



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA
FILHO
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

MARIANA DA COSTA FERREIRA

**Dermatite associada à incontinência em idosos
hospitalizados**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título
de Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-
Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem.

**BOTUCATU
2016**

MARIANA DA COSTA FERREIRA

**Dermatite associada à incontinência em idosos
hospitalizados**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título
de Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-
Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Patrícia Fernandes Abbade

Coorientadora: Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Colaboradores: Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Bôas; Prof. Dr. Hélio Amante Miot

BOTUCATU
2016

Ferreira, Mariana Costa.

Dermatite associada à incontinência em idosos hospitalizados / Mariana Costa Ferreira. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Luciana Patrícia Fernandes Abbade

Coorientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Capes: 40400000

1. Idosos - Assistência hospitalar. 2. Dermatite de contato. 3. Serviços de enfermagem. 4. Doentes hospitalizados. 5. Incontinência urinária. 6. Estudos transversais.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Dermatite; Idoso.

MARIANA DA COSTA FERREIRA

Dermatite associada à incontinência em idosos hospitalizados

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Patrícia Fernandes Abbade

Coorientadora: Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Banca Examinadora

Profa. Dra. Luciana Patrícia Fernandes Abbade

Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp

Profa. Dra. Magda Cristina Queiroz Dell

Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp

Profa. Dra. Heloísa Quatrini Carvalho Passos Guimarães

Departamento Pesquisa Científica
Instituto Lauro de Souza Lima de Bauru SES/SP

Botucatu, _____ de _____ de _____.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos dois anjos mais velhos que tive a graça de conhecer, Vô João Paulista e Vó Dorinha e a todos os outros velhos anjos, sob a forma de pacientes, que cruzaram meu caminho e me permitiram o mesmo.

EPÍGRAFE

Velhas Árvores

[...]

*O homem, a fera, e o inseto, à sombra delas
Vivem, livres de fomes e fadigas;
E em seus galhos abrigam-se as cantigas
E os amores das aves tagarelas.*

*Não choremos, amigo, a mocidade!
Envelheçamos rindo! Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem:*

*Na glória da alegria e da bondade,
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!*

Olavo Bilac, em "Poesias"

AGRADECIMIENTOS

A Deus: sem Ti, nada teria sido sequer sonhado! Motivação de tudo o que discorre nas linhas que seguem. Toda honra, glória, louvor e gratidão por ser guia, rocha e escudo;

À Nossa Senhora Aparecida, minha mãe intercessora, que passou na frente em tantos momentos;

Aos mestres de minha formação - ensino pré-escolar, fundamental, médio, superior e pós-graduação - e aos de vida que me ensinaram e ensinam a ciência e que despertaram em mim a ânsia por um cuidado em sua forma mais empática e humana que puder ser;

Ao Programa Universidade para Todos -PROUNI- uma política pública que me oportunizou de forma justa a formação em curso superior e ir além dele;

À Enfermagem que, sem dúvida, me escolheu;

À minha orientadora e parceira Prof.^a Dra. Luciana Abbade pela inestimável generosidade, confiança, preciosa orientação, sabedoria, e por transpor milhares de quilômetros para que esse trabalho se fizesse realidade. Não sei dizer o que lhe é maior: sua inteligência ou seu coração... Eternamente grata.

À minha coorientadora, Prof.^a Dra. Silvia Mangini Bochi, que resgatou a Enfermagem em todo momento durante esse trabalho e por ter sido segurança e porto nos momentos certos e que mais precisei;

Às preciosas contribuições do Prof. e Geriatra Dr. Paulo Villas Bôas – seu olhar de ciência ao paciente idoso fez toda diferença no desenho do trabalho. Ao Prof. Dr. Hélio: um presente ver o trabalho tomar forma através de tantos números contigo. Nunca me esquecerei. Obrigada!

À Universidade Estadual Paulista - Universidade Estadual Paulista 'Júlio de Mesquita Filho' - Faculdade de Medicina de Botucatu e Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela oportunidade sem igual;

A secretaria do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, que represento na pessoa do secretário César, pela forma tão gentil e competente com que me sempre me recebeu;

Ao Instituto Lauro de Souza Lima e ao Hospital Estadual Bauru, em especial às respectivas Diretorias/Gerências de Enfermagem, Seção de Ensino e Pesquisa, Comissão Científica e ao NEP pela inestimável abertura e contribuição;

À Geriatria do ILSL, âmago deste trabalho.

À Chefe da Seção de Enfermagem em Dermatologia Geriátrica "Geriatria" Lilian Lima (que insiste em não ser chamada por mim dessa forma) que, de fato, foi mais que isso. Obrigada pelo apoio inestimável, carinho, incentivo, estímulo, desafios propostos e pela força sempre.

À Enfermeira da Seção de Enfermagem em Dermatologia Geriátrica Elaine, pela pessoa especial que é, pela força, compreensão, amizade e por me lembrar sempre que *'tudo passa'*.

