

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ALESSANDRA RODRIGUES MARTINS

LESÕES DE PELE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA: UMA VISÃO INTERDISCIPLINAR

PONTA GROSSA
2021

ALESSANDRA RODRIGUES MARTINS

LESÕES DE PELE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA: UMA VISÃO INTERDISCIPLINAR

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa, na linha de Pesquisa Assistência Integral à Saúde e Qualidade de Vida, como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges.

Coorientadora: Profa. Dra. Clóris Regina Blanski Grden.

M386

Martins, Alessandra Rodrigues

Lesões de pele em idosos internados em unidades de terapia intensiva: uma visão interdisciplinar / Alessandra Rodrigues Martins. Ponta Grossa, 2021. 97 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges.

Coorientadora: Profa. Dra. Clóris Regina Blanski Grden.

1. Enfermagem geriátrica. 2. Idoso. 3. Envelhecimento da pele. 4. Unidades de terapia intensiva. I. Borges, Pollyanna Kássia de Oliveira. II. Grden, Clóris Regina Blanski. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

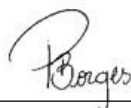
CDD: 618.97

ALESSANDRA RODRIGUES MARTINS

LESÕES DE PELE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA: UMA VISÃO INTERDISCIPLINAR

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

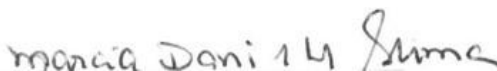
Ponta Grossa, 30 de julho de 2021.



Profa. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges

Doutora em Saúde Coletiva

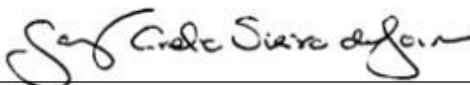
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Profa. Dra. Márcia Daniele Seima

Doutora em Enfermagem

Universidade Federal do Paraná



Profa. Dra. Jacy Aurelia Vieira de Sousa

Doutora em Enfermagem

Universidade Estadual de Ponta Grossa

A todos os idosos que contribuíram para a realização deste trabalho, bem como àqueles que se beneficiarão das melhorias sugeridas pelo presente estudo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a força superior que me ilumina e me faz resiliente para seguir em frente com os meus objetivos em meio as dificuldades.

Agradeço a minha família, em especial minha mãe Rosemary e tia Silvana (*in memoriam*) por serem meus exemplos de pessoas e profissionais competentes no funcionalismo público, me ensinando desde a mais tenra idade princípios de empatia e amor ao próximo em todas as esferas da vida.

A minha querida companheira Tayane, por estar ao meu lado durante todo esse período independente das condições, pela paciência em dias de ausência e por proporcionar dias mais felizes ao seu lado.

Aos idosos e seus familiares que aceitaram participar desse estudo contribuindo para produção científica, mesmo em meio a esse período difícil que é o internamento em ambiente intensivo.

As minhas estimadas orientadoras, pelas quais possuo imensa admiração e carinho, Prof^a Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges e Prof^a Dra. Clóris Regina Blanski Grden pela disposição em me guiar em todas as etapas deste trabalho, por acreditarem em mim e não desistirem mesmo em meio as adversidades.

Ao Grupo de pesquisa em lesões de pele, constituído por estudantes do Curso Bacharelado em Enfermagem da UEPG e Enfermeiras residentes e docentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, as quais foram fundamentais para execução desse projeto.

As minhas companheiras de jornada, Brenda, Jéssica, Priscila e Sabrina, pela amizade construída ao longo desses dois anos, pelo apoio e suporte que ajudaram a amenizar as dificuldades enfrentadas.

A todos os professores do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, os quais me auxiliaram na construção do saber e pude ter o prazer de aprender e compartilhar experiências. Em especial, aos professores da banca examinadora pelas contribuições diretas ao trabalho.

RESUMO

Dentre as inúmeras modificações fisiológicas que ocorrem durante o envelhecimento, destacam-se as alterações do sistema tegumentar, tornando a pele mais friável ao surgimento de lesões, fator que se exacerba no cenário da hospitalização em terapia intensiva. Tendo em vista a vulnerabilidade dos idosos críticos às lesões de pele, se faz necessário estudos sobre a temática. Buscou-se analisar a prevalência e fatores associados às lesões de pele em idosos internados em unidades de terapia intensiva de um hospital universitário. Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, desenvolvido em duas Unidades de Terapia Intensiva Adulto de um hospital de ensino dos Campos Gerais de Ponta Grossa, Paraná no período de julho de 2017 a julho de 2019. Coleta realizada por meio de inspeção da pele e questionário sociodemográfico e clínico dos idosos internados. Ressalta-se que, a pesquisa faz parte de um projeto maior, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos de uma sob parecer nº 2.012.327 e CAAE nº 66782217.9.0000.5689. Verificou-se associação entre as variáveis com o teste qui-quadrado, intervalo de confiança de 95%, bem como cálculo de OR. Posteriormente, selecionou-se as variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada e a partir destas construindo modelo preditivo. Dos 133 idosos, 36,8% apresentaram lesão por pressão, associada a dieta enteral e espessura da pele fina, 14,3% com lesão por adesivo médico, associada a alimentação enteral, textura da pele lisa e presença de dermatite associada a incontinência, a qual foi observada em 10,5% e esteve associada a maior quantidade de lesões, bem como lesão por fricção verificada em 10,5%, associada ao turgor diminuído e obesidade. A partir do modelo preditivo, verificou-se que uso de dieta enteral aumenta em sete vezes a chance de ter lesão por pressão, bem como os fatores: não ser casado (OR=2,5) apresentar lesão secundária (OR=7,8) e risco alto para desenvolvimento de LPP, (OR=8,7). Os idosos que apresentam turgor da pele diminuído apresentam cinco vezes mais chances em desenvolver dermatite associada a incontinência e prurido têm 10,2 chances em adquirir esta condição. Evidenciou-se variáveis potencialmente modificáveis relacionadas às lesões, demandando conhecimento teórico-prático para prevenção. Diante dessa demanda, elencou-se medidas preventivas às lesões de pele, por meio de protocolo interdisciplinar.

Palavras-chave: Enfermagem Geriátrica. Idoso. Envelhecimento da Pele. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Among the numerous physiological changes that occur during aging, changes in the integumentary system stand out, making the skin more friable to the appearance of lesions, a factor that is exacerbated in the scenario of hospitalization in intensive care. In view of the vulnerability of critical elderly people to skin lesions, studies on the subject are necessary. We sought to analyze the prevalence and factors associated with skin lesions in elderly patients admitted to intensive care units of a university hospital. This is an observational cross-sectional study developed in two Adult Intensive Care Units of a teaching hospital in Campos Gerais, Ponta Grossa, Paraná, from July 2017 to July 2019. Skin inspection and sociodemographic and clinical questionnaire of hospitalized elderly were developed. It is noteworthy that the research is part of a larger project, approved by the Research Ethics Committee with human beings under opinion n° 2.012.327 and CAAE n° 66782217.9.0000.5689. There was an association between the variables with the chi-square test, confidence interval of 95%, as well as OR calculation. Subsequently, variables with $p < 0.20$ were selected in the bivariate analysis and based on these, building a predictive model. Of the 133 elderly, 36.8% had pressure injury associated with enteral diet and thin skin thickness, 14.3% with medical adhesive injury associated with enteral feeding, smooth skin texture and presence of dermatitis associated with incontinence, which was observed in 10.5% and was associated with a greater number of injuries, as well as friction injury verified in 10.5%, associated with decreased turgor and obesity. From the predictive model, it was found that the use of enteral diet increases the chance of having a pressure injury by seven times, as well as the factors: not being married (OR=2.5) presenting secondary injury (OR=7.8) and high risk for developing pressure injuries, (OR=8.7). Elderly people with reduced skin turgor are five times more likely to develop dermatitis and pruritus have 10.2 chances of acquiring this condition. Potentially modifiable variables related to injuries were evidenced, requiring theoretical and practical knowledge for prevention. In view of this demand, preventive measures against skin lesions were listed, through an interdisciplinary protocol.

Keywords: Geriatric Nursing. Elderly. Aging of the Skin. Intensive Care Units.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LP	Lesão por pressão
DAI	Dermatite associada a incontinência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
EA	Eventos adversos
TNF- α	Fator de necrose tumoral alfa cutâneo
NPUPAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
STAR	<i>Skin Tear Audit Research</i>
ISTAP	<i>International Skin Tear Advisory Panel</i>
MARSI	<i>Medical Adhesive-Related Skin Injuries</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
REBEn	Revista Brasileira de Enfermagem
RLAE	Revista Latino-Americana de Enfermagem
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
TNE	Terapia Nutricional Enteral

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	10
2 INTRODUÇÃO.....	12
3 JUSTIFICATIVA.....	15
4 OBJETIVOS.....	17
4.1 OBJETIVO GERAL.....	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4.3 PROBLEMA DE PESQUISA.....	17
4.4 HIPÓTESE.....	17
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
5.1 ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO.....	18
5.1.1 Envelhecimento populacional: uma breve história do tempo.....	18
5.1.2 Envelhecimento fisiológico: aspectos da senescência e senilidade.....	20
5.2 IDOSOS NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	22
5.2.1 Comorbidades no idoso e sua relação com a hospitalização.....	22
5.2.2 Cuidados intensivos ao idoso hospitalizado.....	24
5.3 SISTEMA TEGUMENTAR DO IDOSO E A VULNERABILIDADE À LESÕES DE PELE.....	26
5.3.1 Lesão por pressão.....	27
5.3.2 Dermatite Associada a Incontinência.....	29
5.3.3 Lesão por fricção.....	30
5.3.4 Lesões de pele relacionados a adesivos médicos.....	32
5.4 INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO DE IDOSOS COM LESÕES DE PELE	35
6 MATERIAL E MÉTODOS.....	35
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
7.1 ARTIGO 01 – LESÕES DE PELE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	36
7.2 ARTIGO 02 – LESÃO POR PRESSÃO E DERMATITE ASSOCIADA A INCONTINÊNCIA: MODELO PREDITIVO PARA IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIV.....	53
7.3 PROPOSTA DE PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR PARA PREVENÇÃO ÀS LESÕES DE PELE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADE HOSPITALAR.....	67

8 CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	93
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	96

1 APRESENTAÇÃO

Em meados de 2012 ingressei por meio do Programa Universidade para Todos (ProUni) no curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva, no qual fui bolsista até concluir o curso no final de 2015. Durante a graduação tive pouco contato com o desenvolvimento de pesquisas e produções científicas, uma vez trabalhava fora da área da saúde no período diurno e cursava Enfermagem no período noturno e aos sábados, sobrando pouco tempo para desenvolvimento de outras atividades. No entanto, com a chegada do último ano da graduação e a necessidade de maior dedicação devido período de estágio obrigatório e desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso (TCC) solicitei exoneração do cargo que ocupava e busquei me dedicar integralmente a essas atividades, adquirindo conhecimento sobre pesquisa e escrita científica.

Ao final de 2015 apresentei o TCC na área de Saúde do Adolescente, o qual foi elogiado pela banca quanto a escrita e foi o pontapé inicial para o despertar do interesse pela pesquisa em saúde, comecei a investigar sobre os meios de ingressar em um programa de mestrado acadêmico, porém parecia uma realidade distante pois a pouca proximidade com o meio e ausência de produções científicas configuravam em dificuldades para realização desse sonho.

No ano seguinte, formada mas sem conseguir trabalho na área de Enfermagem, comecei a trabalhar no comércio da cidade durante o dia e estudar por conta própria para concursos após o expediente, foi então que fui aprovada para Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, área escolhida após aproximação com essa realidade ao auxiliar nos cuidados a idosos familiares, de modo a impulsionar o interesse em aprender mais sobre a área da saúde que mais cresce na atualidade.

Durante as de 5760 horas enquanto Residente em Saúde do Idoso foi possível aprofundar os conhecimentos teórico-práticos sobre enfermagem no cuidado aos idosos, adquirir novos conhecimentos sobre sistema tegumentar dos idosos, tipos de lesões de pele, bem como medidas e preventivas as mesmas. Além disso, devido à residência ser de caráter multiprofissional e alguns momentos ter atuação interdisciplinar, agreguei conhecimentos sobre as diferentes profissões aprendendo a atuar em conjunto com as mesmas para a garantia do cuidado integral ao idoso. Sob orientação da Prof. Dra. Clóris, iniciei os primeiros passos na pesquisa atuando em diferentes fases do estudo, desenvolvendo resumos para participar em eventos nacionais e internacionais, bem como a publicação de capítulo de livro e artigos em

periódicos importantes na área da enfermagem. Atendendo a exigência do programa de residência, pude desenvolver um estudo que contemplou a temática dermatite associada a incontinência em idosos em clínicas de internamento, com publicação em periódico de grande relevância para a área.

A experiência vivenciada no período de residência me possibilitou vislumbrar o ingresso em programa de pós-graduação *stricto sensu*, a qual foi alcançada ao término da residência. Em 2019, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa para aprofundar os conhecimentos sobre a vertente interdisciplinar e conhecer o universo da pesquisa e educação em ensino superior por meio das disciplinas ofertadas.

Em relação à escolha por estudos interdisciplinares, sob a linha de pesquisa assistência integral à saúde e qualidade de vida, optei por esta área por acreditar na importância da interação entre as diferentes disciplinas e profissões para alcançar sucesso na promoção de saúde ao indivíduo, de modo a torná-lo integral, atendendo as demandas emergentes nos diferentes públicos etários, principalmente no eixo do idoso, devido sua complexidade e necessidade de diversos tipos de tecnologias em saúde.

A despeito do projeto de pesquisa, estive sob orientação da Professora Doutora Pollyanna Kássia de Oliveira Borges e coorientação da Professora Doutora. Clóris Blanski Grden, as quais contribuíram para o delineamento e em todas as fases da pesquisa, sempre disponíveis para escutar, sanar dúvidas, orientar e ensinar o caminho.

Considerando o trabalho já desenvolvido na residência e a relevância da temática na atualidade, optou-se por dar continuidade à pesquisa de lesões de pele em idosos hospitalizados, agora de maneira mais abrangente abordando as principais lesões de pele presente em idosos internados, com enfoque naqueles sob cuidados intensivos, tendo em vista sua maior vulnerabilidade a essas lesões.

Portanto, espera-se a que esse trabalho possa contribuir com a literatura científica nacional sobre lesões de pele em idosos críticos, além disso espera-se que a partir do conteúdo elaborado sejam implementadas medidas preventivas a lesões de pele em ambiente de cuidados intensivos.

2 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento humano é fenômeno universal, heterogêneo e em termos gerais não patológico, o qual inicia-se no momento do nascimento e perdura por toda vida do indivíduo, ocasionando mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Embora seja gradual, esse processo somente obtém notoriedade a partir do aparecimento das primeiras modificações físicas que tem início por volta da terceira década de vida e se exacerbam ao longo dos anos (MORAES *et al.*, 2018).

Nesse eixo, destaca-se as alterações sofridas pelo sistema tegumentar, composto por pele e anexos, os quais perpassam por modificações quanti e qualitativas, culminando em prejuízos como: redução da espessura da epiderme e efetividade da função de barreira, diminuição de melanócitos, com aumento da sensibilidade aos raios ultravioletas, desidratação da pele, decorrente da atrofia de glândulas sudoríparas e sebáceas, alterações no perfil do pH da pele, tornando-a mais alcalina, e por consequência mais friável e vulnerável a ocorrência de lesões (MONTANARI, 2016).

Com o avanço da idade além das modificações físicas já citadas, funções fisiológicas que outrora encontravam-se preservadas, passam a apresentar sinais de declínio, apresentando redução da capacidade física e funcionalidade, instalação de uma ou mais doenças crônicas (NUNES *et al.*, 2017) e síndromes geriátricas (PARANÁ, 2017a; PARANÁ, 2017b). Todo esse cenário, corrobora para diminuição da autonomia e aumento na dependência para realização de atividades de vida diária, de modo a predispor o idoso a situações de vulnerabilidade e chances de hospitalização.

Aspectos inerentes a hospitalização como, redução da mobilidade (GRDEN *et al.*, 2019), necessidade de manejo do paciente para realização de cuidados (TODD, 2017), uso de fraldas e demais dispositivos médicos (STREHLOW; FORTES; AMARANTES, 2018) são comumente associados a presença de lesões de pele em idosos. Tais aspectos atrelados as condições intrínsecas do idoso corroboram o rompimento de estruturas da pele e surgimento de lesões, causando dor e desconforto, prejuízos para a qualidade de vida, incremento nos custos intra e extra-hospitalar para o tratamento (SILVA *et al.*, 2017; PINHEIRO *et al.*, 2016; NUNES *et al.*, 2017).

As lesões de pele são definidas como lesões traumáticas ocasionadas por perda da espessura total ou parcial da epiderme, derme e tecidos subjacentes, podendo ser classificadas conforme fatores causais, localização, tamanho e profundidade (EPUAP; NPIAP; PPIA,

2019). Embora haja especificidades de cada lesão, o processo de hospitalização favorece o surgimento de alguns tipos de lesões, dentre as quais se destacam: dermatite associada a incontinência, lesões de pele relacionadas a adesivos médicos, lesão por fricção e lesão por pressão (ROCA-BIOSCA *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2021).

Apesar de estudos relacionados as lesões de pele serem bastante difundidos na literatura internacional, principalmente no que tange o segmento de lesão por pressão, ainda se percebe a escassez de estudos epidemiológicos brasileiros sobre os diferentes tipos de lesões de pele prevalentes em idosos críticos. De modo, a observar que as produções relativas à temática, comumente abordam cada tipo de lesão e seus fatores associados, separadamente, sem analisar a relação com outras lesões prevalentes nessa população. Além disso, denota-se a carência de pesquisas desenvolvidas no cenário de hospitalização, uma vez que grande parte dos estudos contemplam a população idosa residente em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Ao considerar a vulnerabilidade dos idosos hospitalizados às lesões de pele, assim como a carga física, emocional e financeira imposta por elas as pessoas acometidas e aos sistemas de saúde (FENG *et al.*, 2018), aliado a lacuna presente sobre o assunto, essa pesquisa tem como objetivo analisar a prevalência e fatores associados às lesões de pele em idosos internados em um hospital universitário.

Para elucidar o assunto elaborou-se revisão de literatura, distribuída em subcapítulos, a saber: 2.1. aspectos do envelhecimento versará sobre a transição demográfica e epidemiológica que deram início ao processo de envelhecimento da população e evidenciaram o fenômeno de envelhecimento humano permeado por modificações que suscitam instalação de doenças crônicas, síndromes geriátricas e hospitalização. Na sequência, os subcapítulos 2.2 e 2.3 evidenciarão os aspectos inerentes a hospitalização em unidade de terapia intensiva (UTI) que corroboram para o surgimento de lesões de pele, a vulnerabilidade cutânea e sistêmica ao qual o idoso comumente se encontra, bem como o estado da arte quanto os aspectos epidemiológicos, prevenção e tratamento dessas lesões.

Posteriormente, serão apresentados os objetivos e metodologia empregada para o desenvolvimento da pesquisa, no que tange os aspectos éticos, coleta, análise e apresentação dos dados. Os achados serão explicitados na seção de resultados por meio de tabelas e gráficos, sendo discutidos posteriormente quanto aspectos relevantes observados em detrimento a literatura recente sobre o assunto. Por fim serão elencadas as principais

conclusões obtidas a partir da pesquisa, bem como as limitações e contribuição trazidas pela mesma.

3 JUSTIFICATIVA

O processo de envelhecimento populacional acompanhado da transição demográfica e epidemiológica experienciada pela maioria dos países traz mudanças significativas para a sociedade, principalmente no tange a saúde e economia (SCHENKER; COSTA, 2019). Os cenários demográficos e epidemiológicos se entrelaçam durante o processo e têm suas mudanças acentuadas com o declínio das taxas de natalidade, aumento da expectativa de vida, com gradual afunilamento das bases e alargamento dos topos das pirâmides demográficas, além disso, percebe-se a modificação na carga de doenças, que outrora eram substancialmente infecciosas e passam a ser acrescidas de doenças crônicas (MUDRA, 2020; OLIVEIRA, 2019).

Ao passo que a população envelhece, os agravos à saúde aumentam, uma vez que as doenças crônicas estão presentes na vida de grande parte dos idosos brasileiros, causando impacto negativo na qualidade de vida dos mesmos devido à dificuldade em controlá-las, suas características debilitantes, favorecimento à instalação de grandes síndromes geriátricas e internação hospitalar (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Durante a hospitalização, principalmente em casos de cuidados críticos, o idoso fica mais susceptível a ocorrência de eventos adversos, tal como lesões de pele (MEDEIROS *et al.*, 2018; COYER *et al.*, 2017). Destaca-se o ambiente hospitalar intensivo como cenário principal para desenvolvimento de lesões cutâneas devido a fatores comumente associados como imobilidade, alterações cognitivas, nutrição inadequada, prejuízos ao autocuidado, dependência de terceiros para realização de atividades básicas de vida diária, que envolvem aspectos como: capacidade de se alimentar, vestir-se, cuidar da higiene pessoal, entre outros. Além disso, o exacerbado uso de dispositivos médicos como tubos, cateteres e máscaras, fortemente relacionados a lesão por pressão relacionado a dispositivo médico (BARAKAT-JOHNSON *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017; PACHÁ *et al.*, 2018; MIRANDA; BORGES; RIBEIRO, 2019).

A fragilidade cutânea decorrente da senescência em detrimento aos fatores estressores encontrados no ambiente hospitalar corrobora para o surgimento de lesões de pele, as quais por sua vez quando instaladas causam dor, desconforto, prejuízos para qualidade de vida, aumentam risco de infecção local ou sistêmica por serem meios de cultura e presença de biofilme, concernem em aumento do tempo de internação, conseqüentemente incremento aos gastos hospitalares e pós alta para tratamento (PINHEIRO *et al.*, 2016; NUNES *et al.*, 2017).

Ademais, lesões de pele são condições prevalentes entre idosos, como evidencia revisão sistemática da literatura, a qual após a triagem de 1.491 registros, maioria com estudos realizados em instituições hospitalares e de longa permanência, levantou dados de mais de 20 tipos de doenças de pele, sendo as com maior prevalência: infecções fúngicas (14,3% – 64%), xerose (5,4% – 85,5%), tumores benignos de pele (1,7% – 74,5%), dermatite (1% – 58,7%) e lesão por pressão (0,3% a 46%) (HAHNEL *et al.*, 2017).

Embora seja um assunto amplamente discutido, ainda consiste em um problema presente na prática clínica, aborda-se frequentemente as questões de tratamento quando constatado a instalação da lesão, no entanto, pouco se atentam para os fatores predisponentes potencialmente modificáveis que podem ser determinantes na prevenção dessas condições de pele (ZULKOWSKI, 2017).

No cenário acadêmico, verifica-se que grande parte dos estudos apresentam-se de forma fragmentada abordando lesões isoladas, substancialmente atreladas a população geral ou idosos em cenários extras hospitalares, além disso, percebe-se escassez de estudos que englobam diferentes tipos de lesões ou que sejam desenvolvidos no contexto interdisciplinar, sendo uma maioria voltada para áreas disciplinares como enfermagem ou medicina.

Diante do impacto causado pelo aparecimento de lesões de pele, aliado a escassez de estudos brasileiros que abordem a temática no contexto intensivo, levanta-se a necessidade de estudar sobre os tipos de lesões cutâneas mais prevalentes entre os idosos hospitalizados e seus fatores associados, a fim de alçar ações de prevenção e tratamento, sob a ótica da interdisciplinaridade.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência e fatores associados às lesões de pele em idosos internados em unidades de terapia intensiva de um hospital universitário.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Construir modelo multivariado tendo como base todas as variações que se associem as lesões.

Elencar medidas preventivas interdisciplinares para lesões de pele voltadas a população idosa no contexto hospitalar.

4.3 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a prevalência de lesões de pele em idosos críticos e quais fatores que a elas se associam?

4.4 HIPÓTESE

Os idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva apresentam lesões de pele associadas a fatores intrínsecos e extrínsecos.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados os principais achados da literatura recente sobre o impacto do envelhecimento populacional no mundo e principalmente em países em desenvolvimento, bem como o envelhecimento humano, com o declínio de funções, a instalação de novas doenças com características de cronicidade, corroborando para um perfil de idosos com multimorbidade, síndromes geriátricas e predispostos a necessidade de hospitalização.

Em seguida serão apresentados os aspectos inerentes a hospitalização do idoso, principalmente quanto a vulnerabilidade às lesões de pele com intuito de discorrer sobre a tipologia, fatores associados, ações preventivas e tratamento para essas lesões comumente vista na população idosa nesse cenário.

5.1 ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO

5.1.1 Envelhecimento populacional: uma breve história do tempo

Como produto da redução proporcional de jovens aliado ao aumento da expectativa de vida, o envelhecimento populacional é um episódio notável da transição demográfica, a qual permeou países desenvolvidos e tem se acentuado cada vez mais em países em desenvolvimento, como o Brasil, evidenciado pelo crescente perfil de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (MUDRA, 2020).

O aumento da longevidade representa uma vitória a humanidade, mas implica em problemas relacionados a esse fenômeno, que estão interligados a previdência social, ao trabalho, assistência à saúde, entre outros determinantes sociais que são essenciais para uma melhor qualidade de vida. Essa nova estrutura demanda um novo segmento social, nova ideologia, e estabelece outras práticas e políticas, abrindo espaço para organizações e instituições que pensem nessa parcela da população (BARROS; GOMES JÚNIOR, 2013).

Historicamente, as mudanças epidemiológicas atreladas ao processo de transição demográfica ocorreram gradualmente, tendo início no século XIX em nações desenvolvidas, sobretudo países do continente europeu, com a chegada da era industrial. Mas enquanto a Europa teve de esperar uma melhoria gradual dos padrões de vida, desenvolvimento social, no Terceiro mundo foi como um tornado na Era do Ouro. Com a chegada de remédios modernos

e da revolução nos transportes, houve uma inovação médica a partir dos anos 1940 (HOBSBAWM, 1995).

