
APÊNDICE E - RELÓGIO DE MUDANÇA DE DECÚBITO	90
APÊNDICE F - SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS PARA HIGIENE PESSOAL E PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE	91
APÊNDICE G - ESCALA DE VISITA AOS SETORES	92
APÊNDICE H - FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDÊNCIA/ PREVALÊNCIA DE LESÕES DE PELE	93
APÊNDICE I - FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO	94
APÊNDICE J - RÉGUA PARA MENSURAR LESÕES	95
APÊNDICE K – FLUXOGRAMA	96

APRESENTAÇÃO

O Julgamento clínico e a tomada de decisão são considerados desafios amplos e determinantes ante às diversas situações vivenciadas no cotidiano do profissional de saúde (MAGALHÃES; LIMA, 2018).

Dentre estas, destacam-se as ações de prevenção e tratamento de lesões de pele. Caso essas ações não realizadas de forma imediata, pode haver agravamento da situação de saúde do paciente, complicações como a sepse ou morte. Para assertiva realização dessas ações, faz-se necessário que os profissionais de saúde obtenham conhecimento, habilidade e atitude para acolher e identificar o risco de desenvolver uma lesão, o grau de comprometimento da pele e/ou outros agravos de saúde do usuário.

Diante desse contexto, evidencia-se o uso do “Protocolo para Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele” como uma tecnologia em saúde confiável e válida quanto ao conteúdo para utilização na prática clínica. O protocolo tem como objetivo orientar profissionais da equipe multidisciplinar de saúde que atuam na manutenção da integridade da pele e na prevenção de: Lesões por Pressão, Dermatite Associada à Incontinência (DAI), Lesões por Fricção e Lesões Relacionadas a Adesivos Médicos. Além disso, pode ser utilizado por profissionais que atuam no gerenciamento da cicatrização de lesões de pele. Assim, contribui com a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes e para a educação continuada da equipe, no que diz respeito à prevenção, tratamento e gerenciamento de lesões de pele, com o intuito de garantir a eficácia, diminuir o tempo de internação e otimizar custos.

Esta publicação é resultante de um trabalho coletivo de vários autores. Agradeço especialmente, a Deus, à minha família, à Prof.^a Dra. Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu, aos enfermeiros e aos juízes experts em prevenção e gerenciamento de lesões de pele, pelas contribuições oferecidas para a realização deste sonho.

Obrigada a todos!

Enfermeira Laise da Silva Soares Gurgel

Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza

1.1 Descrição do protocolo

Com a finalidade de realizar estratégias direcionadas à segurança do paciente, como parte da implementação da Política Nacional de Segurança do Paciente, a autoras visam implementar uma política interna de prevenção de lesões de pele e da lesão por pressão, por meio da padronização de rotinas (GRTDD) estabelecidas descritas em um protocolo assistencial multidisciplinar baseado em evidências científicas. A Enfermagem Dermatológica e/ou Estomaterapia, serão áreas que permitirá a formação do elo entre as demais categorias envolvidas nas estratégias de prevenção de lesões, nos diversos níveis de atenção à saúde gerenciados pelas instituições de saúde.

Segundo Cruz (2018), a segurança do paciente engloba “todos os estudos e práticas para a diminuição ou eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente.” Com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos que gerem danos ao paciente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu as ações para Segurança do Paciente, conforme a Resolução RDC nº 36/2013, as quais estão alinhadas com as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde, a saber: cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviços de saúde, prevenção de quedas em pacientes hospitalizados, identificação do paciente, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, e prevenção de úlceras por pressão (BRASIL, 2013a). Estas metas são abordadas nos seis Protocolos de Segurança do Paciente publicados pelo Ministério da Saúde com base nas portarias GM/MS 1377/2013 e GM/MS 2.095/2013 (BRASIL, 2013b, 2013c).



Grau de recomendação: nível de evidência B.

1.2 Objetivo do protocolo

O protocolo tem como objetivo orientar profissionais da equipe multidisciplinar de saúde que atuam na Manutenção da Integridade da Pele e na Prevenção de: Lesões por Pressão, Dermatite Associada à Incontinência (DAI), Lesões por Fricção e Lesões Relacionadas a Adesivos Médicos. Além disso, enfoca com o gerenciamento da cicatrização de lesões de pele. Sua utilização na prática clínica poderá contribuir com a qualidade da assistência prestada aos pacientes e educação continuada da equipe, no que diz respeito à prevenção, tratamento e gerenciamento de lesões de pele. Dentre os possíveis benefícios do uso do protocolo estão: melhoria da eficácia do cuidado prestado, redução do tempo de internação e otimização de custos.

1.3 População a quem o protocolo se destina

O Protocolo foi validado por experts com enfoque na assistência prestada aos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No entanto, atende a pacientes com perfil de menor criticidade.

1.4 Resultados esperados

- Aperfeiçoar a prática clínica e assistencial.
- Oferecer maior habilidade e segurança para o processo de avaliação e monitorização do reparo tissular no tratamento da lesão por pressão.
- Nortear a atuação profissional alicerçada no pensar para agir, com base no método científico.
- Reduzir os índices de incidência nas instituições de saúde.

1.5 Questões de saúde

- A proteção da integridade cutânea é considerada como indicativo de qualidade dos cuidados assistenciais?
- As lesões de pele acometem os indivíduos nas diversas fases do ciclo da vida humana?
- A atenção diante da integridade da pele deve ser foco de atenção de toda a equipe de saúde e dos cuidadores/acompanhantes?
- Qual principal indicador é utilizado na avaliação da efetividade dos protocolos?
- O risco para desenvolver lesões por pressão constitui importante indicador de saúde relacionado à qualidade da assistência de enfermagem?

1.6 Fundamentação teórica e justificativa

A proteção da integridade cutânea é considerada como indicativo de qualidade dos cuidados assistenciais, pois a presença de lesões de pele ou perilesão está associada ao aumento do tempo de internação, à carga de trabalho para equipe de saúde e aos custos hospitalares.

As lesões de pele acometem os indivíduos nas diversas fases do ciclo da vida humana, com destaque para a necessidade da atenção em áreas como neonatologia, pediatria, saúde do adulto e geriatria. As lesões de pele podem ser classificadas como: agudas ou crônicas; primárias ou secundárias a outras afecções; decorrentes de contextos clínicos ou cirúrgicos e associadas ou não às doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

A atenção diante da integridade da pele deve ser foco de atenção de toda a equipe de saúde e dos cuidadores/acompanhantes, tanto no eixo adulto como no eixo infantil. No neonato e recém-nascido, as lesões podem decorrer de patologias em órgãos e tecidos, contusões, iatrogenias ou uso de equipamentos médicos. As lesões no recém-nascido podem estar relacionadas com as lesões cutâneas na face, fronte,

membros superiores, abdome, membros inferiores, orelha e glúteo, respectivamente (FONTENELE; CARDOSO, 2011).

Lesões de pele podem ocorrer por etiologias diversas. A lesão por pressão se constitui no tipo de lesão mais comum em pacientes institucionalizados. A busca por estratégias e soluções para essa problemática é uma luta dos profissionais de saúde do mundo inteiro e é um dos maiores desafios vivenciados na assistência em saúde (FERNANDES; BRAZ, 2002).

A magnitude das lesões por pressão é revelada pelas alterações e consequências que ocasionam aos clientes acometidos, tais como: prolongamento da internação; aumento da morbidade dos clientes acometidos; dor e sofrimento; sobrecarga física; emocional e social; porta de entrada para infecção; aumento dos custos diretos e indiretos; consequências sociais e econômicas; aumento da mortalidade; aumento do tempo necessário para o cuidado de enfermagem; perda da integridade da pele, acarretando consequências para o indivíduo, família e instituição (PARANHOS, 2003; LISE; SILVA, 2007; SCHOLS; ENDE, 2004). Por ser esse tipo de lesão mais prevalente, tanto em pacientes institucionalizados como em domicílio, a maioria dos protocolos de prevenção de lesões é direcionado à lesão por pressão (SERPA et al., 2014).

Quanto à avaliação da efetividade dos protocolos, o principal indicador utilizado é a incidência. Esse índice é considerado o mais adequado para avaliar a qualidade da atenção prestada em serviços de saúde, sendo uma ferramenta importante para promover a orientação das estratégias institucionais e de cuidado multiprofissional direcionadas à prevenção dessas lesões (SCHOLS; ENDE, 2004).

Para se assegurar uma boa assistência à saúde é necessário estar atento às diferenças entre incidência e prevalência de lesões por pressão. A prevalência se refere ao número de pacientes com lesão por pressão num dado período em um determinado local. Já a incidência se refere ao número de casos novos que apareceu na população estudada num determinado período. A população na prevalência são todos os pacientes internados no setor estudado, já a incidência engloba todos os pacientes com risco para lesão por pressão. Esses são os denominadores do indicador. Na prevalência, o numerador é constituído por todos os casos existentes de lesão, incluindo os casos antigos e novos. Na incidência, o numerador são apenas os casos novos da lesão. Os

dados devem ser expressos em percentuais, com divisão do numerador pelo denominador multiplicando-se por 100 (AYELLO, 2004; LISE; SILVA, 2007).

Para mensurar a incidência de lesão por pressão, é necessária a identificação dos pacientes que apresentam risco específico para o desenvolvimento dessas lesões.

No Brasil, encontram-se disponíveis três escalas para a avaliação do risco de desenvolvimento de lesões por pressão (LP), em populações adulta e infantil: escalas de Braden, de Waterlow e de Braden Q, respectivamente traduzidas e validadas para a língua portuguesa em 1998, 2007 e 2008 (ROCHA; BARROS, 2007).

No Brasil, a incidência e prevalência de lesão por pressão são semelhantes às relatadas na literatura mundial, com incidência de 39,8% em pacientes de risco internados em hospital universitário (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010). A incidência de lesão por pressão é estimada entre 0,4% a 38% em pacientes internados em serviços de atendimento de emergência (ROGENSKI; SANTOS, 2005; WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010).

Segundo Wada; Teixeira Neto e Ferreira (2010), nos últimos anos ocorreu um aumento na prevalência de lesão por pressão devido ao aumento da expectativa de vida da população, associado aos avanços da medicina moderna, que tornaram possível a sobrevivência de pacientes com doenças graves e anteriormente letais, transformadas em doenças crônicas e lentamente debilitantes. A utilização de técnicas modernas, como novos tratamentos clínicos e cirúrgicos, monitorização, drogas e equipamentos, possibilitaram o prolongamento da vida, mesmo que artificialmente, muitas vezes em pacientes gravemente debilitados, imobilizados e frequentemente inconscientes, sem perspectiva de cura, sendo o aumento no número de casos de lesão por pressão consequência do aumento do número de indivíduos expostos aos fatores de risco para o desenvolvimento do problema.

Em unidades hospitalares de atendimento de urgência, a prevalência de LP varia de 5% a 15%, em casas de repouso, varia de 15% e 20% e, em centros de reabilitação, varia de 30% a 50% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA, 2011).

Em relação às taxas de prevalência de lesões de pressão no Reino Unido, nos EUA e no Canadá são relatados valores entre 4,7% e 32,1% em hospitais. Um estudo realizado em um hospital de Portugal, houve prevalência de 37,4% e incidência de 25,8% casos de lesão por pressão. O aparecimento de novas lesões por pressão ocorreu, em média, no 7º dia de internação. Em outro estudo, na Itália, a incidência foi de 20,6% de lesão por pressão em pacientes reinternados após o tratamento agudo de traumas raquimedulares (HISASHIGE; OHURA, 2012; LOURO; FERREIRA; PÓVOA, 2007; WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010).

O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) menciona que a prevalência das lesões por pressão é variável conforme a clientela e a instituição (UNITED STATES OF AMERICA, 2006a, 2006b). Nos hospitais gerais, a prevalência é em torno de 3% a 14%. Em serviços com clientes crônicos, é de 15-25%, e no domicílio é de 7%-12% (PARANHOS, 2003).

O risco para desenvolver lesões por pressão constitui-se em um importante indicador de saúde relacionado à qualidade da assistência de enfermagem, tendo em vista que o papel do profissional está relacionado diretamente ao cuidado do paciente hospitalizado ou em assistência domiciliar. Além do enfermeiro, os profissionais da equipe multiprofissional envolvidos na prestação da assistência de saúde podem contribuir com a prevenção desses riscos.

A capacidade dos profissionais reconhecerem os pacientes em risco de desenvolvimento de LP e a avaliação do estado nutricional, estão entre as estratégias de prevenção de lesões de pele. Destaca-se a necessidade de valorizar as necessidades proteico-energéticas, as preferências individuais e a hidratação do paciente. No caso de pacientes em terapia nutricional por via enteral ou parenteral, deve-se estabelecer um protocolo de cuidados considerando as vias de acesso, a administração dos nutrientes e a prevenção de complicações (SERPA; SANTOS, 2007).

Tendo em vista, o contexto apresentado, percebe-se a necessidade da existência de um Protocolo, para oferecer informações-chave ao enfermeiro para a prevenção, tratamento e gerenciamento da evolução do processo de cicatrização de lesões por pressão, com base nas melhores evidências científicas.

1.7 Opiniões e preferências da população-alvo

Para desenvolvimento deste protocolo, houve diversos encontros entre as autoras e as coordenações dos setores envolvidos de um hospital privado de Fortaleza-Ceará. Foram consideradas as sugestões de melhorias apontadas pelos profissionais que atuam na assistência, com base em evidências científicas. Os profissionais emitiram opiniões acerca do protocolo no momento da visita multidisciplinar, realizada semanalmente *in loco* na Unidade de Terapia Intensiva do serviço de saúde investigado. Foram ainda consultados, pacientes e acompanhantes sobre as práticas de prevenção, tratamento e gerenciamento de lesões de pele observadas por eles durante a internação do paciente.

1.8 Métodos sistemáticos para a busca de evidências

As produções científicas que subsidiaram a elaboração do protocolo foram localizadas entre os meses de junho e julho de 2018, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), COCHRANE e *National Library of Medicine/National Institutes of Health* (PubMed), por meio de estratégias de busca específicas em cada base *on-line*. Também foram consideradas para elaboração da diretriz clínica, o uso de painéis consultivos, livros, diretrizes e jornal internacional específico para publicações na área do protocolo.

Realizou-se o cruzamento dos seguintes descritores controlados, presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): úlcera por pressão; estudos de validação e cicatrização de feridas; incontinência fecal; pele. Os critérios de inclusão estabelecidos para os estudos foram os seguintes: artigos disponíveis eletronicamente nos idiomas português e inglês, no período de 2003 a 2018, que abordassem a temática. Utilizou-se esse recorte temporal longo (15 anos), devido à restrição de publicações disponíveis relacionadas ao assunto investigado. Foram adotados os seguintes critérios

de exclusão: estudos indisponíveis eletronicamente; estudos em formato de editoriais; estudos em formato de cartas ao editor; artigos fora do recorte temporal estabelecido. Por fim, foram consideradas para a formulação das recomendações, as produções conforme níveis de evidência, força da evidência e força das recomendações, constam no Apêndice A. O mecanismo de busca de evidências nas bases de dados, foi detalhado no Apêndice B.

1.9 Procedimento para atualização do protocolo

Anualmente, o Protocolo para Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele, deverá ser revisado pelos componentes da Comissão de Prevenção de Lesões de Pele da instituição adotada para a implementação do projeto piloto do protocolo.

1.10 Fatores facilitadores e barreiras para aplicação do protocolo

1.10.1 Fatores facilitadores para a aplicação do protocolo

- Boa aceitação pela equipe, no que se refere às ações práticas recomendadas no protocolo.
- Envolvimento da direção da instituição investigada e de cargos de coordenação no processo de elaboração e validação do protocolo.
- Envolvimento do escritório de qualidade da instituição investigada para validação deste protocolo.

1.10.2 Barreiras para a aplicação do protocolo

Como barreira para a implementação desse protocolo, elencou-se a possibilidade de comprometimento não efetivo de alguns membros da equipe assistencial ou de setores envolvidos no protocolo de prevenção, tratamento e gerenciamento de lesões de pele.

1.11 Potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações

Para execução das recomendações, deve-se sempre atentar aos recursos necessários. No caso das recomendações que dependem do uso de algum material de alto custo, recomenda-se consultar previamente o setor de auditoria da instituição no qual o protocolo será aplicado para obter a autorização necessária. Caso haja negativa do convênio, consultar a coordenação do setor para viabilizar a melhor forma de manter o paciente dentro das recomendações do protocolo.