À Equipe de Enfermagem do ILSL, em especial à da Seção de Enfermagem em Dermatologia Geriátrica "Geriatria": gratidão pelo incentivo, força, tolerância e partilha de tantos momentos durante essa travessia. Obrigada!

Às Enfermeiras do ILSL, colegas de profissão pelo apoio e incentivo oferecidos, em especial durante a árdua coleta de dados;

Ao Núcleo de Segurança do Paciente, que represento na pessoa da Enf. Flávia pela confiança, parceria e luta no tema de Segurança do Paciente e pelo incentivo diário até a conclusão desta etapa.

Ao meu primeiro trabalho como enfermeira, Hospital Estadual Américo Brasiliense, por me mostrar que fazer saúde pública de qualidade sempre será possível, quando houver VONTADE e muito TRABALHO, haja o que houver;

Aos meus familiares em geral pelo apoio, mesmo sem compreender exatamente o propósito desse trabalho.

À minha mãe Cleuza, base forte, sólida, esculpida na mais pura e genuína simplicidade. Ao meu pai, Luiz Antônio, pela honestidade, caráter e firmeza com que nos educou. Toda gratidão do mundo não seria suficiente.

À minha irmã Juliana, amor maior, exemplo e inspiração de vida. Gratidão por absolutamente tudo. Gratidão por me presentear nesse momento tão especial com uma nova família, Herança do Senhor: Herinho e Pérola...

Ao meu amor, presente de Deus nessa vida: Thiago. Meu bem: gratidão pelo apoio incondicional, pelos dias de sacrifício e silêncio suportados ao meu lado. A você todo meu amor e dedicação. À sua família, também um pouco minha, meu respeito, gratidão e carinho pelo amparo.

Às minhas amigas de infância Andrezza, Bárbara e Caren, pela amizade verdadeira há mais de 20 anos, por compreenderem minhas ausências e pela presença mesmo à distância;

Às amigas preciosas que Deus se encarregou de me enviar num momento muito necessário: Rita, Ana Carolina e Camila. Estarão gravadas para sempre no coração mesmo que o tempo ou a distância digam o contrário;

Às amigas e amigos que se reconhecerão ao ler essa dedicatória, por alegrarem meus dias e trazerem à minha história um pouco mais de cor;

Aos amigos do Mestrado Profissional pela partilha dos sonhos e de lutas, represento-os aqui carinhosamente nos nomes de Juliana, Cariston e Roberta e Marcela (necessário lembrá-la com muito carinho aqui!). Levo-os para sempre no coração.

A todos os profissionais de enfermagem e cuidadores que materializam o cuidado e vivem as dores e delícias desse ofício todos os dias...

Aos pacientes e familiares que confiaram a mim durante o período crítico de hospitalização, tardes de conversa, entrevistas, seus corpos, intimidade e privacidade, em prol de um bem maior. Lembro-me do rosto de cada um de uma forma que não poderiam imaginar...

Aos obstáculos: fizeram-me mais forte, criativa e determinada em transpô-los. Sem eles não teria o mesmo sabor...

À vida, por ser generosa e me agraciar com a oportunidade de viver, de ter comigo tantos presentes vivos e por poder realizar o sonho de ser Mestre em Enfermagem. Que eu faça jus a esse título na minha prática diária de trabalho.

RESUMO

FERREIRA. C, M. **Dermatite Associada à Incontinência em idosos hospitalizados.** 2016. 116f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