Assim, o impacto só passou a ser notado a partir do século XX. Em países em desenvolvimento esse processo ocorreu de maneira mais breve, contudo, com pouca estruturação tornando-o determinante para desigualdades sociais (MELO *et al.*, 2017). Mesmo com o aumento do PIB (Produto Interno Bruto) e da expectativa de vida, pouco mudou na lacuna existente entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

Após a Segunda Guerra Mundial, a atenção a saúde do idoso ganha maior enfoque, sendo estudada tanto nas questões biológicas quanto sociais, juntamente dos estudos sobre ciências sociais nos Estados Unidos e na Europa (BARROS; GOMES JÚNIOR, 2013). É importante lembrar que o mundo estava em um processo de bipolarização, em que o poder se encontrava em disputa. O avanço técnico-científico se tornou uma arma nas mãos das grandes potências, o que possibilitou maiores avanços na saúde. Durante a Guerra Fria houve o fenômeno denominado *baby boom*, que explodiu os índices de natalidade, trazendo consequências para a nossa sociedade atual (MUDRA, 2020).

Com a diminuição da taxa de mortalidade, desde os anos 40, há uma mudança populacional nos países subdesenvolvidos (HOBSBAWM, 1995). No Brasil, essas mudanças demográficas foram declaradamente percebidas a partir da década de 70, na qual evidenciou-se a mudança de perfil que outrora era de população majoritariamente rural, composta por famílias numerosas, com média de 6,2 filhos e alto índice de mortalidade infantil, e então passa a ser predominantemente urbana, com queda no número de filhos, que passa a ser 2,5 filhos em 1995 e 1,9 filhos atualmente (IBGE, 2010; SAAD, 2016).

Com o aumento das taxas de crescimento anuais no Brasil, entre os anos 40 e 60, decorrente da introdução de tecnologia importada, a vacinação, antibióticos, entre outros, houve redução nas taxas de mortalidade e, conseqüentemente, maior longevidade (MUDRA, 2020). A partir da década de 1970 começa a haver uma diminuição nos índices de fecundidade. Tal fato pode ser associado com a difusão dos métodos contraceptivos orais no país, juntamente ao processo de industrialização, já que em tese a população teria maior acesso à educação, saúde e programas de planejamento familiar (OLIVEIRA, 2019).

A mulher passa a ter maior inserção no mercado de trabalho, atuando como uma força necessária para o giro econômico, dessa forma, a disponibilidade para os cuidados com os filhos e outros afazeres seria reduzida (MACIA; CHEVÉ; MONTEPARE, 2019). Na década de 80 começaram a surgir pesquisas apontando as transformações perpassadas pela

população, de modo a concernir em um importante recurso para o entendimento da vida social (BARROS; GOMES JÚNIOR, 2013).

Atualmente, é possível perceber o crescente número de idosos brasileiros, como mostra os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), o qual estima que 14,3% da população brasileira são idosos. Contudo, autores declaram a intensificação desse processo a médio prazo (OLIVEIRA; ROSSI, 2019), sendo que para 2060 a prospecção é que esse dado aumente para 25,5% (IBGE, 2018).

Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), conforme estimativas populacionais de estados e municípios, por idade para o ano de 2020, verificou que mais de um milhão e setecentas mil dos paranaenses são idosos, sendo o 6º estado com maior número de idosos do país. Desses, quase oitenta e cinco mil residem no município de Ponta Grossa, Paraná (BRASIL, 2020).

Embora o aumento no quantitativo de idosos seja exponencial e tal avanço seja um indicador de melhoria das condições de vida e saúde, essas implicações do processo de envelhecimento populacional vão para além dos benefícios da redução de mortalidade e aumento da expectativa de vida (CIABATTINI *et al.*, 2018). Como cita Veras (2016), o Brasil é um jovem país de cabelos brancos, que há pouco aprende a lidar com o aumento da longevidade e todas as modificações epidemiológicas, econômicas e sociais causadas pela senescência e a igualmente presente, senilidade.

5.1.2 Envelhecimento fisiológico: aspectos da senescência e senilidade

O envelhecer é um processo fisiológico complexo, cujo início se dá no momento do nascimento e termina no momento da morte do indivíduo, acompanhando todo seu ciclo vital. Em definição pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2015), trata-se de um processo sequencial, de caráter irreversível e cumulativo, em termos gerais não patológico, ao qual por meio dos processos sofridos culmina em diminuição da capacidade de um organismo maduro e atinge todos os membros da espécie.

Embora o envelhecimento seja um fenômeno universal, o mesmo não pode ser definido como homogêneo, uma vez que a forma que se desenvolverá em cada indivíduo depende de variáveis demográficas, culturais, sociais, políticas, econômicas e de saúde, construídas ao longo da vida, podendo ser desenvolvido de modo saudável ou patológico, evidenciado pelos termos senescência e senilidade, respectivamente (BERLEZI *et al.*, 2016).

A senescência corresponde ao envelhecimento saudável, ativo, decorrente do processo natural do ser humano, ao qual a pessoa se adapta as agressões causadas pelo tempo e ambiente mantendo condições de saúde favoráveis e autonomia para desempenho de atividades de vida diária, participando ativamente na sociedade (LADEIRA; MAIA; GUIMARÃES, 2017). As mudanças causadas por esse processo são mais perceptíveis quando se apresentam fisicamente e ganham destaque pelo início gradual, pois embora o envelhecer comece ao nascer, esse processo ganha destaque a partir da terceira década de vida com perda de pigmentação nos fios de cabelo e posterior, surgimento de marcas de expressão decorrentes da diminuição da elasticidade da pele e aumento da flacidez, dentre outras características que vão se acentuando com o passar dos anos (MORAES, 2012).

Em oposição ao apresentado pela senescência, o processo senil é definido pela instalação do declínio funcional progressivo, o qual diminui a reserva homeostática do indivíduo, e assim, dando espaço para fatores que anteriormente quando adulto não lhe causariam danos. Sendo assim, a senilidade concerne em comprometimento de funções importantes do organismo, tornando o idoso mais vulnerável às situações de risco e dependente para realização de atividades de vida diária sendo elas, avançadas, instrumentais e até mesmo, básicas (SARAIVA *et al.*, 2018).

Outra característica da senilidade são as grandes síndromes geriátricas, considerados os 7 “Is” da Geriatria e Gerontologia, as quais compreendem: incapacidade cognitiva e comunicativa, instabilidade postural, incontinência esfíncteriana, insuficiência familiar, iatrogenia e imobilidade (MORAES, 2012). Essas estão presente no cotidiano de muitos idosos brasileiros e ocorrem por meio da interação complexa de diversos fatores, biológicos ambientais e sociais, geradores de desigualdades e iniquidades em saúde, culminando em aumento da complexidade do manejo clínico e conseqüentemente as chances do surgimento de iatrogenia, demandando intensificação do cuidado familiar a este idoso, situação que muitas vezes corrobora para o entrave da insuficiência familiar (PARANÁ, 2017a; PARANÁ, 2017b).

Para tanto, o cuidado gerontológico pautado em intervenções e abordagens interdisciplinares é fundamental (CRUZ; LEITE, 2018), uma vez que disciplinas e profissões quando atuam de maneira isolada não conseguem suprir e atender demandas do homem e sua sociedade (MANSO; VERAS, 2017).

Todo esse cenário de declínio atrelado a síndromes geriátricas e presença de doenças crônicas corroboram para piora da qualidade de vida do idoso, tornando-o mais frágil e vulnerável as situações de hospitalização.

5.2 IDOSOS NO CONTEXTO HOSPITALAR

5.2.1 Comorbidades no idoso e sua relação com a hospitalização

Tal como o aumento da expectativa de vida, a transição demográfica ocorrida no século XX culminou em mudanças no perfil epidemiológico, modificando as características das doenças prevalentes, as quais outrora eram majoritariamente infecciosas e com a transição passaram a ser substancialmente crônicas (PARANÁ, 2017a; PARANÁ, 2017b).

A ascendente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constitui um problema global de saúde pública, atingindo pessoas de todas as faixas etárias e camadas sociais, sobretudo de forma mais intensa naqueles pertencentes a grupos de risco, ao exemplo de idosos e pessoas fragilizadas socioeconomicamente (SCHENKER; COSTA, 2019). A literatura aponta alta prevalência de DCNT entre idosos e estima que cerca de 80% dos idosos brasileiros apresentam ao menos uma condição crônica. Dentre as doenças mais prevalentes estão: doenças do aparelho circulatório e respiratório, diabetes mellitus e neoplasias (SILVA *et al.*, 2017; PARANÁ, 2017a; PARANÁ, 2017b).

Essas e outras doenças com aspecto de cronicidade são comuns aos idosos, podendo se apresentar isoladamente ou em conjunto, tendo característica de multimorbidade (NUNES *et al.*, 2017), como aponta estudo transversal de base populacional desenvolvido com 11.697 idosos, com intuito de identificar a prevalência de multimorbidade em idosos brasileiros e seus fatores associados. Foi possível identificar a prevalência da multimorbidade entre idosos de 53,1%, bem como associação significativa a fatores como idosos do sexo feminino ($p < 0,001$), longevos ($p = 0,002$), viúvos ($p = 0,001$) e usuários de planos de saúde ($p < 0,001$) (MELO; LIMA, 2020).

Em pesquisa longitudinal desenvolvida com o objetivo de verificar o impacto da fragilidade, multimorbidade e da incapacidade funcional na sobrevivência de 133 idosos assistidos em ambulatório de geriatria de um hospital universitário em Campinas, São Paulo, identificou-se que a prevalência de multimorbidade foi de 66,2% e com média de condições

crônicas simultâneas de $3,22 \pm 1,78$, sendo as mais prevalentes: Hipertensão arterial (66,2%), Insuficiência cardíaca congestiva (29,3%) e Diabetes Mellitus (21,1%) (LEME *et al.*, 2019).

A presença de condições crônicas aliadas a senilidade, causam impacto negativo na qualidade de vida dos acometidos, tendo em vista suas características debilitantes e o favorecimento à internação hospitalar, uma vez que a exacerbação dos sinais e sintomas de doenças crônicas em idosos é um dos principais fatores predisponentes ao evento da hospitalização (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Tal fato é evidenciado no estudo transversal desenvolvido por Nunes e colaboradores (2017) com 1.593 idosos gaúchos, em que se constatou a ocorrência de hospitalização geral de idosos de 17,7% (IC95% 15,8–19,6). Verificou-se ainda, que idosos com multimorbidade estiveram hospitalizados com maior frequência em detrimento aos idosos sem esta condição. Além disso, verificou-se que possuir plano de saúde privado aumentou a hospitalização em 1,71 (IC95% 1,09–2,69) vezes, bem como residir em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família.

Em consonância ao envelhecimento populacional, o cenário de multimorbidade e a hospitalização de idosos tem crescido rapidamente, como evidencia estudo recente de corte transversal desenvolvido com 122 idosos internados em um hospital público em Teresina/Piauí, que analisou o perfil dos idosos internados em hospital público, descreveu o tempo de permanência hospitalar e as principais causas de internação e comorbidades. Evidenciou-se que as principais causas de internação foram: tratamento cirúrgico (36,07%), fraturas (18,85%), doenças vasculares (18,03%), doenças cardíacas (14,75%) e outras causas (12,3%) e a média de tempo de internamento de 11 dias, além de uma predominância de pacientes com multimorbidade, principalmente hipertensão arterial, diabetes mellitus e cardíacos (ROCHA *et al.*, 2020).

A hospitalização é um recurso pertencente à atenção terciária a saúde, sendo uma opção cogitada após o esgotamento das possibilidades fornecidas pela atenção primária e secundária à saúde. Embora seja um recurso extremamente importante para a manutenção da vida, a hospitalização em idosos tem caráter debilitante, permeada de múltiplos internamentos por tempo prolongado, uma vez que expõe os indivíduos a fatores estressores, os quais comumente resultam em fragilidade no idoso, vulnerabilidade para lesões de pele, alterações nutricionais, cognitivas, incontinência urinária e anal, desenvolvimento de outras comorbidades, redução da mobilidade e capacidade funcional, podendo chegar a óbito (PEDROSA; FREIRE; SCHNEIDER, 2017).

Deste modo, cabe aos profissionais de saúde se adaptarem a essa demanda emergente, bem como conhecer suas características biopsicossociais e as necessidades que tangem essa faixa etária (SCHENKER; COSTA, 2019).

5.2.2 Cuidados intensivos ao idoso hospitalizado

Todos os fatores de vulnerabilidade do idoso, tendem a se exacerbar ainda mais conforme a criticidade atrelada as condições de saúde do paciente, conseqüentemente ao local que está internado. O internamento em UTI denota a gravidade do paciente, que comumente apresenta imobilidade, rebaixamento do nível de consciência natural ou induzido, necessitando de suporte ventilatório e outros dispositivos médicos, longos períodos de internamento e conseqüentemente perda de massa muscular favorecendo a sarcopenia entre os idosos (COYER *et al.*, 2017).

O setor crítico está diretamente ligados a transição demográfica, uma vez que os pacientes com 60 anos ou mais ocupam um número expressivo de leitos de UTI, como evidencia Piuvezam e colaboradores (2015) a despeito dos idosos ocuparem 60% dos leitos de unidades de terapia intensiva e serem responsáveis por até 52% das admissões nesses setores.

Além disso muitos idosos internados em UTI apresentam prognósticos reservados, como destacado no estudo de coorte prospectivo desenvolvido, com intuito de elaborar um instrumento de avaliação prognóstica para idosos internados em UTI. Neste foi possível observar que a maioria (60%) dos idosos críticos apresentavam risco alto e muito alto de desfecho de óbito, seguido de 23,9% com risco moderado e 16,6% com risco baixo para óbito (PEDROSA; FREIRE; SCHNEIDER, 2017).

Diante desse cenário, a hospitalização em UTI perpassa por muitos estigmas, intensificando o medo, vulnerabilidade e insegurança do idoso e sua família. Deste modo, requer atenção nesse eixo multi e interprofissional composta por pessoas comprometidas com o cuidado (PEDROSA; FREIRE; SCHNEIDER, 2017). Contudo, muitas vezes o cuidado ao paciente idoso não contempla as particularidades do processo de envelhecimento, expondo-os a situações iatrogênicas e eventos adversos (TOFFOLETTO *et al.*, 2016).

Os eventos adversos (EA) são definidos como acontecimentos que ocasionam danos desnecessários aos pacientes (SANTOS *et al.*, 2016). Contudo, o ambiente da UTI é um local que comumente de alto risco para eventos adversos e prejuízos a segurança do paciente. Destaca-se o estudo prospectivo, comparativo realizado em nove UTI de um hospital público

no município de São Paulo, cujo objetivo foi identificar os fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em idosos críticos, de modo que dentre as características sociodemográficas e clínicas investigadas, verificou-se associação estatística entre o tempo de permanência em UTI e a ocorrência de eventos adversos moderados e graves ($p=0,000$; $OR=1,10$), enfatizando a vulnerabilidade de idosos críticos a EA (TOFFOLETTO *et al.*, 2016).

Dentre os eventos adversos comumente observados, destaca-se as lesões de pele por serem eventos que causam desconforto e dor. No que tange este aspecto, estudos (MEDEIROS *et al.*, 2018; COYER *et al.*, 2017) apontam altas prevalências de lesões de pele em pacientes internados em UTI, bem como apontam o internamento em UTI como fator de risco para o surgimento de lesões de pele.

Em pesquisa transversal descritiva desenvolvida com adultos e idosos internados em hospitais australianos, realizada com o intuito de comparar a prevalência, gravidade e localização de lesões por pressão de pacientes internados em UTI em detrimento aos internados em enfermarias, observou-se prevalência de 11% para pacientes críticos e 3% para aqueles não críticos, sendo aqueles que estavam sob cuidados intensivos tiveram 3,8 vezes mais probabilidade desenvolver uma lesão por pressão durante a internação do que os pacientes internados em leito comum, com destaque para lesões por pressão em mucosas e membranas nesta população (22%) (COYER *et al.*, 2017).

O frequente uso de dispositivos médicos durante o internamento também é considerado um fator associado a instalação de lesão (ZHAO *et al.*, 2018), tendo em vista que os pacientes que se encontram sob cuidados intensivos necessitam de maior número de dispositivos para manutenção da vida, ao exemplo de tubo orotraqueal, cânula de traqueostomia, sonda enteral ou vesical, cateter de oxigeno terapia, dispositivo de acesso venoso periférico ou central, entre outros. Embora a presença desses dispositivos seja de suma importância, o manejo incorreto dos mesmos pode ocasionar lesões relacionada a pressão causada pelos dispositivos e/ou pelo adesivo médico utilizado para a fixação (GRDEN *et al.*, 2018).

Diante do impacto causado pelo internamento em cuidados intensivos ao idoso, enfatiza-se a importância do acompanhamento de idosos pelas unidades básicas de saúde a fim de prevenir situações sensíveis a atenção básica e diminuir as chances de hospitalização. No entanto, quando a mesma é necessária, medidas devem ser tomadas a fim de abreviar o tempo de internação e diminuir os fatores estressores associados. Além disso, destaca-se a

fragilidade cutânea dos idosos, pois tal como os demais sistemas, o sistema apresenta declínio com o processo da senescência, aumentando a fragilidade da pele e tornando-a mais susceptível ao surgimento de lesões.

5.3 SISTEMA TEGUMENTAR DO IDOSO E A VULNERABILIDADE À LESÕES DE PELE

A pele é um órgão pertencente ao sistema tegumentar, sendo o maior e mais pesado do corpo humano, cuja função é proteger o corpo dos fatores extrínsecos e manter o equilíbrio por meio da termorregulação corpórea através de suas camadas: epiderme e derme (JABIŃSKA-TRYPUĆ *et al.*, 2018). A epiderme é considerada a camada mais externa da pele, constituída por células epiteliais queratinizadas formando barreira de baixa permeabilidade que impede que os líquidos intracorpóreos extravasem para o meio exterior, além de servir como proteção contra microrganismos invasores e os efeitos nocivos do meio ambiente (MONTANARI, 2016).

Já a derme é composta pelo sistema circulatório singular e anexos especializados, denominados glândulas sudoríparas, além disso, conta com uma matriz extracelular, a qual inclui colágeno, elastina e glicosaminoglicanos. Substancialmente essa camada tem como função promover o equilíbrio hidroeletrolítico e de temperatura, bem como, contribuir para o potencial imunológico cutâneo por meio das reações imunológicas que ocorrem nas estruturas de junção dermoepidérmica (GU *et al.*, 2020).

No entanto, com o processo de envelhecimento essas e demais estruturas do corpo sofrem alterações, podendo comprometer sua integridade e função. Nesse processo, a epiderme passa por modificações que englobam: dismorfia e atrofia das células epiteliais devido achatamento das cristas interpapilares, desalinhamento das células em relação a membrana basal e diminuição do tamanho de queratinócitos, elementos responsáveis pela restauração do tecido por meio da epitelização (MURPHREE, 2017).

Com envelhecimento, a porção mais interna da pele apresenta declínio em todas as suas estruturas, ao exemplo da redução de sua espessura e perda de fibras elásticas que ficam mais raras e amorfas. O colágeno é também afetado durante esse processo, sofrendo alterações quanti e qualitativamente, o que por sua vez resulta em diminuição da elasticidade da pele e enrugamento. Além disso o sistema circulatório singular passa por prejuízos com a

diminuição dos capilares, os quais garantem a nutrição para a pele, e durante essa fase se tornam mais raros e acabam por afetar essa função (GREENHALGH, 2015).

O pH da pele também é afetado durante o envelhecimento, migrando de uma situação de acidez, com pH de 4,4 a 5,9 dependendo da região do corpo, para um pH mais alcalino. Essas modificações fazem com que o manto ácido da pele, o qual atua como barreira protetora, seja perdido, cedendo espaço para pH mais alcalino e susceptível a lesões (KILIC *et al.*, 2019).

De modo geral, o envelhecimento cutâneo consiste em alterações em todas as estruturas, que resultam em atrofia da pele, perda de resistência cutânea, aumento da flacidez e ressecamento, hiperpigmentação de áreas mais expostas ao sol e radiação evidenciados pelo fotoenvelhecimento, tornando a mais friável (MA *et al.*, 2020). Tal fato, aliado às demais disfunções comumente presentes em idosos, como a diminuição de percepção sensorial, por exemplo, culminam em um cenário de grande predisposição as lesões de pele, o que sofre agravamento com o evento da hospitalização (COYER *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017).

As lesões são eventos traumáticos que impactam a fisiologia da pele, afetando as estruturas mais apicais da mesma (EPUAP; NPIAP; PPIA, 2019). Há grande variabilidade de lesões de pele observadas, podendo ser mais superficial com acometimento de epiderme e derme ou mais profunda quando ocorre em músculos, ossos e tendões. No entanto, para estudo destacamos as lesões mais prevalentes nas unidades de terapia intensiva (YARAD *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2017), especialmente em pacientes idosos, sendo essas: Lesão por Pressão, Dermatite Associada a Incontinência, Lesão por Fricção e Lesão por Adesivo Médico.

5.3.1 Lesão por pressão

Dentre as lesões de pele comumente observadas entre os idosos, a Lesão por Pressão (LPP), é frequentemente observada em instituições hospitalares e de longa permanência para idosos (MATOS; CRUZ, 2020). Além disso, é considerada um marcador de qualidade na atenção à saúde e segurança do paciente, uma vez que concerne um agravo amplamente evitável e frequentemente está associado ao aumento da morbimortalidade entre os internados (MATOZINHOS *et al.*, 2017).

A LP tem sua definição estabelecida pelos consensos internacionais de lesão por pressão (EPUAP; NPIAP; PPIA, 2019; NPUAP, 2016), como um dano na pele e/ou tecidos

adjacentes, normalmente associado a presença de proeminência óssea, resultante de pressão e outras forças de torção. Além disso, a lesão pode se apresentar de diversas maneiras variando de pele íntegra a lesões abertas e profundas, sendo assim classificada em estágios conforme o tecido acometido, como apresentado abaixo (NPUAP, 2019).

- Estágio 01: Pele íntegra apresentando eritema não branqueável em região de proeminência óssea.
- Estágio 02: Rompimento da epiderme, perda da pele em sua espessura parcial, com exposição da derme. Também pode ser considerada, quando presença de bolha íntegra com conteúdo límpido ou rompida.
- Estágio 03: Rompimento da derme, com perda da espessura total da pele e exposição de tecido adiposo, no entanto tecidos como fáscia muscular, músculos, tendões e ossos apresentam-se preservados.
- Estágio 04: Acometimento de estruturas mais profundas, podendo ser exposto fáscia, músculos, tendões e ossos, sendo comum formação de tunéis.
- Lesão Inclassificável ou não estadiável: Considerada quando a lesão tem seu leito coberto por tecido necrótico, não sendo possível avaliar qual estrutura foi acometida.
- Lesão por pressão tissular profunda: Caracterizada por presença de pele íntegra com mancha em região de proeminência óssea cuja coloração pode variar de vermelho-escuro, purpura ou marrom, não branqueável a digito-pressão, com alteração de temperatura e sensibilidade em comparação as regiões adjacentes.
- Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico: Lesões resultantes da pressão ocasionada por um dispositivo médico, ao qual comumente é verificado pelo dano com forma padrão do dispositivo. Categorizadas conforme as demais lesões por pressão, tendo em vista o tecido afetado.
- Lesão por pressão em membranas e mucosas: Diferentemente das demais lesões, essa lesão não pode ser categorizada devido a anatomia do tecido.

A despeito da prevalência e incidência de lesão por pressão entre idosos, percebe-se a ampla variabilidade dos dados, como evidencia Hahnel e colaboradores (2017) em revisão sistemática com intuito de verificar aspectos epidemiológicos das doenças da pele em idosos, na qual é observada prevalência de lesão por pressão entre 0,3% e 46%, e a incidência variando de 0,8% a 34%.

Outro aspecto importante são os fatores associados a esta condição, uma vez que é fundamental conhecê-los para que se possam elaborar estratégias preventivas, como é demonstrado em revisão sistemática da literatura desenvolvida por Alderden e colaboradores (2017) com o objetivo de identificar fatores de risco preditivos independentemente do desenvolvimento de lesão por pressão entre pacientes críticos, de modo a evidenciar como fatores de risco importantes os seguintes aspectos: idade, mobilidade/atividade, perfusão e infusão de vasopressor, demandando intervenções preventivas máximas para pacientes críticos que apresentem tais características.

Embora a denominação desta lesão aponte como causa específica a pressão, sua origem se dá no encontro de forças de pressão, fricção e cisalhamento sobre uma proeminência óssea causando déficit na oxigenação do tecido e conseqüentemente morte celular, o qual aliado ao microclima do local promove hiper-hidratação da pele, com aspecto macerado e friável ao rompimento (EPUAP; NPIAP; PPIA, 2019).

Outros aspectos intrínsecos e extrínsecos são apontados na literatura como de risco e associados a lesão por pressão, relacionados a idade igual ou superior a 60 anos (PACHÁ *et al.*, 2018), extremos de peso (PEIXOTO *et al.*, 2019), nutrição (MERVIS; PHILLIPS, 2019), imobilidade (SOUZA *et al.*, 2021), doenças crônicas não transmissíveis (PONTES *et al.*, 2020), risco elevado para desenvolvimento de LPP (OTTO *et al.*, 2019), tempo e local de internamento (MEDEIROS *et al.*, 2018).

5.3.2 Dermatite Associada a Incontinência

A Dermatite Associada à Incontinência (DAI) é considerada uma dermatose inflamatória caracterizada por eritema, erosão e maceração da pele, decorrente do contato com urina ou fezes. Embora seus sinais sejam específicos, a forma de apresentação pode diferir conforme a gravidade da condição, sendo assim a DAI é classificada em duas categorias: categoria 1, quando o tecido se encontra íntegro, apresentado de eritema e/ou edema; categoria 2, quando há erosão moderada ou grave na epiderme, podendo haver sinais de infecção (BEECKMAN *et al.*, 2015).