1.12 Critérios para monitoramento e/ou auditoria do protocolo

A mensuração da aplicação das recomendações do Protocolo para Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele (PPGLP), deve ser realizada semanalmente durante a visita multidisciplinar, com preenchimento diário do “Formulário de Acompanhamento - Protocolo para Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele” (Apêndice I) e acompanhamento dos casos de prevalência e incidência de lesões de pele, através do “Formulário de Notificação de Incidência/Prevalência de Lesões de Pele” (Apêndice H), preenchidos no(s) setor (es) envolvido(s). Dentre os parâmetros que possibilitam a junção dos dados para elaboração dos indicadores acompanhados mensalmente, citam-se: Percentual da Classificação de Risco para Lesões de Pele (LP) de acordo com a Escala de Braden; Percentual do Estadiamento das

LP; Média Percentual das Regiões Corporais Acometidas pela LP; Taxa Incidência de Lesão por Pressão; Taxa Prevalência de Lesão por Pressão; Taxa de Incidência de Lesões de Pele, exceto Lesão por Pressão; Taxa de Prevalência de Lesões de Pele, exceto Lesão por Pressão.

1.13 Órgão financiador

Não houve financiamento para a elaboração deste protocolo.

1.14 Conflito de interesse

Não houve conflitos de interesse em relação à elaboração deste protocolo.

2 ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS POR PROFISSIONAL E SERVIÇOS ENVOLVIDOS: UNIDADES HOSPITALARES (EIXO ADULTO E NEONATAL)

2.1 Enfermeiro especialista em Enfermagem Dermatológica e/ou Estomaterapia

- Coordenar e gerenciar as ações e estratégias do Protocolo de Prevenção de Lesões de Pele (PPGLP).
- Gerar indicadores por meio do Apêndice H - Formulário de Notificação de Incidência/Prevalência de Lesões de Pele e, dessa forma, monitorar do risco clínico lesões de pele.
- Realizar treinamentos *in loco* de acordo com a necessidade dos setores e funções de cada categoria.
- Realizar consulta de enfermagem quando necessário e/ou conforme escala (Apêndice G).
- Assessorar aos demais setores envolvidos no protocolo, quando solicitado (PINHEIRO et al., 2014).
- Supervisionar procedimentos de enfermagem realizados por outros profissionais que estejam relacionados à enfermagem dermatológica e/ou à estomaterapia.

2.2 Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente

- Acompanhar a implementação do protocolo, fornecendo suporte para divulgação, treinamento e interação entre os serviços (PINHEIRO et al., 2014).
- Acompanhar os incidentes e auxiliar a análise dos eventos adversos relacionados às lesões de pele. (PINHEIRO et al., 2014).

- Divulgar os indicadores referentes ao Protocolo de Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele (PPGLP), para que todos os profissionais envolvidos possam tomar conhecimento dos resultados e contribuam sugerindo melhorias.
- Apoiar as equipes multidisciplinares na execução do protocolo.
- Desenvolver plano de ações, em conjunto com a enfermeira especialista, referente à participação dos profissionais envolvidos na implementação do protocolo.

2.3 Assessoria Técnica da Qualidade

- Assessorar na construção dos dados dos indicadores, antes e posterior à sua publicação, favorecendo a divulgação consolidada de dados relacionados ao Protocolo de Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele (PPGLP).
- Acompanhar a implementação de planos de ação realizados a partir da análise de incidentes (PINHEIRO et al., 2014).
- Orientar procedimento operacional padrão referente às ações do Protocolo de Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele (PPGLP), contribuindo na integração dos processos.
- Comparar de forma eficiente a performance entre dispositivos/formulários utilizados, favorecendo a execução de melhores práticas.

2.4 Coordenação Geral de Enfermagem

- Contribuir com estratégias para execução do protocolo de prevenção e gerenciamento de lesões de pele, orientando e validando os processos inerentes a essa ação.
- Gerenciar as necessidades inerentes à infraestrutura e aos materiais necessários para execução do Protocolo de Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele (PPGLP) na instituição (PINHEIRO et al., 2014).
- Divulgar junto à assessoria técnica de qualidade os indicadores definidos no protocolo para que a equipe operacional possa tomar conhecimento dos resultados, contribuindo para a realização das melhorias a serem feitas com vistas a atingir as metas definidas (PINHEIRO et al., 2014).
- Apoiar as equipes multidisciplinares na execução do Protocolo de Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele (PPGLP).

2.5 Time de Liderança/Participantes da Comissão de Dermatologia/Estomaterapia

- Supervisionar a unidade quanto ao cumprimento das estratégias preconizadas no Protocolo de Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele (PPGLP) (PINHEIRO et al., 2014).
- Reunir-se, no mínimo, mensalmente, para operacionalização e melhoria do protocolo.
- Motivar a equipe multidisciplinar na execução do protocolo (PINHEIRO et al., 2014).
- Realizar medidas administrativas, caso seja necessário, para promover o bom andamento do protocolo.
- Realizar a análise dos eventos adversos relacionados às lesões de pele, em conjunto com a comissão (PINHEIRO et al., 2014).

2.6 Enfermeiro assistencial

- Preencher o formulário “Monitoramento de lesões - adulto” (Apêndice C) para os pacientes acima de 5 anos completos no setor - UTI Adulto. Nas Unidades de Internação, deve constar a informação apenas no prontuário, de todos os pacientes clínicos.
- Preencher o formulário “Monitoramento de lesões – Serviço de Neonatologia (SENEO) (Apêndice D) para RN e crianças até 5 anos, 11 meses e 29 dias.
- Consultar fluxograma (Apêndice K) no caso de dúvida em conduta, no que se refere ao protocolo.
- Avaliar na admissão, diariamente e/ou no máximo em 48 horas, o risco para lesão por pressão através da escala de Braden contida na “Monitoramento de lesões - adulto” (Apêndice C) (Forçada Evidência = C).

⇒ Na UTI - Adulto deve-se identificar o risco em cabeceira (Ficha 1), datar, identificar a placa e assinar no campo abaixo, a cada mudança de risco.

Ficha 1 - Identificação do risco - Braden

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
	ELEVADO	MODERADO	BRANDO	SEM RISCO
	≤ 11	12 a 14	15 a 16	> 16

MUDANÇA DE RISCO	MUDANÇA DE RISCO	MUDANÇA DE RISCO	MUDANÇA DE RISCO
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
Placa: _____	Placa: _____	Placa: _____	Placa: _____
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____

Fonte: Elaboração das autoras.

⇒ Caso seja encontrada a presença de lesão por pressão, solicitar parecer da enfermeira especialista.

- Realizar uma avaliação estruturada do risco com a maior brevidade possível (no período máximo de oito horas após a admissão) para identificar os indivíduos em risco de desenvolver úlceras por pressão (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Repetir a avaliação do risco tantas vezes quanto necessário, considerando o nível de acuidade do paciente (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Orientar o uso de creme barreira, na região de fralda, MMSS e MMII, para pacientes com Braden brando, moderado e elevado. Orientar reaplicação em região de fralda, a cada 4 trocas e em MMSS e MMII, a cada 12h (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Efetuar uma reavaliação em caso de alterações significativas na condição de saúde do doente (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Orientar o uso de *spray* barreira, em região de fralda, para pacientes com incontinência urinária e/ou fecal. Orientar a reaplicação a cada 24h ou com frequência de tempo menor (a cada 12h), mediante avaliação. Nos casos de pacientes com incontinência dupla deve-se reaplicar o produto a cada 6h (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação =+++).

- No item I - “Condição da pele na admissão”, do formulário: “Monitoramento de lesões - adulto” (Apêndice C) para os pacientes acima de 5 anos completos e no formulário “Monitoramento de lesões - SENEIO (Apêndice D) para RN e crianças até 5 anos, 11 meses e 29 dias, deve ser registrada a condição da pele na admissão, íntegra ou lesionada, marcando com um (X), e a localização da lesão na figura correspondente. As lesões que ocorrerem após o internamento devem conter um X marcado na localização da lesão na figura correspondente, registrando a data e o estágio da nova lesão. Na parte de trás do formulário, devem ser registradas todas as lesões e suas respectivas condutas tópicas, com frequência semanal, quando mudar a conduta ou na presença de intercorrências (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Registrar no mínimo, semanalmente, três características da ferida conforme escala de PUSH, presente no formulário “Monitoramento de lesões – adulto” (Apêndice C), considerando o uso da régua para mensurar as lesões (Apêndice J) (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Instituir filme transparente não estéril em tamanho conforme avaliação, nas áreas de risco para desenvolver LP de acordo com os grupos a seguir:



Adulto e crianças: sacra, trocanter direita e esquerda e os calcâneos (troca a cada 7 dias) ou a critério da observação do enfermeiro.

Neonatos: tórax anterior, tórax posterior, coxas e braços (troca de 7 a 15 dias) ou a critério da observação do enfermeiro.

(Forçada Evidência = C; Força da Recomendação =+++)

⇒ Instituir superfície de suporte em até 24h da admissão e reavaliar a indicação de acordo com o risco da escala de Braden, conforme orientação a seguir:



Classificação de risco:

Sem risco >16 – colchão comum

Brando = 15 a 16 – colchão piramidal

Moderado = 12 a 14 ou Elevado ≤ 11 – colchão articulado (A) ou colchão pneumático (PN)

3 CONTROLE DIÁRIO DA ESCALA DE BRADEN

TOTAL: Preencher diariamente na célula branca o valor total de pontos da classificação da Escala de Braden (Tabela 1).

Mês: _____

Tabela 1 - Registro Braden

DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TOTAL																															
COLCHÃO																															
RUBRICA																															

Fonte: Elaboração das autoras.

- Supervisionar a mudança de decúbito que deverá ser instituída a todos os pacientes com risco para lesão por pressão. Checar o posicionamento do leito do paciente na prescrição de enfermagem, de acordo com o relógio de orientação de mudança de decúbito (Apêndice E) (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Entregar ao acompanhante, a “Solicitação de Produtos para Higiene Pessoal e Prevenção de Lesões de Pele” (Apêndice F), sinalizando com um (X) em cada produto que faça necessário, para uso do paciente. Ao final do preenchimento, assinar e colocar registro profissional e data. Em relação aos itens que não se fizerem de uso necessário pelo paciente, registrar uma linha reta (|) (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

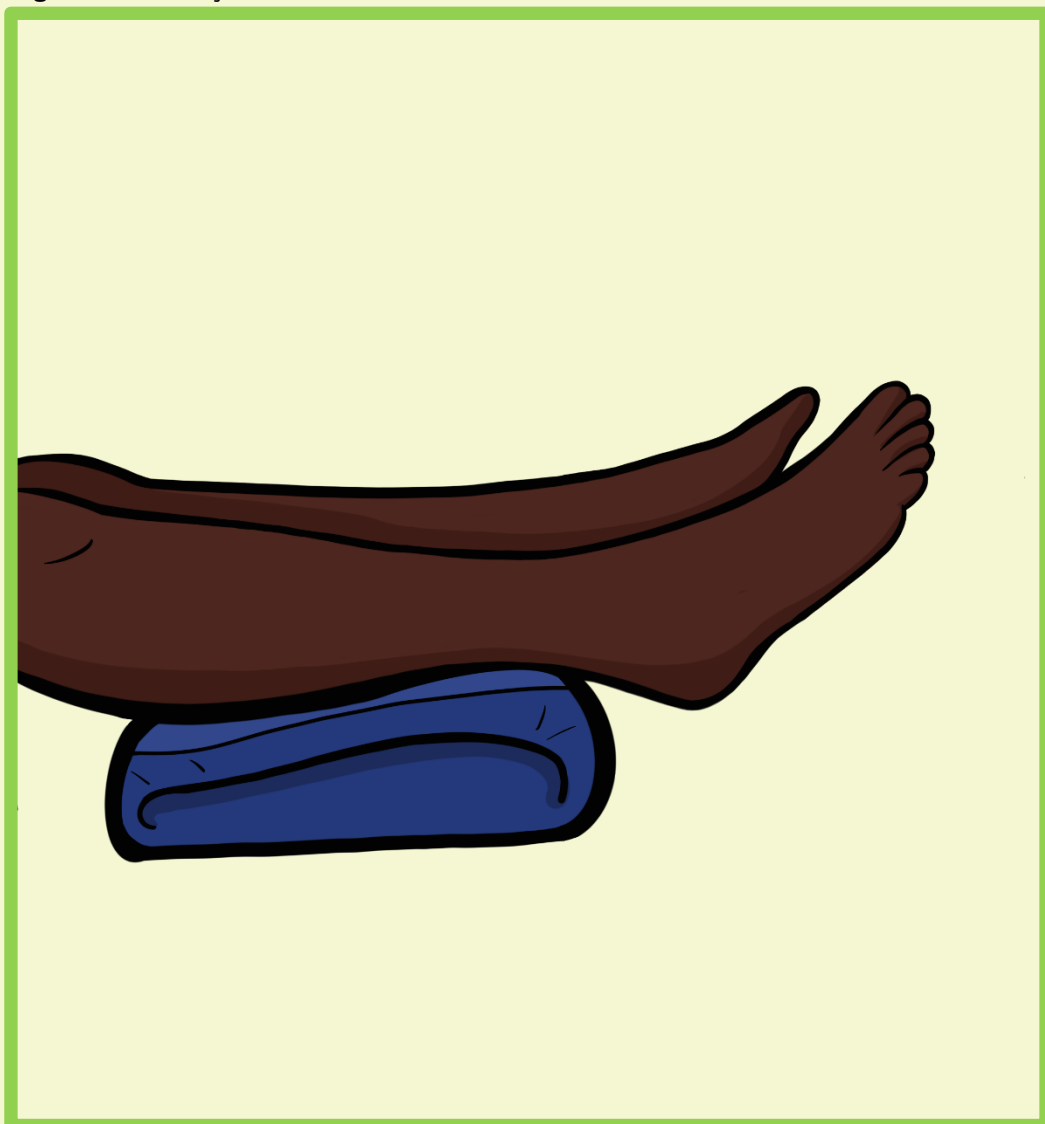
3.1 Técnico de enfermagem

- Inspecionar e observar a pele na admissão, durante o banho e mudança de decúbito quanto aos sinais de hiperemia ou presença de lesões (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Realizar higiene corporal dos pacientes com indicação de banho no leito com sabonete líquido padronizado pela instituição: sem álcool, sem corante e neutro.
- Realizar inspeção das áreas de maior colonização da pele (perineal e perianal) quanto à presença de hiperemias e presença de lesões;(Forçada Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Comunicar as alterações ao enfermeiro e ao médico;
- Na neonatologia, o banho será diário se RN com peso > 1300 Kg e em dias alternados se peso < 1300 Kg, com sabonete líquido padronizado pela instituição (Sabonete líquido glicerinado, sem álcool, sem corante, pH entre 4,5 e 5,5) (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Realizar hidratação da pele com produto padronizado pela instituição (Hidratante com função emoliente, umectante e oclusiva).
- Na área infantil não será utilizado hidratante, somente produto para prevenção de dermatite padronizado pela instituição.
- Utilizar protetor cutâneo nas situações e locais definidos após parecer de enfermeira especialista e/ou assistencial.
- Verificar a pressão de sensor de oxímetro de pulso nos quirodáticos, promovendo rodízio do equipamento entre os diversos dedos, a cada três horas ou a cada duas horas na neonatologia (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação =+++).

⇒ Evitar fricção e cisalhamento através das seguintes medidas:

- Não massagear a pele de pessoas sob risco de desenvolver lesão por fricção: idosos e neonatos (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Não massagear a pele durante a aplicação de cremes, aplicar camada em sentido unidirecional (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Manter cabeceira do leito elevada a 30°, inclusive dos pacientes adultos ou crianças com dieta contínua (24h), salvo nos casos de intercorrências e administração da dieta (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Em locais em que os pacientes estiverem sobre macas por tempo prolongado, deve-se utilizar o triângulo para que seja mantida a elevação necessária, caso não haja contraindicação (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Realizar flutuação de calcâneos (Figura 3) (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

Figura 1 - Flutuação de calcâneos



Fonte: Elaboração de Jennifer Costa Sales Honorato.

- Mobilizar o cliente no leito sem arrastar. (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação =++).

⇒ Utilizar medidas de redução de umidade:

- Paciente adulto, incontinente, do sexo feminino: utilizar fralda descartável com troca a cada 6 horas ou se saturação de urina ou presença de fezes ou sangue. No caso de mulheres em período reprodutivo, disponibilizar absorvente descartável no período menstrual (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação =++)

- No Paciente adulto, incontinente do sexo masculino: utilizar fralda descartável com troca a cada 24 horas, suporte urinário externo descartável fixação com uma gaze circundando o pênis e micropore na borda, sem comprimir. Na UTI Neo, trocar fralda sempre que necessário (Forçada Evidência = C; Força da Recomendação =+++)
- Orientar cliente sobre os acessórios a serem utilizados no domicílio. Adaptar a situação de acordo com os recursos do paciente.
- Realizar troca de lençóis a cada 24 horas ou se necessário, ou seja, na presença de sujidade por fluidos corporais.
- Mobilizar cliente no leito sem arrastar, utilizar travessa como acessório.