Atualmente, diversos termos têm sido utilizados para definir esse evento, no entanto para este estudo utilizaremos o termo Dermatite Associada à Incontinência seguindo o preconizado pelo 1º Consenso no *Journal of Wound Ostomy & Continence Nurses* (GRAY *et al.*, 2007). Por apresentar uma terminologia diversa, com mais de 18 termos utilizados, e

ausência de código registrado Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 percebe-se a divergência e ampla variação nos dados epidemiológicos, sendo apontado pela literatura uma prevalência global entre 5,6 e 50% (BEECKMAN *et al.*, 2016).

Em pesquisa descritiva e correlacional desenvolvida com 5.342 adultos e idosos hospitalizados em setores de cuidados intensivos, com objetivo de verificar a medir a prevalência de dermatite associada à incontinência (IAD) entre os internados em ambiente de cuidados agudos em hospitais de 36 regiões dos Estados Unidos, na qual verificou-se uma taxa de prevalência geral de DAI de 21,3% (GRAY; GIULIANO, 2017).

Embora grande parte dos estudos apontem dados referentes a população geral no cenário de hospitalização, evidenciando escassez de estudos cujo enfoque é o idoso, verifica-se em estudo de coorte de pacientes críticos, a forte associação da idade com a condição (CHIANCA *et al.*, 2018), a qual pode ser comumente verificada na prática clínica, uma vez que o principal fator causal dessa lesão, é uma das principais síndromes geriátricas (PARANÁ, 2017a; PARANÁ, 2017b).

A fisiopatologia decorre da irritação química e física causadas pelo contato da pele com enzimas presentes na urina e fezes, essa interação causa alterações no pH da superfície da pele causando inflamação, e tornando-a mais friável para o rompimento e instalação de microrganismos, ao exemplo da *Candida Albicans*, microrganismo causador de infecção fúngica e comumente presente DAI (BEECKMAN, 2017).

Além disso, a literatura aponta outros fatores relacionados ao surgimento desta condição, tais como o envelhecimento sistêmico e da pele, diminuição da tolerância do tecido cutâneo, presença de comorbidades, aspectos cognitivos e nutricionais, e extrínsecos como atrito mecânico, ambiente perineal oclusivo pelo uso de fralda e higiene de região genital inadequada (STREHLOW; FORTES; AMARANTES, 2018; BEECKMAN, 2017; BEELE *et al.*, 2017).

5.3.3 Lesão por fricção

Lesões por fricção são feridas traumáticas provocadas por fricção isolada ou acompanhada de cisalhamento, que afetam especialmente extremos de idade. Estas lesões se originam da separação entre as camadas epiderme e derme, sendo esta considerada ferida de

espessura parcial ou à separação das mesmas em detrimento as camadas subjacentes (ferida de espessura total) (LEBLANC *et al.*, 2016; STRAZZIERI-PULIDO *et al.*, 2017).

Embora haja cinco classificações de lesão por fricção disponíveis na literatura, apenas duas foram testadas psicometricamente. Payne e Martin (1993) foram os precursores da temática desenvolvendo o sistema de classificação *Skin Tear Audit Research* (STAR).

- Categoria 1a: Sem perda tecidual, no qual retalho cutâneo pode ser realinhado à posição anatômica normal. Nessa categoria a pele e retalho não se apresentam pálidas ou escurecidas.
- Categoria 1b: Sem perda tecidual, no qual retalho cutâneo pode ser realinhado à posição anatômica normal. Nessa categoria a pele e retalho apresentam-se pálidas ou escurecidas.
- Categoria 2a: Perda tecidual parcial, no qual o retalho cutâneo não pode ser realinhado à posição anatômica normal. Nessa categoria a pele e o retalho não se apresentam pálidos ou escurecidos.
- Categoria 2b: Perda tecidual parcial, no qual o retalho cutâneo não pode ser realinhado à posição anatômica normal. Nessa categoria a pele e o retalho apresentam-se pálidos ou escurecidos.
- Categoria 3: Perda tecidual total, cujo o retalho encontra-se completamente ausente.

Equivalente ao Sistema STAR foi desenvolvida uma classificação denominada pelo *International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) de Skin Tear Classification* que avalia a presença/ausência do retalho cutâneo. Essas lesões podem ser categorizadas em: (Tipo 1) sem perda da pele, (Tipo 2) com perda parcial do retalho, e (Tipo 3) com perda total do retalho (SILVA *et al.*, 2018).

Por se tratar de um assunto recente na literatura, percebe-se a escassez de estudos epidemiológicos a despeito da temática. Contudo a literatura aponta prevalência desta condição variou de 3,3% a 22% em ambiente hospitalar (STRAZZIERI-PULIDO *et al.*, 2015) e associou-se a fatores como extremos de idade (GARCIA-MARTINEZ *et al.*, 2020), dependência para realização de atividades básicas de vida diária, histórico anterior de lesão por fricção (VAN TIGGELEN *et al.*, 2019), uso de medicamentos anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, aspectos tegumentares que evidenciam fragilidade da pele (TRISTÃO *et al.*, 2018).

Em pesquisa recente do tipo transversal e analítica, desenvolvida com 101 idosos internados em unidades de terapia intensiva de um hospital universitário verificou a

prevalência de lesão por fricção de 28,7% em idosos críticos, apresentando uma média de 1,93 lesões por idoso, e associada estatisticamente com variáveis: idade, presença de comorbidades, pele seca e descamativa (VIEIRA *et al.*, 2020).

5.3.4 Lesões de pele relacionados a adesivos médicos

Lesões de pele relacionados a adesivos médicos, internacionalmente conhecidas como *Medical Adhesive–Related Skin Injuries* (MARSI), como são definidos como eritema e outros indicadores de danos à pele (por exemplo, descamação e lacerações na pele e bolhas por tensão; reações de dermatite irritante e alérgicas, maceração cutânea e foliculite) que persiste por 30 minutos após a retirada do adesivo (MCNICHOL *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2018).

Essa lesão é ocasionada devido o contato da pele com o agente irritante, o qual pode ser fita adesiva, eletrodos, artefatos adesivos para fixação de dispositivos, curativos e materiais de ostomia com cobertura adesiva. O objetivo dos adesivos médicos é fornecer fixação para dispositivos e produtos necessários para manutenção da saúde do paciente. No entanto, o trauma cutâneo relacionado ao seu repetido uso e as forças de aplicação e remoção são prevalentes e subnotificadas (OUSEY; WASEY, 2016).

Pessoas com fragilidade tegumentar devido uso de medicamentos, recém-nascidos prematuros ou idosos longevos (OUSEY; WASEY, 2016), imunodeprimidos, pessoas apresentando déficit nutricional e internados em setores de cuidados intensivos (LEBLANC *et al.*, 2019), em uso de dispositivos médicos (SANTOS, 2019) são considerados grupos com maior predisposição ao desenvolvimento deste segmento.

A prevalência desta condição varia de 3,4% a 25% de prevalência, com média de 13% em um hospital estadunidense com destaque para os indivíduos entre 65 a 74 anos (21%) (FARRIS *et al.*, 2015). Outro estudo, de caráter transversal e multicêntrico relacionado a temática desenvolvido com pacientes internados em hospitais terciários chineses, evidenciou a prevalência de lesão relacionada a adesivo médico de 19,7%, sendo apresentada por meio de dermatite de contato (14,8%; n=103), lesão mecânica da pele (5%; n=35), dermatites associadas à umidade (1,3%; n=9) e foliculite (1%; n=7) e (ZHAO *et al.*, 2018).

Além disso, é importante ressaltar a subnotificação de lesões menos difundidas, ao exemplo de dermatite associada à incontinência, lesão por fricção e lesões de pele relacionadas a adesivos médicos, decorrente da dificuldade de identificação e diferenciação de outras lesões, bem como pouco conhecimento sobre nomenclaturas e definições.

Tendo em vista todo cenário evidenciado, principalmente os aspectos multifatoriais potencialmente evitáveis que envolvem o surgimento de lesões de pele, enfatiza-se a necessidade de elencar estratégias interdisciplinares para a prevenção e manejo das lesões de pele prevalentes em idosos críticos.

Contudo, é imprescindível que os profissionais de saúde atuantes em todos os níveis de atenção à saúde sejam capacitados para identificar situações de fragilidade dermatológica, atuando na prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões de pele em idosos. De forma que esse cuidado não seja restrito somente a profissionais especializados, mas que todos possuam fundamentação teórico-prática para que situações mais complexas possam ser evitadas.

5.4 INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO DE IDOSOS COM LESÕES DE PELE

O cuidado ao idoso com lesões de pele se constitui em prática complexa, tendo em vista todos os fatores que envolvem as causas da lesão, agravos e tratamentos, exigindo dos profissionais atenção integral, para além das questões técnicas, pautada na gestão das ações de cuidado para alcançar êxito nas condutas.

Para tanto é necessário que a integralidade e interdisciplinaridade no cuidado sejam praticadas em todos os eixos de atenção à saúde, de modo a romper os aspectos tradicionais inerentes ao manejo de lesões de pele, ao exemplo da atenção objetiva para resolução de problema, dificultando sua significação como ato de cuidado integral, além de frequentemente ser uma preocupação somente de áreas específicas relacionadas ao cuidado, como a Enfermagem (BANDEIRA *et al.*, 2017).

Como observado os conceitos de integralidade e interdisciplinaridade são complementares entre si. A integralidade na atenção à saúde parte do interesse do profissional em querer conhecer as necessidades do indivíduo para além da queixa principal, visualizando o sujeito em sua totalidade, sendo atendido e respeitado em suas necessidades (FARIAS *et al.*, 2017).

Em consonância com o exposto, o conceito de interdisciplinaridade passou a ser difundido a partir da década de 60, com a intenção de expressar a necessidade em transcender o conhecimento fragmentado por meio de troca de saberes e experiências entre diferentes profissionais, a fim de alcançar maior grau de integração das diferentes disciplinas em um único projeto (JAPIASSU, 1976).

Ainda, destaca-se a importância do cuidado interdisciplinar e interprofissional destinado aos pacientes críticos, sobretudo, idosos, que apresentam maior complexidade, requerendo maior atenção para efetiva identificação precoce, prevenção e tratamento dessas condições. A interação dos diferentes profissionais envolvidos no cuidado do mesmo paciente é fundamental para o sucesso desse tratamento, possibilitando a unidade no cuidado ao paciente crítico e responsabilização desses profissionais o desenvolvimento de lesões de pele por meio de ações interprofissionais que possibilitem a integração dos cuidados (GUTIERREZ *et al.*, 2019).

No entanto, alguns desafios precisam ser superados para que tais objetivos sejam atingidos. Como mostra o estudo desenvolvido por Duarte e colaboradores (2017), realizado com o intuito de analisar concepções de profissionais de saúde sobre a integralidade no cuidado à pessoa com lesões de pele, qual verificou se tratar de um assunto de extrema relevância, porém elencam dificuldades na integração entre os profissionais da equipe de saúde, sobrecarga de trabalho, insuficiência tempo para realizar tais atividades, bem como falta de profissionais para tal, além de considerarem que há uma supervalorização do atendimento médico e da atenção especializada em detrimento dos cuidados ofertados por outros profissionais na atenção básica, culminando em descontinuidade do trabalho e fortalecimento da atenção fragmentada.

Nessa perspectiva, levanta-se a necessidade de observar a temática das lesões tegumentares em idosos sob a ótica interdisciplinar, a fim de abarcar as necessidades do idoso como um todo nos diferentes níveis de atenção a saúde. No seguimento do cuidado intensivo sob o aspecto das condições de pele do idoso, destaca-se a observação dos profissionais ao exame clínico de todos os aspectos físicos e psicossociais inerentes a situação, a atenção no manejo dos mesmos, conhecimento teórico-prático sobre frequência, fatores associados e ações preventivas a lesões de pele.

6 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal desenvolvido em duas Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI) de um hospital de ensino dos Campos Gerais de Ponta Grossa/PR no período de julho de 2017 a julho de 2019.

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior, intitulado “Avaliação tegumentar em idosos de uma instituição hospitalar”, a qual foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos de uma Instituição de Ensino Superior (parecer nº 2.012.327 e CAAE nº 66782217.9.0000.5689) respeitando os ditames da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinki.

Por ser parte de um projeto maior, optou-se por apresentar os achados por meio de dois artigos e um protocolo, apresentados no capítulo Resultados e Discussão. Dessa forma, para melhor compreensão, os materiais e métodos adotados para pesquisa são contemplados em cada artigo. Sendo que o artigo 1, intitulado “**Avaliação das lesões de pele em idosos internados em unidade de terapia intensiva**”, foi redigido conforme os padrões aceitos pela Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), a fim de contemplar ao objetivo geral.

O artigo 2, intitulado: “**Lesão por pressão e dermatite associada a incontinência: modelo preditivo para idosos internados em unidade de terapia intensiva**”, ainda em desenvolvimento, obedecendo as normas estabelecidas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) e construído para atender ao primeiro objetivo específico, por meio de apresentação de modelo multivariado. Além disso, para atender o segundo objetivo específico, elaborou-se um protocolo interdisciplinar voltado para a prevenção de lesões de pele em idosos internados.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 ARTIGO 01 – LESÕES DE PELE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência e fatores associados às lesões de pele em idosos internados em unidades de terapia intensiva. **Métodos:** estudo transversal, desenvolvido com idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva, entre julho de 2017 a julho de 2019. Coleta realizada por meio de inspeção da pele e questionário sociodemográfico e clínico, após treinamento da equipe de coleta. Os dados foram organizados em planilha de Excel e posteriormente analisados no pacote estatístico Stata, versão 12. Verificou-se associação entre as variáveis com o teste qui-quadrado, intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** dos 133 idosos, 36,8% apresentaram lesão por pressão, associada a dieta enteral e espessura da pele fina, 14,3% com lesão por adesivo médico, associada a alimentação enteral, textura da pele lisa e 10,5% com presença de dermatite associada a incontinência, e esteve associada a maior quantidade de lesões, bem como lesão por fricção verificada em 10,5%, associada ao turgor diminuído e obesidade. **Conclusão:** verificou-se expressiva prevalência de lesões de pele em idosos críticos e fatores associados que demandam ações preventivas.

Descritores: Idosos; Unidades de Terapia Intensiva; Pele; Lesão por Pressão; Dermatite

Descriptors: Aged; Intensive Care Units; Skin; Pressure Ulcer; Dermatitis.

Descriptores: Anciano; Unidades de Terapia Intensiva; Piel; Úlcera por Presión; Dermatitis.

INTRODUÇÃO

Com o avanço da idade, funções fisiológicas que outrora encontravam-se preservadas, apresentam sinais de declínio, a exemplo, da redução da capacidade física e funcionalidade do indivíduo, instalação de uma ou mais doenças crônicas e síndromes geriátricas. Nesse contexto, observa-se a fragilidade e vulnerabilidade que se encontram muitos idosos, estando predispostos a ocorrência de eventos adversos, piora das condições clínicas, diminuição da autonomia e aumento das chances de hospitalização, institucionalização e mortalidade, requerendo prevenção aos agravos de saúde⁽¹⁻⁴⁾.

Aspectos inerentes a hospitalização como, redução da mobilidade⁽⁴⁾, necessidade de manejo do paciente para realização de cuidados⁽⁵⁾, uso de fraldas e dispositivos médicos⁽⁶⁾, ingesta nutricional inadequada⁽⁷⁾, são fatores comumente associados a presença de lesões de pele em idosos, principalmente no que tange indivíduos que demandam cuidados intensivos⁽⁸⁻⁹⁾. Tais aspectos acima citados, associados as condições intrínsecas do idoso, como, perda de elasticidade, umidade e comprometimento da resposta tecidual⁽¹⁰⁾, favorecem o rompimento

de estruturas da pele e surgimento de lesões, causando dor e desconforto, com aumento significativo dos custos assistenciais intra e extra-hospitalar⁽¹¹⁻¹²⁾.

Consideradas como um evento adverso, as lesões de pele apresentam taxas expressivas de prevalência e incidência em idosos críticos com destaque para aquelas comumente observados nessa população, como lesão por pressão⁽¹³⁾, lesão por adesivo médico⁽¹⁴⁾, dermatite associada a incontinência⁽¹⁵⁾ e lesão por fricção⁽¹⁶⁾.

As lesões de pele no paciente idoso são responsáveis pelo aumento dos casos de infecção, contribuindo para o óbito durante a hospitalização⁽¹¹⁾. Nesse sentido, ser capaz de identificar, avaliar e classificar as lesões de pele, bem como, conhecer os fatores que a elas se associam coadjuvará para fundamentar o desenvolvimento de ações de prevenção, monitoramento e cuidado as lesões de pele nos indivíduos idosos, sob a perspectiva da interdisciplinaridade.

OBJETIVO

Analisar a prevalência e fatores associados às lesões de pele em idosos internados em unidades de terapia intensiva

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos de uma Instituição de Ensino Superior, respeitando os ditames da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinkí. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos participantes ou familiares na impossibilidade do mesmo.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal norteado pela ferramenta Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), desenvolvido em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de ensino dos Campos Gerais de Ponta Grossa/PR no período de julho de 2017 a julho de 2019.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Adotou-se a amostragem não probabilística de conveniência, consecutiva, com 133 idosos, em que os pesquisadores selecionaram os membros da população mais acessíveis por disponibilidade. Para inclusão os participantes atenderam os seguintes critérios de inclusão: a) possuir idade igual ou superior a 60 anos; b) estar internado por no mínimo 24 horas na instituição no período da coleta de dados, c) aceitar participar do estudo, por meio de assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo paciente ou familiar/cuidador responsável. Ressalta-se que para a inclusão do paciente na amostra, não se distinguiu o tempo de hospitalização.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada por bolsistas de iniciação científica do curso de bacharelado em enfermagem e enfermeiras residentes do programa multiprofissional em saúde do idoso, pertencentes a uma instituição pública de ensino dos Campos Gerais de Ponta Grossa/PR. Foram realizadas 45 horas de capacitação e calibragem para a equipe de coleta de dados com objetivo de atualização de termos e conceitos, bem como identificação das lesões.

Aplicou-se um questionário estruturado com dados sociodemográficos e clínicos construído especificamente para o estudo, contendo as seguintes variáveis: sexo (masculino e feminino), cor da pele (brancos e outros compreendendo negros, amarelos, pardos e indígenas) faixa etária (60-74 anos; 75-84 anos; 85 e+) anos escolaridade (analfabeto, baixa, quando apresenta de um a quatro anos de estudo incompletos, média, de quatro a oito anos de estudos incompletos, alta, igual ou superior a oito anos de estudo), estado civil (casados, os quais incluem todos aqueles que possuíam cônjuge e outros compreendendo solteiros, viúvos e divorciados), tempo de internação (um a sete dias e oito dias de internamento ou mais), presença de doenças crônicas, multimorbidades, tabagismo, etilismo, tipo de alimentação (via oral e enteral), e índice de massa corporal (IMC) (normal entre 22 e 27; baixo <22; sobrepeso>27)⁽¹⁷⁾.

Após a aplicação do questionário, os idosos internados foram submetidos ao exame físico tegumentar de enfermagem, elaborado com base em referências que abordam a semiologia da pele, com adaptação ao paciente idoso⁽¹⁸⁾, o qual compreendeu avaliação da pele e anexos dos diversos segmentos quanto ao couro cabeludo, coloração da pele, turgor,

temperatura, espessura, textura, presença de cicatriz, sensibilidade, prurido, pulsos, risco para lesão por pressão com aplicação da escala de Braden⁽¹⁹⁾(sem risco (≥ 19), risco baixo (15-18), risco moderado (13-14) e risco alto (≤ 12))⁽²⁰⁾, quantidade de lesões, lesões elementares primárias⁽²¹⁾ (alteração de cor, coleções líquidas, coleções sólidas), lesões elementares secundárias⁽²¹⁾ (alterações de textura e espessura, perdas teciduais), dermatite associada à incontinência (DAI)⁽²²⁾, lesão por pressão (LPP)⁽²³⁾, lesão por fricção⁽²⁴⁾ e lesão por adesivos médicos⁽²⁵⁾. Ressalta-se que todos os dados foram coletados uma única vez de cada paciente, mesmo que este permaneça-se internado por vários dias.

Análise de dados e estatística

Os dados foram organizados em planilha de Excel e posteriormente analisados no pacote estatístico Stata, versão 12. Inicialmente, os dados descritos segundo frequência absoluta e percentual e medidas de tendência central (variáveis numéricas). Posteriormente, realizou-se a análise descritiva de frequência relativa das variáveis de exposição (sexo, cor da pele, faixa etária, etilismo, tabagismo, presença e quantidade de doenças crônicas, motivo e tempo de internação, uso de medicamentos e dispositivos médicos, tipo de dieta e mobilidade, em relação à variável desfecho (lesões de pele, a saber: lesão por pressão, dermatite associada à incontinência, lesão por fricção e lesões de pele relacionadas a adesivos médicos). A associação entre as variáveis independentes e a dependente foi verificada com o teste de qui-quadrado e intervalo de confiança (IC) de 95%.

RESULTADOS

Dos 133 idosos participantes, houve predomínio de idosos do sexo masculino (n=76; 57,2%) brancos (n=110; 82,7%), média de idade de 72,87 anos (DP=8,83), analfabetos (n=64; 48,1%), casados (n=55; 41,4%), com tempo de internação de 1 a 7 dias (n=94; 70,7%), apresentando doença crônica (n=125; 93,9%), multimorbidade (n=94; 70,7%) e índice massa corporal (IMC) normal (n=72; 54,1%).

Ao exame físico a maioria da amostra apresentava couro cabeludo limpo (n=83; 62,4%), coloração (n=62; 46,6%) e turgor (n=83; 62,4%) da pele normais, pele com temperatura quente (n=103; 77,4%), espessura fina (n=125; 93,9%), textura seca (n=83;

62,4%), ausência de cicatriz (n=92; 69,2%), prurido (n=129; 97,0%) e ausência de sensibilidade (n=81; 60,9%).

Verificou-se também que grande parcela dos idosos apresentavam todos os pulsos presentes (n=112; 84,2%), e risco alto para lesão por pressão (n=103; 77,5%). Além disso, evidenciou-se alta prevalência de lesões de pele primárias (n=106; 79,7%) e secundárias (n=97; 72,9%), com a média de quantidade de 5,13 lesões por paciente (DP=4.19).

No que tange as lesões de pele investigadas, observou-se a expressiva prevalência (n=49; 36,8%) de lesão por pressão (LPP), seguida por lesão por adesivo médico (n=19; 14,3%), lesão por fricção e dermatite associada a incontinência, ambos presentes em 10,5% (n=14) dos idosos.

Tabela 01. Prevalência das lesões de pele e IC 95% em idosos internados em um hospital de ensino, Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2017 - 2019.

	N (%)	IC 95%
Lesão por pressão	49 (36,8%)	28,6- 44,1%
Lesão por adesivo médico	19 (14,3%)	8,6 – 21,1%
Lesão por fricção	14 (10,5%)	6,0 –17,0%
Dermatite associada a incontinência	14 (10,5%)	6,0 – 17,0%

Em relação aos fatores sociodemográficos e clínicos associados a presença de lesão por pressão (LPP), verificou-se a associação estatística significativa aos aspectos não ser casado (p=0,009) e alimentação via sonda nasointestinal (p=0,001). No entanto, não foi possível observar associação significativa de DAI e as variáveis relacionadas ao paciente.

Tabela 02. Análise bivariada das lesões LPP e DAI segundo as variáveis do paciente relacionados a questões sociodemográficas e clínicas em idosos internados em um hospital de ensino, Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2017 - 2019. (continua)

Condição		LPP			DAI		
		OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Cor da pele	Branca	2,4	0,8 – 6,9	0,152	1,3	0,3 – 6,2	0,754
	Outros	Ref			Ref		
Faixa etária (anos)	60-74	Ref			Ref		
	75-84	2,1	0,9 – 4,4	0,065	1,1	0,3 – 3,4	0,917
	85 e+	1,3	0,4 – 1,2	0,709	-	-	
Sexo	Feminino	1,0	0,5 – 2,0	1,000	1,9	0,6 – 5,8	0,259
	Masculino	Ref			Ref		
Escolaridade	Alta/Média	0,8	0,4 – 1,7	0,549	1,1	0,3 – 3,5	0,875
	Baixa/Analfabeto	Ref			Ref		
Estado civil	Casado ⁽¹⁾	Ref			Ref		
	Outros ⁽²⁾	2,8	1,3 – 5,9	0,009	1,9	0,6 – 6,3	0,311
Tempo de internação (dias)	1-7	0,5	0,2 – 1,1	0,070	0,4	0,1 – 1,1	0,081
	>8	Ref			Ref		
Doença Crônica	Presente	0,5	0,1 – 2,8	0,479	1,2	0,1–10,8	0,851
	Ausente	Ref			Ref		
Multimorbidade	Não	0,8	0,4 – 1,8	0,589	0,6	0,2 – 2,4	0,496
	Sim	Ref			Ref		

Tabela 02. Análise bivariada das lesões LP e DAI segundo as variáveis do paciente relacionados a questões sociodemográficas e clínicas em idosos internados em um hospital de ensino, Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2017 - 2019.

Condição	LP	DAI (conclusão)					
		OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Tabagismo	Não fumante	1,2	0,5 – 2,6	0,691	0,7	0,2 – 2,2	0,533
	Fumante	Ref			Ref		
Etilismo	Não	0,7	0,3 – 1,9	0,534	1,1	0,2 – 5,5	0,870
	Sim	Ref			Ref		
	Via oral	Ref			Ref		
Dieta	Via enteral	7,7	2,2– 26,8	0,001	4,4	0,5 – 34,9	0,163
	Normal	1,0	0,4 – 2,4	0,986	1,0	0,2 – 4,2	0,994
IMC	Baixo	0,7	0,2 – 1,9	0,475	1,4	0,3 – 7,0	0,656
	Sobrepeso	Ref			Ref		

Notas: (1) Casados: Foram incluídos todos aqueles que possuíam cônjuge.

(2) Outros: Solteiros, viúvos e divorciados.

Tal como a LP, a lesão por fricção apresentou associação estatística significativa no que tange o IMC elevado, indicativo de sobrepeso ($p=0,002$). Já a lesão por adesivo médico associou-se a não estar casado ($p=0,021$).

Tabela 03. Análise bivariada das lesões por fricção e por adesivo segundo as variáveis do paciente relacionado a questões sociodemográficas e clínicas em idosos internados em um hospital de ensino, Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2017 - 2019.

Condição		Lesão por fricção			Lesão por adesivo		
		OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Cor da pele	Branca	1,3	0,3 – 6,2	0,754	-	-	-
	Outros	Ref			Ref		
Faixa etária (anos)	60-74	0,7	0,1 – 4,1	0,742	0,8	0,2 – 3,1	0,711
	75-84	1,9	0,4 – 10,4	0,414	0,3	0,0 – 1,5	0,144
	85 e+	Ref			Ref		
Sexo	Feminino	1,0	0,3 – 3,1	1,000	1,6	0,6 – 4,2	0,453
	Masculino	Ref			Ref		
Escolaridade	Alta/Média	1,5	0,5 – 4,7	0,452	1,5	0,6 – 4,1	0,439
	Baixa/Analfabeto	Ref			Ref		
Estado civil	Casado ⁽¹⁾	1,5	0,5 – 4,5	0,488	Ref		
	Outros ⁽²⁾	Ref			4,5	1,2 – 16,2	0,021
Tempo de internação (dias)	1-7	2,7	0,6 – 12,7	0,232	0,5	0,2 – 1,4	0,274
	>8	Ref			Ref		
Doença Crônica	Presente	1,2	0,1 – 10,8	1,000	0,8	0,1 – 7,3	1,000
	Ausente	Ref			Ref		
Multimorbidade	Não	0,9	0,3 – 3,3		1,1	0,4 – 3,2	0,791
	Sim	Ref			Ref		
Tabagismo	Não fumante	0,7	0,2 – 2,2	0,541	1,1	0,4 – 3,4	1,000
	Fumante	Ref			Ref		
Etilismo	Não	0,4	0,1 – 1,5	0,235	0,6	0,2 – 2,2	0,502
	Sim	Ref					
Dieta	Via oral	0,3	0,0 – 2,8	0,454	-	-	-
	Via enteral	Ref			Ref		
	Normal	Ref			Ref		
IMC	Baixo	2,5	0,5 – 13,4	0,355	2,9	0,9 – 8,7	0,071
	Sobrepeso	8,0	1,9 – 32,7	0,002	0,8	0,2 – 3,5	1,000

Notas: (1) Casados: Foram incluídos todos aqueles que possuíam cônjuge

(2) Outros: Solteiros, viúvos e divorciados.

Sobre as características tegumentares, verificou-se associação estatística entre LPP e as variáveis alto risco para LPP, conforme Braden (p=0,000) e presença de lesão secundária (p=0,000). A dermatite associada à incontinência (DAI) associou-se à fatores como turgor diminuído (p=0,008) e maior quantidade de lesões (p=0,006).

Tabela 04. Análise bivariada das lesões LPP e DAI segundo às características tegumentares em idosos internados em um hospital de ensino, Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2017 – 2019.

Condição		LPP			DAI		
		OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Couro cabe- ludo	Limpo	Ref	-	-	Ref	-	-
	Seco	1,9	0,3 – 10,1	0,488	0,8	0,09 – 7,72	1,000
	Alopecia	1,6	0,3 – 8,9	0,707	-	-	-
	Caspa	0,2	0,02 – 3,2	0,552	0,2	0,01 – 2,6	0,285
	Oleoso	0,7	0,3 – 1,8	0,645	0,5	0,1 – 2,1	0,475
	Sujo	0,2	0,02 – 3,2	0,552	-	-	-
	Pediculose	-	-	-	-	-	-
Coloração da pele	Normal	Ref	-	-	Ref	-	-
	Pálida	0,7	0,3 – 1,4	0,449	3,05	0,7 – 11,9	0,129
	Rubor	1,02	0,1 – 6,0	1,000	0,8	0,08 – 8,1	1,000
	Icterícia	2,04	0,2 – 19,5	1,000	0,6	0,06 – 6,7	0,566
	Cianose	1,02	0,08 – 11,9	1,000	-	-	-
Turgor	Normal	1,05	0,5 – 2,1	1,000	Ref	-	-
	Diminuído	Ref	-	-	4,9	1,4 – 16,7	0,008
Temperatura	Fria	0,5	0,2 – 1,3	0,206	0,5	0,1 – 2,5	0,735
	Quente	Ref	-	-	Ref	-	-
Espessura	Fina	-	-	-	-	-	-
	Grossa	Ref	-	-	Ref	-	-
	Macia	1,05	0,4 – 2,6	1,000	0,4	0,1 – 1,6	0,245
Textura	Lisa	1,98	0,7 – 5,5	0,232	0,3	0,1 – 1,5	0,226
	Seca	Ref	-	-	Ref	-	-
	Não	1,6	0,7 – 3,5	0,249	1,1	0,3 – 3,8	1,000
Cicatriz	Sim	Ref	-	-	-	-	-
	Não	1,1	0,5 – 2,4	0,715	1,1	0,3 – 3,7	1,000
Sensibilidade	Sim	Ref	-	-	-	-	-
	Não	0,1	0,01 – 1,8	0,141	Ref	-	-
Prurido	Sim	Ref	-	-	9,7	1,2 – 75,6	0,055
	Não	0,7	0,2 – 1,9	0,623	1,1	0,2 – 5,5	1,000
Todos os pulsos pre- sentes	Sim	Ref	-	-	Ref	-	-
	Sem risco	-	-	-	-	-	-
Risco para lesão (Bra- den)	Baixo risco	Ref	-	-	-	-	-
	Moderado risco	0,6	0,0 – 11,2	1,000	Ref	-	-
	Alto risco	8,4	1,0 – 67,9	0,023	2,3	0,3 – 18,9	0,689
	Sem lesão	-	-	-	-	-	-
Quantidade de lesões presentes	1-3	Ref	-	-	-	-	-
	4-6	1,0	0,4 – 2,4	1,000	0,3	0,0 – 3,1	0,615
	7-9	0,5	0,2 – 1,5	0,332	0,07	0,0 – 0,6	0,006
	10 ou +	0,5	0,1 – 2,2	0,479	0,05	0,0 – 0,6	0,019
Lesão Primá- ria	Não	0,6	0,2 – 1,6	0,504	0,2	0,0 – 2,2	0,299
	Sim	Ref	-	-	-	-	-
Lesão Secundária	Não	Ref	-	-	-	-	-
	Sim	9,9	2,8 – 34,5	<0,001	-	-	-

Nesse contexto, a lesão por fricção esteve associada ao fator turgor da pele diminuído ($p=0,041$). Além disso, a lesão por adesivo médico demonstrou associação significativa com relação ao couro cabeludo com presença de caspa ($p=0,041$), textura da pele lisa ($p=0,011$) e maior quantidade de lesões de pele ($p=0,020$).

Tabela 05. Análise bivariada das lesões por fricção e por adesivo segundo às características tegumentares em idosos internados em um hospital de ensino, Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2017 – 2019.

Condição	Lesão por fricção			Lesão por adesivo			
	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor	
Couro Cabeludo	Limpo	Ref	-	-	Ref	-	-
	Seco	0,7	0,08 – 6,7	0,576	-	-	-
	Alopecia	0,6	0,06 – 6,0	0,535	4,9	1,0 – 24,2	0,067
	Caspa	0,1	0,01 – 2,2	0,256	16,4	1,3 – 199,9	0,041
	Oleoso	0,5	0,1 – 1,8	0,289	1,9	0,6 – 6,5	0,315
	Sujo	-	-	-	-	-	-
	Pediculose	-	-	-	-	-	-
	Normal	Ref	-	-	-	-	-
Coloração da pele	Pálida	0,9	0,2 – 3,00	1,000	1,04	0,3 – 2,9	1,000
	Rubor	0,2	0,3 – 1,4	0,143	-	-	-
	Icterícia	-	-	1,000	0,2	0,03 – 1,7	0,186
	Cianose	-	-	1,000	-	-	-
Temperatura	Diminuído	3,4	1,1 – 10,9	0,041	Ref	-	-
	Fria	0,1	0,1 – 2,5	0,735	0,3	0,07 – 1,6	0,241
	Quente	Ref	-	-	Ref	-	-
Espessura	Fina	-	-	-	1,1	0,1 – 10,1	1,000
	Grossa	Ref	-	-	Ref	-	-
	Macia	1,4	0,2 – 7,2	1,000	3,4	0,4 – 28,1	0,454
Textura	Lisa	0,8	0,2 – 3,4	0,729	0,2	0,09 – 0,8	0,026
	Seca	Ref	-	-	Ref	-	-
Cicatriz	Sim	0,7	0,2 – 2,4	0,761	0,4	0,1 – 1,1	0,110
	Não	Ref	-	-	-	-	-
Sensibilidade	Sim	0,4	0,1 – 1,3	0,159	0,1	0,06 – 0,2	0,613
	Não	Ref	-	-	-	-	-
Prurido	Sim	-	-	-	-	-	-
	Não	Ref	-	-	Ref	-	-
Todos os pulsos presentes	Sim	2,6	0,3 – 21,2	0,697	0,6	0,1 – 2,2	0,502
	Não	Ref	-	-	-	-	-
Risco para lesão (Braden)	Sem risco	1,7	0,2 – 14,3	1,000	-	-	-
	Baixo risco	1,07	0,1 – 9,2	1,000	-	-	-
	Moderado risco	0,5	0,1 – 2,0	0,393	-	-	-
	Alto risco	Ref	-	-	-	-	-
Quantidade de lesões presentes	Nenhuma	-	-	-	-	-	-
	1-3	Ref	-	-	Ref	-	-
	4-6	4,3	0,4 – 40,3	0,359	3,3	0,6 – 17,6	0,264
	7-9	0,3	0,08 – 1,2	0,109	9,0	1,8 – 45,6	0,005
Lesão Primária	10 ou +	0,4	0,06 – 2,7	0,324	5,0	0,6 – 40,9	0,162
	Sim	0,5	0,1 – 2,6	0,734	0,1	0,02 – 1,4	0,121
Lesão Secundária	Não	Ref	-	-	Ref	-	-
	Sim	Ref	0,08 – 1,9	0,350	-	-	-
	Não	Ref	-	-	-	-	

DISCUSSÃO

Os dados levantados são referentes a prevalência de lesão por pressão, dermatite associada a incontinência, lesão por adesivo médico e lesão por fricção, bem como estão de acordo com outros estudos já realizados, ao exemplo de uma pesquisa transversal colombiana realizada em 46 instituições de saúde do país, a qual verificou a prevalência de lesões de pele relacionadas ao cuidado, identificando que 43,1% da amostra apresentava lesão por pressão, 10,2% dermatite Associada a Incontinência, 10,8% mantinham lesão por adesivo médico e 5,5% apresentavam ao menos uma lesão por fricção⁽²⁶⁾.

A despeito da lesão por pressão os achados do presente estudos estiveram de acordo com pesquisas nacionais⁽²⁷⁾ e internacionais⁽²⁸⁻²⁹⁾ sobre a temática, as quais apontam taxas expressivas que variam de 24,3 à 53,4% em setores de cuidados^(23,30). No que tange os fatores associados a LPP, o estado nutricional é destacado como um aspecto importante, percebe-se prevalência acentuada em indivíduos com extremos de peso e muito comumente observado em idosos desnutridos ou com risco elevado para desnutrição. A nutrição deficiente corrobora para a perda subsequente de massa muscular e corporal, acentua proeminências ósseas, de modo a aumentar o risco de desenvolvimento da lesão, devido os efeitos de pressão⁽³¹⁾.

Nessa perspectiva, a terapia nutricional administrada via sonda enteral é comumente atrelada a lesão por pressão, devido complicações intrínsecas e extrínsecas relacionados a essa terapia⁽³²⁾. Quanto os aspectos intrínsecos, a literatura aponta o risco de contaminação da fórmula enteral quando manipulada, alteração de temperatura da dieta e intolerância a lactose, corroborando para instalação de diarreia e episódios de êmese, os quais por sua vez prejudicam o microclima do tecido acometido pelas enzimas fecais, bem como ocasionam diminuição de volume e interrupção de dieta, respectivamente⁽³³⁾.

As complicações extrínsecas estão relacionadas a presença do dispositivo médico que viabiliza este tipo de nutrição, o qual muitas vezes quando mal posicionado ou fixado pode causar lesão. Sendo assim, o achado desta pesquisa é congruente a literatura atual, ao exemplo de uma revisão integrativa da literatura realizada por meio de nove estudos nacionais e internacionais, os quais destacaram a expressiva prevalência de lesão por pressão relacionada a dispositivo médico, a variabilidade de dispositivos associados a lesão, com destaque para locais mais acometidos, como região cervical posterior e o nariz^(34;35). Além disso, a presença da alimentação via sonda enteral relacionada a lesão por pressão pode ser explicada como forma tratamento desta condição, tendo em vista a necessidade de suplementação a esses

pacientes, com prescrição de fórmulas hiperproteicas e nutrientes imunomoduladores, devido ao impacto positivo dessas formulações no processo de cicatrização⁽³³⁾.

A Escala de Braden apresentou associação significativa com LPP, relação esperada por se tratar de uma escala preditora deste tipo de lesão e comumente aplicada em pacientes críticos. Tal aspecto também foi constatado em pesquisa prospectiva desenvolvida com pacientes internados em unidades de terapia intensiva da Indonésia, a qual verificou associação, representando uma especificidade (56%) e sensibilidade (92%)⁽³⁶⁾.

Neste estudo, a dermatite associada a incontinência também teve sua prevalência de acordo com a variabilidade encontrada nos estudos epidemiológicos, a qual oscila de 5,6 a 50% nesta população⁽³⁷⁾, bem como, foi pouco superior aos 7,6% de DAI encontrados em inquérito epidemiológico realizado com pacientes internados em ambientes de cuidados críticos de um hospital no sudeste da Noruega⁽³⁸⁾ e apresentou menor prevalência quando comparado ao estudo prospectivo realizado em UTI geral de um hospital privado no noroeste do Paraná, o qual identificou a condição em 15,27% dos internados⁽³⁹⁾.

As variáveis relacionadas a pele se destacaram quanto associação a DAI, como dito anteriormente, tal fato pode ser atribuído pela fragilidade da pele encontrada entre idosos, sendo comum verificar alterações de turgor, sugestivo de desidratação, tornando-a mais predisposta a sofrer erosões e rompimento quando afetada por enzimas advindos de urina e fezes^(36,38). Diante do exposto, reitera-se a importância da nutrição e hidratação adequada a fim de melhorar as condições de pele dos idosos, bem como adotar pacote de medidas de cuidados com a pele, com limpeza imediata da pele quando contato com irritantes, troca de fraldas sempre que necessário, aplicação de produtos barreira a fim promover camada protetora aos agentes causadores de danos⁽⁴⁰⁾.

Portanto, devem ser considerados o contexto multifatorial que envolve a causa da lesão, inclusive, a presença de uma ou mais lesões de pele pode favorecer a instalação de novas lesões⁽³⁵⁾. No presente estudo, verificou-se a associação significativa entre maior quantidade de lesões e presença de DAI, lesão por fricção e lesão por adesivo médico, bem como é observado em pesquisa multicêntrica com 473 portugueses que apresentavam lesões de pele e constatou associação entre maior número de lesões e LPP⁽²⁹⁾.

A prevalência de Lesão por fricção apontada no presente estudo esteve congruente com os achados de uma revisão sistemática, cuja prevalência desta condição variou de 3,3% a 22% em ambiente hospitalar⁽⁴¹⁾. No entanto, o presente dado foi inferior aos 28,7% de prevalência evidenciado em estudo transversal desenvolvido com idosos, média de idade 71,4

anos, internados em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital universitário em Teresina, Piauí⁽⁴²⁾.

No que tange os fatores associados, verificou-se a associação desta condição com turgor da pele diminuído, tal fator pode ser um sinal de desidratação da pele, o qual, por sua vez é um aspecto importante para a aumento da fragilidade tecidual e eventual rompimento. Ademais o processo de envelhecimento também corrobora para a diminuição do turgor da pele, tendo em vista que a epiderme está conectada à derme subjacente por meio de uma membrana basal, a junção dermoepidérmica, a qual com o passar dos anos sofre achatamento e aumenta o risco de ruptura da pele sob carga de cisalhamento, causando lesão por fricção⁽⁴³⁾.

Conforme avaliação de índice de massa corporal, identificou-se acentuada prevalência de lesão por fricção entre aqueles que obtiveram IMC igual ou superior à 27, sendo assim indicado como sobrepeso ou obesidade. Apesar de perceber-se poucos achados referentes ao assunto na literatura, uma pesquisa relacionada a fragilidade da pele de pessoas obesas conduzida no Japão, verificou a elevação do fator de necrose tumoral alfa cutâneo (TNF- α) em pessoas obesas e destacou como provável fator relacionado à fragilidade cutânea frequentemente encontrado entre indivíduos com IMC elevado⁽⁴⁴⁾. Além disso, pessoas em obesidade sob cuidados intensivos apresentam maiores dificuldades de mobilização e reposicionamento no leito. No entanto, tal achado mostrou-se diferente a pesquisa transversal realizada com 128 idosos japoneses cujo objetivo foi investigar a associação de fragilidade e IMC, e evidenciou associação entre fragilidade e diminuição da espessura e elasticidade da pele, bem como baixo índice de massa corporal foi associado a sinais de fragilidade cutânea⁽⁴⁵⁾.

Por fim, analisou-se a prevalência de lesão por adesivo médico, estando próxima aos 10,8% encontrados no estudo transversal desenvolvido com pacientes críticos, média de idade de 63,9 anos, presentes em 46 instituições de saúde da Colômbia⁽²⁶⁾ e congruente com a variabilidade apontada na literatura recente de 3,4% a 25% de prevalência, com média de 13% desta condição em um hospital estadunidense⁽⁴⁶⁾.

A princípio, ao verificar a associação da característica couro cabeludo com caspa com lesão por adesivo médico não foi encontrado na literatura relação direta entre as variáveis. No entanto, com esse fator emerge a discussão sobre a qualidade dos cuidados prestados a população dependente como é o caso dos idosos críticos, principalmente no que tange os cuidados com o corpo como realização de higiene corporal, fixação, troca e revezamento de

dispositivos, bem como demais cuidados multiprofissionais essenciais para o restabelecimento das condições de saúde e prevenção de lesões⁽⁴⁷⁾.

Com relação aos aspectos sociodemográficos associados a lesão por adesivo, observou-se a ausência de cônjuge, tal variável também foi destacada em um estudo transversal observacional⁽⁴⁸⁾ realizado com o intuito de verificar o perfil de pacientes admitidos em um hospital mineiro de grande porte, bem como analisar os custos com tratamento com lesões de pele desses pacientes. Sendo neste, evidenciado que a maioria dos pacientes com lesão de pele não possuíam companheiros, denotando a ausência do cuidado e vigilância que por muitas vezes é desempenhado pelo cônjuge que nessas situações passa a ser cuidador.

Limitações do Estudo

Observou-se a escassez de artigos científicos sobre a temática, com destaque aos que abordam diferentes tipos de lesão de pele no mesmo documento, uma vez que comumente as pesquisas sem voltam a verificação de lesão específica, de modo independente. Destaca-se que a amostragem deste estudo é representativa de comunidade local, não permitindo generalizar os resultados para outros territórios. E que o desenho transversal é um fator limitante para avaliação entre relações de causa e efeito.

Entretanto, estas limitações não minimizam a importância do estudo, e demonstram a necessidade de aprofundamento acerca dessa temática prevalente na prática clínica de cuidados gerontológicos em âmbito hospitalar.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Conhecer a prevalência e fatores associados às lesões de pele em idosos internados em unidades de terapia intensiva oportuniza que a Enfermagem e demais profissionais da saúde executem ações de melhoria do cuidado, com olhares atentos as especificidades dessa população diante desse contexto o que pode refletir em qualidade de vida, menor custos e tempo de internação, além de estimular novos estudos de avaliação e intervenção.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou a alta prevalência de lesões de pele em idosos internados em UTI, bem como importantes fatores associados a cada tipo de lesão avaliada. Dessa forma, destaca-se a importância da implantação de protocolo preventivo e de tratamento precoce as lesões de pele baseado nas mais recentes evidências científicas a fim de evitar prejuízos aos pacientes, incremento da prevalência de lesões de pele e custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. Liano PMP, Lange C, Sequeira CAC, Jardim VMR, Castro DSP, Santos F. Factors associated with frailty syndrome in the rural elderly. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):14-21. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0079
2. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, et al. Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan. *Revista de Saúde Pública.* 2017;51(43):01-09. DOI: 10.1590/s1518-8787.2017051006646.
3. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Linha guia da saúde do idoso. Curitiba: SESA [Internet], 2017 [cited 2020 Ago 19]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiasaudeidoso_2018_atualiz.pdf
4. Miranda, GBS, Borges NGS, Ribeiro NMS. Impact of hospitalization time in mobility and quality of life of elderly. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* 2019;19(3):330-34. DOI: 10.9771/cmbio.v18i3.34417
5. Cendron G, Silva LJ, Closs VE, Schwanke CHA, Kik ERM. Nutritional Status and Functional Capacity of hospitalized elderly. *Revista da Graduação [Internet].* 2016 [cited 2020 Ago 19]; 9(6): 1-6. Available from: http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/15753/2/Estado_nutricional_e_capacidade_funcional_em_idosos_hospitalizados.pdf
6. Zhao H, He Y, Wei Q, Ying Y. Medical Adhesive–Related Skin Injury Prevalence at the Peripherally Inserted Central Catheter Insertion Site. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing.* 2018;45(1):22-25. DOI: 10.1097/WON.0000000000000394
7. Benbow M. Assessment, prevention and management of skin tears. *Nurs Older People.* 2017;29(4):31-39. DOI: 10.7748/nop.2017.e904
8. Grden CRB, Ivastcheschen T, Cabral LPA, Reche PM, Oliveira DAS, Bordin D. Skin injuries in hospitalized elderly. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.* 2018;16(e4118):1-8. DOI: 10.30886/estima.v16.639_PT
9. Todd M. Preventing skin problems in the older population. *Nursing And Residential Care.* 2017;19(10):564-67. DOI: 10.12968/nrec.2017.19.10.564
10. Pachá HHP, Faria JIL, Oliveira KA, Beccaria LM. Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. *Rev. Bras. Enfermagem.* 2018; 71(6): 3027-3034. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0950.
11. Rosa Silva CF, Santana RF, de Oliveira BG, do Carmo TG. High prevalence of skin and wound care of hospitalized elderly in Brazil: a prospective observational study. *BMC Res Notes.* 2017;10(81):1-6. DOI:10.1186/s13104-017-2410-6

12. Pinheiro FM, Espírito Santo FH, Chibante CLP, Pestana LC. Profile of hospitalized elderly according to Viginia Henderson: contributions for nursing care. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 2016;8(3):4789-4795. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4789-4795.
13. Yarad E, O'connor A, Meyer J, Tinker M, Knowles S, Li Y, et al. Prevalence of pressure injuries and the management of support surfaces (mattresses) in adult intensive care patients: a multicentre point prevalence study in australia and new zealand. *Australian Critical Care*. 2020. DOI: 10.1016/j.aucc.2020.04.153.
14. Kelly-O'Flynn S, Mohamud L, Copson D. Medical adhesive-related skin injury. *British Journal of Nursing*. 2020;29(6):S20-S26. DOI: 10.12968/bjon.2020.29.6.S20.
15. Beele H, Smet S, Damme NV, Beeckman D. Incontinence-Associated Dermatitis: pathogenesis, contributing factors, prevention and management options. *Drugs Aging*. 2017;35(1):1-10. doi: 10.1007/s40266-017-0507-1
16. Zhang Y, Wang S, Zhang X, Zhang W, Wang X. Incidence and Influencing Factors of Medical Adhesive-Related Skin Injury in Critically Ill Patients. *Adv Skin Wound Care*. 2020;33(5):260-266. DOI:10.1097/01.ASW.0000658584.09988.fa
17. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care [Internet]*. 1994 [cited 2020 Ago 19]; 21(1):55-67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8197257/>
18. Giaretta VMA, Silva AM, Renó ACM, Aguiar DAF, Arantes CMS, Posso MBS. Proposta de escala para avaliar o turgor da pele de idosos. *Rev Ciên Saúde [Internet]*. 2016 [cited 2020 Ago 19];1(1):1-7. Available from: <http://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/7/12>
19. Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Decubitus [Internet]*. 1989[cited 2020 Ago 19];2(3):44–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2775473>.
20. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). WOCN 2016 Guideline for Prevention and Management of Pressure Injuries (Ulcers). *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2016; 44(3), 241-246. DOI: 10.1097/WON.0000000000000321
21. Grden CRB, Ivastcheschen T, Cabral LPA, Reche PM, Bordin D. Prevalence and factors associated with elementary lesions in hospitalized elderly. *Rev Rene*. 2019;20(e40384):1-8. DOI: 10.15253/2175-6783.20192040384
22. Beeckman D, Campbell JL, Campbell K, Chimentão D, Domansky R, Gray M, et al. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International [Internet]*. 2015 [cited 2020 Ago 19]: 1-24. Available from: <https://eprints.soton.ac.uk/379190>
23. Edsberg LE, Black JM., Goldberg M., McNichol L, Moore L., Sieggreen M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel pressure injury staging system: revised pressure injury staging system. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*. 2016;43(6), 585. DOI: 10.1097 / WON.0000000000000281