3.2 Nutricionista

- Através da avaliação nutricional e acompanhamento individualizado, realizar identificação e determinação do estado nutricional do indivíduo, e elaborar com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, plano individualizado (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2005).
- Elaborar plano individualizado de intervenção profissional, em conjunto com membros da equipe multidisciplinar (BERNARDES, 2018).

3.3 Fisioterapia

- Realizar mobilização dos pacientes de acordo com avaliação e definição de plano terapêutico (PINHEIRO et al., 2014).
- Notificar eventos adversos relacionados à pele em prontuário do paciente e ficha de eventos adversos padrão da instituição.
- Responder à notificação de incidente de lesão por pressão, avaliando os aspectos inerentes à mobilidade, bem como instituir as medidas imediatas

para a resolução do ocorrido, juntamente com outros membros da equipe multidisciplinar (PINHEIRO et al., 2014).

- Trocar fixação do tubo, mudando o posicionamento a cada 12 horas ou quando necessário, evitando lesões em comissura labial, cavidade oral e estomias de vias aéreas artificiais (PINHEIRO et al., 2014).
- Realizar mobilização precoce e contínua dos pacientes e capacitação dos clientes/pacientes/usuários, visando à maior funcionalidade do paciente e evitando as lesões de pele (PINHEIRO et al., 2014).

3.4 Médico

- Registrar em prescrição médica a restrição da mudança de decúbito, conforme parecer da enfermeira especialista em dermatologia/estomaterapia.
- Reavaliar a restrição da mudança de decúbito, juntamente com a enfermeira especialista em dermatologia/estomaterapia.
- Identificar precocemente situações que acarretam fragilidade da pele, como edema, fragilidade capilar, sudorese, entre outras, instituindo planejamento terapêutico apropriado para cada situação (PINHEIRO et al., 2014).
- Discutir junto com a equipe multidisciplinar a retirada de sondas, cateteres e outros dispositivos em pacientes com feridas (PINHEIRO et al., 2014).
- Solicitar parecer da enfermeira especialista em dermatologia/estomaterapia, quando o paciente apresentar risco para lesão por pressão, bem como quando houver a presença de outras lesões de pele.
- Notificar eventos adversos relacionados à pele em prontuário do paciente e ficha de eventos adversos padrão da instituição.
- Responder à notificação de incidente de lesão por pressão, avaliando os aspectos inerentes à mobilidade, bem como instituir as medidas imediatas para a resolução do ocorrido, juntamente com outros membros da equipe multidisciplinar (PINHEIRO et al., 2014).

3.5 Farmácia

- Realizar a compra programada dos produtos e materiais relacionados ao Protocolo de Prevenção e Gerenciamento de Lesões de Pele (PPGLP).
- Fazer controle de estoque mínimo dos produtos.
- Realizar compra emergencial, quando necessário.
- Dispensar através da farmácia central os produtos definidos no protocolo.
- Providenciar a substituição dos produtos conforme orientação da enfermeira especialista em dermatologia/estomaterapia.

4 MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE

A manutenção da integridade da pele depende de um aspecto fundamental: a hidratação. Tal cuidado se faz necessário, uma vez que para manter a barreira lipídica em perfeito estado é fundamental manter o conteúdo de água na epiderme. Sendo assim, conceitua-se hidratação como uma prática que possibilita manter a água na epiderme e, conseqüentemente, contribuindo para que a barreira epidérmica da camada córnea seja mantida (COSTA, 2009).

4.1 Hidratação

É fundamental o uso de um hidratante com eficácia clínica, ou seja, uma combinação de componentes oclusivos, umectantes e emolientes. Essa combinação resulta em atenuar a perda de água por meio da evaporação transepidérmica e manter este conteúdo de água na pele (RAWLINGS; CANESTRARI; DOBKOWSKI, 2004).

Além disso, a hidratação da pele tem se demonstrado como um cuidado efetivo na prevenção de LP. O *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (2009) determinam como nível de evidência B, o uso de emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano à pele. A pele seca parece ser um fator de risco importante para o desenvolvimento de LP.

Para tanto, uma hidratação efetiva deve ser aquela que contempla os objetivos:

- Retarda a evaporação e perda de água: componentes **oclusivos**.
- Mantém o conteúdo de água na pele: componentes **umectantes**.
- Corrige a barreira lipídica: componentes **emolientes**.

4.2 Ações preventivas

⇒ Prescrição de Enfermagem para todos os pacientes de:

- Banho com sabonete conforme padronização da instituição (Sabonete líquido glicerinado, sem álcool, sem corante, PH entre 4,5 e 5,5). Dessa forma, é possível realizar a limpeza da pele, sem agredir, deixando-a macia e natural. No caso de pacientes em isolamento, utilizar clorexidina degermante (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Hidratação corporal conforme padrão da instituição (Hidratante com função emoliente, umectante e oclusiva).
- Para pacientes acima de 60 anos e/ou pele bastante ressecada, fazer uso de creme barreira em membros superiores e inferiores, obrigatoriamente (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

5 PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO

As lesões por pressão também denominadas, inadequadamente, úlceras de decúbito e escaras, vêm despertando maior interesse e preocupação dos enfermeiros, serviços de saúde e da população em geral, à medida em que seus índices de prevalência e incidência têm aumentado, particularmente em determinadas populações de risco, apesar dos esforços preventivos e dos avanços tecnológicos para seu tratamento.

De acordo com a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (UNITED STATES OF AMERICA, 2016a), a 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 a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como lesão 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.

Atualmente, após anúncio da mudança da terminologia em abril de 2016, as lesões por pressão são categorizadas para indicar a extensão do dano tissular, e o sistema de classificação atualizado inclui definições, as quais serão explicadas nos itens 5.1 a 5.7.2 (UNITED STATES OF AMERICA, 2016a).

5.1 Lesão por pressão estágio 1: pele íntegra com eritema que não embranquece

A pele está íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor, evidenciando descoloração púrpura ou castanha, podem indicar dano tissular profundo (UNITED STATES OF AMERICA, 2016a).

Figura 2 - Lesão por pressão (estágio 1)



Fonte: Elaboração de Jennifer Costa Sales Honorato.

5.2 Lesão por Pressão Estágio 2: perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido, com exposição da derme, e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. Tecidos que não estão presentes e/ou visíveis: tecido adiposo; tecidos profundos; tecido de granulação; esfacelo; escara. Apesar, dessas lesões geralmente resultarem de microclima inadequado e

cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo, esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou às feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões) (UNITED STATES OF AMERICA, 2016a).

Figura 3 - Lesão por pressão (estágio 2)



Fonte: Elaboração de Jennifer Costa Sales Honorato.

5.3 Lesão por pressão estágio 3: perda da pele em sua espessura total

A perda da pele é em sua espessura total, e a gordura é visível. Outros tecidos ou situações visíveis: tecido de granulação; epíbole (lesão com bordas enroladas); esfacelo e /ou escara; descolamento e túneis. Tecidos que não estão presentes e/ou visíveis: exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica, sendo que as áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (UNITED STATES OF AMERICA, 2016a).

Figura 4 - Lesão por pressão (estágio 3)



Fonte: Elaboração de Jennifer Costa Sales Honorato.

5.4 Lesão por pressão estágio 4: perda da pele em sua espessura total e perda tissular

Apresenta exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Outros tecidos ou situações visíveis: tecido de granulação; epíbole (lesão com bordas enroladas); esfacelo e /ou escara; descolamento e túneis. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (UNITED STATES OF AMERICA, 2016a).

Figura 5 - Lesão por pressão (estágio 4)



Fonte: Elaboração de Jennifer Costa Sales Honorato.

5.5 Lesão por pressão não classificável: perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível

A extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Após remoção (esfacelo ou escara), ficará aparente Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4. Nos casos de escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida (UNITED STATES OF AMERICA, 2016a).

Figura 6 - Lesão por pressão não classificável

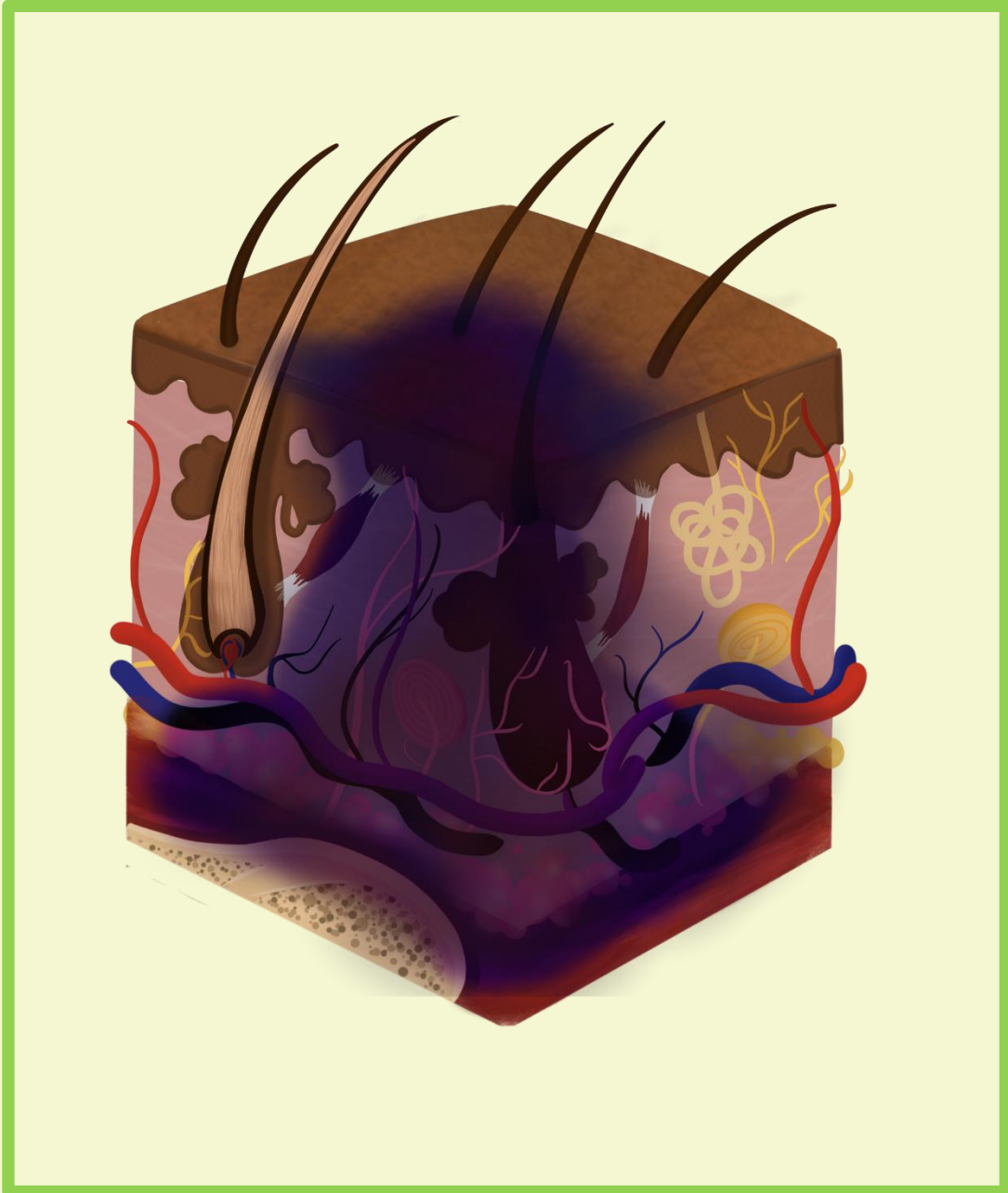


Fonte: Elaboração de Jennifer Costa Sales Honorato.

5.6 Lesão por pressão tissular profunda: descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece

A pele está intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou apresentando separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Sinais que precedem as alterações de coloração da pele: dor e mudança na temperatura. Principal fator causal: pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Sinais de lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4): presença de tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes. Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas (UNITED STATES OF AMERICA, 2016a).

Figura 7 - Lesão por pressão tissular profunda



Fonte: Elaboração de Jennifer Costa Sales Honorato.

5.7 Definições adicionais

5.7.1 Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico

Sua terminologia descreve a etiologia da lesão, que é resultante do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada (descrita em estágios) com base no sistema de classificação de lesões por pressão (UNITED STATES OF AMERICA, 2016a).

Figura 8 - Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico

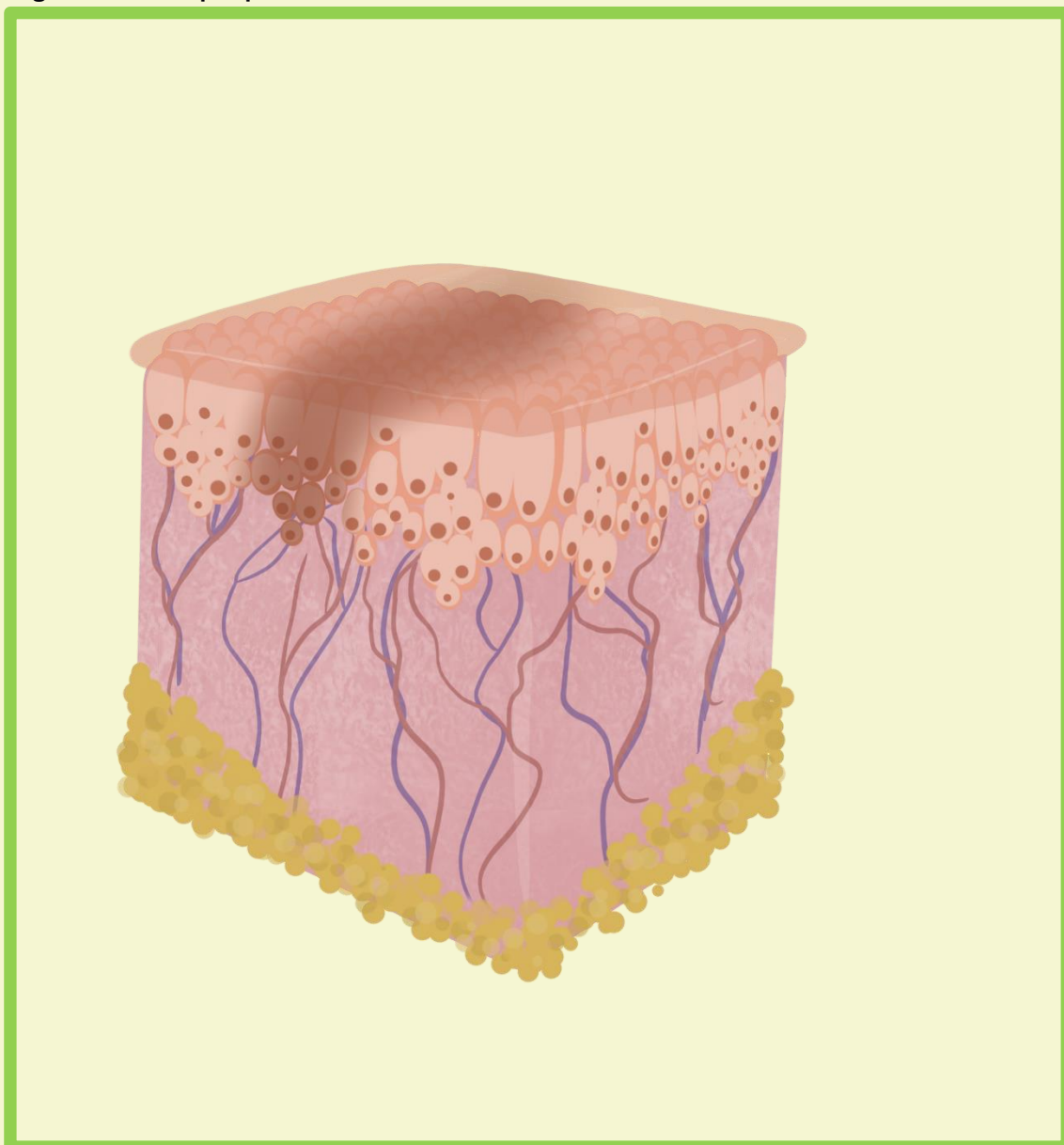


Fonte: Elaboração de Jennifer Costa Sales Honorato.

5.7.2 Lesão por pressão em membranas mucosas

Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas (UNITED STATES OF AMERICA, 2016a).

Figura 9 - Lesão por pressão em membranas mucosas



Fonte: Elaboração de Jennifer Costa Sales Honorato.

Para os familiares e clientes hospitalizados, as lesões por pressão representam sofrimento no que se refere ao aumento da permanência hospitalar, às limitações nas atividades diárias e ao comprometimento do bem estar em geral. Assim sendo, as medidas preventivas e a etiologia da lesão por pressão devem ser discutidas enfaticamente na formação dos profissionais de enfermagem, reafirmando-se importância da prevenção da mesma, ao longo do exercício profissional.

A rapidez e o silêncio com que se instalam as lesões demandam um exame minucioso e atento do cliente para a prevenção das complicações. O uso da atenção seletiva e do pensamento crítico na avaliação contínua da clientela, são essenciais para obter o diagnóstico e prognóstico das alterações da pele (BRANCO; PEIXOTO; ALVIM, 2011).

As múltiplas modalidades terapêuticas indicadas são impactantes para os custos hospitalares. Por tal motivo, supõe-se que investimentos direcionados à prevenção de lesões de pele constituem-se na melhor opção custo-benefício (CREMASCO et al., 2009; LISE; SILVA, 2007; MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010). A escala de Braden apresentou os melhores valores preditivos reportados, constituindo-se em um valioso instrumento agregado ao julgamento clínico dos enfermeiros (SILVA et al., 2010)

Sendo bem definida operacionalmente e com alto valor preditivo para o desenvolvimento de LP, no Brasil, a Escala de Braden foi traduzida e validada para a língua portuguesa, conforme o trabalho de Paranhos e Santos (1999), permitindo uma avaliação dos vários fatores relacionados à ocorrência de LP. Sua aplicação exige do avaliador um exame detalhado das condições do estado do paciente (SILVA et al., 2010).

Diretrizes internacionais recomendam o uso de escala para auxiliar o profissional a identificar os pacientes de risco, já na admissão, para nortear a adoção das medidas preventivas de cuidado (ROGENSKI; KURCGTAN, 2012).

Assim sendo, o uso de uma escala de avaliação de risco para LP, facilita a identificação de fatores predisponentes ou de risco para seu desenvolvimento e favorece o planejamento de medidas preventivas para evitar o surgimento dessas lesões. Segundo os estudos analisados, a avaliação de risco deve ser adotada de forma sistematizada e aplicada tanto na admissão do paciente, diariamente durante o exame físico e sempre que houver alteração em sua condição clínica.

A avaliação de risco deve sempre estar acompanhada do julgamento clínico do enfermeiro no processo de enfermagem. Este é constituído de um conjunto de etapas interrelacionadas - coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação; que focalizam a individualização do cuidado mediante uma abordagem de solução de problemas, a qual se fundamenta em teorias e modelos conceituais de enfermagem que devem ser aplicados para ações preventivas das lesões de pele (ARAÚJO et al., 2011).

A escala de Braden classifica o paciente com risco elevado, moderado ou mínimo para desenvolvimento de LP através da avaliação de seis fatores de risco ou subescalas, sendo três referentes a determinantes clínicos de exposição para pressão intensa e prolongada - percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três relativos à mensuração da tolerância do tecido à pressão - umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Ao final da avaliação, chega-se a uma pontuação (REIS et al., 2012).

Baseado na literatura pertinente, recomendamos a escala de Braden como método de avaliação de risco. A partir de uma pontuação menor ou igual a 17, sugere-se aplicar um protocolo sistemático de prevenção a fim de minimizar os riscos mapeados (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

5.8 Prevenção de lesões por pressão

“A prevenção representa, sem dúvida, o mais eficiente método disponível de atuação para minimizar um problema tão frequente como as lesões por pressão” (ALMEIDA; MAIA, 2015, p. 14). O primeiro passo para a implementação de medidas preventivas o reconhecimento dos pacientes em risco para desenvolver as lesões por pressão. Assim, é possível implementar ações preventivas mais simples e menos onerosas, em comparação aos tratamentos das lesões e suas possíveis complicações, como osteomielites e cirurgias plásticas.

Nesta instituição investigada, avaliamos o paciente na admissão de enfermagem aplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a escala de Braden.

Conforme Paranhos (2003), a escala de Braden deve ser aplicada no momento da admissão de cada cliente, permitindo a implementação de medidas preventivas, antes de evoluírem para risco moderado e alto. Sabe-se que quanto menor a pontuação, maior o risco de desenvolver e/ou agravar a lesão por pressão.

Sarquis (2011) relata que a classificação do grau de risco adota escores que pontuam o risco entre valores que vão de 6 a 23. O escore de 15 a 18 representam um risco médio de desenvolver uma lesão por pressão; de 13 a 14 indicam um risco moderado; de 10 a 12 um risco alto, e abaixo de 9 um risco elevado.

Utilizamos a pontuação menor ou igual a 17 como eleição para abertura da ficha de avaliação da pele e acompanhamento do paciente pela equipe multiprofissional.

5.9 Avaliação de enfermagem

- Avaliação do enfermeiro usando a escala de Braden na admissão do paciente e em um intervalo não superior a 48 horas (Quadro 1) (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

Quadro 1 - Escala de Braden

Descrição	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhada	Muito molhada	Ocasionalmente molhada	Raramente molhada
Atividade	Acamado	Dependente à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitação
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-----

Fonte: Adaptado de Paranhos (2003).

- Registro das condições da pele no exame físico realizado na admissão de enfermagem e diário de registro da evolução do paciente (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Realização do diagnóstico e prescrição de enfermagem (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Registro do paciente com pontuação de Braden menor ou igual a 17 pela enfermeira especialista, em livro de uso exclusivo para acompanhamento (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Uma vez iniciado o tratamento de lesão por pressão, o enfermeiro assistencial será orientado inicialmente pela enfermeira especialista em lesões de pele da comissão. Serão realizadas visitas da enfermeira especialista em lesões de pele da comissão, para reavaliação da ferida a cada 7 dias (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

Com base na classificação de risco, cabe ao enfermeiro elaborar um plano terapêutico eficaz, considerando as seguintes recomendações:

❖ **Avaliação de risco periódica**

- Realizar sempre no primeiro contato com o paciente e depois em uma frequência não superior às 48h, registrando adequadamente as informações obtidas a cada avaliação (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Considerar os indivíduos com lesão por pressão de estágio I como estando em risco de progressão para úlceras por pressão de estágio II ou superior (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = +).
- Informar os profissionais de saúde sobre como realizar uma avaliação completa da pele que inclua as técnicas de identificação de respostas ao branqueamento, calor local, edema e induração (rigidez) (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).

- Aumentar a frequência das avaliações da pele em resposta a qualquer deterioração do estado geral (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = +).

⇒ Incluir os seguintes fatores em todas as avaliações da pele:

- temperatura da pele;
 - edema;
 - alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = +).
- Inspeccionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, pelo menos duas vezes por dia, para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

❖ Cuidados com a pele

- Sempre que possível, evitar posicionar o indivíduo numa superfície corporal que esteja ruborizada. O eritema indica que o corpo ainda não recuperou da pressão anterior e exige um intervalo de tempo maior entre pressões repetidas (Força da Evidência = b; Força da Recomendação = ++).
- Manter a pele limpa e seca (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Utilizar um produto de limpeza da pele com um pH equilibrado, sem álcool, sem corante e neutro (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Não massagear nem esfregar vigorosamente a pele que esteja em risco de desenvolver lesão por pressão. Pode doer, e também provocar uma ligeira destruição tecidual ou uma reação inflamatória, especialmente na pele mais frágil dos idosos (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Nos casos de incontinência, desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento (Força da Evidência = C; Força da

Recomendação = ++). Limpar a pele imediatamente após os episódios de incontinência (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

- Utilizar produtos de barreira, para proteger a pele da exposição à umidade excessiva, de forma a reduzir o risco de danos de pressão. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++). É importante referir que os danos na pele resultantes da humidade não são uma lesão por pressão, mas que a presença desses danos pode aumentar o risco de desenvolvimento das lesões por pressão (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Considerar a utilização de emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano à pele (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = +).
- Não utilizar sulfóxido de dimetilo (DMSO) sob a forma de creme para prevenir lesões por pressão. Os cremes de DMSO não estão aprovados para uso em seres humanos nos Estados Unidos, mas, por vezes, são utilizados topicamente em outros países (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = +).

❖ **Controle da pressão**

- Instituir mudança de decúbito a cada três horas no máximo (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Utilizar superfícies especiais para controle de pressão (exemplo: colchão piramidal, articulado, pneumático, almofadas especiais, entre outros). Usar coxins para reduzir a pressão das áreas de contato. Evitar fricção ou cisalhamento durante a mobilização ou posicionamento do paciente no leito (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = +).
- Considerar a aplicação de coberturas especiais de espuma de poliuretano com silicone nas proeminências ósseas (por exemplo, calcâneos ou sacro) para prevenir úlceras por pressão em zonas anatómicas frequentemente submetidas a fricção e/ou cisalhamento (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = +).

- Continuar a utilizar todas as outras medidas preventivas paralelas à utilização de pensos de proteção (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = +).

❖ Controle da umidade

- Manter pele e roupa de cama limpa e seca. Controlar incontinência fecal e urinária (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

❖ Suporte nutricional

- Acionar equipe multidisciplinar (Nutricionista), quando o paciente apresentar risco nutricional.
- Realizar controle diário de peso, quando possível.
- Registrar e encorajar a aceitação alimentar e ingesta hídrica.
- Acompanhar exames laboratoriais.
- Análise do estado nutricional do indivíduo em risco de desenvolver ou com uma lesão por pressão, no momento de admissão em uma instituição de saúde e em cada alteração significativa da condição clínica e/ou quando não se verificam progressos em termos de cicatrização.

❖ Educação em saúde

- Os cuidados dispensados aos pacientes no interior da instituição devem ser compartilhados com a equipe de cuidado direto e acima de tudo com os familiares, com o objetivo de manutenção dessas orientações no domicílio, na tentativa de garantir uma melhor qualidade de vida do paciente.
- Para obtenção de um resultado satisfatório dessas orientações, deve-se avaliar o conhecimento do cuidador, transmitindo informações claras e concisas, como também mostrar-se disponível para o esclarecimento de dúvidas.

6 TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

6.1 Limpeza

A limpeza da lesão por pressão é o primeiro e um passo importante na preparação do leito, com vista à cicatrização, remoção de resíduos na superfície, bem como resíduos de coberturas especiais e/ou medicamentos tópicos, permitindo uma melhor visualização da ferida para avaliação (BLANCK; GIANINI, 2014).

- Limpar a lesão por pressão sempre que os pensos (coberturas especiais) forem substituídas (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Limpar a maioria das lesões por pressão com solução salina normal (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Considerar a utilização de uma técnica asséptica quando o indivíduo, a ferida ou o ambiente de cicatrização da ferida estiverem comprometidos (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Considerar a utilização de soluções de limpeza com agentes surfactantes e/ou antimicrobianos para limpar as lesões por pressão com resíduos, infecções confirmadas, suspeitas de infecção ou suspeitas de níveis elevados de colonização bacteriana (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Limpar com cuidado as lesões por pressão com tratos sinusais/tunelizações/cavitações. Utilizar uma sonda uretral ou de aspiração, mais seringa, como auxílio para a aplicação (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Aplicar a solução de limpeza com pressão suficiente para limpar a ferida, com alto poder antisséptico e ação bacteriana adequada (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).

- Não utilizar a mesma solução de irrigação utilizada em vários pacientes, objetivando reduzir a contaminação cruzada (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).

6.2 Desbridamento

- Desbridar o tecido desvitalizado do interior do leito da ferida ou da borda da lesão por pressão quando tal for adequado ao estado de saúde do indivíduo e aos objetivos gerais dos cuidados.

Atenção! O desbridamento só deve ser realizado pelo enfermeiro ou médico quando houver uma perfusão adequada da ferida.

- Desbridar o leito da ferida quando houver suspeita ou confirmação da presença de biofilme. Quando uma ferida demorar a cicatrizar (ou seja, quatro semanas ou mais) e não responder aos cuidados normais, nem à terapia antimicrobiana, significa que o índice de suspeita da presença de biofilme é elevado (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = +).
- Selecionar o(s) método(s) de desbridamento mais adequado(s) para o indivíduo, o leito da ferida e o contexto clínico (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = +).

Obs.: Os métodos mais comuns utilizados para desbridamento das lesões por pressão são os seguintes: cirúrgico, instrumental conservador, autolítico, enzimático, larval e mecânico (BLANCK; GIANNINI, 2014).

- Utilizar métodos de desbridamento mecânico, autolítico, enzimático e/ou biológico quando não houver uma necessidade clínica urgente de drenagem ou remoção de tecido desvitalizado (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Nos casos de necrose extensa, celulite avançada, crepitação, flutuação e/ou sepses resultante de uma infecção relacionada com a lesão, encaminhar

para desbridamento cirúrgico/cortante (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = +).

- O desbridamento cortante conservador e o desbridamento cirúrgico/cortante devem ser realizados por profissionais de saúde especificamente formados, competentes, qualificados e licenciados segundo os estatutos legais e os regulamentares locais (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Utilizar instrumentos esterilizados, para realizar os desbridamento cortante conservador e cirúrgico/cortante (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Realizar cuidadosamente um desbridamento instrumental conservador em situações de: incompetência imunológica, suprimento vascular comprometido ou falta de cobertura antibacteriana na sepse sistêmica (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

Atenção! As contraindicações relacionadas incluem a terapia anticoagulante e problemas de hemorragias.

- Encaminhar para avaliação médica, pacientes com lesões por pressão de estágio III ou IV com cavitações, tunelizações/tratos sinusais e/ou tecidos necróticos extensos que não podem ser facilmente removidos através de outros métodos de desbridamento para avaliação cirúrgica, dependendo do estado de saúde do indivíduo e dos objetivos de cuidados (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Administrar analgésico para controlar a dor associada ao desbridamento, sob prescrição médica (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Antes de realizar o desbridamento, realizar uma avaliação vascular completa antes do desbridamento das lesões por pressão das extremidades inferiores para determinar se o estado/suprimento arterial é suficiente para suportar o processo de cicatrização (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = +).

- Não desbridar as necroses estáveis, duras e secas presentes nos membros isquêmicos (NPUAP, 2016a) (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Avaliar as necroses estáveis, duras e secas sempre que o penso (cobertura especial) for substituído e de acordo com a indicação clínica. A lesão coberta com necrose seca e estáveis deve ser avaliada sempre que o penso for substituído e de acordo como a indicação clínica para detectar os primeiros sinais de infecção. As indicações clínicas de que os tecidos necróticos secos e estáveis exigem ser avaliados e intervencionados incluem sinais de eritema, sensibilidade ao tato, edemas, drenagem purulenta, flutuações, crepitações e/ou mau odor (ou seja, sinais de infecção) na área em redor da lesão (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Consultar urgentemente um médico/cirurgião vascular na presença de um dos sintomas citados anteriormente.
- Realizar um desbridamento urgente da lesão por pressão na presença de um dos sintomas citados anteriormente (ou seja, eritema, sensibilidade ao tato, edemas, drenagem purulenta, flutuações, crepitações e/ou mau odor).
- Realizar desbridamento sobre a lesão por pressão até o leito da ferida estar livre de tecido desvitalizado e coberto com tecido de granulação (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

6.3 Manejo da coloração bacteriana e infecção

A infecção surge quando as bactérias (em grandes quantidades ou pela sua virulência em relação à resistência do hospedeiro) causam danos no corpo. Quando a defesa primária da pele intacta desaparece, as bactérias passam a residir na superfície da ferida. A infecção da ferida pode também estar associada a biofilmes (BLANCK; GIANNINI, 2014).

Existem fortes suspeitas de infecção local numa lesão por pressão em caso de (BLANCK; GIANNINI, 2014):

- ausência de sinais de cicatrização após duas semanas;
- tecidos granulados quebradiços;
- mau odor;
- aumento da dor na lesão;
- aumento do calor no tecido ao redor da lesão;
- aumento da drenagem da ferida;
- piora no aspeto na drenagem da ferida (por exemplo, reaparecimento de sangue na drenagem, drenagem purulenta);
- maior quantidade de tecido necrótico no leito da ferida e/ou aparecimento de bolsas ou necroses no leito da ferida.

Existem fortes suspeitas de infecção em lesões por pressão que são que (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = + +):

- tenham tecido necrótico ou algum corpo estranho presente;
- já existam há um longo período de tempo;
- sejam grandes em tamanho e profundas e/ou sejam suscetíveis de serem repetidamente contaminadas (por exemplo, perto do ânus).

Existem fortes suspeitas de infecção de uma ferida local em indivíduos com (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = + +):

- diabetes *mellitus*;
- desnutrição proteico-calórica;
- hipóxia ou perfusão tecidual deficiente;
- doenças autoimunes ou imunossupressão.

Existem fortes suspeitas de biofilmes em lesões por pressão que (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = + +):

- tenham aparecido há mais de 4 semanas;
- não tenham mostrado quaisquer sinais de cicatrização nas últimas 2 semanas;
- apresentem sintomas e sinais clínicos de inflamação;
- não respondem à terapia antimicrobiana.