24. Strazzieri-Pulido KC, Santos VLC, Carville K. Cultural adaptation, content validity and inter-rater reliability of the "STAR Skin Tear Classification System". *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):155-61. DOI: 10.1590/0104-1169.3523.2537
25. McNichol L, Bianchi J, et al. Medical adhesive-related skin injuries (MARSI) made easy. *Wounds UK* [Internet]. 2016 [cited 2020 Ago 09];12(4): 01-04. Available from: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/medical-adhesive-related-skin-injuries-marsi-made-easy>
26. Consuegra RVG, Zuluaga WJL, Lizcano KTR. Epidemiology of care-related skin injuries: prevalence study in Colombia. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017;5(15): 65-72. DOI: 10.12707/RIV17038.
27. Silva PLN, Barreto MC, Souza GS, Martins FGS, Mirandac FB, Mota EC. Prevalence of Pressure Ulcers in Patients Admitted to an Intensive Care Unit of a Hospital in Minas Gerais. *Revista Ensaios e Ciência*. 2019;23(3):213-18. DOI: 10.17921/1415-6938.2019v23n3p213-218
28. Li Z, Lin F, Thalib L, Chaboyer W. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 2020;105. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103546
29. Lopes TS, Videira LMMS, Saraiva DMRF, Agostinho ES, Bandarra AJF. Multicentre study of pressure ulcer point prevalence in a Portuguese region. *Journal Tissue Viability*. 2020;29(1): 12-8. DOI: 10.1016/j.jtv.2019.11.002
30. Mendonça PK, Loureiro MDR, Frota OP, Souza AS. Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. *Texto contexto – enferm*. 2018; 27(4): 01- 10. DOI: 10.1590/0104-07072018004610017.
31. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *Journal American Academy Dermatol*. 2019;81(4):881-890. DOI:10.1016/j.jaad.2018.12.069
32. Saurusaitis A, Santiago L, Peregrino A, Silva R, Schutz V. Diarreia: dermatite associada à incontinência e lesão por pressão. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 2019 Nov 13; [Citado em 2021 Set 12]; 13(0). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241955>
33. Tavares JR, Pelágio JR, Pelágio JM, Gouveia BR, Pinto EN, Pires AS. Incidence of pressure injury in an oncological intensive care unit. *Rev. Bras. Enferm*. 2019; 72(6): 1490-1495. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0356.
34. Galetto SGS, Nascimento ERP, Hermida PMV, Malfussi LBH, et al. Medical Device-Related Pressure Injuries: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):505-12. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0530

35. Zulkowski K. Understanding Moisture-Associated Skin Damage, Medical Adhesive-Related Skin Injuries, and Skin Tears. *Adv Skin Wound Care*. 2017;30(8):372-381. DOI:10.1097/01.ASW.0000521048.64537.6e
36. Masyitha K, Haryanto, Puspita D, Suriadi U. Pressure ulcers related to medical device in intensive care in Indonesia: A prospective study. *Enfermeria Clinica*. 2020;30(3):87-91. DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.01.006
37. Beeckman D, Van Damme N, Schoonhoven L, Van Lancker A, Kottner J, Beele H, et al. Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2016;11(11): 01-82. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011627.pub2>
38. Johansen E, Bakken LN, Duvaland E, Faulstich J, Hoelstad HL, Moore Z, et al. Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Prevalence and Associated Factors in 4 Hospitals in Southeast Norway. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018;45(6):527-531. DOI: 10.1097/WON.0000000000000480.
39. Baessa CEB, Meireles VC, Balan MAJ. Ocorrência de Dermatite Associada à Incontinência em Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva. *ESTIMA [Internet]*. 2016 [cited 2020 Aug 19];12(2). Available from: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/89>
40. Coyer F, Gardner A, Doubrovsky A, et al. An interventional skin care protocol (InSPiRE) to reduce incontinence-associated dermatitis in critically ill patients in the intensive care unit: A before and after study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;40(1):1-10. DOI:10.1016/j.iccn.2016.12.001
41. Strazzieri-Pulido KC, Peres GRP, Campanili TCGF, Santos VLCG. Skin tear prevalence and associated factors: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(4):674-680. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400019.
42. Vieira CPB, Ferreira PC, Araújo TME, Junior Silva FJG, Galiza FT, Rodrigues ASO, et al. Prevalence of friction injury and associated factors in elderly in intensive therapy. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2020; 29(1): 01-13. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0515
43. Garcia-Martinez D, Leyva-Mendivil MF, Gefen A, Limbert G. Biomechanical aspects of skin aging-the risk of skin breakdown under shear loading increases with age. In: *Innovations and Emerging Technologies in Wound Care*. 2020(1): 309-335. DOI: 10.1016/B978-0-12-815028-3.00017-1
44. Ogai K, Matsumoto M, Aoki M, Minematsu T, Kitamura K, Kobayashi M, et al. Increased level of tumour necrosis factor-alpha (TNF- α) on the skin of Japanese obese males: measured by quantitative skin blotting. *International Journal of Cosmetic Science*. 2016;38(5):462-69. DOI: 10.1111/ics.12312
45. Iizaka S. Frailty and body mass index are associated with biophysical properties of the skin in community-dwelling older adults. *J Tissue Viability*. 2018;27(3):141-145. DOI:10.1016/j.jtv.2018.05.004

46. Farris MK, Petty M, Hamilton J, Walters SA, Flynn MA. Medical Adhesive-Related Skin Injury Prevalence Among Adult Acute Care Patients: A Single-Center Observational Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015;42(6):589-598. DOI:10.1097/WON.0000000000000179
47. Vasconcelos JMB, Caliri MHL. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Esc. Anna Nery.* 2017; 21(1):01-09. DOI: 10.5935/1414-8145.20170001.
48. Costa AM, Matozinhos ACS, Santos TP, Cunha RCG, Moreira LR. Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais. *Enfermagem Revista [Internet].* 2015. [cited 2021 Apr 25]; 18(1): 58-74.

7.2 ARTIGO 02 – LESÃO POR PRESSÃO E DERMATITE ASSOCIADA A INCONTINÊNCIA: MODELO PREDITIVO PARA IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

RESUMO

Objetivo: apresentar um modelo preditivo para dermatite associada a incontinência e lesão por pressão em idosos críticos. **Método:** estudo transversal, com 133 idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva entre julho de 2017 e julho de 2019. Os dados foram coletados a partir de instrumento sociodemográfico, clínico e exame físico. Posteriormente, submetidos a análise bivariada, com o cálculo de OR e IC 95%, e por análise múltipla, com construção de modelo preditivo. **Resultados:** verificou-se que uso de dieta enteral aumentou em 07 vezes a chance de ter lesão por pressão. Fatores como: não ser casado (OR=2,5) apresentar lesão secundária (OR=7,8) e baixa pontuação na Escala de Braden, (OR=8,7) estiveram associados a lesão por pressão. Os idosos com turgor da pele diminuído e prurido, apresentaram 5 e 10,2 vezes, respectivamente, a chance de desenvolver dermatite associada a incontinência. **Conclusão:** evidenciou-se variáveis potencialmente modificáveis associadas às lesões, demandando conhecimento teórico-prático para prevenção.

Descritores: Idosos; Unidades de Terapia Intensiva; Pele; Lesão por Pressão; Dermatite; Enfermagem Geriátrica

Descriptors: Aged; Intensive Care Units; Skin; Pressure Ulcer; Dermatitis; Geriatric Nursing.

Descriptores: Anciano; Unidades de Terapia Intensiva; Piel; Úlcera por Presión; Dermatitis; Enfermería Geriátrica.

Introdução

Em consonância ao envelhecimento populacional, o cenário de multimorbidade e hospitalização no segmento etário idoso tem aumentado exponencialmente. A presença de condições crônicas aliadas ao processo de senescência, contribuem significativamente para o declínio da capacidade funcional e cognitiva, predispondo o idoso ao evento hospitalização⁽¹⁾.

Em idosos, a hospitalização tem caráter debilitante, recorrente e de tempo prolongado, os quais ficam mais vulneráveis às lesões de pele⁽²⁾. Nessa conjuntura, autores destacam o setor de unidade de terapia intensiva (UTI) como fator de risco para o surgimento de lesões de pele⁽³⁻⁴⁾, com destaque para as denominadas lesões por pressão (LPP) e dermatite associada à incontinência (DAI), as quais configuram-se como de alta prevalência neste cenário⁽⁵⁻⁷⁾.

A LP é considerada um marcador de qualidade na atenção à saúde e segurança do paciente, uma vez que concerne a um agravo amplamente evitável e frequentemente está associado ao aumento da morbimortalidade entre os internados^(8,6). A definição desse tipo de lesão foi atualizada pelos consensos internacionais em 2019, como um dano na pele e/ou tecidos adjacentes, normalmente associado a presença de proeminência óssea, resultante de pressão e outras forças de torção.

Apresenta-se de diversas maneiras com variações entre a pele íntegra até lesões abertas e profundas, sendo assim classificada em estágios conforme o tecido acometido⁽⁹⁾.

A Dermatite Associada à Incontinência (DAI) é uma dermatose inflamatória caracterizada por eritema, erosão e maceração da pele, decorrente do contato com urina ou fezes. Embora seus sinais sejam específicos, a forma de apresentação pode diferir conforme a gravidade da condição, sendo assim a DAI é classificada em categorias 1 e 2⁽¹⁰⁾.

A literatura destaca alguns fatores contribuintes para a LPP e DAI, tais como: envelhecimento sistêmico e da pele, diminuição da tolerância do tecido cutâneo, presença de comorbidades, aspectos cognitivos e nutricionais, e extrínsecos como atrito mecânico, ambiente perineal oclusivo pelo uso de fralda e higiene de região genital inadequada⁽¹¹⁻¹³⁾.

Embora se observe a difusão de estudos que contemplem variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à ocorrência de LPP e DAI⁽⁵⁻⁷⁾, ressalta-se a ausência de estudos nacionais que investiguem modelos preditivos dessas condições. Além disso, destaca-se a relevância de estudos desse porte, uma vez que tendem a conduzir o pesquisador a prever um desfecho de interesse, bem como estruturar, definir ações de prevenção e embasar a tomada de decisão subsidiando a prática profissional da equipe multiprofissional em relação ao desfecho⁽¹⁴⁾.

Dado o exposto, o presente estudo teve por objetivo apresentar um modelo preditivo para dermatite associada a incontinência e lesão por pressão em idosos críticos.

Método

Tipo ou delineamento do estudo

Estudo observacional do tipo transversal, de abordagem quantitativa.

Definição da amostra, população e período

Para definição do tamanho amostral utilizou-se amostragem não probabilística de conveniência, com 133 idosos internados em setor de terapia intensiva, sendo selecionados pelos pesquisadores aqueles que preenchiam os critérios de elegibilidade.

A pesquisa desenvolveu-se em duas Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI) de um hospital universitário regional, no município de Ponta Grossa/PR, Brasil, no período de julho de 2017 a julho de 2019. Trata-se de uma instituição pública de ensino com duas unidades de terapia intensiva para adultos, com 10 leitos cada.

Crítérios de seleção

Para fins de seleção, foram incluídos na amostra os participantes os seguintes critérios

de inclusão: a) possuir idade igual ou superior a 60 anos; b) estar internado por no mínimo 24 horas na instituição no período da coleta de dados, c) aceitar participar do estudo, por meio de assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo paciente ou familiar/cuidador responsável.

Variáveis do estudo e instrumentos utilizados para a coleta das informações

Aplicou-se um questionário sociodemográfico e clínico construído especificamente para o estudo, contendo as seguintes variáveis: sexo, cor da pele (brancos e outros, compreendendo negros, amarelos, pardos e indígenas), faixa etária, escolaridade (analfabeto, baixa, quando apresenta de um a quatro anos de estudo incompletos, média, de quatro a oito anos de estudos incompletos, alta, igual ou superior a oito anos de estudo), estado civil (casados e outros, envolvendo solteiros, viúvos e divorciados), tempo de internação, presença de doenças crônicas, multimorbidades, tabagismo, etilismo, tipo de alimentação, uso de medicação, uso de dispositivos médicos, mobilidade e índice de massa corporal (IMC) (normal entre 22 e 27; baixo <22; sobrepeso>27).

Além disso, o instrumento de coleta de dados contemplou avaliação do sistema tegumentar, por meio da realização do exame físico de enfermagem, elaborado com base em referências que abordavam a semiologia da pele, com adaptação ao paciente idoso, o qual compreendeu avaliação quanto ao couro cabeludo, coloração da pele, turgor, temperatura, espessura, textura, presença de cicatriz, sensibilidade, prurido, pulsos.

Além disso, verificou-se o risco para lesão por pressão com aplicação da escala de *Braden* (sem risco (≥ 19), risco baixo (15-18), risco moderado (13-14) e risco alto (≤ 12)), quantidade de lesões, lesão elementar primária (alteração de cor, coleções líquidas, coleções sólidas), lesão elementar secundária (alterações de textura e espessura, perdas teciduais)⁽¹⁵⁾, dermatite associada à incontinência (DAI)⁽¹⁶⁾, lesão por pressão (LPP)⁽⁹⁾, lesão por fricção⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ e lesão por adesivos médicos⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Em relação às variáveis investigadas, considerou-se como variável dependente a presença de lesão por pressão e dermatite associada a incontinência, em detrimento as variáveis independentes relacionadas as características sociodemográficas, de saúde, pele e estilo de vida presentes no instrumento e já citadas anteriormente.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por bolsistas de iniciação científica do curso de bacharelado em enfermagem e enfermeiras residentes do programa multiprofissional em

saúde do idoso, o período de coleta se deu entre os meses de julho de 2017 a julho de 2018, nas dependências do hospital. A fim de capacitar e calibrar a equipe de coleta de dados, realizou-se uma atualização teórico-prática de 45 horas acerca da avaliação de pele em idosos, abordando os aspectos inerentes aos seguintes assuntos: lesões elementares, lesão por pressão, lesão por fricção, lesão por adesivo, dermatites associadas à incontinência⁽²¹⁾.

Tratamento e análise de dados

Os dados foram organizados em planilha de Excel e posteriormente analisados no pacote estatístico Stata, versão 12. Inicialmente, procedeu-se a análise de associação dos dados com estimativa do OR, seus intervalos de confiança (IC 95%) e teste de qui-quadrado, segundo cada tipo de lesão como dependente, e as variáveis do paciente e da lesão como independentes. Para melhor visualização dos resultados, produziu-se gráficos de barras. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$ e as análises foram realizadas no SPSS 21.0⁽²²⁾.

Como análise múltipla, modelos de regressão logística múltipla foram produzidos com cada tipo de lesão como variável dependente e todos os fatores associados como independente. O método de seleção dos modelos foi *step-wise* que consiste em iniciar o processo de modelagem selecionando as variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada e incluir as mesmas nos modelos múltiplos da mais significativa para a menos significativa.

Em seguida, eleição do modelo mais ajustado foi pelos critérios: significância da variável independente testada, r-quadrado do modelo mais ajustado, e controle de variáveis de confusão pela interação entre independentes remanescentes no modelo.

Aspectos éticos

A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos e teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos de uma Instituição de Ensino Superior (parecer nº 2.012.327 e CAAE nº 66782217.9.0000.5689) respeitando os ditames da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinki.

Resultados

Participaram da pesquisa 133 idosos, com predomínio do sexo masculino ($n=76$; 57,2%), cor da pele branca ($n=110$; 82,7%), faixa etária entre 60 e 74 anos ($n=75$; 56,39%), analfabetos ($n=64$; 48,1%), casados ($n=55$; 41,4%), o tempo médio de internação foi de 7,1 dias ($DP \pm 0,76$), apresentando doença crônica ($n=125$; 93,9%) e multimorbidade ($n=94$; 70,7%).

Ainda, verificou-se que a maioria dos idosos utilizavam dispositivos médicos (n=130; 97,7%), encontravam-se restritos ao leito (n=130; 97,7%) e índice massa corporal (IMC) normal (n=72; 54,1%), apresentavam couro cabeludo limpo (n=83; 62,4%), coloração (n=62; 46,6%) e turgor (n=83; 62,4%) da pele normais, pele de espessura fina (n=125; 93,9%) e textura seca (n=83; 62,4%), ausência de prurido (n=129; 97,0%), deficit de sensibilidade (n=81; 60,9%) e risco alto para lesão por pressão (n=103; 77,5%).

No que se refere as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes, observou-se a relação estatística entre lesão por pressão e as variáveis estado civil e tipo de dieta, de modo a inferir que pacientes que não são casados possuem 2,8 vezes a chance de apresentar esse tipo de condição, tal como aqueles que fazem uso de dieta enteral estão 7,7 vezes mais propensos a ter lesão por pressão.

No que tange as características tegumentares e lesão por pressão, constatou-se que idosos classificados como de alto risco para desenvolvimento de LPP, conforme Escala de *Braden* apresentaram 8,4 vezes a chance de apresentar essa condição que os idosos de baixo risco. Além disso, aqueles que apresentam lesão elementar secundária tiveram o risco aumentado em 9,9 vezes em relação aos que não apresentam lesão elementar secundária.

Em relação à dermatite associada a incontinência (DAI) observou-se associação estatística significativa em relação as variáveis: turgor, prurido e quantidade de lesões de pele. De modo que é possível inferir que idosos com turgor da pele diminuído apresentaram 4,9 vezes a chance desenvolver DAI que aqueles com turgor normal. Houve maior chance de ter DAI em idosos que apresentaram prurido (OR=9,7) e possuíam maior quantidade de lesões de pele (OR=0,07;0,05).

Para fins de construção de modelo de regressão logística múltipla, foram selecionadas as variáveis relacionadas ao paciente e sua pele cujo o valor de *p* foi igual ou inferior a 0,20, como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 – Análise bivariada das lesões LPP e DAI segundo as condições de idosos internados em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário, Ponta Grossa, PR, Brasil, 2017-2019 (n= 133) (continua)

Características do paciente		LPP			DAI		
		OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Cor da pele	Branca	2,4	0,8 – 6,9	0,152	1,3	0,3 – 6,2	0,754
	Outros	Ref			Ref		
	60-74	Ref			Ref		
Faixa etária (anos)	75-84	2,1	0,9 – 4,4	0,065	1,1	0,3 – 3,4	0,917
	85 e+	1,3	0,4 – 1,2	0,709	-	-	

Tabela 1 – Análise bivariada das lesões LPP e DAI segundo as condições de idosos internados em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário, Ponta Grossa, PR, Brasil, 2017-2019 (n= 133) (conclusão)

Características do paciente	OR	LPP			DAI		
		OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Sexo	Feminino	1,0	0,5 – 2,0	1,000	1,9	0,6 – 5,8	0,259
	Masculino	Ref			Ref		
Estado civil	Casado	Ref			Ref		
	Outros	2,8	1,3 – 5,9	0,009	1,9	0,6 – 6,3	0,311
Tempo de internação (dias)	1-7	0,5	0,2 – 1,1	0,070	0,4	0,1 – 1,1	0,081
	>8	Ref			Ref		
Dieta	Oral	Ref			Ref		
	Enteral	7,7	2,2 – 26,8	0,001	4,4	0,5 – 34,9	0,163
	Normal	Ref	-	-	Ref	-	-
Coloração da pele	Pálida	0,7	0,3 – 1,4	0,449	3,05	0,7 – 11,9	0,129
	Rubor	1,02	0,1 – 6,0	1,000	0,8	0,08 – 8,1	1,000
	Icterícia	2,04	0,2 – 19,5	1,000	0,6	0,06 – 6,7	0,566
	Cianose	1,02	0,08 – 11,9	1,000	-	-	-
Turgor	Normal	1,05	0,5 – 2,1	1,000	Ref		
	Diminuído	Ref	-	-	4,9	1,4 – 16,7	0,008
Prurido	Não	0,1	0,01 – 1,8	0,141	Ref		
	Sim	Ref	-	-	9,7	1,2 – 75,6	0,055
Todos pulsos presentes	Não	0,7	0,2 – 1,9	0,623	1,1	0,2 – 5,5	1,000
	Sim	Ref	-	-	Ref	-	-
	0	Ref	-	-	-	-	-
Quantidade de lesões presentes	1-3	Ref	-	-	-	-	-
	4-6	1,0	0,4 – 2,4	1,000	0,3	0,0 – 3,1	0,615
	7-9	0,5	0,2 – 1,5	0,332	0,07	0,0 – 0,6	0,006
	10 ou +	0,5	0,1 – 2,2	0,479	0,05	0,0 – 0,6	0,019
Lesão Primária	Não	0,6	0,2 – 1,6	0,504	0,2	0,0 – 2,2	0,299
	Sim	Ref	-	-	-	-	-
Lesão Secundária	Não	Ref	-	-	-	-	-
	Sim	9,9	2,8 – 34,5	<0,001	-	-	-

Conforme os critérios de elegibilidade, foram ajustadas as variáveis e obteve-se o modelo final de regressão logística múltipla, o qual pode ser observado na Tabela 2. A partir desse modelo, verificou-se que uso de dieta enteral aumenta em 07 vezes a chance de ter lesão por pressão, bem como os fatores: não ser casado (OR=2,5) apresentar lesão secundária (OR=7,8) e risco alto para desenvolvimento de LPP, conforme *Braden* (OR=8,7).

Neste modelo também foi evidenciado que os idosos que apresentam turgor da pele prejudicado têm 5 vezes a chance de desenvolver DAI do que aqueles com turgor normal, bem como aqueles que apresentam prurido têm 10,2 chances em adquirir esta condição. Contudo, não houve modelo múltiplo significativo para as variáveis do paciente e DAI.

Tabela 2 – Modelo final de regressão logística múltipla apenas com variáveis significativas de cada tipo de lesão segundo variáveis do paciente (1) e segundo variáveis da pele (2) coletadas em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário, Ponta Grossa, PR, Brasil, 2017-2019 (n=133)

Análise de regressão logística múltipla		LPP		
		OR ajustada	IC 95%	p-valor
(1)	Dieta: via enteral x oral	7,0	2,0 – 24,8	0,003
	Estado civil: outros x casado	2,5	1,1 – 5,5	0,026
	Lesão secundária: sim X não	7,8	2,2 – 27,9	0,002
	Risco de lesão (Braden): alto X baixo risco	8,7	1,1 – 71,9	0,044
		DAI		
		OR ajustada	IC 95%	p-valor
(2)	Turgor: sim x não	5,0	1,4 – 17,6	0,012
	Prurido: sim x não	10,2	1,1 – 94,3	0,040

Discussão

Após realização de análise multivariada e construção de modelo preditivo, observou-se resultados expressivos quantos as características dos pacientes e sua pele, observando associação estatisticamente significativa de Lesão por Pressão (LPP) e as variáveis: uso de dieta enteral, não ser casado, presença de lesão secundária e alto risco para desenvolvimento de LPP segundo Escala de Braden. A Dermatite Associada a Incontinência observou associação entre as características: turgor da pele diminuído e prurido.

Resultados semelhantes a esta pesquisa foram evidenciados em estudo de coorte prospectiva recente, o qual objetivou estimar a incidência de lesão por pressão e seus fatores associados em hospitais públicos e privados na cidade de São Paulo. A referida pesquisa dentre outros achados identificou a incidência da condição acentuada em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em comparação as unidades de internamento⁽²³⁾.

Além disso, em consonância com os achados do modelo preditivo desenvolvido, Serpa e colaboradores²³ destacaram altas pontuações na Escala de *Braden*, a qual concernem em baixo risco de desenvolver LPP como um fator protetor a ocorrência da condição, bem como maior risco de LPP em pacientes mais velhos (RR = 1,05; IC 95% 1,04-1,07) e em risco de desnutrição (RR = 3,51; IC 95% 1,71-7,24).

Essas pesquisas evidenciam o que é comumente observado na prática hospitalar, principalmente em ambiente crítico, cujo perfil de internados é semelhante aos fatores associados às lesões de pele elencados nas pesquisas. Dessa forma, emerge a necessidade de se voltar ao cerne do problema e pensar sobre o perfil dos pacientes internados para além da identificação dos principais motivos de internamento nesta população, com a finalidade de

conhecer e solucionar os principais determinantes de saúde que levam os idosos em meio a comunidade a necessitar de cuidados intensivos.

Ainda com relação ao segmento idoso, aspectos inerentes ao envelhecimento não patológico como as alterações tegumentares acabam por se associar com processo senil de instalações de lesões primárias e secundárias. Estudos recentes^(24,6-7) apontam a integridade da pele prejudicada como um fator predisponente a LPP, tal fato é justificado pela vulnerabilidade cutânea presente em muitos dos internados que ao se deparar com fatores de risco ambientais, tem seus sinais exacerbados ocasionando o rompimento da pele.

Corroborando com os achados desta pesquisa, Hu e colaboradores²⁵ em um estudo epidemiológico desenvolvido em um hospital universitário regional em Taiwan com o intuito de construir três modelos de preditivos de lesão por pressão em paciente hospitalizado por meio de técnicas de aprendizado de máquina, verificou que pacientes com integridade da pele prejudicada apresentavam alto risco para lesão por pressão, bem como aqueles que já apresentavam alguma lesão, tinham maiores chances de desenvolver LPP durante o internamento.

Em relação a variável não ser casado que se associou a presença de LPP, pouco se achou sobre o assunto. No entanto, essa relação pode ser explicada pela questão do autocuidado prejudicado, sendo comum observar idosos frágeis ou em situação de vulnerabilidade que passam por mudanças no arranjo familiar com a ausência do parceiro, não possuem rede de apoio familiar, ou a mesma se encontra desestruturada⁽²⁶⁻²⁷⁾, de modo a não oferecer suporte necessário para manutenção da saúde, culminando em piora da integridade cutânea, com surgimento e agravamento de lesões, fragilidade, adoecimento, reinternamentos e óbito⁽²⁸⁾.

A despeito da Escala de *Braden*, embora não tenha sido elaborada especificamente para uso de terapia intensiva, o presente modelo preditivo verificou forte associação da mesma com LPP, demonstrando-se um instrumento eficiente para uso nesse cenário. A mesma relação foi observada em uma revisão sistemática feita a partir de modelos preditivos de lesão por pressão, a qual objetivou avaliar os fatores de risco de LPP em pacientes críticos identificados na literatura recente e constatou a que a Escala de *Braden* se apresentou superior as demais quando aplicadas em ambiente crítico. A referida revisão vem ao encontro também com os achados deste modelo preditivo, de modo a evidenciar a classificação de alto risco segundo *Braden* na admissão como um fator de risco significativo na análise multivariada⁽²⁹⁾.

Em estudo multicêntrico, transversal e descritivo exploratório realizado em hospitais chineses, cujo objetivo foi avaliar a prevalência, incidência e fatores associados às lesões por pressão entre pacientes hospitalizados e verificou que a variável pontuação de Escala de *Braden* modificada apresentou associação significativa a prevalência de LPP em análise multivariada, além de apontar a desnutrição como diagnóstico de internação preditivo de LPP⁽³⁰⁾.