6.4 Diagnóstico de infecção

Considerar o diagnóstico de infecção aguda a espalhar-se no caso de a lesão por pressão apresentar sinais locais e/ou sistêmicos de infecção aguda, tais como (BLANCK; GIANNINI, 2014):

- um eritema que se estende desde a borda da lesão;
 - enduração;
 - dor ou calor novos ou em crescendo;
 - drenagem purulenta;
 - aumento de tamanho;
 - crepitação, flutuação ou descoloração da pele circundante;
 - febre, mal-estar, linfonodomegalia, confusão/delírio e anorexia (em idosos, principalmente) (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
-
- Determinar a biocarga bacteriana da lesão por pressão através de uma biópsia dos tecidos ou de alguma técnica quantitativa de análise *swab*. Métodos padrão-ouro: cultura quantitativa de tecido viável da ferida através de uma biópsia e o método Levine, que é considerado o método mais viável para obter culturas quantitativas *swab*. Na ausência de sinais clínicos de

infecção, recomenda-se a cultura quantitativa como o melhor indicador de infecção da ferida (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = + +).

- Considerar a realização de uma biópsia e microscopia nos tecidos para determinar a presença de biofilmes (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Considerar um diagnóstico de infecção da lesão por pressão se os resultados da cultura indicarem uma biocarga bacteriana de $\geq 10^5$ CFU/g do tecido e/ou a presença de estreptococos beta hemolíticos (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Considerar a utilização de antissépticos tópicos em conjunto com desbridamento de manutenção para controlar e erradicar o biofilme que se suspeita estar presente nas feridas de difícil cicatrização. (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

6.5 Soluções de limpeza

6.5.1 Limpador de pele íntegra sem enxágue

- Remove facilmente pomadas e deixa a pele hidratada (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Solução pronta para a higienização íntima ou banho no leito (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Basta aplicar diretamente sobre a área suja e remover com um pano macio, sem esfregar (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Pele limpa e seca: não precisa enxaguar e nem secar (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Borrife diretamente na área desejada ou aplique o produto em um pano macio (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Antes da aplicação do limpador sem enxague, remova as sujidades com um pano macio. Não é preciso enxaguar. 8 a 10 borrifadas são suficientes para

uma limpeza íntima completa (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

6.5.2 Solução de limpeza - PHMB

- Indicada para limpeza, descontaminação e umidificação do leito das feridas agudas ou crônicas (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Pode ser utilizada em feridas colonizadas, criticamente colonizadas e infectadas, bem como em queimaduras de grau I e II (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Remove revestimentos, biofilmes, prepara o leito da ferida para receber curativo (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Remove facilmente pomadas e deixa a pele hidratada (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Para uso, o embeber gazes simples com a solução e deixar agir conforme tempo recomendado pelo fornecedor (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Contraindicação: Queimaduras grau III e IV, aplicação em cartilagem hialina (BLANCK; GIANNINI, 2014).

6.5.3 Terapia tópica



Creme barreira

- Fornece proteção única e duração prolongada contra fluídos corporais (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Protege a pele saudável e hidrata a pele seca (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

- Previne assadura a cada troca de fralda sem precisar reaplicar, dependendo do fornecedor, consultar (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Forma uma barreira na pele que previne o surgimento de assaduras (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Tonifica a pele e elimina rachaduras, descamação, vermelhidão e sensação de coceira (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Não impede a adesão de curativos ou fitas na pele (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- A pele deve estar limpa e seca antes de aplicar o produto (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Para prevenção de assaduras: a quantidade de 2g ou do tamanho de uma moeda de 1 real é suficiente para cobrir toda a região das fraldas (frente e traz) (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Para hidratação corporal, espalhe suavemente sem esfregar. Basta aplicar pequenas quantidades, por exemplo, do tamanho de uma ervilha pelo corpo (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).



Película protetora sem ardor

- Forma uma supercamada protetora ideal para proteção da pele já irritada e com assadura (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Não precisa remover e reaplicar a cada troca. Evitar esfregar e machucar a área já irritada (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Pode ser aplicada na pele irritada sem causar dor (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Seca naturalmente, entre 10 e 30 segundos.
- Protege a pele de adesivos de fitas, curativos e bolsas de ostomia (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Usar sempre antes de aplicar qualquer adesivo na pele (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

- Protege a pele da fricção de roupas e lençóis (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Aplicar quando a pele já tem alguma vermelhidão ou sinal de assadura, uma vez ao dia (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Orientar uso de *spray* barreira, em região de fralda, para pacientes com incontinência urinária e/ou fecal, com reaplicação a cada 24h ou com mais frequência (a cada 12h), mediante avaliação. Nos casos de pacientes com incontinência dupla, deve-se reaplicar o produto a cada 6h (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- A pele deve estar limpa e seca antes de aplicar o produto (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Não passar cremes ou óleos no local onde for aplicar a película, pois isso impedirá a proteção adequada (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Para abranger uma área maior de aplicação, borrife a uma distância de 10 centímetros da pele, até proteger toda a área desejada.
- Em áreas de dobras, como exemplo, entre as nádegas, segure as partes separadas até o produto secar, para depois retorná-las à posição inicial (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Aguarde secar totalmente para colocar a fralda ou colocar um curativo, fitas ou bolsa de ostomia (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).



Óleo com age

- Utilizar para feridas abertas limpas (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Reaplicar a cada 24h ou em caso de sujidade excessiva do curativo, por fluídos corporais (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

❖ **Hidrocoloides**

- Utilizar pensos hidrocoloides para feridas abertas limpas ou à pele íntegra, para efeito de danos provocados por atrito dos curativos, efluentes de estomias, dentre outros (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Avaliar uso das apresentações: pó, placa e pasta.

❖ **Película transparente não estéril**

- Utilizar o filme de poliuretano como cobertura primária para prevenção de lesão por pressão, fricção e cisalhamento (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Considerar a utilização como cobertura secundária, sob coberturas primárias, como: alginatos ou outros enchimentos de ferida que possivelmente permanecerão no leito da lesão durante um período prolongado de tempo (por exemplo, 3 a 5 dias) (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Remover cuidadosamente a película transparente que se encontrem sobre a pele frágil, com vistas a reduzir os danos na pele (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Não utilizar película transparente como cobertura primária em lesão moderada ou altamente exsudativas (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).

❖ **Alginato em fibra**

- Considerar a utilização de pensos de alginato para o tratamento das lesões com exsudato moderado a alto (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).

- Considerar a utilização de pensos de alginato com prata, nos casos de lesões clinicamente infetadas (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Remover com cuidado o penso de alginato, irrigando-o primeiro para facilitar a sua remoção, caso seja necessário (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Considerar espaçar o intervalo entre substituições de pensos ou alterar o tipo de penso se o penso de alginato ainda estiver seco no momento agendado para a sua substituição (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).



Hidrogel (sem associações)

- Indicado para feridas agudas ou crônicas, de espessura parcial ou total, com quantidades mínimas ou moderadas de exsudato, com ou sem a presença de tecido desvitalizado (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Contraindicado para feridas infectadas ou com grande quantidade exsudato (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).



Pensos impregnados de prata

- Considerar a utilização de pensos impregnados de prata no caso das lesões que estejam clinicamente infetadas ou altamente colonizadas (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Considerar a utilização de pensos impregnados de prata no caso de lesões com alto risco de infecção (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Interromper a utilização de pensos impregnados de prata quando a infecção da ferida estiver controlada (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).



Os produtos tópicos de prata **não** devem ser utilizados em doentes com sensibilidade à prata. A prata pode ter propriedades tóxicas, especialmente queratinócitos e fibroblastos. A dimensão da toxicidade não é totalmente conhecida.

❖ **Sulfadiazina de prata 1%**

- Indicada para o tratamento de feridas infectada (*Pseudomonas* sp. e *Staphylococcus aureus*) (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

❖ **Papaína**

- É extraída do mamão Carioca papaya, composta por enzimas proteolíticas e peroxidases (papaína, quimiopapaínas A e B ppayapeptidase). Além de sua ação proteolítica, o que o torna um potente debridante, possui ação bactericida, bacteriostática e antiinflamatória (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Manipulações mais frequentes para ação desbridante: 6%; 8%; 10% (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).

❖ **Colagenase**

Composta de clostridiopeptidase-A, originada da bactéria *clostridiumhistolyticum* (CANDIDO, 2001) a colagenase decompõe as fibras de colágeno que servem de ponte entre o tecido vivo e os tecidos mortos aderidos à ferida (BORGES, 2005), promovendo uma limpeza da ferida de baixo para cima, ou seja de dentro das ligações de colágeno com o tecido vivo, promovendo o descolamento do tecido necrótico. O uso da Colagenase está associado a manifestações alérgicas, queimaduras ao redor da ferida, eritema, dor e ardência (BORGES, 2005). Em qualquer dessas intercorrências o uso do produto deverá ser suspenso. Ressalta-se que a combinação de produtos enzimáticos não é recomendada, sendo que a necessidade de trocas diárias deve ser considerada ao se eleger o método (RAIMUNDO; GRAY, 2008).

❖ **Gazes não aderentes**

Existem gazes à base de acetato de celulose, impregnadas de *Petrolatum*, ácidos graxos essenciais, *aloe vera*, copaíba e vitamina E, e de PVPI 1%. Todas elas são indicadas para evitar danos ao leito das feridas, esses danos tendem a ser provocados devido à troca constante de curativos, o que, além de causar perdas celulares, pode ainda induzir a dor (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

6.5.4 Manejo da dor

- Utilizar as medidas adequadas de controle da dor, incluindo dosagem adicional, antes de iniciar procedimentos de tratamento da ferida (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Considerar a utilização de opioides tópicos, conforme prescrição médica.
- Considerar a possibilidade de utilização de anestésicos tópicos para reduzir ou eliminar a dor das lesões por pressão. Os anestésicos tópicos incluem mistura eutética de lidocaína e prilocaína (EMLA®, AstraZeneca, Alderley

Park, Reino Unido), aplicada na pele perilesional (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).

- Encaminhar a pessoa com dor crônica relacionada com uma lesão por pressão para unidades clínicas adequadas ao tratamento da dor e/ou ferida (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Trabalhar com a equipe multidisciplinar de cuidados de saúde para desenvolver um plano holístico de tratamento de dor crônica da lesão por pressão.

7 PREVENÇÃO DE DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA (DAI)

O dano a pele associado à umidade é definido como inflamação e erosão da pele causada pela exposição prolongada a diversas fontes de umidade: urina, fezes, suor, exsudato de feridas, entre outros. Dentre esses danos, a DAI destaca-se por causar uma condição dolorosa ao paciente, com exposição a risco aumentado para o desenvolvimento de LP, infecção cutânea secundária, além de ser de difícil tratamento (DOUGHTY et al., 2012).

Segundo Beeckman et al. (2014), podem ser acompanhadas de erosão da pele, bolhas com exsudato seroso ou infecção secundária, e é definida como eritema e edema da superfície da pele.

Segundo Black et al. (2011), estando associada ao uso de um dispositivo de contenção (fralda) e à utilização de produtos inadequados para o processo de higienização da pele, sendo válido ressaltar que, em casos de pacientes institucionalizados, a situação agrava-se devido à condição de doença e exposição a várias fatores adicionais.

Torna-se de fundamental importância gerenciar a umidade, por tratar-se de um agente etiológico que aumenta a vulnerabilidade da pele, principalmente do tecido superficial - estrato córneo. Além disso, enfraquece a pele e a torna mais vulnerável aos efeitos da pressão e cisalhamento. Assim, a umidade proveniente da incontinência e a DAI podem ser considerados fatores-chaves para a avaliação do risco de UP na prática diária (BEECKMAN et al., 2014).

7.1 Paciente em risco de DAI

- Pacientes incontinentes, principalmente com incontinência dupla e doença diarreica.
- Paciente incontinente hospitalizado, nas seguintes situações: uso contínuo de fralda; utilização de produtos que agriem a pele no momento da higienização, extremos de idade, nutrição prejudicada; déficit de mobilidade, sensorial e cognitivo (DOUGHTY et al., 2012; CHIMENTÃO; DOMANSKY, 2014).

7.2 Prevenção de DAI

Para prevenção de DAI é necessário um regime de cuidados específicos para a pele da região de fralda. Os três principais passos para prevenção de DAI são: **higienizar, hidratar e proteger**.



Higienizar a pele

A higienização da pele é um passo fundamental para prevenção da DAI. Para tanto, deve-se ocorrer o mais breve possível após um episódio de incontinência, para limitar o contato da pele com urina e fezes. Entretanto, a higienização convencional, ou seja, com água e sabão aumenta o risco de DAI. Os sabonetes possuem um pH de caráter alcalino, diferentemente do pH fisiológico da pele - levemente ácido. Além disso, o uso de água com sabonete implica em friccionar a pele durante o processo de limpeza, sendo essa ação causadora de dano local. A pele da região de fralda deve ser higienizada com um limpador de pele sem enxágue, levemente ácido e panos macios para minimizar o atrito. Além disso, limpadores com agentes emolientes são recomendados para manutenção da integridade da pele, além garantir a aplicação de ambos produtos em uma única etapa (BLACK et al., 2011).



Hidratar

É importante avaliar a pele da região de fralda para indicar o hidratante ideal para essa área. Pacientes incontinentes, principalmente institucionalizados, possuem a pele da região perineal, perianal e perigenital e adjacências com aspectos de maceração e hiperhidratação. Nesses casos, deve-se selecionar um emoliente. Limpadores de pele que contenham agentes emolientes também são recomendados, pois limpam sem agredir a pele, além de corrigem a barreira lipídica. O umectante é contraindicado, nesses casos, por atrair mais umidade para a área, podendo agravar a maceração. Caso o paciente esteja com sinais e sintomas de pele xerótica (ressecada), o ideal seria utilizar um hidratante com agentes umectantes e emolientes. Ressalta-se que quando o paciente já possui algum acometimento característico de DAI, os emolientes e umectantes não são indicados (DOUGHTY et al., 2012).



Proteger

Os protetores cutâneos devem ser capazes de proteger a pele contra a penetração de irritantes químicos e agentes patogênicos nas fezes e urina. Protetores de pele comercialmente disponíveis variam sua capacidade de proteger a pele contra agentes agressores. O acrilato líquido destaca-se como o produto de melhor escolha (Quadro 2) (DOUGHTY et al., 2012).

Quadro 2 - Produtos para proteção e hidratação da pele

Tipo	Descrição	Forças	Limitações
Dimeticona	Óleo com base de silicone	Boa hidratação da pele	Proteção variável contra irritantes (especialmente em baixa concentração), proteção moderada contra maceração.
Petrolato	Mistura de óleo de mamona e óleo hidrogenado de mamona	Boa proteção contra irritantes, evita maceração	Hidratação modesta da pele
Óxido de Zinco	Pó branco, misturado com creme ou pomada	Boa proteção contra irritantes	Não evita maceração, oferece hidratação pobre da pele, é difícil de remover
Acrilato Líquido	Barreira protetora da pele	Resseca menos, fórmula sem álcool resulta em menos dor. Resiste à lavagem, o que potencializa menos aplicações	

Fonte: Adaptado de Black et al. (2011).

Alguns estudos recomendam como plano preventivo para pacientes com risco de DAI, limpeza com um produto com pH semelhante ao da pele e o uso de um protetor cutâneo que não necessita de reaplicação após cada episódio de incontinência (BEECKMAN et al., 2014).

7.3 Ações preventivas

- Identificar o paciente sob risco de DAI (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Avaliar diariamente a pele do paciente em risco (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Limpar suavemente a pele, com limpador de pele sem enxágue com pH de caráter semelhante ao da pele – levemente ácido (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).
- Aplicar protetor de pele à base de copolímero de acrilato. Orientar reaplicação a cada 24 horas ou com mais frequência (a cada 12 horas), avaliar. Nos casos de pacientes com incontinência dupla, deve-se reaplicar

o produto a cada 6 horas (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).

- Utilizar fraldas absorventes para manter a pele afastada da umidade e trocá-las sempre que houver necessidade (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Avaliar a pele perineal, perigenital, perianal e adjacências a cada troca de fraldas e comunicar ao enfermeiro sinais de hiperemia, maceração, perda parcial de epiderme, dor local e/ou infecção fúngica local (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

PREVENÇÃO DE LESÕES POR FRICÇÃO (*SKIN TEAR*) E LESÕES RELACIONADAS A ADESIVOS MÉDICOS (MARSÍ)

A lesão por fricção é restrita à derme e sua ocorrência está relacionada à fragilidade cutânea. É resultante de forças de cisalhamento ou fricção que separam a epiderme da derme (ferida de espessura parcial) ou que separam ambas, epiderme e derme, das estruturas subjacentes (ferida de espessura total), sendo considerada, uma ferida traumática, e de ocorrência principalmente nas extremidades de idosos. A lesão por fricção apresenta-se rasa, limitada à derme e tem como característica a presença de um retalho de pele (PULIDO, 2010).

As lesões de pele relacionadas a adesivos médicos, na maioria das vezes, são resultantes de trauma mecânico causado pela remoção de fitas adesivas, curativos autoadesivos e outros adesivos de uso clínico. Eritema e/ou outra manifestação de anormalidade cutânea, incluindo desde a vesícula, bolha, erosão até a ruptura da pele, persistindo por mais de 30 minutos após a sua remoção, são ocorrências possíveis de relacionar à lesões de pele por adesivos médicos. Esse tipo de lesão é dolorosa, piora a qualidade de vida do paciente, aumenta o risco de infecção e os custos institucionais (MCNICHOL et al., 2013).

A identificação do paciente em risco e a implementação de protocolos de prevenção de lesão por fricção e à lesão relacionada a adesivos médicos constituem-se em importantes práticas para evitar a ocorrência de lesões e minimizar a sua gravidade.

- Identificar pacientes em risco e instituir um protocolo de prevenção para pacientes identificados como estando sob o risco de desenvolver lesão por fricção e lesões relacionadas a adesivos médicos: Idade avançada (extremos de idade), neuropatia, problemas vasculares, edema de extremidades, pele seca e descamativa, diminuição da sensibilidade sensorial, agitação psicomotora, equimose ou hematoma, rigidez e espasticidade, mobilidade prejudicada, nutrição inadequada, uso prolongado de corticoides, história prévia de lesão por fricção, transferências e reposicionamentos

inadequados, quedas e batidas, utilização de dispositivos invasivos e de curativos aderentes (Força da Evidência = B; Força da Recomendação = ++).

- Os pacientes de risco devem ser avaliados na admissão e reavaliados, regularmente, durante toda internação (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Promover ingestão de líquidos ao longo do dia e garantir uma nutrição adequada (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).

8.1 Ações preventivas

- Inspecionar regularmente a pele: avaliar o advento de danos da pele relacionados ao uso de adesivos, tais como dermatite irritativa, dermatite alérgica, foliculite e maceração (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Evitar o uso de fitas e curativos adesivos (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++). Opte por fixar os curativos com malhas tubulares, ataduras crepe ou autoaderentes. Em casos necessários, optar por fitas de dorso delicado e baixa aderência. Aplicar protetores cutâneos antes da fixação de adesivos.
- Aplicar a fita adesiva sobre a pele limpa e seca (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Antes da aplicação de fitas, fazer tonsura dos pelos, se necessário (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++).
- Aplicar a fita adesiva sem tensão (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++). Previne o traumatismo e protege a pele do efeito “memória” de algumas fitas adesivas.
- Utilizar fita adesiva porosa (Força da Evidência = C; Força da Recomendação = ++). Previne a maceração, uma vez que possibilita que a umidade da pele evapore. Promove a remoção com menor risco de traumatismo.

- Remover fitas: segurar a pele, remover a fita lentamente em um ângulo paralelo a si mesma (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =+++). A técnica correta de remoção reduz a dor e atenua o traumatismo da junção dermoepidérmica.
- Aplicar protetores cutâneos (selantes de pele) sem álcool, à base de copolímero de acrilato, formando uma barreira sobre a pele para receber a fita adesiva (Força da Evidência = B; Força da Recomendação =+++).
- Proporcionar um ambiente seguro para movimentação do paciente (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Proteger áreas frágeis e delgadas (utilizar meias, ataduras ou outros materiais suaves)(Força da Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Utilizar técnicas corretas de posicionamento, mudança de decúbito e transferência, visando diminuir as forças de fricção e cisalhamento (Força da Evidência = B; Força da Recomendação =+++).
- Evitar banho quente e prolongado (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Hidratar a pele (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Não massagear a pele dos pacientes em risco (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =+++).
- Manter unhas aparadas e lixadas (Força da Evidência = C; Força da Recomendação =+++).

9

GERENCIAMENTO DO TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE

Após coleta de dados, realizada no período de agosto a setembro de 2018, na Unidade de Terapia Intensiva - Adulto, foi possível ratificar a possibilidade do gerenciamento do tratamento de lesões, por meio da aplicação da escala *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH), excetuando-se apenas, feridas operatórias para este gerenciamento.

A escala PUSH é uma ferramenta que foi validada em 2007, para a monitorização do reparo tissular das lesões por pressão. Porém, conforme parágrafo anterior, foi possível ratificar a possibilidade do gerenciamento do tratamento de lesões, através da escala de PUSH. Baseia-se no monitoramento dos seguintes parâmetros: comprimento e largura, quantidade de exsudato e tipo de tecido (SANTOS; SELLMER; MASSULO, 2007).

Cada um desses parâmetros corresponde respectivamente a: área da ferida - maior comprimento, no sentido céfalo-caudal, *versus* a maior largura, em linha horizontal da direita para a esquerda, em centímetros quadrados; quantidade de exsudato - avaliação realizada após a remoção da cobertura e antes da aplicação de qualquer agente tópico, podendo ser classificada como ausente, pequena, moderada e grande; aparência do leito da ferida - tipo de tecido prevalente na região, sendo este especificado como: tecido necrótico, de coloração preta, marrom ou castanha que adere firmemente ao leito ou às bordas da ferida e pode apresentar-se mais endurecido ou mais amolecido, comparativamente à pele periferida; esfacelo, tecido de coloração amarela ou branca que adere ao leito da ferida e apresenta-se como cordões ou crostas grossas, podendo ainda ser mucinoso; tecido de granulação, de coloração rósea ou vermelha, de aparência brilhante, úmida e granulosa; tecido epitelial, aparece como novo tecido róseo ou brilhante que se desenvolve a partir das bordas ou como “ilhas” na superfície da lesão (feridas superficiais) e ferida fechada ou recoberta, aquela completamente recoberta com epitélio. Esses tecidos correspondem aos escores 0 (ferida fechada), 1 (tecido epitelial), 2 (tecido de granulação), 3 (esfacelo) e 4 (tecido necrótico) (SANTOS; SELLMER; MASSULO, 2007).

Outra observação a ser ratificada é que, com a mudança na nomenclatura da lesão por pressão (UNETD STATES OF AMERICA, 2016a), ficou confusa a pontuação a ser aplicada nos casos de Lesão por Pressão Tissular Profunda. Mesmo considerando que este tipo de lesão evolui para uma necrose seca em média em 90% dos casos. Tal classificação de LP, não se adequa para o uso da escala de PUSH, até ocorre realmente a necrose ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Conforme descrição da *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, trata-se de pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento (UNETD STATES OF AMERICA, 2016a).

Os escores das subescalas, ao serem somados, geram o escore total, cuja variação possível é de 0 a 17. Escores maiores indicam piores condições da lesão por escores menores indicam melhora no processo de cicatrização. Medindo apenas três parâmetros, o instrumento PUSH gera escores que, em sua magnitude e direção, podem descrever as condições e a evolução das feridas. O instrumento é composto, ainda, de definições operacionais para cada um deles; tabela para registro dos escores de cada parâmetro e o escore total de acordo com a data; gráfico para visualização da evolução dos escores totais e uma folha de instruções para o avaliador (SANTOS; SELLMER; MASSULO, 2007).

Recomenda-se o gerenciamento/monitoramento do tratamento das lesões, no mínimo, semanalmente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ivete Santa de; MAIA, Luiz Faustino dos Santos. Atuações do enfermeiro na prevenção de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 13, p. 12-19, 2015.
- ARAÚJO, Thiago Moura de *et al.* Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 4, p. 671-676, 2011.
- AYELLO, Elizabeth A. A. Pressure ulcer benchmarking. **WCET Journal**, v. 24, n. 3, p. 17-19, 2004.
- BEECKMAN, Dimitri *et al.* Systematic review and meta-analysis of incontinence-associated dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 37, n. 3, p. 204-218, 2014.
- BERNADES, Rodrigo Mmagri. **Recurso educacional sobre prevenção e manejo da lesão por pressão**. [São Paulo]: Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridascrônicas/recurso_educacional_lp_3_1.html. Acesso em: 31 ago. 2021.
- BLACK, Joyce M. *et al.* MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. **Journal of Wound Ostomy Continence Nursing**, St. Louis, v. 38, n. 4, p. 359-370, 2011.
- BLANCK, Mara; GIANNINI, Tereza. **Úlceras e feridas: as feridas têm alma**. Rio de Janeiro: Di Livros, 2014.
- BORGES, Eline Lima. **Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**. 2005. 305 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- BRANCO, Elen Martins da Silva Castelo; PEIXOTO, Mauricio Abreu Pinto; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Escala do controle da ação para o diagnóstico de desempenho em estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 6, p. 942-8, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE: manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

CANDIDO, Luiz Claudio. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: Editora Senac, 2001.

CHIMENTÃO, Denise Maria Nascimento; DOMANSKY, Rita de Cássia. Prevenção de lesões de pele associadas à umidade. In: DOMANSKY, Rita de Cássia; BORGES, Eline Lima (org.). **Manual para prevenções de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014. 326 p., cap. 5, p. 93-150.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 380/2005**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2005. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/repositoriob/pdf/res/2005/res380.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2007.

COSTA, Adilson. Hidratação cutânea. **RBM: Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 66, p. 15-21, 2009. Número especial.

CREMASCO, Mariana Fernandes *et al.* Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 897-902, 2009. Número especial.

CRUZ, Adriane. A importância da gestão estadual na segurança do paciente. **Revista CONSENSUS**, ed. 26, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/importancia-da-gestao-estadual-na-seguranca-paciente/>. Acesso em: 25 maio 2021.

DOUGHTY, Dorothy *et al.* Incontinence-associated dermatitis: consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges. **Journal of Wound Ostomy Continence Nursing**, St. Louis, v. 39, n. 1, p. 61-74, 2012.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington, DC: NPUAP, 2009.

FERNANDES, Luciana Magnani; BRAZ, Elizabeth. A utilização do óleo de girassol na prevenção de úlceras de pressão em pacientes críticos. **Nursing**, São Paulo, v. 5, n. 44, p. 20-34, 2002.

FONTENELE, Fernanda Cavalcante; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 130-137, 2011.

HISASHIGE, Akinori; OHURA, Takehiko. Cost-effectiveness of nutritional intervention on healing of pressure ulcers. **Clinical Nutrition**, Oxford, v. 31, n. 6, p. 868-874, 2012.

LISE, Fernanda; SILVA, Lurdes Chiossi da. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 85-89, 2007.

LOURO, Marisol; FERREIRA, Margareth; PÓVOA, Pedro. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 337-341, 2007.

MAGALHÃES, Fernanda Jorge; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria**. Fortaleza: Imprensa Universitária UFC, 2018. 54 p. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/34782>. Acesso em: 25 maio 2021.

MATOS, Letícia Sousa; DUARTE, Nalu Lopes Vasconcelos; MINETTO, Rita de Cássia. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um hospital público do DF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 719-726, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8481/8495>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MCNICHOL, Laurie *et al.* Medical adhesives and patient safety: state of the science: consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries. **Orthopedic Nursing**, v. 32, n. 5, p. 267-281, Sept./Oct. 2013.

PARANHOS, Wana; SANTOS, Vera Lúcia C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, p. 191-206, 1999. Número especial. III Congresso Brasileiro de Estomoterapia. Sessão oral.

PARANHOS, Wana. Úlceras por pressão. *In*: JORGE, Sílvia Angélica; DANTAS, Sônia Regina P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 287-298.

PINHEIRO, Alessandra Rocha Mororó *et al.* **Protocolo para prevenção de lesões de pele**. Fortaleza: Comunicação Visual ISGH, 2014. N. 3. p. 15-33. Disponível em:
https://www.isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/protocolo_lesao_pele.pdf. Acesso em: 2 set. 2021.

PULIDO, Kelly Cristina Strazzieri. **Adaptação cultural e validação do instrumento “Star Skin Tear Classification System”, para a língua portuguesa no Brasil**. 2010. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

RAIMUNDO, Janet; GRAY, Mikel. Enzymatic wound debridement. **Journal of Wound Ostomy Continence Nursing**, St. Louis, v. 35, n. 3, p. 273-280, 2008.

RAWLINGS, A. V.; CANESTRARI, David A.; DOBKOWSKI, Brian. Moisturizer technology versus clinical performance. **Dermatol Therapy**, Copenhagen, v. 17, n. 1, p. 49-56, 2004.

REIS, Camila Letícia Dias dos *et al.* Mensuração de área de úlceras por pressão por meio dos softwares Motic e AutoCAD®. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 304-308, 2012.

ROCHA, Alessandra Bongiovani Lima; BARROS, Sonia Maria Oliveira. Avaliação de risco de úlcera de pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2007.

ROGENSKI, Noemi Marisa Brunet; KURCGANT, Paulina. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 333-339, 2012.

ROGENSKI, Noemi Marisa; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Estudos sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 474-480, 2005.

SACKETT, D. L. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. **Chest**, Chicago, v. 95, n. 2, p. 2S-4S, 1989. Supplement 2.

SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; SELLMER, Danielle; MASSULO, Marley Maciel Elias. Confiabilidade interobservadores do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), em pacientes com úlceras crônicas de perna. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 391-396, June 2007.

SARQUIS, M. G. A. Orientação para a prática clínica no tratamento e prevenção de úlceras por pressão. *In*: KAKIAHARA, William; MALAGUTTI, Cristiano Tarzia. **Curativos, estomia e dermatologia**: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2011.

SCHOLS, J. M. G. A.; ENDE, M. A. de Janger-v d. Nutritional intervention in pressure ulcer guidelines: an inventory. nutrition. **Nutrition**, Tarrytown, v. 20, n. 6, p. 548-553, 2004.

SERPA, Letícia Faria; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 367-369, 2007.

SILVA, E. W. N. L. *et al.* Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 175-185, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA. **Projeto Diretrizes**: terapia nutricional para portadores de úlceras por pressão. São Paulo: Associação Médica Brasileira: Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_para_pacientes_portadores_de_ulceras_por_pressao.pdf. Acesso em: 20 jun. 2018.

UNITED STATES OF AMERICA. National Pressure Ulcer Advisory Panel. NPUAP Pressure Injury Stages. **NPUAP**. Westford: National Pressure Ulcer Advisory Panel: NPUAP Pressure Injury Stages, 2016a. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>. Acesso em: 20 jun. 2018.

WADA, Alexandre; TEIXEIRA NETO, Nuberto, FERREIRA, Marcus Castro. Úlceras por pressão. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 89, n. 3-4, p. 170-177, 2010.

APÊNDICE A - NÍVEIS DE EVIDÊNCIA, FORÇA DA EVIDÊNCIA E FORÇA DAS RECOMENDAÇÕES

NÍVEIS DE EVIDÊNCIA, FORÇA DA EVIDÊNCIA E FORÇA DAS RECOMENDAÇÕES

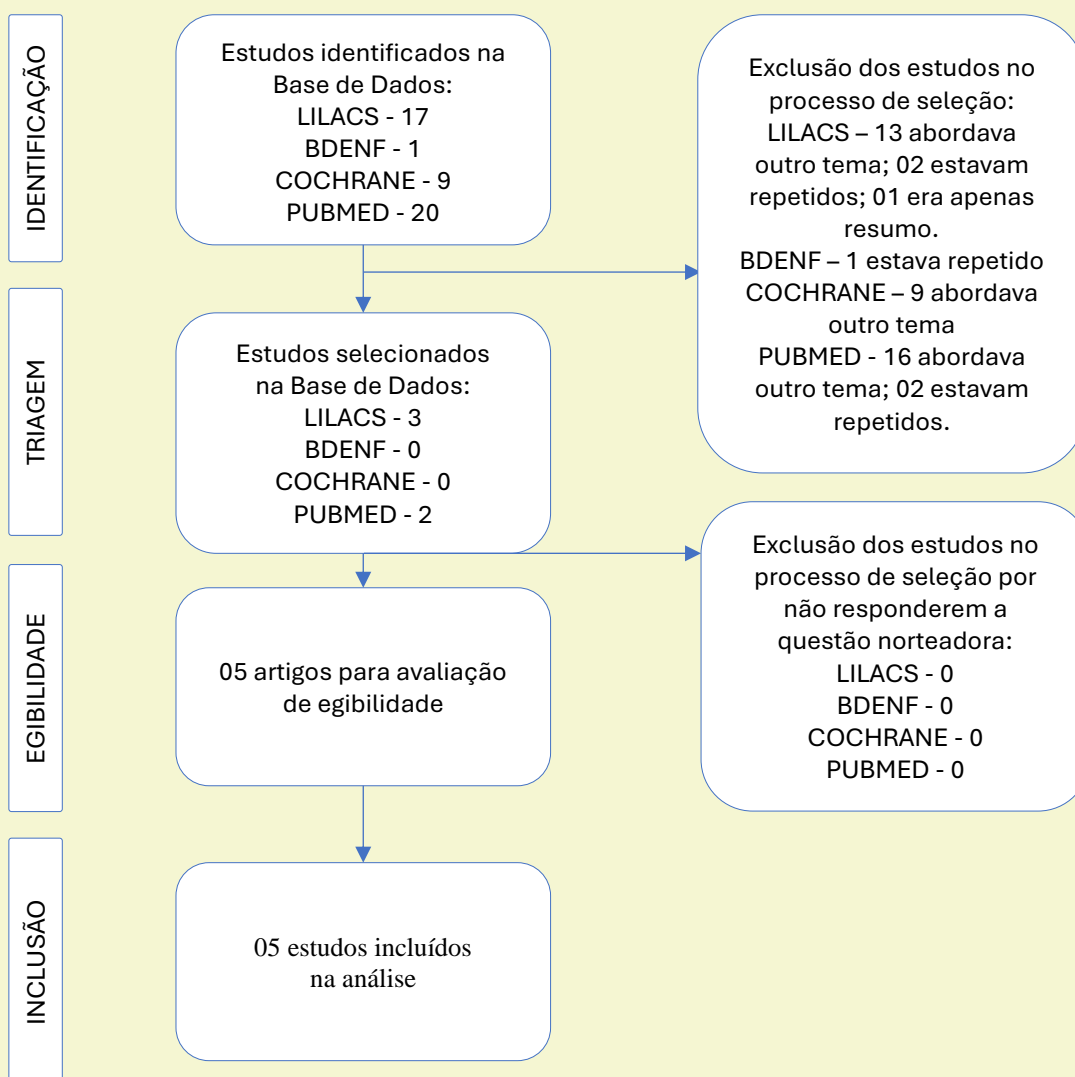
Uma determinada “força da evidência” foi atribuída ao corpo de evidências que suporta cada recomendação. Recorreu-se a um processo de votação consensual (GRADE) (BRASIL, 2014). O objetivo global da “força da recomendação” consiste em ajudar os profissionais de saúde a priorizar as intervenções (SACKETT, 1989).