A nutrição possui papel importante na prevenção e tratamento das lesões por pressão. De modo que aspectos nutricionais são comumente observados como fatores de risco e proteção às lesões de pele, principalmente lesão por pressão. Tal fato é explicado pela influência da nutrição na oxigenação sanguínea dos tecidos, bem como a importância dos nutrientes e componentes presentes na dieta para manutenção da integridade da pele⁽²⁵⁾. Contudo, destaca-se a importância da nutrição adequada para a saúde musculoesquelética, uma vez que a presença de desnutrição corrobora para perda de massa muscular, e consequentemente acelera o processo de sarcopenia entre os idosos hospitalizados⁽³¹⁾.

No entanto, observa-se a escassez de estudos sobre a relação entre a via de alimentação e o risco de lesões, não sendo possível chegar a um consenso sobre a temática. No entanto, estudo de revisão sistemática a despeito dos eventos adversos relacionados ao uso de sondas nasoenterais e nasogástricas evidencia a lesão por pressão relacionada a fixação da sonda como um dos principais eventos adversos relativos a esses dispositivos, o qual não reporta em evento grave, porém causa desconforto e é potencialmente evitável⁽³²⁾.

Tal fato também foi evidenciado em uma pesquisa qualitativa desenvolvida com o intuito verificar a percepção dos técnicos de enfermagem sobre os riscos ao paciente em uso de terapia nutricional enteral (TNE), durante um cenário de simulação clínica em um hospital universitário gaúcho. Neste, verificou-se que o uso de terapia nutricional enteral implica em riscos como: a broncoaspiração da dieta, a saída inadvertida da sonda, a obstrução da sonda, contaminação da TNE, desnutrição, troca de dieta entre os pacientes e lesão de pele⁽³³⁾.

Assim como a nutrição, a hidratação é fundamental para o bom funcionamento e preservação do sistema tegumentar. Uma medida comumente utilizada para avaliação da hidratação cutânea é a verificação do turgor da pele, a qual frequentemente apresenta-se diminuído entre os idosos⁽³⁴⁾. Tal fato decorre de alterações causadas pelo envelhecimento, uma delas é o aumento da gordura corporal e diminuição da massa magra que ocorre

frequentemente no idoso, diminuindo a porcentagem de água que corpo pode armazenar. Isso, combinado com a diminuição da sensação de sede, aumenta o risco de desidratação⁽³¹⁾.

Além disso, estruturas da pele sofrem alterações, principalmente no manto hidrolipídico, cuja função é manter a hidratação da pele e consequente a lubrificação, se tornando uma barreira para a ressecamento ou umidificação excessiva, como é o caso da Dermatite Associada a Incontinência (DAI), o que justifica a associação evidenciada na presente pesquisa⁽³⁴⁾.

A DAI também esteve associada a presença de prurido, o que pode ser explicado por ser um sinal comumente encontrado entre pacientes com DAI⁽¹¹⁾, como observado no estudo desenvolvido por Ferreira e colaboradores³⁵ realizado com 138 idosos internados em duas unidades hospitalares no interior de São Paulo, o qual evidenciou o prurido (23%) como um dos principais sintomas mais prevalentes entre os idosos incontinentes

Neste aspecto, a presente pesquisa apresenta resultados semelhantes ao estudo de coorte, elaborado por Chianca e colaboradores³⁶ com intuito de verificar a incidência, determinar fatores de risco e propor modelo de predição de risco para desenvolvimento de DAI em pacientes críticos, ao qual foi observada na análise bivariada associação significativa da variável prurido com a DAI, no entanto com a construção do modelo preditivo não foi possível constatar tal achado.

As limitações deste estudo referem-se ao tipo de estudo como fator limitante da avaliação entre as relações de causa e efeito, bem como o tamanho pequeno da amostra (n=133), limitando o poder dos testes estatísticos para detectar associações relevantes na análise dos preditores dos diferentes tipos de lesões de pele. Além disso, evidencia-se a necessidade de aprofundamento acerca dessa temática prevalente na prática clínica em ambiente intensivo.

Contudo, o presente estudo por meio dos seus achados contribui para que a Enfermagem e demais profissionais da saúde voltem o olhar para essas condições tão prevalentes em idosos críticos, a fim de elencar medidas preventivas que impliquem em melhora da qualidade vida durante e após o internamento.

Conclusão

O presente estudo evidenciou variáveis associadas a presença de LPP e DAI por meio da construção de modelo preditivo. Os resultados da pesquisa sugerem que a LPP associa-se ao uso de dieta enteral, não ser casado, presença de lesão secundária e alto risco para desenvolvimento de LPP conforme Escala de *Braden*. Já a DAI associou-se ao turgor da pele

diminuído e prurido. O estudo apresenta a influência de aspectos intrínsecos e extrínsecos na prevalência de lesões de pele em idosos hospitalizados, que demandam conhecimento teórico-prático para prevenção e manejo eficaz.

Referências

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2016;19(3):507-519. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.
2. Pedrosa IL, Freire DMC, Schneider RH. Construction of an instrument for the prognostic evaluation of elderly persons in intensive care units. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2017;20(3):319-329. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160101>.
3. Medeiros ABA, Fernandes MICDias, Tinôco JDSá, Cossi MS, Lopes MVO, Lira ALBC. Predictors of pressure ulcer risk in adult intensive care patients: a retrospective case-control study. *Intensive And Critical Care Nursing.* 2018;45:6-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.007>.
4. Coyer F, Miles S, Gosley S, Fulbrook P, Sketcher-Baker K, Cook, J, et al. Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: a state-wide comparison. *Australian Critical Care.* 2017;30(5):244-250. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2016.12.003>.
5. Constantin A, Moreira AP, Oliveira JL, Hofstätter LM, Fernandes L. Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva para adultos. *Revista Estima.* 2018;16(1):1-9. doi: http://dx.doi.org/10.30886/estima.v16.454_pt.
6. Yarad E, O'connor A, Meyer J, Tinker M, Knowles S, Li Y, et al. Prevalence of pressure injuries and the management of support surfaces (mattresses) in adult intensive care patients: a multicentre point prevalence study in australia and new zealand. *Australian Critical Care.* 2020;34(1):60-66. doi: [10.1016/j.aucc.2020.04.153](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.04.153).
7. Zhang Y, Wang S, Zhang X, Zhang W, Wang X. Incidence and Influencing Factors of Medical Adhesive-Related Skin Injury in Critically Ill Patients. *Adv Skin Wound Care.* 2020;33(5):260-266. doi: [10.1097/01.ASW.0000658584.09988.fa](https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000658584.09988.fa)
8. Matozinhos FP, Velasquez-Melendez G, Tiensoli SD, Moreira AD, Gomes FSL. Factors associated with the incidence of pressure ulcer during hospital stay. *Rev. esc. enferm. USP.* 2017;51:e03223. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016015803223>.
9. EPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel. NPIAP – National Pressure Injury Advisory Panel and PPPIA – Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida. EmilyHaesler: EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019.

10. Beeckman D, Campbell J, Campbell K, Chimentão D, Domansky R, Gray M, et al. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International*. 2015; [acesso Out 01, 2018]. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward>.
11. Strehlow BR, Fortes VLF, Amarante MV. Incontinence-Associated Dermatitis in Hospitalized Elderly Patients: nurses' self-reported knowledge. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2018;10(3):801-9. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.801-809>.
12. Beeckman D. A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): evidence, knowledge gaps and next steps.: Evidence, knowledge gaps and next steps. *Journal Of Tissue Viability*. 2017;26(1):47-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtv.2016.02.004>.
13. Beele H, Smet S, Damme NV, Beeckman D. Incontinence-Associated Dermatitis: pathogenesis, contributing factors, prevention and management options. *Drugs Aging*. 2017;35(1):1-10. doi: 10.1007/s40266-017-0507-1.
14. Miranda WA, Medeiros LB, Nascimento JA, Ribeiro KSQS; Nogueira JA, Leadebal ODCP. Modelo preditivo de retenção no cuidado especializado em HIV/aids. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018;34(10):1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00209416>.
15. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
16. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Incontinence-associated Dermatitis. *Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing*. 2007;34(1):45-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00152192-200701000-00008>.
17. Leblanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D, Edwards K, Holloway S, et al. The Art of Dressing Selection. *Advances In Skin & Wound Care*. 2016;29(1):32-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.asw.0000475308.06130.df>.
18. Strazzieri-Pulido KC, Peres GRP, Campanili TCGF, Santos VLCG. Skin tear prevalence and associated factors: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):674-680. doi: 10.1590/S0080-623420150000400019.
19. McNichol L, Lund C, Rosen Ted, Gray Mikel. Medical Adhesives and Patient Safety. *Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing*. 2013;40(4):365-380. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/won.0b013e3182995516>.
20. Kim TH, Lee JS, Ahn JH, Kim CH, Yoon JU, Kim EJ. Medical adhesive related skin injury after dental surgery. *Journal Of Dental Anesthesia And Pain Medicine*. 2018;18(5):305-308. doi: <http://dx.doi.org/10.17245/jdapm.2018.18.5.305>.
21. Grden CRB, Ivastcheschen T, Cabral LPA, Reche PM, Bordin D. Prevalence and factors associated with elementary lesions in hospitalized elderly. *Rev Rene*. 2019;20(e40384):1-8. doi: 10.15253/2175-6783.20192040384

22. Ibm Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2012.
23. Serpa LF, Ortiz MM, Lima AC, Bueno L, Nogueira PC, Ferri C, et al. Incidence of hospital-acquired pressure injury: a cohort study of adults admitted to public and private hospitals in sao paulo, brazil. *Wound Repair And Regeneration*. 2020;29(1):79-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/wrr.12868>.
24. Murphree RW. Impairments in Skin Integrity. *Nursing Clinics Of North America*. 2017;52(3):405-417. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.008>.
25. Hu YH, Lee, YL, Kang MF, Lee PJ. Constructing inpatient pressure injury prediction models using machine learning techniques. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2020;38(8):415-423. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/CIN.0000000000000604>.
26. Jam JG. Reorganização da rede familiar após Ácido Vascular Cerebral. *Rev Cubana Enfermer*. 2017 [acesso Jun 12, 2020]; 33(2):460-71. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v33n3/1561-2961-enf-33-03-e918.pdf>.
27. Grden CRB, Lenardt MH, Sousa JAV, Kusomota L, Dellaroza MSG, Betiolli SE. Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a community. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2886. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1770.2886>
28. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Linha guia da saúde do idoso. Curitiba: SESA; 2017.
29. Cox Jill. Pressure Injury Risk Factors in Adult Critical Care Patients: A Review of the Literature November 16, 2017 in Education. *Ostomy Wound Management*. 2017 [acesso Jun 12, 2020];63(11):30-43, 2017. Disponível em: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/wmp/article/pressure-injury-risk-factors-adult-critical-care-patients-review-literature>.
30. Liu Y, Wu X, Ma Y, Li Z, Cao J, Jiao J, et al. The prevalence, incidence, and associated factors of pressure injuries among immobile inpatients: A multicentre, cross-sectional, exploratory descriptive study in China. *International wound journal*. 2019;16(2):459-466. doi: <https://doi.org/10.1111/iwj.13054>.
31. Munoz N, Posthauer ME, Cereda E, Schols JMGA, Haesler E. The Role of Nutrition for Pressure Injury Prevention and Healing: the 2019 international clinical practice guideline recommendations. *Advances In Skin & Wound Care*. 2020;33(3):123-136. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.asw.0000653144.90739.ad>.
32. Motta APG, Rigobello MCG, Silveira RCCP, Gimenes FRE. Nasogastric/nasoenteric tube-related adverse events: an integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3400. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3355.3400>.

33. Corrêa APA, Nora CRD, Sousa GPD, Santos VJD, Viegas GL, Agea JLD, et al. Riscos da terapia nutricional enteral: uma simulação clínica. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2020;41: e20190159. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190159>.
34. Giaretta VMA, Silva AM, Renó ACM, Aguiar DAF, Arantes CMS, Posso MBS. Proposta de uma escala para avaliar o turgor da pele de idosos. *Revista Ciência e Saúde On-line.* 2016 [acesso Jun 12, 2020];1(1):1-7. Disponível em: <https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/7/12>
35. Ferreira M, Abbade L, Bocchi SCM, Miot HA, Boas PV, Guimaraes HQC.P. Dermatite associada à incontinência em idosos: prevalência e fatores de risco. *Rev. Bras. Enferm.* 2020;73:e20180475. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0475>.
36. Chianca TCM, Gonçalves PC, Salgado PO, Machado BDO, Amorim GL, Alcoforado CLGC. Dermatite associada à incontinência: estudo de coorte em pacientes críticos. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2016;37:e68075. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68075>.

7.3 PROPOSTA DE PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR PARA PREVENÇÃO ÀS LESÕES DE PELE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADE HOSPITALAR

RESUMO

Objetivo: elaborar proposta de protocolo de condutas teórico-práticas interdisciplinares a despeito de boas práticas na atenção a integridade da pele, com ênfase na prevenção de lesões em âmbito hospitalar. **Desenvolvimento:** O estudo aborda conceitos, classificações, intervenções e recomendações, as quais foram elaboradas a partir dos resultados da coleta de dados e posterior busca na literatura nacional e internacional, tendo como base artigos recentes e *guidelines* amplamente difundidos internacionalmente. Destaca-se como um diferencial do material, a abordagem interdisciplinar contida, sendo a partir desse elencados medidas preventivas relacionadas as lesões comumente observadas em âmbito hospitalar: lesão por pressão, lesão de pele relacionada a adesivo médico, lesão por fricção e dermatite associada a incontinência. **Conclusão:** A presente proposta evidenciou recomendações e intervenções preventivas às lesões de pele abordando fatores comumente relacionados: aspectos extrínsecos e intrínsecos ao paciente, pele, umidade, pressão, forças de atrito e dispositivos, concernindo em um instrumento norteador de condutas preventivas interdisciplinares.

Descritores: Idosos; Unidades de Terapia Intensiva; Pele; Protocolos; Enfermagem Geriátrica

Descriptors: Aged; Intensive Care Units; Skin; Protocols; Geriatric Nursing.

Descriptoros: Anciano; Unidades de Terapia Intensiva; Protocolos; Piel; Enfermería Geriátrica.

INTRODUÇÃO

As lesões de pele acometem grande parte dos idosos internados, principalmente aqueles que estão sob cuidados intensivos, causando desconforto e dor, maior manejo requerido, incremento nos custos do tratamento e prejuízos para qualidade de vida intra e extra hospitalar. Deste modo, medidas preventivas são essenciais para minimizar essas condições.

Pesquisadores das ciências do envelhecimento evidenciam barreiras modificáveis, que constituem impedimento para prevenção de lesões em ambiente intensivo, como por exemplo: dificuldades na educação para prevenção, evidenciado pelo excesso de orientações preventivas, porém sem priorizar a execução das mesmas; dificuldade para identificação do risco de lesões e estadiamento quando a lesão está presente, bem como, a falta de conhecimento dos recursos preventivos disponíveis (COYER *et al.*, 2019).

Para tanto, se faz necessário a elaboração e implantação de protocolos e programas de educação permanente sob a perspectiva interdisciplinar, destinado ao cuidado da população idosa hospitalizada, a fim de garantir o cuidado integral de qualidade desempenhado em conjunto pela equipe interprofissional, por meio de planos preestabelecidos em protocolo, com vistas ao alinhamento de ideias, padronização das ações, a fim de garantir segurança e

qualidade dos serviços prestados (MITTAG *et al.*, 2017).

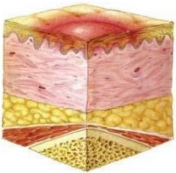
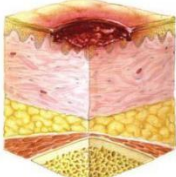
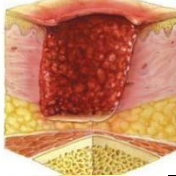
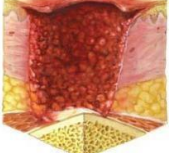
Nessa perspectiva, o presente documento objetiva a elaboração de proposta de protocolo de condutas teórico-práticas interdisciplinares a despeito de boas práticas na atenção a integridade da pele, com ênfase na prevenção de lesões em âmbito hospitalar. No entanto, o mesmo não se destina a ser um manual ou um compêndio de instruções, mas sim uma ferramenta para orientar a prática e melhorar a tomada de decisão por equipes interprofissionais no atendimento de pacientes com maior risco de desenvolver condições cutâneas. Sua implementação deve ser revista e adaptada, quando necessário, conforme cada instituição ou ambiente de prática e em consonância as necessidades do cliente .


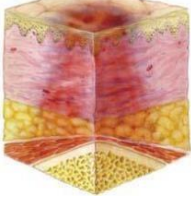
CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES

LESÃO POR PRESSÃO

São consideradas lesões por pressão (LPP) os danos na pele e/ou tecidos adjacentes causados por fatores de força, pressão, cisalhamento, fricção e umidades, comumente associados à presença de proeminência óssea. Contudo, esse tipo de lesão pode se apresentar de diversas formas, recebendo a classificação de seus estágios de acordo com o tecido acometido, como apresentados no quadro 1 e quadro 2 (EPUAP; NPIAP; PPIA, 2019).



Quadro 1 – Classificação de estágio e descrição das características dos diferentes estágios de lesões por pressão segundo o consenso internacional de lesão por pressão – 2019.

IMAGEM	CLASSIFICAÇÃO DE ESTÁGIO E DESCRIÇÃO
	Estágio 01: Pele íntegra apresentando eritema não branqueável a digito pressão em região de proeminência óssea.
	Estágio 02: Rompimento da camada mais apical da pele, com perda da epiderme e exposição da derme. Também enquadra-se nessa categoria bolhas integras com conteúdo límpido ou rompidas.
	Estágio 03: Rompimento derme, apresentando perda da espessura total da pele e visualização do tecido adiposo. Nesse estágio não é possível verificar o acometimento de fáscia muscular, músculos, tendões e ossos.
	Estágio 04: Comprometimento de estruturas mais profundas, ao exemplo de fáscia, músculos, tendões e ossos. Sendo comumente observado a formação de tunéis.

	<p>Lesão inclassificável ou não estádiável: Classificado quando a lesão por pressão apresenta o leito coberto por tecido necrótico, escara ou esfacelo, sendo inviável a avaliação do leito da lesão e por sua vez impossibilitando a identificação da estrutura acometida.</p>
	<p>Lesão por pressão tissular profunda: Lesão caracterizada por presença de pele íntegra com mancha não branqueável em região de proeminência óssea. Sua coloração pode variar de vermelho escuro, púrpura ou marrom, com alteração de temperatura e sensibilidade em comparação a região perilesional.</p>

EPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel. NPIAP – National Pressure Injury Advisory Panel and PPPIA – Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida.** Emily Haesler: EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019.

Quadro 2 – Classificações adicionais de lesões por pressão segundo o consenso internacional de lesão por pressão – 2019.

	<p>Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico: Trata-se de lesões advindas das forças de atrito entre o dispositivo médico e a pele, ao qual comumente é verificado pelo dano com formato do dispositivo. Classificada conforme as demais lesões por pressão, tendo em vista a porção afetada.</p>
	<p>Lesão por pressão em membranas mucosas: Recebem essa denominação lesões observadas em membranas mucosas. Não são categorizadas devido a anatomia do tecido.</p>








Fonte: As autoras, 2021.

LESÃO POR ADESIVO MÉDICO

Lesões de pele relacionados a adesivos médicos, internacionalmente conhecidas como *Medical Adhesive-Related Skin Injuries* (MARSI), são definidas pela presença de danos à pele, cuja permanência é possível observar após 30 minutos da retirada do adesivo (MCNICHOL *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2018).

Essa lesão ocorre em detrimento do contato da pele com o agente irritante adesivo, podendo ser fita adesiva, materiais adesivos para fixação de dispositivos, eletrodos, curativos e demais insumos com cobertura adesiva (OUSEY; WASEY, 2016). Ela não apresenta classificação diferenciada, porém pode-se apresentar de diversas maneiras, ao exemplo de descamação, lacerações, bolhas, foliculite, dermatite e maceração da pele (MCNICHOL *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2018), como observado demonstrado nas imagens do quadro 3.

Quadro 3 – Classificação e descrição de lesões por adesivo conforme McNichol e colaboradores, 2013.

IMAGEM	CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO
	Descamação da pele: Retirada de uma ou mais camadas da epiderme após remoção da fita adesiva ou curativo. Concernem em lesões comumente rasas, podendo estar acompanhada de eritema e bolhas.
	Lesão por tensão: Separação da epiderme e derme com rompimento delas, em virtude da distensão da pele em detrimento a fita adesiva ou curativo inflexível.
	Lesão por fricção: Lesão traumática ocasionada pela força mecânica e fricção da pele com o artefato adesivo. Nessa lesão pode ser observada perda da espessura parcial ou total da pele
	Dermatite de contato irritativa: Dermatite causada pelo contato direto da pele com agente irritante. A lesão apresenta-se bem delimitada, com hiperemia, edema e presença de vesículas. Normalmente tem curta duração
	Dermatite alérgica: Esta lesão ocorre em resposta celular imunológica ao componente do adesivo, comumente caracterizada por área de eritema com presença de vesículas, com acometimento para além da área de exposição e maior tempo de permanência.
	Maceração: Lesão resultante do contato prolongado da pele com umidade. Caracterizada por pele enrugada, com coloração esbranquiçada ou acinzentada.
	Foliculite: Lesão de caráter inflamatório no folículo piloso decorrente da remoção inadequada do adesivo causando atrito. Manifestam por pequenas elevações da pele em torno folículo, além de poder aparecer maculas e pápulas na região.






Fonte: MCNICHOL, Laurie; LUND, Carolyn; ROSEN, Ted; GRAY, Mikel. Medical Adhesives and Patient Safety. *Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing*, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 365-380, 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/won.0b013e3182995516>.

LESÃO POR FRICÇÃO

São denominadas lesões por fricção todas feridas traumáticas provocadas por fricção isolada ou acompanhada de cisalhamento, comumente observadas entre idosos longevos e prematuros. Referem-se a lesões causadas pelo descolamento das camadas mais apicais da pele, podendo haver rompimento dos tecidos ou não, e com perda da espessura parcial ou total da pele (LEBLANC *et al.*, 2016; STRAZZIERI-PULIDO *et al.*, 2017).

Embora existam outras classificações de lesão por fricção presentes na literatura, a mais difundida e aceita internacionalmente foi desenvolvida inicialmente por Payne e Martin (1993), os quais foram os precursores da temática desenvolvendo o sistema de classificação *Skin Tear Audit Research (STAR)*, apresentados no quadro 4.

Quadro 4 – Classificação e características das lesões por fricção segundo o Payne e Martim - 1993

IMAGEM	CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO
	Categoria 1a: Sem perda tecidual, neste caso o retalho cutâneo apresenta-se com coloração normal e pode ser realinhado à posição anatômica normal.
	Categoria 1b: Sem perda tecidual, retalho encontra-se pálido ou escurecido e também pode ser realinhado à posição anatômica normal.
	Categoria 2a: Há perda tecidual parcial, o retalho possui coloração normal, porém não é possível o realinhamento à posição anatômica.
	Categoria 2b: Há perda tecidual parcial, com retalho de coloração pálida ou escurecida, no qual o retalho cutâneo não pode ser realinhado.
	Categoria 3: Perda tecidual total, com retalho completamente ausente.

Fonte: LEBLANC, Kimberly; BARANOSKI, Sharon. Rasgos de pele: estado da ciência: declarações de consenso para a prevenção, previsão, avaliação e tratamento de rasgos de pele ©. **Avanços no tratamento da pele e feridas**, v. 24, n. 9, p. 2-15, 2011.

DERMATITE ASSOCIADA INCONTINÊNCIA

A Dermatite Associada à Incontinência (DAI) é um dos tipos de Lesão de Pele Associada à Umidade ou *Moisture associated skin damage (MASD)*, como é internacionalmente conhecida. A DAI é caracterizada por dermatose inflamatória caracterizada por eritema, erosão e maceração da pele, decorrente do contato da pele com urina ou fezes. Essas alterações tornam a pele mais friável para o rompimento e infecções por microrganismos, ao exemplo da infecção fúngica e comumente presente na DAI (BEECKMAN, 2017).

Embora seus sinais sejam específicos, a forma de apresentação pode diferir conforme a gravidade da condição. Dessa forma, a DAI é classificada em duas categorias: categoria 1, quando o tecido é danificado, apresentado de eritema e/ou edema, porém sem apresentar rompimento da pele; categoria 2, quando observa-se erosão moderada ou grave na epiderme, presença de exsudato, podendo haver sinais de infecção, como mostra as figuras abaixo (BEECKMAN *et al.*, 2015).

Figura 1 – Dermatite Associada a Incontinência categoria 1, conforme classificação de Beeckman e colaboradores – 2015



Fonte: BEECKMAN, Dimitri. A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): evidence, knowledge gaps and next steps: Evidence, knowledge gaps and next steps. **Journal Of Tissue Viability**, [s.l.], v. 26, n. 1, p. 47-56, 2017

Figura 2 – Dermatite Associada a Incontinência categoria 2, conforme classificação de Beeckman e colaboradores – 2015



Fonte: BEECKMAN, Dimitri. A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): evidence, knowledge gaps and next steps: Evidence, knowledge gaps and next steps. **Journal Of Tissue Viability**, v. 26, n. 1, p. 47-56, 2017.

INTERVENÇÕES E RECOMENDAÇÕES

As intervenções e recomendações descritas foram elaboradas a partir dos resultados obtidos na coleta de dados, bem como por meio de ampla busca na literatura nacional e internacional, tendo como base artigos recentes e *guidelines* amplamente difundidos internacionalmente.

Destaca-se como um diferencial destas recomendações, a abordagem interdisciplinar contida. Uma vez que a interdisciplinaridade é um movimento contemporâneo, o qual emerge

da perspectiva dialógica, corroborando para fusão e integração das ciências e áreas de conhecimento, em favor do rompimento da hiperespecialização e fragmentação dos saberes na saúde (JAPIASSU, 1976), conforme demonstrado na figura abaixo:

Figura 3 – Ilustração do conceito de interdisciplinaridade em saúde, conforme Japiassu, 1976.