Este protocolo foi validado por juízes que atuavam na área de Enfermagem Dermatológica, sendo estes enfermeiros com área de atuação na assistência e/ou docência. Dois eram doutores, um mestre, um especialista e um graduado. O tempo de formação profissional variou de 5 a 10 anos. Tendo obtido pontuações que permitiram a validação dessa segunda edição com adequabilidade acima do proposto como mínimo (75%). Cada “juiz” fez a avaliação geral do protocolo por meio do *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE) (BROUWERS et al., 2017). Os “juízes” levaram em conta os critérios qualitativos do protocolo e pontuaram de 1 a 7, em uma escala de Likert, cada item correspondente ao domínio do AGREE II. Ressalta-se que o protocolo foi encaminhado aos “juízes” na íntegra.

APÊNDICE B - MECANISMO DE BUSCA DE EVIDÊNCIAS EM BASES DE DADOS

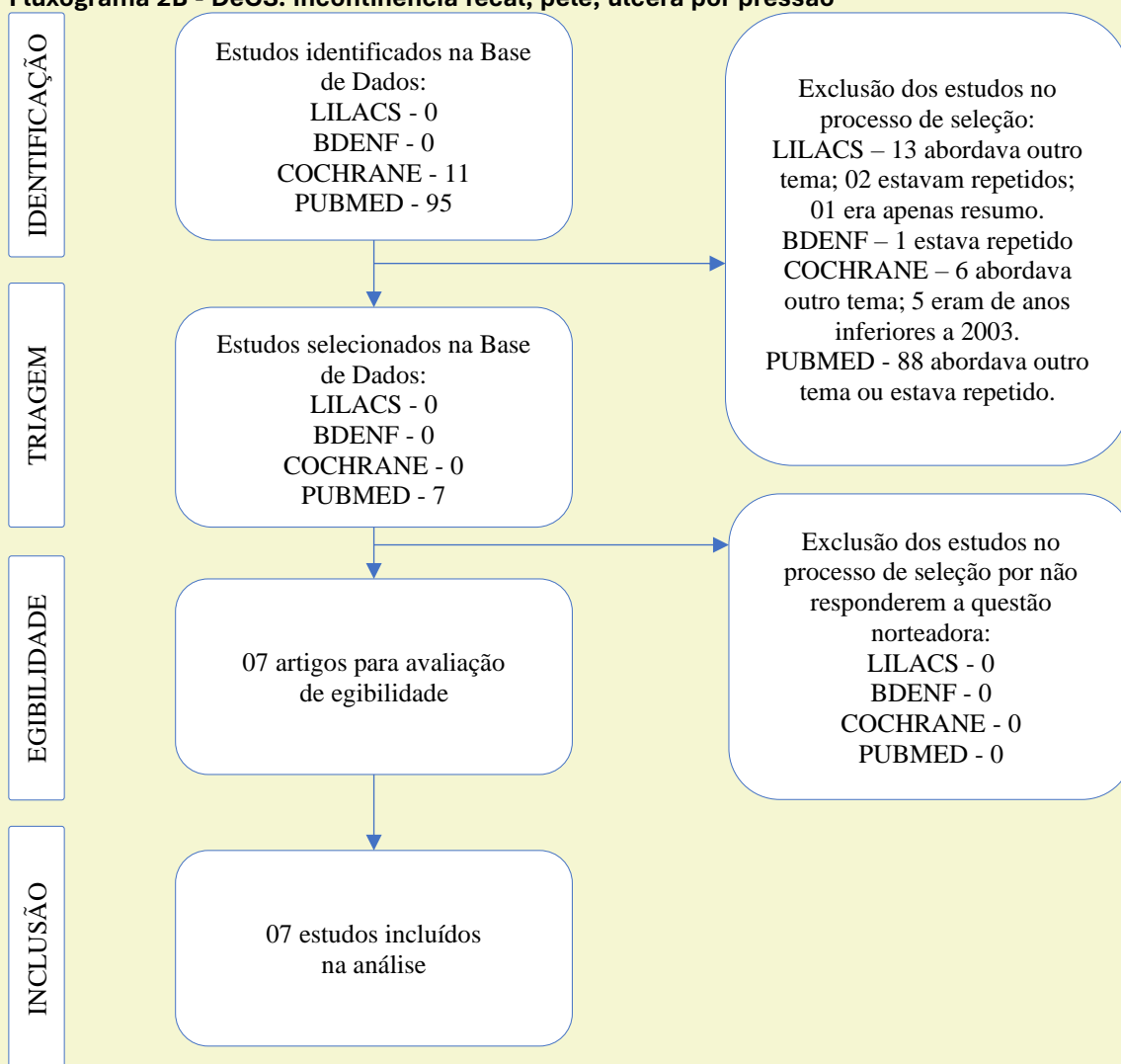
Para a busca de evidência em base de dados, foram realizados os cruzamentos abaixo:

Fluxograma 1B - DeCS: úlcera por pressão; estudos de validação; cicatrização de feridas



Fonte: Elaboração das autoras.

Fluxograma 2B - DeCS: incontinência fecal; pele; ulcera por pressão



Fonte: Elaboração das autoras.

Foram consideradas ainda como referências para a diretriz:

Referências iniciais do protocolo construído: 14 artigos

Diretrizes: 1

Painéis consultivos: 3

Jornal com publicação específica sobre o tema: 1

Livros: 4

APÊNDICE C - MONITORAMENTO DE LESÕES DE PELE (ADULTO)

MONITORAMENTO DE LESÕES DE PELE – ADULTO

Nome: _____ Idade: _____
 Admissão: () Posto () UTI-A Leito: _____ Data admissão: ____/____/20____
 Nº prontuário: _____ Procedência: () Domicílio () Home-Care () Outro hospital: _____
 Diagnóstico Clínico: _____

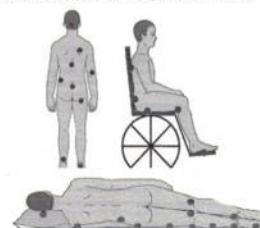
I- CONDIÇÃO DA PELE NA ADMISSÃO

Inteira Não Inteira, especificar abaixo:

Local	Tipo de lesão	Tipo de Cobertura realizada	Data troca	Data prevista para troca

*Legenda sobre o tipo de lesão: LP I; LP II; LP III; LP IV; LPNC; SLTP; LPDM; LPMM; SKIN TEAR; SKINSTRIPPING

*Marcar com um "x" o local da lesão



II- AVALIAÇÃO DA PELE DURANTE O INTERNAMENTO

Pele Frágil ____/____/____ Fístula ____/____/____ Fricção e Cisalhamento ____/____/____
 Dermatite/assadura ____/____/____ Desnutrição ____/____/____ Dermatites por adesivos ____/____/____
 Pele desidratada ____/____/____ Estomias ____/____/____ Edema MMII/ MMSS ____/____/____
 Inc. urinária e/ou Fecal ____/____/____ Imobilidade/ Mobilidade diminuída ____/____/____

III- FATORES DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

ESCALA DE BRADEN				
Fator de Risco	1PT	2PT	3PT	4PT
Percepção Sensorial (PE)	() Completamente Limitada	() Muito Limitada	() Levemente Limitada	() Nenhuma Limitação
Umidade (U)	() Constantemente Úmida	() Muito Úmida	() Ocasionalmente Úmida	() Raramente Úmida
Atividade (A)	() Acamado	() Restrito à cadeira	() Deambula Ocasionalmente	() Deambula Frequentemente
Mobilidade (M)	() Completamente Imobilizado	() Muito Limitado	() Levemente Limitado	() Nenhuma Limitação
Nutrição (N)	() Muito Pobre	() Provavelmente Inadequada	() Adequada	() Excelente
Fricção e Forças de deslizamento (F)	() Problema	() Problema Potencial	() Nenhum Problema	_____

* Marque com um X a pontuação de cada linha correspondente ao fator de risco para totalização dos total de pontos

TOTAL DE PONTOS (PE+U+A+M+N+F) = _____

Classificação de risco: Sem risco >16 - colchão comum Brando = 15 a 16 - colchão piramidal Moderado = 12 a 14 ou Elevado ≤ 11 - colchão articulado (A) ou colchão pneumático (PN)

III- CONTROLE DIÁRIO DA ESCALA DE BRADEN E SUPERFÍCIE DE SUPORTE PARA REDISTRIBUIÇÃO DE CARGA MECÂNICA

TOTAL: Preencher diariamente na célula branca o valor total de pontos da classificação da Escala de Braden

COLCHÃO: Preencher diariamente o tipo de superfície utilizada na célula branca de acordo com legenda: Colchão Comum (C) Colchão Piramidal (P) Colchão Articulado (A) ou colchão pneumático (PN)

Mês: _____

DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TOTAL																															
COLCHÃO																															
RÚBRICA																															

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
	ELEVADO ≤11	MODERADO 12 A 14	BRANDO 15 A 16	SEM RISCO >16

MUDANÇA DE RISCO	MUDANÇA DE RISCO	MUDANÇA DE RISCO	MUDANÇA DE RISCO
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
PLACA: _____	PLACA: _____	PLACA: _____	PLACA: _____
ASS. _____	ASS. _____	ASS. _____	ASS. _____

V- ESCALA DE PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING (PUSH)

*Considerando a legenda abaixo, registre a data da avaliação, valores correspondentes aos sub-itens e total dos sub-itens.

Comprimento X Largura									
Quantidade de exsudato									
Tipo de tecido									
TOTAL									

VI – LEGENDAS

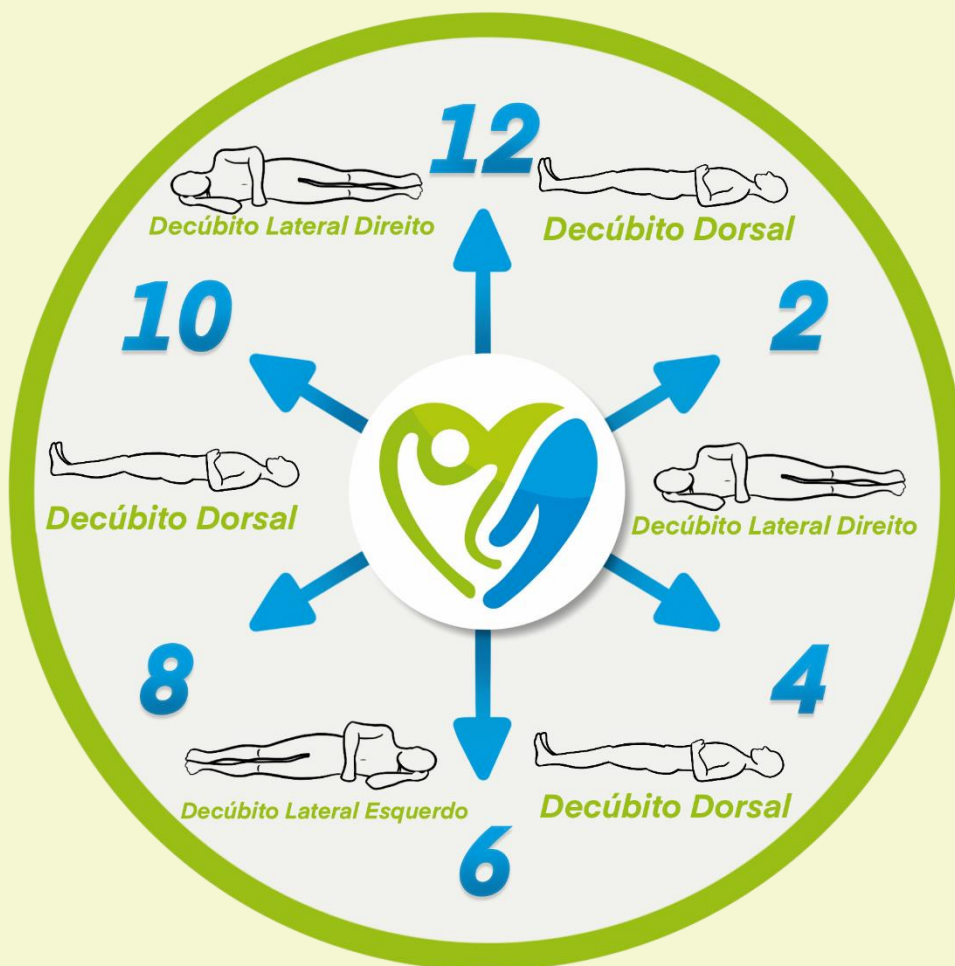
ESCALA DE PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING (PUSH)						
Comprimento X Largura	0	1	2	3	4	5
		0 cm ²	< 0,3 cm ²	0,3 - 0,6 cm ²	0,7 - 1,0 cm ²	1,1 - 2,0 cm ²
		6	7	8	9	10
		3,1 - 4,0 cm ²	4,1 - 8,0 cm ²	8,1 - 12,0 cm ²	12,1 - 24,0 cm ²	>24cm ²
Quantidade de exsudato	0	1	2	3		
	Nenhum	Escasso	Moderado	Abundante		
Tipo de tecido	0	1	2	3	4	
	Tecido cicatrizado	Tecido de epitelização	Tecido de granulação	Tecido desvitalizado	Tecido necrótico	
Outras*						
TIPO DE LESÃO	SIGLA	DESCRIÇÃO				
DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA	DAI	Dano na pele associado à umidade é definida como inflamação e erosão da pele causada pela exposição prolongada a diversas fontes de umidade: urina, fezes, suor, exsudato de feridas, entre outros.				
LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO I	LP I	Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou 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.				
LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO II	LP II	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 íntacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis.				
LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO III	LP III	Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epibole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível.				
LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO IV	LP IV	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpção direta da fásia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epibole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.				
LESÃO POR PRESSÃO NÃO CLASSIFICÁVEL	LPNC	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente.				
LESÃO POR PRESSÃO TISSULAR PROFUNDA	SLTP	Pele íntacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular.				
LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADO À DISP. MÉDICO	LPDM	Resultado do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.				
LESÃO POR PRESSÃO EM MEMBRANAS MUCOSAS	LPMM	A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.				
LESÕES POR FRICÇÃO	SKIN TEAR	A lesão por fricção é restrita a derme e sua ocorrência está relacionada à fragilidade cutânea. É uma ferida traumática que ocorre principalmente nas extremidades de idosos, resultante de forças de cisalhamento ou fricção que separam a epiderme da derme (ferida de espessura parcial) ou que separam ambas, epiderme e derme, das estruturas subjacentes (ferida de espessura total). A lesão por fricção apresenta-se rasa, limitada a derme e tem como característica a presença de um retalho de pele				
LESÕES RELACIONADAS A ADESIVOS MÉDICOS	SKINS TRIPPI NG	As lesões de pele relacionadas a adesivos médicos, na maioria das vezes, são resultantes de trauma mecânico causada pela remoção de fitas adesivas, curativos autoadesivos e outros adesivos de uso clínico. No entanto, o uso do adesivo pode acarretar em outros danos na pele, sendo assim a lesão de pele relacionada a adesivos médicos é uma ocorrência em que o eritema e/ou outra manifestação de anormalidade cutânea, incluindo desde a vesícula, bolha, erosão até a ruptura da pele, persistindo por mais de 30 minutos após a sua remoção. Esse tipo de lesão é doloroso, piora a qualidade de vida do paciente, aumenta o risco de infecção e custos institucionais.				