Fonte: As autoras, 2021

Além disso, na prática clínica, o desenvolvimento não compreende tão somente o atendimento simultâneo de duas ou mais profissões ao mesmo paciente. Embora seja recomendado o atendimento neste formato de consulta ampliada, a abordagem interdisciplinar vai para além desse conceito e abrange a realização de condutas e cuidados que perpassam, e no contexto hospitalar, devem ser desenvolvidas por todas as áreas de conhecimento atuantes nesse meio, seja na gestão ou atendimento direto ao paciente.

Nessa perspectiva, para facilitar a compreensão dos usuários que manusearão este protocolo, as estratégias foram divididas em condutas de gerenciamento da atenção à saúde tegumentar e cuidados interdisciplinares na atenção à saúde tegumentar.

Gerenciamento da atenção à saúde tegumentar

Em grande parte dos setores é designado um profissional específico, sobretudo enfermeiros, para realizar o gerenciamento da assistência e do setor como um todo, estando o poder de decisão designado somente ao gestor. No entanto, com a complexidade dos casos e necessidades emergentes se faz necessário uma equipe interdisciplinar a cargo do gerenciamento da assistência nos cuidados quanto sistema tegumentar.

Para tanto, propõe-se a instituição e fortalecimento de uma comissão de cuidados com a pele, composto por profissionais representantes das áreas: Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Medicina, Odontologia e Serviço Social.

Para além disso, é necessário integrar as categorias para que atuem de modo interdisciplinarna prática clínica.

Sendo a esses, em conjunto com a gestão de cada setor e por meio da atuação interprofissional, a responsabilidade de realizar e fazer cumprir as ações abaixo:

- Implementar um plano preventivo as lesões por meio de intervenções farmacológicas e não farmacológicas (SOARES; HEIDEMANN, 2018; VASCONCELOS; CALIRI, 2017; BEECKMAN *et al.*, 2015).
- Gerenciamento de insumos e infraestrutura necessária para garantia de prevenção de lesões de pele (RNAO, 2016).
- Solicitar ao setor de compras melhor investimento no gerenciamento de lesões de pele deve ser defendido como uma prioridade estratégica para garantir a qualidade e segurança do atendimento, a fim de melhorar os resultados de saúde dos pacientes que sofrem dessas lesões (ZULKOWSKI, 2017).
- Capacitação dos profissionais por meio de educação continuada a respeito da identificação de lesões, fatores de risco e medidas preventivas (RNAO, 2016; STERN *et al.*, 2014).
- Avaliar o conhecimento, atitudes e habilidades dos profissionais de saúde sobre avaliação e manejo das lesões de pele, antes e após participar de atividades de treinamento, por meio de ferramenta de avaliação adequada, confiável e validada (STREHLOW; FORTES; AMARANTE, 2018).
- Acompanhar os incidentes e auxiliar a análise dos eventos adversos relacionados a lesões de pele, contribuindo com as sugestões das ações imediatas, assim como com o planejamento de ações a serem desenvolvidas a médio e longo prazo (SILVA *et al.*, 2020);
- Contribuir com as estratégias de prevenção de lesões de pele, orientando os processos inerentes a essa ação (MARTINS *et al.*, 2020);
- Divulgar 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 (CALDINI *et al.*, 2018);
- Apoiar as equipes interdisciplinares na execução do protocolo (SOARES; HEIDEMANN, 2018; RNAO, 2016).
- Motivar os profissionais a quebrarem barreiras disciplinares e voltar a atenção a saúde cutânea dos internados (MAZZO *et al.*, 2018).

- Viabilizar atendimentos de telessaúde com profissional especialista, como o Enfermeiro Estomaterapeuta, para as equipes assistenciais, a fim de auxiliar a tomada de decisão (GARDE, 2016, STERN *et al.*, 2014).
- Prezar pela interação entre os diferentes segmentos da Rede de Atenção à Saúde, a fim de garantir continuidade no tratamento, com vistas a estabilização da saúde do paciente e diminuição de reinternação do mesmo (MENEZES *et al.*, 2019).

Cuidados interdisciplinares na atenção à saúde tegumentar

Embora as equipes de saúde sejam formadas por diversas categoriais profissionais, muitas vezes o cuidado direto aos pacientes é destinado somente a profissões específicas, principalmente para os cuidados corporais e com a pele, onde se observa o predomínio de profissionais de Enfermagem. No entanto, tal como nas atividades gerenciais, a atuação interdisciplinar é fundamental na realização de boas práticas de cuidados preventivos as lesões de pele no âmbito hospitalar, em quaisquer setores de internamento e durante toda estadia do paciente na unidade.

Tendo em vista que o cuidado deve ser continuado e realizado de forma adequada desde a admissão até a alta, permeando todos os setores pelos quais o paciente passar, os cuidados elencados nesta proposta de protocolo foram distribuídos em duas seções: admissão/internamento e planejamento de alta.

Admissão/Internamento

Aspectos extrínsecos

- Incluir na rotina de discussão de caso questões tegumentares inerentes aos pacientes internados com vistas a determinar um plano preventivo e de tratamento as lesões de pele (RNAO, 2016).
- Participar do planejamento, execução e avaliação dos cuidados (COYER *et al.*, 2021);
- Verificar o risco de desenvolver lesões de pele conforme escalas preditoras específicas, classificar e registrar na placa de identificação à beira leito (HOVERSTEN *et al.*, 2020; SOARES; HEIDEMANN, 2018).
- Registrar em prontuário eletrônico todos os aspectos observados, pontuações em escalas preditoras e condutas prescritas (SERPA *et al.*, 2020).

- Manter o ambiente adequado livre de riscos ao paciente, prezando pela qualidade e segurança do paciente, verificando e corrigindo possíveis falhas no cuidado que possam incorrer em danos ao paciente (COYER *et al.*, 2021; TOFFOLETTO *et al.*, 2016).
- Orientar o uso de camisetas com mangas compridas e calças que cubram as pernas em pessoas com alto risco de desenvolvimento de lesão por fricção (BENBOW, 2017).

Aspectos intrínsecos

- Realizar anamnese clínica e psicossocial, com exame físico na avaliação inicial e sempre que houver mudança significativa no estado de saúde do paciente (BONIFANT; HOLLOWAY, 2019).
- Atentar às comorbidades apresentadas ou relatadas pelos pacientes e acompanhantes, bem como medicamentos de uso contínuo (BENBOW, 2017).
- Verificar os fatores de risco comumente associados a presença de lesões, a saber: extremos de idade e peso, déficit cognitivo, restrição de mobilidade, incontinência e umidade, situação nutricional prejudicada, comorbidades, uso de dispositivos médicos, vulnerabilidades da pele (HOVERSTEN *et al.*, 2020).
- Avaliar cognição do paciente por meio de aplicação de instrumento válido, ao exemplo do Mini Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI *et al.*, 1994)
- Determinar o estado nutricional de todos os pacientes em risco de desnutrição por meio de um instrumento de avaliação válido na admissão e com determinação de prazo de reavaliação conforme necessidade identificada na avaliação nutricional (FISCHER; POLL, 2019; RNAO, 2016).
- Elaborar e documentar um plano individualizado de intervenção nutricional com base nas necessidades nutricionais, via de alimentação e nos objetivos a serem alcançados (MANGANELLI *et al.*, 2019).

Pele

- Avaliação da pele do cliente na admissão e reavaliação diária durante todo internamento, identificação de alterações e notificação das lesões já existentes (BLACK; BERKE, 2020).
- Durante a inspeção da pele deve-se observar qualquer alteração de cor, relevo e temperatura (BLACK; BERKE, 2020; BONIFANT; HOLLOWAY, 2019).

- Verificar sinais de desidratação, tal como verificação do turgor da pele (BONIFANT; HOLLOWAY, 2019; GIARETTA *et al.*, 2016).
- Avaliar condições de higiene corporal, priorizando manter a pele limpa, seca e hidratada (VASCONCELOS; CALIRI, 2018).
- Limpeza da pele quando apresentar sujidade, como secreções e sangue, utilizando água morna e sabão neutro ou próximo ao pH da pele (como os sabonetes líquidos sem antissépticos) para reduzir a irritação e o ressecamento da pele e evitar o uso de água quente e excesso de fricção da pele (PAYNE, 2020; ZULKOWSKI, 2017).
- Averiguar a presença de eritema sobre regiões de proeminências ósseas, uma vez que tal fato indica possível dano ao tecido e deve ser tratado imediatamente para prevenir o agravamento do quadro (HOMMEL; SANTY-TOMLINSON, 2018).

Umidade

- Fornecer aparador (comadre ou papagaio) aos pacientes com cognição preservada e garantir que ele tenha fácil acesso a eles (SALOMÉ *et al.*, 2020).
- Quando houver cuidador presente recomenda-se envolver o mesmo no cuidado ao paciente, sendo possível orientá-lo a fornecer aparador, monitorar eliminações fisiológicas e informar a equipe quando houver necessidade de troca de fraldas, para que o paciente não fique muito tempo com a pele em contato com urina e fezes (PAYNE, 2020).
- Gerenciamento da umidade da pele a fim de evitar desidratação ou maceração cutânea (SALOMÉ *et al.*, 2020; ZULKOWSKI, 2017).
- Atentar para incontinência urinária e fecal, assim como outras fontes de umidade, tais como: extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de lesões de pele, suor excessivo e extravasamento de linfa em pacientes edemaciados (KELLY-OLYNN; MOHAMUD; COPSON, 2020; PAYNE, 2020).
- Observar e notificar condutas contraindicadas na prevenção da lesão por umidade, tais como: uso de duas fraldas absorventes de uma só vez, para evitar que ela apresente extravasamento, e uso de plástico sob o lençol de transferência para evitar que as eliminações passem para o lençol debaixo (SILVA *et al.*, 2020).
- Gerenciamento da incontinência em pacientes do sexo masculino por meio da utilização de coletor urinário externo descartável ou sonda vesical de demora para ambos os sexos (quando indicada), em caso de lesão de pele importante já instalada (ZAGHIB *et al.*, 2019).

- No entanto, deve-se atentar para os sinais sugestivos de lesões eventualmente por esses dispositivos (ZAGHBIB *et al.*, 2019).
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, tais como creme de prevenção a base de vitamina A+D e óxido de zinco em todos os pacientes em uso de fraldas, bem como, creme ou spray barreira para casos com alto risco de desenvolvimento de DAI, segundo Escala de Nix (PAYNE, 2020).

Pressão

- Verificar e realizar mudanças de decúbito por meio de aplicação de relógio de orientação de mudança de decúbito a cada duas horas quando deitado. Ressalta-se aqueles que estiverem restritos a mudança de decúbito, devem ser reposicionados no leito para fins de descompressão de proeminências ósseas (BLACK; BERKE, 2020).
- Garantir o uso de colchão adequado conforme o risco de desenvolver lesão por pressão, sendo fornecido colchão piramidal de uso único para aqueles que apresentarem risco leve e colchão pneumático aos que tiverem risco alto para LP (BEECKMAN *et al.*, 2019; FURUYA-KANAMORI *et al.*, 2018).
- Verificar o uso de dispositivos contraindicados para prevenção de lesões por pressão, ao exemplo de: almofadas em pele de carneiro sintética, dispositivos tipo “bóia” em formato de anel, luvas cheias d’água e sacos de fluídos intravenosos (EPUAP; NPIAP; PPPIA, 2019; RNAO, 2016).
- Utilizar curativo preventivo multicamadas para fins de proteção de proeminências ósseas em indivíduos com alto risco de desenvolvimento de LP. Ressalta-se que para escolha do curativo preventivo deve-se considerar o tamanho e a região anatômica a ser aplicada, capacidade do mesmo gerir o microclima, facilidade na aplicação e remoção (HOVERSTEN *et al.*, 2020; FULBROOK; MBUZI; MILES, 2019; FURUYA-KANAMORI *et al.*, 2018).
- Suspender membros inferiores com coxim de apoio, para que haja flutuação dos calcâneos e os mesmos não fiquem em atrito com a superfície do colchão (VASCONCELOS; CALIRI, 2018).

Forças de atrito

- Manter os lençóis da cama limpos, secos e esticados, sem dobras ou costuras em contato com pele, após avaliação e atendimentos assistenciais (SALOMÉ *et al.*, 2020).

- Utilizar lençol móvel como dispositivo para auxiliar na transferência e mobilidade no leito, a fim de minimizar o atrito com a pele e possíveis lesões relacionadas à fricção (BENBOW, 2017).
- Durante o atendimento, se houver necessidade de manejo do paciente sem auxílio do lençol móvel, recomenda-se que ele seja mobilizado por meio de pontos chaves, a fim de evitar atrito das mãos dos profissionais com a pele do paciente (EPUAP; NPIAP; PPPIA, 2019).
- Evitar uso de contenções mecânicas (MANGANELLI *et al.*, 2019).

Dispositivos

- Realizar o gerenciamento de dispositivos médicos, com vista a retirada precoce (SANTOS *et al.*, 2021).
- Inspecionar a pele ao redor dos dispositivos médicos, com intuito de verificar possíveis alterações como: edema, eritema, maceração, descamação, calor e umidade (ZAGHBIB *et al.*, 2019).
- Verificar o estado de conservação dos dispositivos, realizando rodízio de fixação e mobilização para a redução de pressão (SANTOS *et al.*, 2021).
- Informar e notificar os setores competentes quando houver problemas com a qualidade dos dispositivos, implicando em danos ao paciente (SILVA *et al.*, 2020).
- Manter a pele sempre limpa e seca sob e em torno do dispositivo médico (COYER *et al.*, 2021; HOMMEL; SANTY-TOMLINSON, 2018).
- Utilizar curativo protetor com hidrocoloide para lesões relacionadas a dispositivo médico (VERA *et al.*, 2020).
- Optar pelo uso de fitas menos aderentes para fixação de dispositivos e curativo, quando necessário. Importante aplicar cuidadosamente o adesivo, de modo a não colocar tensão durante a aplicação, somente uma leve pressão após colocado (KELLY-OFLYNN; MOHAMUD; COPSON, 2020).
- Tal como a aplicação, os adesivos devem ser removidos de maneira lenta e suave, segurando com uma mão o tecido adjacente para que a pele não se mova junto ao adesivo, retirada em direção do crescimento do pêlo, puxando suavemente o adesivo pelos cantos, para fora de modo horizontal, em ângulo inferior à 45°. Se houver resistência considere utilização de emolientes na remoção (KELLY-OFLYNN; MOHAMUD; COPSON, 2020).

Planejamento de alta

- Procurar integrar o cuidador no cuidado ao paciente sempre que possível, de modo a treiná-lo continuamente na realização de cuidados que terá de desempenhar no domicílio (GIRONDI *et al.*, 2021; BENBOW, 2017).
- Participar do planejamento de alta hospitalar, por meio de capacitação aos familiares/cuidadores quanto aos cuidados com pele no domicílio (BEECHEY *et al.*, 2015).
- Utilizar meios e linguagem simples para que o ensinamento passado seja de fácil entendimento ao familiar/cuidador e fornecer tais orientações em material impresso, para que os cuidadores possam levar para a casa e consultar (MARTINS *et al.*, 2020).
- Encaminhar para atendimento ambulatorial interdisciplinar sempre que disponível, tais como os serviços oferecidos pelos programas de residência multiprofissional em saúde (MENEZES *et al.*, 2019; GRDEN *et al.*, 2020).
- Viabilizar integração com a rede de atenção primária a saúde, por meio de articulação com as unidades básicas de saúde, estratégia saúde da família e serviços de atenção domiciliar, a fim informar a situação clínica do paciente pós alta e suas necessidades. De forma a atuar em conjunto auxiliando no momento de transição do internamento para o domicílio (MENA *et al.*, 2020; SOARES; HEIDEMANN, 2018).

Nesta etapa é importante destacar a atuação da atenção primária a saúde no reestabelecimento da saúde do paciente, e principalmente na reabilitação pós-hospitalar, para garantir a estabilização do estado de saúde e melhor qualidade de vida, de modo que o indivíduo tenha suas necessidades atendidas na atenção primária, sem necessitar de cuidados hospitalares, principalmente intensivos (SOARES; HEIDEMANN, 2018).

Além disso, ressalta-se a importância do fortalecimento de programas e estratégias que visam a saúde do paciente idoso, sobretudo aqueles que se encontram domiciliados e acamados, com difícil acesso aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, é possível refletir sobre aspectos que vão além da vivência hospitalar e sua visão, muitas vezes biologicista, partindo para o âmbito familiar e psicossocial, evidenciada por cenários comumente observados na prática, tais como: a dificuldade financeira para adesão ao tratamento, pouco preparo de familiares em lidar com o idoso diante de uma situação nova (GIRONDI *et al.*, 2021).

Em consonância ao cenário caótico do adoecimento e suas implicações, encontram-se os serviços de saúde que estão sobrecarregados em decorrência do processo sucateamento e falta de incentivo financeiro nos principais programas de atendimento a comunidade, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), dificultando ainda mais o acesso da população aos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

O protocolo proposto foi elaborado após ampla busca na literatura científica, com foco nas medidas preventivas que contemplam os diferentes períodos do internamento e as lesões de pele mais observadas na prática clínica: Lesão por Pressão, Lesão por Adesivo Médico, Lesão por Fricção e Dermatite Associada a Incontinência. Bem como, os fatores comumente relacionados: aspectos extrínsecos e intrínsecos, pele, umidade, pressão, forças de atrito e dispositivos.

Além disso, o presente estudo possibilitou a construção de um instrumento norteador para prevenção de lesões de pele no contexto hospitalar, sob a ótica interdisciplinar. De modo a evidenciar a relevância da prática interdisciplinar na prevenção e redução de danos à pele, elencando medidas preventivas que são de responsabilidade de toda a equipe e podem ser executados pelos diferentes profissionais que compartilham o cuidado ao idoso, incluindo familiares e cuidadores.

8 CONCLUSÃO

O aumento da longevidade populacional, associada a elevada frequência de doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas, traz novas demandas para o setor de saúde, necessitando fortalecimento entre os níveis de atenção à saúde, com foco na prevenção de agravos. No entanto, na prática clínica, comumente observam-se barreiras para prevenção de doenças e agravos de saúde, corroborando para a instalação de doenças e agravamento do quadro clínico do paciente, e em muitos casos requerendo cuidados intensivos.

Nesse cenário, a ocorrência de lesões de pele é comumente observada, com expressivas taxas de prevalência, sendo sério problema de saúde em meio hospitalar, que demanda identificação precoce, notificação, prevenção e tratamento.

Os achados do presente estudo demonstram a expressiva prevalência de lesões de pele em idosos internados em terapia intensiva, a saber: lesão por pressão, lesão por adesivo médico, lesão por fricção e dermatite associada a incontinência.

As lesões de pele estiveram associadas a aspectos como: não possuir companheiro, uso de dieta enteral, turgor da pele diminuído prurido, presença de lesão secundária e alto risco de desenvolver lesão por pressão, conforme Escala de Braden.

Evidencia-se a necessidade de estabelecer medidas preventivas a esses eventos adversos, sob a ótica interdisciplinar, a fim de abarcar todas as necessidades do paciente, garantindo um atendimento integral e colaborativo. A proposta de protocolo interdisciplinar disposta neste trabalho apresenta medidas para prevenção às lesões de pele em idosos internados em unidade hospitalar e recomendações a serem adotadas em todos os períodos de internamento.

REFERÊNCIAS

- ALDERDEN, J. *et al.* Risk factors for pressure injuries among critical care patients: a systematic review. **International Journal Of Nursing Studies**, v. 71, p. 97-114, 2017.
- BANDEIRA, A.G. *et al.* Integralidade no cuidado a usuários com lesões de pele: percepção dos profissionais da atenção primária. **Ciência & Saúde**, v. 10, n. 4, p. 239-41, 2017.
- BARAKAT-JOHNSON, M. *et al.* Medical device-related pressure injuries: an exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in australia. **Journal Of Tissue Viability**, v. 26, n. 4, p. 246-53, 2017.
- BARROS, R.H.; GOMES JUNIOR, E.P. Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. **CES Revista**, v. 27, n. 1, p. 75-92, 2013.
- BEECHEY, R. *et al.* An evidence-based approach to the prevention and initial management of skin tears within the aged community setting: a best practice implementation project. **JBIEvidence Synthesis**, v. 13, n. 5, p. 421-43, 2015.
- BEECKMAN, D. *et al.* A multicentre prospective randomised controlled clinical trial comparing the effectiveness and cost of a static air mattress and alternating air pressure mattress to prevent pressure ulcers in nursing home residents. **International Journal Of Nursing Studies**, v. 97, p. 105-13, 2019.
- BEECKMAN, D. A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): evidence, knowledge gaps and next steps.: Evidence, knowledge gaps and next steps. **Journal Of Tissue Viability**, v. 26, n. 1, p. 47-56, 2017.
- BEECKMAN, D. *et al.* Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, v. 11, n. 11, p.1-22, 2016.
- BEECKMAN, D. **Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward.** Wounds International, 2015. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward>. Acesso em: 18 jun. 2020.
- BEELE, H. *et al.* Incontinence-Associated Dermatitis: pathogenesis, contributing factors, prevention and management options. **Drugs & Aging**, v. 35, n. 1, p. 1-10, 2017.
- BENBOW, M. Assessment, prevention and management of skin tears. **Nurs Older People**, v. 29, n. 4, p. 31-9, 2017.
- BERLEZI, E.M. *et al.* Analysis of the functional capacity of elderly residents of communities with a rapid population aging rate. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 643-52, 2016.
- BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral; impacto da escolaridade. **Arqu Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37nspe/en_0102-6933-rngen-1983-14472016esp68075.pdf. Acesso em: 01 set. 2021.

BLACK, J.M.; BERKE, C.T. Deep Tissue Pressure Injuries. **Critical Care Nursing Clinics Of North America**, v. 32, n. 4, p. 563-72, 2020.

BONIFANT, H.; HOLLOWAY, S. A review of the effects of ageing on skin integrity and wound healing. **British Journal Of Community Nursing**, v. 24, n. 3, p. 28-33, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em: 27 de out. 2020.

CALDINI, L.N. *et al.* Evaluation of educational technology on pressure injury based on assistance quality indicators. **Rev Rene**, n. 19, e32695, 2018.

CHIANCA, T.C.M. *et al.* Dermatite associada à incontinência: estudo de coorte em pacientes críticos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, p. 1-8, 2016.

CIABATTINI, A. *et al.* **Vaccination in the elderly**: The challenge of immune changes with aging. **Seminars In Immunology**, v. 40, p. 83-94, 2018.

COYER, F. *et al.* Implementation and evaluation of multilayered pressure injury prevention strategies in an Australian intensive care unit setting. **Australian Critical Care**, p. 1-10, 2021.

COYER, F. *et al.* Understanding contextual barriers and enablers to pressure injury prevention practice in an Australian intensive care unit: an exploratory study. **Australian Critical Care**, v. 32, n. 2, p. 122-30, 2019.

COYER, F. *et al.* Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: a state-wide comparison. **Australian Critical Care**, v. 30, n. 5, p. 244-50, 2017.

CRUZ, D.T.; LEITE, I.C.G. Falls and associated factors among elderly persons residing in the community. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 532-41, 2018.

DUARTE, E.R.M. *et al.* Concepções multiprofissionais sobre a integralidade no cuidado à pessoa com lesão de pele. **Enfermagem Brasil**, v. 16, n. 5, p. 259-66, 2017.

EPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel. NPIAP – National Pressure Injury Advisory Panel and PPPIA – Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida**. EmilyHaesler: EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019.

FARIAS, D.N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 141-62, 2017.

FARRIS, M.K. *et al.* Medical Adhesive-Related Skin Injury Prevalence Among Adult Acute Care Patients. **Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing**, v. 42, n. 6, p. 589-98, 2015.

FENG, H. *et al.* Skin injury prevalence and incidence in China: a multicentre investigation. **Journal Of Wound Care**, v. 27, n. 10, p. 4-9, 2018.

FISCHER, M.Q.; POLL, F.A. Relação entre o estado nutricional, nutrição precoce, hiperglicemia e desfecho clínico de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 9, n. 1, p. 1-7, 2019.

FULBROOK, P.; MBUZI, V.; MILES, S. Effectiveness of prophylactic sacral protective dressings to prevent pressure injury: a systematic review and meta-analysis. **International Journal Of Nursing Studies**, v. 100, p. 103400-36, 2019.

FURUYA-KANAMORI, L. *et al.* Effectiveness of Different Topical Treatments in the Healing of Pressure Injuries: A Network Meta-analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 20, n. 4, p. 399-407, 2019.

GARCIA-MARTINEZ, D. *et al.* Chapter 17 - Biomechanical aspects of skin aging—the risk of skin breakdown under shear loading increases with age. **Innovations And Emerging Technologies In Wound Care**, p. 309-35, 2020.

GARDE, J.B. Utilidad de la tele dermatología en el paciente geriátrico de movilidad reducida. **Piel**, v. 31, n. 5, p. 305-7, 2016.

GIARETTA, V.M.A. *et al.* Proposta de uma escala para avaliar o turgor da pele de idosos. **Rev Cienc Saude**, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2016.

GIRONDI, J.B.R. *et al.* Ações de cuidadores na prevenção e tratamento de lesões de pele no idoso. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 34, p. 1-12, 2021.

GRAY, M. *et al.* Incontinence-associated Dermatitis. **Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing**, v. 34, n. 1, p. 45-54, 2007.

GRAY, M.; GIULIANO, K.K. Incontinence-Associated Dermatitis and Immobility as Pressure Injury Risk Factors. **Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing**, v. 45, n. 1, p. 63-67, 2017.

GRDEN, C.R.B. *et al.* Ambulatório de doenças crônicas não transmissíveis como cenário de atuação ao idoso. In: GRDEN, C.R.B.; CABRAL, L.P.A.; KRUM, E.A. (org.). **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso: experiências e reflexões**. Ponta Grossa: Uepg, 2020. p. 101-11.

GRDEN, C.R.B. *et al.* Prevalence and factors associated with elementary lesions in hospitalized elderly. **Rev Rene**, v. 20, p. 40384-89, 2019.

GRDEN, C.R.B. *et al.* Skin injuries in hospitalized elderly. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther**, v. 16, e4118, p. 1-8, 2018.

GREENHALGH, D.G. Management of the Skin and Soft Tissue in the Geriatric Surgical Patient. **Surgical Clinics Of North America**, v. 95, n. 1, p. 103-14, 2015.

GU, Y. *et al.* **Biomarkers, oxidative stress and autophagy in skin aging.** **Ageing Research Reviews**, v. 59, p. 101036-67, 2020.

GUTIERREZ, B.A.O. *et al.* Complexity of care of hospitalized older adults and its relationship with sociodemographic characteristics and functional independence. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, p. 141-61, 2019.

HAHNEL, E. *et al.* The epidemiology of skin conditions in the aged: a systematic review. **Journal Of Tissue Viability**, v. 26, n. 1, p. 20-8, 2017.

HOBSBAWM, E. **A era dos extremos: o breve século XX.** São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOMMEL, A.; SANTY-TOMLINSON, J. Prevenção de Lesões por Pressão e Gerenciamento de Feridas. In: HERTZ, K.; SANTY-TOMLINSON, J. **Enfermagem em fraturas por fragilidade: cuidado holístico e manejo do paciente ortogerátrico.** Cham (CH): Springer, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543831/> doi: 10.1007 / 978-3-319-76681-2_7. Acesso em 12 jun. 2020.

HOVERSTEN, K.P. *et al.* Prevention, Diagnosis, and Management of Chronic Wounds in Older Adults. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 95, n. 9, p. 2021-34, 2020.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018.** Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: Nupcialidade, Fecundidade e Migração.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd_2010_nupcialidade_fecundidade_migracao_amostra.pdf

JABIŃSKA-TRYPUĆ, A. *et al.* Possible Mechanisms of the Prevention of Doxorubicin Toxicity by Cichoric Acid—Antioxidant Nutrient. **Nutrients**, v. 10, n. 1, p. 44-65, 2018.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KELLY-O'FLYNN, S.; MOHAMUD, L.; COPSON, D. Medical adhesive-related skin injury. **British Journal Of Nursing**, v. 29, n. 6, p. 20-6, 2020.

KILIC, A. *et al.* Skin acidification with a water-in-oil emulsion (pH 4) restores disrupted epidermal barrier and improves structure of lipid lamellae in the elderly. **The Journal Of Dermatology**, v. 46, n. 6, p. 457-65, 2019.

KIM, T.H. *et al.* Medical adhesive related skin injury after dental surgery. **Journal Of Dental Anesthesia And Pain Medicine**, v. 18, n. 5, p. 305-8, 2018.

LADEIRA, J.S.; MAIA, B.D.C.; GUIMARÃES, A.C. **Principais alterações anatômicas no processo de envelhecimento**. O envelhecimento populacional um fenômeno. 2017, p. 47. *E-book*. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Claudio-Borba-Pinheiro/publication/322952141_A_pratica_de_exercicios_na_prevencao_de_quedas/links/5ae7d205aca2725dabb34741/A-pratica-de-exercicios-na-prevencao-de-quedas.pdf#page=47. Acesso em: 27 jun. 2020.

LEBLANC, K. *et al.* Peristomal Medical Adhesive-Related Skin Injury. **Journal Of Wound, Ostomy & Continence Nursing**, v. 46, n. 2, p. 125-36, 2019.

LEBLANC, K. *et al.* The Art of Dressing Selection. **Advances In Skin & Wound Care**, v. 29, n. 1, p. 32-46, 2016.

LEBLANC, K.; BARANOSKI, S. Rasgos de pele: estado da ciência: declarações de consenso para a prevenção, previsão, avaliação e tratamento de rasgos de pele ©. **Avanços no tratamento da pele e feridas**, v. 24, n. 9, p. 2-15, 2011.

LEME, D.E.C. *et al.* Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevivência de idosos ambulatoriais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 137-46, 2019.

MA, J. *et al.* A análise proteômica quantitativa da pele jovem e idosa com espectrometria de massa DIA revela novas proteínas relacionadas ao envelhecimento da pele. **Envelhecimento (Albany NY)**, v. 12, n. 13, p. 13529-54, 2020.

MACIA, E.; CHEVÉ, D.; MONTEPARE, J.M. Demographic aging and biopower. **Journal Of Aging Studies**, v. 51, n. 1, p. 100820-6, 2019.

MANGANELLI, R.R. *et al.* Intervenções de enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, e 41, p. 1-21, 2019.

MANSO, M.E.G.; VERAS, E.C.A. Educação em Gerontologia: a interdisciplinaridade na teoria; mas, e na prática? **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 273-86, 2017.

MARTINS, N.B.M. *et al.* Percepção de enfermeiros de terapia intensiva sobre prevenção de lesão por pressão. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 63, p. 43-51, 2020.

MATOS, V.; CRUZ, I. Diretrizes de prática interprofissional baseadas em evidências de enfermagem para cicatrização de feridas por segunda intenção - Revisão Sistemática da Literatura. **Journal of Specialized Nursing Care**, v. 12, n. 1, 2020.

MATOZINHOS, F.P. *et al.* Factors associated with the incidence of pressure ulcer during hospital stay. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 51, n. 1, p. 1-7, 2017.

MAZZO, A. *et al.* Ensino de prevenção e tratamento de lesão por pressão utilizando simulação. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 1, e20170182, 2018.

MCNICHOL, L. et al. Medical Adhesives and Patient Safety. **Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing**, v. 40, n. 4, p. 365-80, 2013.

MEDEIROS, A.B.A. Predictors of pressure ulcer risk in adult intensive care patients: a retrospective case-control study. **Intensive And Critical Care Nursing**, v. 45, p. 6-10, 2018.

MELO, L.A. *et al.* Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 493-501, 2017.

MELO, L.A.; LIMA, K.C. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3869-77, 2020.

MENA, L.S. *et al.* Prevenção de lesão por pressão no domicílio: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 8806-20, 2020.

MENEZES, T.M.O. *et al.* Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, supl. 2, p. 294-301, 2019.

MERVIS, J.S.; PHILLIPS, T.J. Pressure ulcers: pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. **Journal Of The American Academy Of Dermatology**, v. 81, n. 4, p. 881-90, 2019.

MIRANDA, G.B.S.; BORGES, N.G.S.; RIBEIRO, N.M.S. Impact of hospitalization time in mobility and quality of life of elderly. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**, v. 19, n. 3, p. 330-4, 2019.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 19, n. 3, p. 507-19, 2016.

MITTAG, B.F. *et al.* Cuidados com Lesão de Pele: ações da enfermagem. **Estima**, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2017.

MONTANARI, T. **Histologia**: texto, atlas e roteiro de aulas práticas. 3. ed. Porto Alegre: Edição do Autor, 2016.

MORAES, E. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/5574/aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude%20do%20idoso.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MUDRA, A.K. The Boomers Come of Age. **Physician Assistant Clinics**, v. 5, n. 2, p. 247-58, 2020.

MURPHREE, R.W. Impairments in Skin Integrity. **Nursing Clinics Of North America**, v. 52, n. 3, p.405-17, 2017.

NPUAP. **National Pressure Ulcer Advisory Panel announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury**. Chicago: Staging Consensus Conference, 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuapannounces-a-change-in->

terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/
2. Acesso em: 12 jun. 2020.

NUNES, B.P. *et al.* Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1-9, 2017.

OLIVEIRA, A.S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

OLIVEIRA, A.S.; ROSSI, E.C Envelhecimento populacional, segmento mais idoso e as atividades básicas da vida diária como indicador de velhice autônoma e ativa. **Geosul**, v. 34, n. 73, p. 358-77, 2019.

OTTO, C. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 1, p. 07-11, 2019.

OUSEY, K.; WASEK, S. Clinician perspectives on medical adhesiverelated skin injuries. **Wounds UK**, v. 12, n. 4, p. 42-46.

PACHÁ, H.H.P. *et al.* Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 3027-34, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba: SESA, 2017a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso / SAS**. Curitiba: SESA, 2017b.

PAYNE, D. Skin integrity in older adults: pressure-prone, inaccessible areas of the body. **British Journal Of Community Nursing**, v. 25, n. 1, p. 22-6, 2020.

PAYNE, R.L.; MARTIN, M.L. Defining and classifying skin tears: need for a common language. **Ostomy/wound Management**, v. 39, n. 5, p. 16-20, 1993.

PEDROSA, I.L.; FREIRE, D.M.C.; SCHNEIDER, R.H. Construction of an instrument for the prognostic evaluation of elderly persons in intensive care units. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 319-29, 2017.

PEIXOTO, C.A. *et al.* Risk assessment for perioperative pressure injuries. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. 1-11, 2019.

PINHEIRO, F.M. *et al.* Perfil de idosos hospitalizados segundo Viginia Henderson: contribuições para o cuidado em enfermagem profile of hospitalized elderly according to viginia henderson. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4789-95, 2016.

PIUVEZAM, G. *et al.* Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 63-8, 2015.

PONTES, I.E.A. *et al.* Fatores associados à lesão por pressão em idosos com câncer no trato gastrointestinal. **Research, Society And Development**, v. 9, n. 7, p. 1-16, 2020.

RNAO. Registered Nurses' Association of Ontario **Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales**. Registered Nurses' Association of Ontario, 2016. Disponível em: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0027_Manejo_LPP_2016_final.pdf. Acesso em: 11 jun. 2020.

ROCA-BIOSCA, A. *et al.* Identificación y clasificación de las lesiones relacionadas con la dependencia: de la teoría a la práctica clínica. **Gerokomos**, v. 26, n. 2, p. 58-62, 2015.

ROCHA, A.S. *et al.* Perfil de idosos internados em um hospital público de Teresina. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, n. 31, p. 1-7, 2020.

SAAD, P.M. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. **Séries Demográficas**, v. 3, p. 153-66, 2016.

SALOMÉ, G.M. *et al.* Algorithms for prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis. **ESTIMA**, v. 18, e1320, 2020.

SANTOS, A. Silicone tape versus micropore tape to prevent medical adhesive-related skin injuries: systematic review and meta-analysis. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 11, n. 3, p. 271-82, 2019.

SANTOS, T.D. Segurança do paciente idoso hospitalizado: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 1-10, 2016.

SANTOS, V.B. *et al.* Pacientes com COVID-19 em prona: validação de materiais instrucionais para prevenção de lesões por pressão. **Rev. Bras. Enferm**, v. 74, supl. 1, e20201185, 2021.

SARAIVA, L.B. *et al.* **Avaliação Geriátrica Ampla e sua Utilização no Cuidado de Enfermagem a Pessoas Idosas**. **Journal Of Health Sciences**, v. 19, n. 4, p. 262-7, 2018.

SCHENKER, M.; COSTA, D.H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369-80, 2019.

SERPA, L.F. *et al.* Incidence of hospital-acquired pressure injury: a cohort study of adults admitted to public and private hospitals in Sao Paulo, Brazil. **Wound Repair And Regeneration**, v. 29, n. 1, p. 79-86, 2020.

SILVA, S.V. *et al.* Avaliação das notificações de lesões de pele de um hospital de ensino. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 2, p. 6876-89, 2020.

SILVA, C. *et al.* Cultural adaptation and content validity of ISTAP Skin Tear Classification for Portuguese in Brazil. **Estima, Brazilian Journal Of Enterostomal Therapy**, v. 2618, n. 16, p. 1-7, 2018.

SILVA, C.F.R. *et al.* High prevalence of skin and wound care of hospitalized elderly in Brazil: a prospective observational study. **Bmc Research Notes**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2017.

SOARES, C.F.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Texto contexto – enferm**, v. 27, n. 2, e1630016, 2018.

SOUZA, L.M. *et al.* Prevalence of skin tears in hospitalized adults and older adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03683, 2021.

STERN, A. *et al.* Pressure ulcer multidisciplinary teams via telemedicine: a pragmatic cluster randomized stepped wedge trial in long term care. **Bmc Health Services Research**, v. 14, n. 1, p. 1-25, 2014.

STRAZZIERI-PULIDO, K.C. *et al.* Incidence of Skin Tears and Risk Factors. **Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing**, v. 44, n. 1, p. 29-33, 2017.

STRAZZIERI-PULIDO, K.C. *et al.* Skin tear prevalence and associated factors: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 49, n. 4, p. 0674-80, 2015.

STREHLOW, B.R.; FORTES, V.L.F.; AMARANTE, M.V. Incontinence-Associated Dermatitis in Hospitalized Elderly Patients: nurses' self-reported knowledge. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 3, p. 801-9, 2018.

TODD, M. Preventing skin problems in the older population. **Nursing And Residential Care**, v. 19, n. 10, p. 564-7, 2017.

TOFFOLETTO, M.C. *et al.* Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1039-45, 2016.

TRISTÃO, F. *et al.* Risco para lesão por fricção em idosos longevos na atenção primária à saúde. **Estima, Brazilian Journal Of Enterostomal Therapy**, v. 3218, n. 16, p. 1-7, 2018.

VAN TIGGELEN, H. *et al.* The prevalence and associated factors of skin tears in Belgian nursing homes: a cross-sectional observational study. **Journal Of Tissue Viability**, v. 28, n. 2, p. 100-6, 2019.

VASCONCELOS, J.M.B.; CALIRI, M.H.L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 1, p. 01-09, 2017.

VERA, J.L. *et al.* The preventive effect of hydrocolloid dressing to prevent facial pressure and facial marks during use of medical protective equipment in COVID-19 pandemic. **British Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, v. 58, n. 6, p. 723-5, 2020.

VERAS, R. Care pathway for the elderly: detailing the model. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 887-905, 2016.

VIEIRA, C.P.B. *et al.* Prevalence of friction injury and associated factors in elderly in intensive therapy. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, n. 20180515, p. 1-13, 2020.

WHO. World Health Organization. **World report on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 2015.

YARAD, E. *et al.* Prevalence of pressure injuries and the management of support surfaces (mattresses) in adult intensive care patients: a multicentre point prevalence study in australia and new zealand. **Australian Critical Care**, v. 34, n. 1, p. 1-7, 2020.

ZAGHBIB, S. *et al.* Severe penile injury due to condom catheter fixed by a rubber band: a case report. **International Journal Of Surgery Case Reports**, v. 64, p. 120-2, 2019.

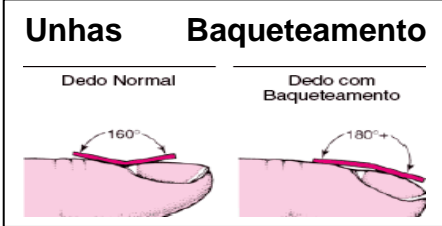
ZHANG, Y. *et al.* Incidence and Influencing Factors of Medical Adhesive-Related Skin Injury in Critically Ill Patients. **Advances In Skin & Wound Care**, v. 33, n. 5, p. 260-6, 2020

ZHAO, H. *et al.* Medical Adhesive-Related Skin Injury Prevalence at the Peripherally Inserted Central Catheter Insertion Site. **Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing**, v. 45, n. 1, p. 22-25, 2018.

ZULKOWSKI, K. Understanding Moisture-Associated Skin Damage, Medical Adhesive-Related Skin Injuries, and Skin Tears. **Adv Skin Wound Care**, v. 30, n. 8, p. 372-81, 2017.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO TEGUMENTAR DO IDOSO		
Exame físico realizado por:		
Nome:	Data: / / N° prontuário:	
Setor de internação/ leito	Cor da pele: () B () P () N	
Idade:	Sexo: () F () M	Profissão
Escolaridade: () Analfabeto () Baixa (1-4 anos incompletos) () Média (4-8 anos incompletos)() Alta (8 anos ou mais)	Estado civil: () solteiro ou () divorciado () casado () viúvo	
Dados Clínicos		
Motivo da internação:	Tempo de internação:	
Diagnóstico:		
Doença crônica:		
Tabagismo () S () N Etilista () S () N Dieta () Oral () SNE		
Dispositivos médicos: () Sonda () Dreno () Cateter () Acesso venoso () outro Qual:		
Medicações (quais):		
() Antiinflamatórios () Analgésicos () Sedativos () Corticóides () Cardio		
Ventilação mecânica:		
Exames laboratoriais (resultados do dia):		
() Hemoglobina	() Hematócrito	
() Plaquetas	() Glicemia	
Outros:		
EXAME FÍSICO DO IDOSO		
MOBILIDADE () Restrito ao Leito () Bengala andador, muleta () auxílio+profissional () independente		
COURO CABELUDO E CABELOS		
() Pediculose () Caspa () Seborréia () Alopecia () Oleosos () Secos () Sujos Outros:		
PELE FACE Coloração () cianose () rubor () icterícia () Pálida		
TURGOR () normal () diminuído		
TEMPERATURA PELE () Fria Local: () Quente Local:		
ESPESSURA () Fina () Grossa Local:		
TEXTURA		
() Lisa Local:		
() Macia Local:		
() Seca Local:		
PRESENÇA CICATRIZ () N () S Local:		
SENSIBILIDADE () S () N Local:		
PRURIDO () S () N Local:		
UNHAS () transparentes () Lisas () convexas () côncavas () manchas () Baqueteamento		
PULSOS PALPÁVEIS A-AUSENTE P-PRESENTE		
() Cefálico () Radial () Ulnar () Braquial () Femoral () Pedial () Tibial () Poplíteo () Carótido		
MEDIDAS DE NUTRIÇÃO		
Circunferência Braço:	Panturrilha:	Comprimento joelho até calcanhar:



IMC <22 22/27 >27

1.0 LESÕES ELEMENTARES PRIMÁRIAS

Lesões por Alterações da COR

MÁCULA MANCHA

PIGMENTARES : Acrômica / Leucoderma Hipocrômica Hiperocrômica
 Hiperpigmentação

VASCULOSANGUINEAS: Eritema Exantema Cianose Cianema
rubor Exantema Anêmicas Angiomatosas Livedo

Telangiectasia Púrpuras

Lesões por COLEÇÕES LÍQUIDAS

Vesícula Bolha/ Flictena Pústula Abscesso Hematoma

Lesões por COLEÇÃO SÓLIDA

Pápula Placa Papulosa Nódulo Nodosidade ou Tumor Vegetação
Verrucosidade Úrtica

Tubérculo Goma

2.0 LESÕES ELEMENTARES SECUNDÁRIAS

Alterações de TEXTURA E ESPESSURA

Queratose Liquenificação Edema Infiltração Esclerose Atrofia
 Cicatriz

Lesões por PERDAS TECIDUAIS

Escama Erosão ou exulceração Fissura Fístula Crosta/Pseudocrosta
 Escara Úlcera

Quantidade lesões:

Intervenções de enfermagem:

Diagnósticos-relacionados alterações tegumentares:

TIPO	CLASSIFICAÇÃO	ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO
<input type="checkbox"/> LESÃO POR PRESSÃO	<input type="checkbox"/> estágio 1 <input type="checkbox"/> estágio 2 <input type="checkbox"/> estágio 3 <input type="checkbox"/> estágio 4 <input type="checkbox"/> inclassificável ou <input type="checkbox"/> lesão tissular profunda	Escala de Braden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sem risco 19 a 23 <input type="checkbox"/> risco leve 15 a 18 <input type="checkbox"/> risco moderado 13 a 14 <input type="checkbox"/> risco elevado 10 a 12 <input type="checkbox"/> risco muito elevado <_ 9
<input type="checkbox"/> SKIN TEARS	<input type="checkbox"/> 1A <input type="checkbox"/> 1B <input type="checkbox"/> 2A <input type="checkbox"/> 2B <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Pele em risco <input type="checkbox"/> Pele sem risco
<input type="checkbox"/> DAÍ-DERMATITE ASSOCIADA INCONTINÊNCIA	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Escala de Nix <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. Risco alto 6 a 8 pontos <input type="checkbox"/> 2. Risco moderado 5 a 3 pontos <input type="checkbox"/> 3. Baixo risco 0 a 2 pontos
<input type="checkbox"/> SKIN STRIPPING-LESÃO POR ADESIVOS	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> Pele em risco <input type="checkbox"/> Pele sem risco

CARACTERÍSTICAS E**LOCALIZAÇÃO DE LESÃO****1.CABEÇA/PESCOÇO** Local:

Aguda () Crônica () Tamanho ()
 Profundidade ()

Dor () Bordas ()

Edema () Drenos ()/Sutura ()

Objeto de lesão ()

Infecção () Exsudato ()/qt ()

Tecido necrótico ()

2.TÓRAX Local:

Aguda () Crônica () Tamanho ()
 Profundidade ()

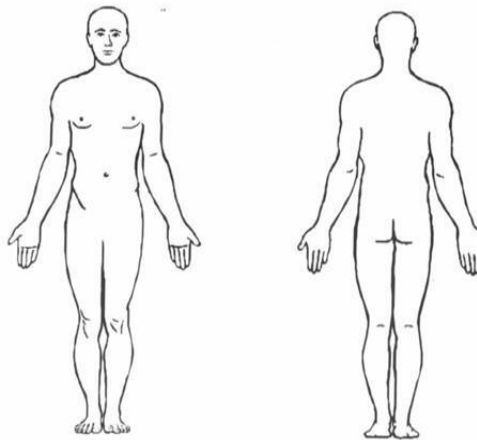
Dor () Bordas ()

Edema () Drenos ()/Sutura ()

Objeto de lesão ()

Infecção () Exsudato ()/qt ()

Tecido necrótico ()

**3.ABDOMEN/PÉLVICA** Local:

Aguda () Crônica () Tamanho ()

Profundidade ()

Dor () Bordas ()

Edema () Drenos ()/Sutura () Objeto de lesão ()

Infecção () Exsudato ()/qt () Tecido necrótico ()

4.MMSS Local:

Aguda () Crônica () Tamanho ()

Profundidade ()

Dor () Bordas ()

Edema () Drenos ()/Sutura () Objeto de lesão ()

Infecção () Exsudato ()/qt () Tecido necrótico ()

5.MMI Local:

Aguda () Crônica () Tamanho ()

Profundidade ()

Dor () Bordas ()

Edema () Drenos ()/Sutura () Objeto de lesão ()

Infecção () Exsudato ()/qt () Tecido necrótico ()

6.DORSAL Local:

Aguda () Crônica () Tamanho ()

Profundidade ()

Dor () Bordas ()

Edema () Drenos ()/Sutura () Objeto de lesão ()

Infecção () Exsudato ()/qt () Tecido necrótico ()

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADES PONTA
GROSSA/ PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO TEGUMENTAR EM IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Pesquisador: Clóris Regina Blanski Grden

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66782217.9.0000.5689

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.012.327

Apresentação do Projeto:

Pesquisa quantitativa de corte transversal, a ser desenvolvida no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, no município de Ponta Grossa/PR, entre os meses de julho de 2017 à julho de 2019. A população do estudo será composta por todos os idosos internados ou em consulta na instituição hospitalar citada acima. A amostragem será por conveniência, sendo os critérios de inclusão para os idosos: a) ter idade acima ou igual a 60 anos (ambos os sexos); b) estar internado na instituição no período da coleta de dados ou em atendimento ambulatorial; c) aceitar em participar do estudo. Para a realização do estudo será aplicado os seguintes instrumentos: MEEM para screening cognitivo; questionário sociodemográfico e clínico construído especificamente para o estudo. O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) para apreciação e, somente após parecer favorável, será iniciada a pesquisa. Aos participantes será entregue individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelo qual será exposto os objetivos da pesquisa, bem como aspectos quanto ao sigilo de informações e a possibilidade de desistir da pesquisa em qualquer momento do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar avaliação tegumentar dos idosos em consulta ambulatorial e internados em uma

Endereço: Rua Tomazina, 710

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.025-010

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3025-8555

Fax: (42)3025-8556

E-mail: cep@faculdadepontagrossa.com.br

FACULDADES PONTA GROSSA/ PR



Continuação do Parecer: 2.012.337

instituição hospitalar de ensino.

Objetivo Secundário:

Identificar mudanças no sistema tegumentar dos idosos por meio do exame físico;

Identificar a prevalência de lesões tegumentares em idosos segundo as variáveis elencadas para o estudo;

Classificar as principais lesões apresentadas pelo idoso;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não oferece riscos, porém, caso o sujeito sinta que qualquer questão lhe causa desconforto ou se mudar de ideia por outro motivo, será enfatizado a possibilidade de recusa a responder a pergunta, ou até mesmo, retirar seu consentimento de participação no estudo quando desejar, sem apresentar justificativa.

Benefícios:

Os benefícios esperados da pesquisa é realizar a avaliação tegumentar dos idosos na instituição hospitalar de ensino com o equipe de enfermagem para a detecção precoce de lesões, traumas e outras patologias, as quais podem comprometer a autonomia e independência dos idosos, com repercussões para a qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande importância para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos encontram-se de acordo com a Resolução.

Presença do TCLE para o responsável pelos idosos e presença de outro termo para o cuidador.

Recomendações:

Enviar relatório parcial e final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trabalho aprovado. Enviar relatório parcial e final.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado manteve-se favorável ao parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Tomazina, 710
 Bairro: Uvaranas CEP: 84.025-510
 UF: PR Município: PONTA GROSSA
 Telefone: (42)3025-8555 Fax: (42)3025-8556 E-mail: cep@faculdadespontagrossa.com.br

**FACULDADES PONTA
GROSSA/ PR**



Continuação do Parecer: 3.013.337

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_874025.pdf	14/03/2017 17:07:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINAL.docx	14/03/2017 17:06:23	Clóris Regina Blanski Giden	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEC.doc	14/03/2017 17:05:47	Clóris Regina Blanski Giden	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEI.doc	14/03/2017 17:05:38	Clóris Regina Blanski Giden	Aceito
Outros	termo.pdf	14/03/2017 17:04:36	Clóris Regina Blanski Giden	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	14/03/2017 17:01:12	Clóris Regina Blanski Giden	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 11 de Abril de 2017

Assinado por:

**Cristiane Ansbach Pereira Mendes
(Coordenador)**

Endereço: Rua Tomadina, 710

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.025-510

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3025-8555

Fax: (42)3025-8556

E-mail: cnp@faculdadeapontagrossa.com.br