Fonte: Elaboração técnica da Comissão de Prevenção de Lesões de Pele do Hospital Gênesis.

VI – LEGENDAS						
ESCALA DE PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING (PUSH)						
Comprimento X Largura	0	1	2	3	4	5
		0 cm ²	< 0,3 cm ²	0,3 - 0,6 cm ²	0,7 - 1,0 cm ²	1,1 - 2,0 cm ²
		6	7	8	9	10
		3,1 - 4,0 cm ²	4,1 - 8,0 cm ²	8,1 - 12,0 cm ²	12,1 - 24,0 cm ²	>24cm ²
Quantidade de exsudato	0	1	2	3		
	Nenhum	Escasso	Moderado	Abundante		
Tipo de tecido	0	1	2	3	4	
	Tecido cicatrizado	Tecido de epitelização	Tecido de granulação	Tecido desvitalizado	Tecido necrótico	
Outras*						
TIPO DE LESÃO	SIGLA	DESCRIÇÃO				
DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA	DAI	Dano na pele associado à umidade é definida como inflamação e erosão da pele causada pela exposição prolongada a diversas fontes de umidade: urina, fezes, suor, exsudato de feridas, entre outros.				
LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO I	LP I	Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou 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.				
LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO II	LP II	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 íntacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis.				
LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO III	LP III	Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epibole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível.				
LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO IV	LP IV	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 escara pode estar visível. Epibole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.				
LESÃO POR PRESSÃO NÃO CLASSIFICÁVEL	LPNC	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente.				
LESÃO POR PRESSÃO TISSULAR PROFUNDA	SLTP	Pele íntacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular.				
LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADO À DISP. MÉDICO	LPDM	Resultado do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.				
LESÃO POR PRESSÃO EM MEMBRANAS MUCOSAS	LPMM	A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.				
LESÕES POR FRICÇÃO	SKIN TEAR	A lesão por fricção é restrita a derme e sua ocorrência está relacionada à fragilidade cutânea. É uma ferida traumática que ocorre principalmente nas extremidades de idosos, resultante de forças de cisalhamento ou fricção que separam a epiderme da derme (ferida de espessura parcial) ou que separam ambas, epiderme e derme, das estruturas subjacentes (ferida de espessura total). A lesão por fricção apresenta-se rasa, limitada a derme e tem como característica a presença de um retalho de pele.				
LESÕES RELACIONADAS A ADESIVOS MÉDICOS	SKINS TRIPPING	As lesões de pele relacionadas a adesivos médicos, na maioria das vezes, são resultantes de trauma mecânico causada pela remoção de fitas adesivas, curativos autoadesivos e outros adesivos de uso clínico. No entanto, o uso do adesivo pode acarretar em outros danos na pele, sendo assim a lesão de pele relacionada a adesivos médicos é uma ocorrência em que o eritema e/ou outra manifestação de anormalidade cutânea, incluindo desde a vesícula, bolha, erosão até a ruptura da pele, persistindo por mais de 30 minutos após a sua remoção. Esse tipo de lesão é doloroso, piora a qualidade de vida do paciente, aumenta o risco de infecção e custos institucionais.				

Fonte: Elaboração técnica da Comissão de Prevenção de Lesões de Pele do Hospital Gênesis.

APÊNDICE E - RELÓGIO DE MUDANÇA DE DECÚBITO



Fonte: Elaboração de Jennifer Costa Sales Honorato.

APÊNDICE F - SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS PARA HIGIENE PESSOAL E PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE

SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS PARA HIGIENE PESSOAL E PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE

Paciente: _____

Limpeza Oral (Antisséptico bucal sem álcool à base de Gluconato de Clorhexidina a 0,12%)

() Periogard Colgate

Outro(s): _____

Limpeza da pele (Sabonete líquido glicerinado, sem álcool, sem corante, pH entre 4,5 e 5,5)

() Johnson's Baby Sabonete Líquido Cabeça aos Pés 200ml

() Eucerin Pele Sensível Ph5 Syndet (Eucerin)

() Sabonete Corporal Líquido Lipikar Surgras 400ml (La Roche Posay)

Outro(s): _____

Hidratação da pele (Hidratante com função emoliente, umectante e oclusiva)

() Creme Hidratante Corporal Advanced FF – Pele sensível; Sem fragrância (By CORPUS)

() Loção Hidratante Corporal (By CORPUS)

() Pielsana Loção Hidratante (DBS)

Outro(s): _____

Formação de barreira da pele em região de fraldas

() Hipoglos (P&G)

() Cavilon Creme Barreira (3M)

() Cavilon Spray (Nos casos de incontinência urinária ou fecal) - (3M)

Outro(s): _____

Prevenção de Lesões por Pressão (Pacientes com risco para desenvolvimento de LP)

() Colchão Pneumático

() Capa para colchão plástica/transparente

() Protetor de calcâneo em espuma piramidal de polietileno

Outros

() Fraldas

Outro(s): _____

Profissional solicitante: _____

Fortaleza, _____ de _____ de 20_____

APÊNDICE G - ESCALA DE VISITA AOS SETORES AOS SETORES

ESCALA DE VISITA AOS SETORES					
COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE					
DIA/SEMANA	SETORES				
	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
POSTO 1	-	-	-	TARDE	-
POSTO 2	-	-	-	TARDE	-
POSTO 3	-	TARDE	-	-	MANHÃ
UTI ADULTO	-	-	MANHÃ	-	-
UTI NEO	-	-	-	TARDE	-

LEGENDA	
MANHÃ	VISITA DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA A UNIDADE NO HORÁRIO DE 10HS AS 12HS
TARDE	VISITA DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA A UNIDADE NO HORÁRIO DE 14H30 AS 15H30



LAISE SOARES
ENFERMAGEM DERMATOLÓGICA
COREN/CE - 029.367

Fonte: Elaboração técnica da Comissão de Prevenção de Lesões de Pele do Hospital Gênesis.

APÊNDICE H - FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDÊNCIA/PREVALÊNCIA DE LESÕES DE PELE

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDÊNCIA/PREVALÊNCIA DE LESÕES DE PELE

MÊS: ANO:

NOME	IDADE	LEITO	DIAGNÓSTICO	PROCEDÊNCIA	ADMISSÃO	PELE NA ADMISSÃO	BRADEN NA ADMISSÃO	ESPECIFICAR DATA DO INÍCIO DA LESÃO DE PELE PRESENTE E TIPO (CONSIDERAR LEGENDA NO VERSO)	ALTA	ÓBITO	PERÍODO DE INTERNAÇÃO

Fonte: Elaboração técnica da Comissão de Prevenção de Lesões de Pele do Hospital Gênesis.

APÊNDICE I - FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO

FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO PROTOCOLO PARA DE PREVENÇÃO E GERENCIAMENTO DE LESÕES DE PELE									SETOR: _____
									DATA: ____/____/____
NOME	IDADE	LEITO	DIAGNOSTICO	PROCEDENCIA	DATA DA ADMISSÃO	PELE NA ADMISSÃO	BRADEN NA ADMISSÃO	DATA DO PARECER	INICIO DA LESÃO
LEGENDA:	ESTADIO 0 - SEM LESÃO	ESTADIO 1 - PEQUENA DE LESÃO	ESTADIO 2 - PEQUENA INTERMEDIAR TOTAL	ESTADIO 3 - INTERMEDIAR TOTAL, TOTAL, ÚLCERO	SEM CLASSIFICAR SEM CLASSIFICAR	SEM CLASSIFICAR SEM CLASSIFICAR	SEM CLASSIFICAR SEM CLASSIFICAR	SEM CLASSIFICAR SEM CLASSIFICAR	SEM CLASSIFICAR SEM CLASSIFICAR

FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO PROTOCOLO PARA DE PREVENÇÃO E GERENCIAMENTO DE LESÕES DE PELE						
TIPO DE LESÃO DE PELE PRESENTE	CLASSIFICAÇÃO/ ESTAGIO	COBERTURA ATUAL	INTERVALO DE TROCA	ALTA	OBITO	PERIODO DE INTERNAÇÃO

Fonte: Elaboração técnica da Comissão de Prevenção de Lesões de Pele do Hospital Gênesis.

APÊNDICE J - RÉGUA PARA MENSURAR LESÕES



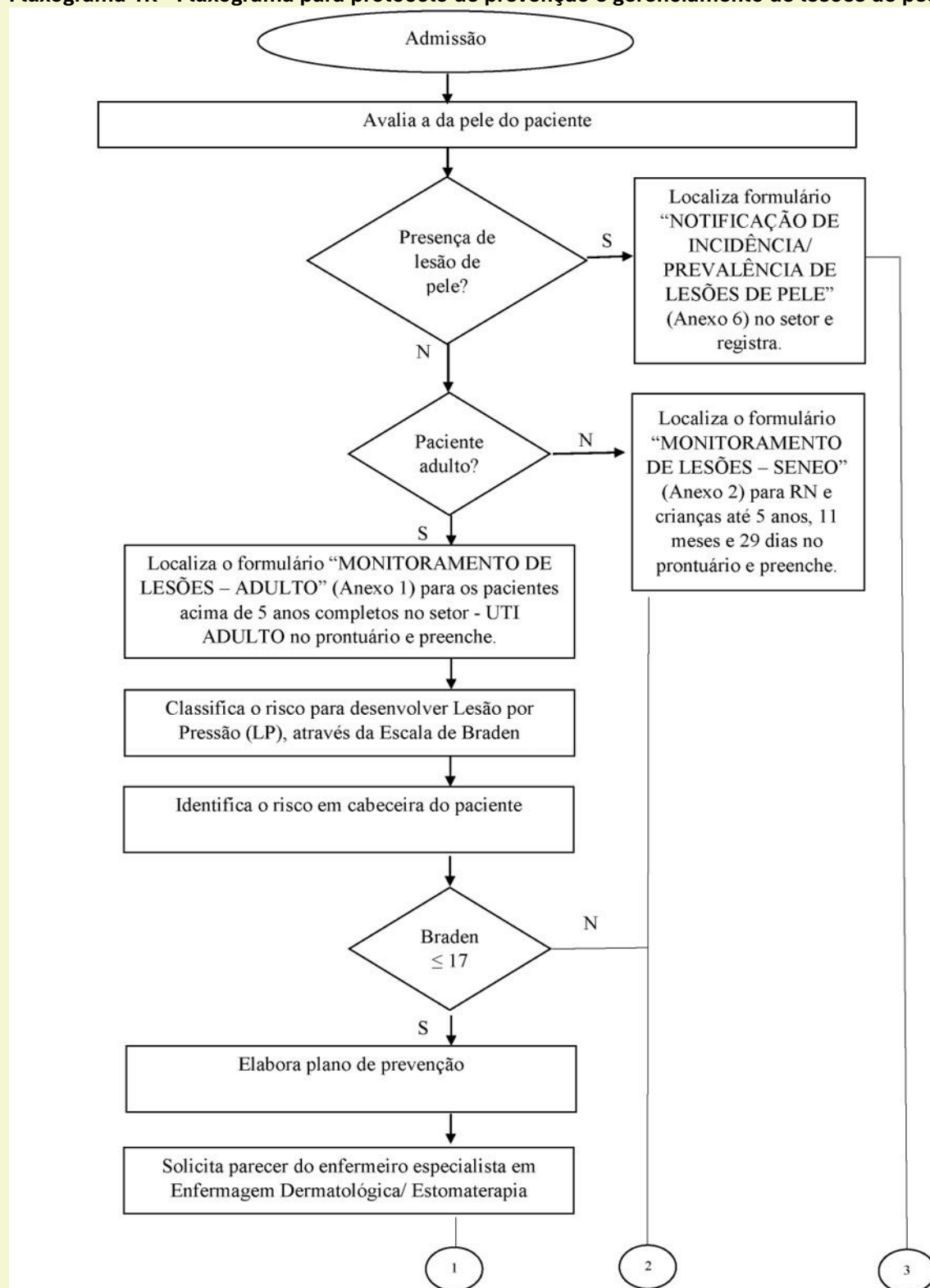
Régua para medição de lesões
(Desprezar após o uso)

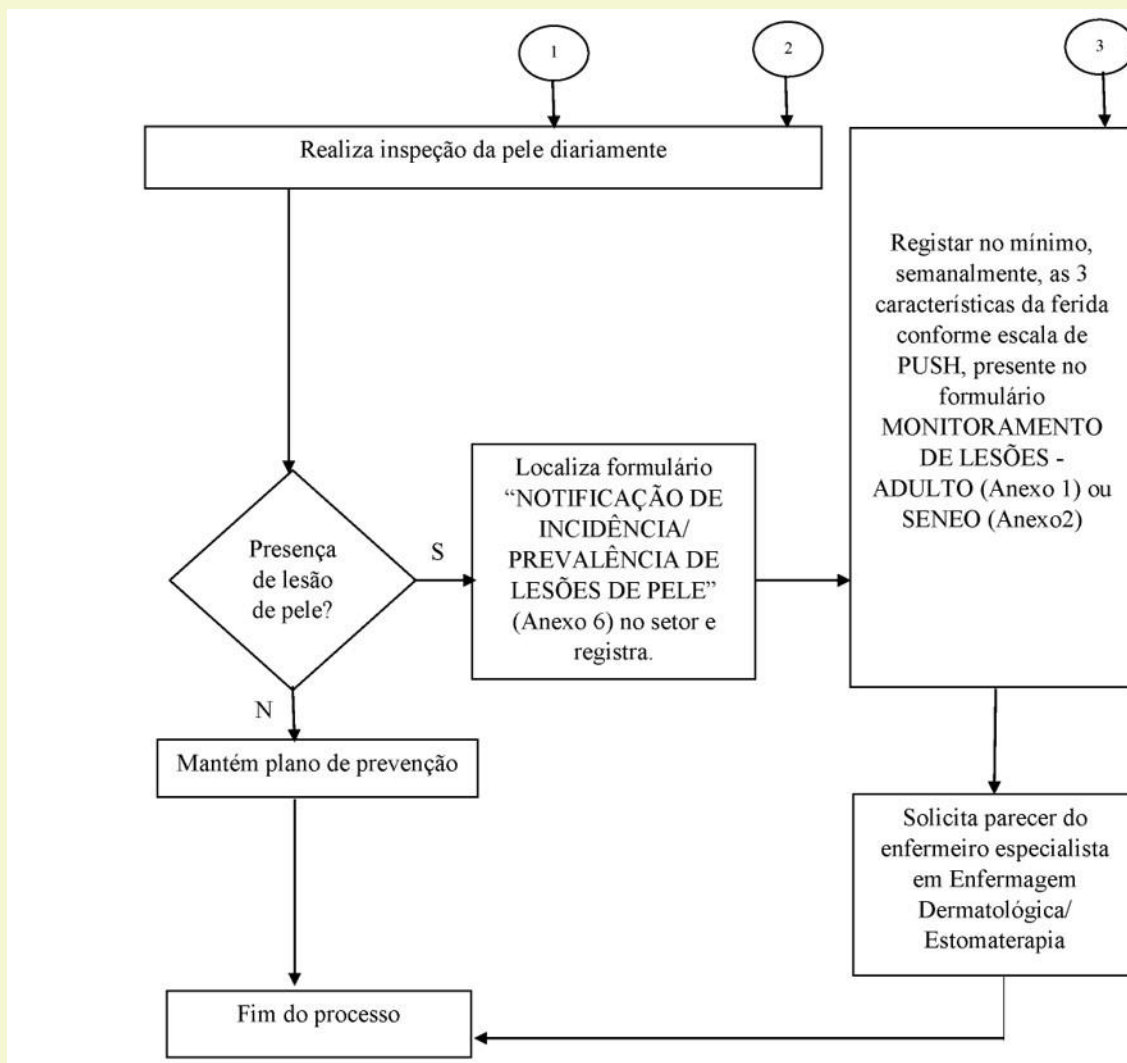
Região: _____
Dimensões: _____
Iniciais do cliente: _____
Data: ____/____/____

Fonte: Elaboração das autoras.

APÊNDICE K - FLUXOGRAMA

Fluxograma 1K - Fluxograma para protocolo de prevenção e gerenciamento de lesões de pele





Fonte: Elaboração técnica da Comissão de Prevenção de Lesões de Pele do Hospital Gênesis.



E-mail: contato@editoraimac.com.br

Site: www.editoraimac.com.br



E-mail: lscuidadosemsaude@lssaude.com.br

Site: <https://lssaude.com.br>



ISBN: 978-65-993219-7-9