Introdução: A Dermatite Associada à Incontinência (DAI) no idoso apresenta implicações significativas na qualidade de vida e reflete a qualidade da assistência e cuidados ofertados. Sua prevenção e tratamento precoces requerem dos profissionais de enfermagem, intensificação dos cuidados por meio de Sistematização da Assistência de Enfermagem, aliada a protocolos baseados em evidências científicas, bem como, somar esforços junto aos cuidadores, a fim de que o cuidado contínuo, mesmo após hospitalização, possa ser atingido. **Objetivo:** Determinar a prevalência e características clínicas da DAI, em idosos hospitalizados e propor um guia para sua prevenção e manejo direcionado aos cuidadores dos idosos. **Método:** Estudo transversal, exploratório em dois hospitais públicos do interior de São Paulo, com pacientes idosos incontinentes, em enfermarias clínica (41 leitos), cirúrgica (41 leitos) e de longa permanência (25 leitos). Todos os aspectos éticos foram preservados. Os dados foram coletados por meio de um instrumento elaborado para esse fim, composto por dados sociodemográficos, clínicos e referentes a cuidados com a pele e por meio de consulta de prontuário eletrônico e exame físico da região de fraldas. Os dados de prevalência de DAI e suas associações foram obtidos por meio do cálculo da razão, variáveis categóricas e ordinais foram representadas por percentuais e comparadas entre os grupos pelos testes do qui-quadrado, exato de Fisher e qui-quadrado de tendência. A dimensão do efeito foi estimada pela razão de chances (Odds Ratio) e seu intervalo de confiança de 95%. Dados foram tabulados e analisados no software IBM SPSS 22. A significância estatística foi definida como valores de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram incluídos 138 participantes, com idade média de 77,2 anos ($\pm 9,3$), 75 (54,3%) do sexo feminino, 92 (66,7%) brancos e com incontinência fecal associada à urinária em 69 (50%) participantes. A prevalência de DAI foi 36,2% (50), 28%(14) dos pacientes com DAI apresentavam associadamente lesão por pressão e 14% (7) apresentavam candidose. Houve associação de DAI com isolamento de contato (OR 3,0 [1,01-9,49]; $p=0,04$), tempo de internação (OR=5,0 [2,50-12,90]; $p=0,00$), maior intervalo para a troca de fralda ($p=0,04$), obesidade (OR= 3,6 [1,2-10,47]), baixo peso (OR=2,5 [1,08-5,96]). Também houve associação do nível de dependência e DAI ($p < 0,01$), ou seja, a medida que aumenta o nível de dependência, maior a chance de desenvolver DAI (OR=2,4 [1,19-5,09]). O tipo de efluente, fezes líquida, demonstrou relação com o desenvolvimento de DAI ($p=0,017$), bem como pacientes que apresentaram riscos elevados para desenvolvimento de lesão por pressão também apresentaram maior risco de desenvolver DAI [OR=6,1 (1,4-26,9)]; $p \leq 0,0001$. Nenhuma das unidades possuíam protocolo de prevenção e/ou manejo da DAI, nem abordagem com os cuidadores sobre o referido tema. **Produto:** Guia de Boas Práticas para os cuidadores a fim de contribuir com a prevenção e manejo da DAI durante internação e após alta hospitalar.

Conclusões: O presente trabalho, demonstra a magnitude e importância de investigação sobre o tema, do olhar e ações acuradas da equipe de enfermagem e dos cuidadores, em especial, nas condições que contribuam para aumento do risco de desenvolvimento de DAI, e que sejam passíveis de intervenção.

DESCRITORES: Dermatite, Idoso, Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

FERREIRA. C, M. Incontinence-associated dermatitis in hospitalized elderly. 2016. 116f. Dissertation (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

Introduction: Elderly incontinence associated dermatitis (IAD) impinges on their quality of lives and reflects the care offered. Its early treatment and prevention require care intensification from nursing professionals through the Systemization of Nursing Care, combined with protocols based on scientific evidences, such as add efforts along with caregivers, so that continuous care can be reached even after the hospitalization.

Objective: To determine the clinical characteristics and prevalence of IAD in elderly hospitalized patients and suggest guide to their prevention in a way it is focused on elderly caregivers.

Method: A cross-sectional, exploratory study in two public hospitals from the countryside of Sao Paulo, with elderly incontinent patients, in clinical (41 beds), surgical (41 beds) and long-stay (25 beds) wards. All ethical aspects have been preserved. The data was compiled from an instrument developed for this purpose. It is composed of sociodemographic, clinical and skin care data, electronic medical records, and also physical examination in the diaper region. The most important data from IAD and its associations are resulted through by calculating the ratio, categorical and ordinary variations were represented by percentages and compared between the groups by chi-square, Fisher exact and chi-square test. The effect size was estimated by Odds Ratio and its 95% confidence interval. Data were tabulated and analyzed in the IBM SPSS 22 software. Statistical significance was defined as p values <0.05.

RESULTS: A total of 138 participants, mean age of 77.2 years (± 9.3), 75 (54.3%) female, 92 (66.7%) whites and urinary fecal incontinence were included in 69 (50%) participants. The prevalence of IAD was 36.2% (50), 28% (14) of the patients with IAD were associated with pressure injury and 14% (7) presented with candidiasis. There was an association of IAD with contact isolation (OR 3.0 [1.01-9.49], $p = 0.04$), length of hospital stay (OR = 5.0 [2.50-12.90]); $P = 0.00$), greater range for diaper change ($p = 0.04$), obesity (OR = 3.6 [1.2-10.47]), low weight (OR = 2.5 [1.08-5, 96]). There was also an association between the level of dependence and IAD ($p < 0.01$), that is, as the level of dependence increases, the greater the chance of developing IAD (OR = 2.4 [1.19-5.09]). The effluent type, liquid stool, was related to the development of IAD ($p = 0.017$), as well as patients who presented high risks for development of pressure lesions were also at higher risk of developing IAD [OR = 6.1 (1, 4-26,9)]; $P \leq 0.0001$. None of the units had a protocol for the prevention and / or management of IAD, nor did they approach the caregivers with this topic.

Product: Good Practices Guide for caregivers in order to contribute to the prevention and management of IAD during hospitalization and after discharge.

Conclusions: The present study demonstrates the magnitude and importance of research on the subject, the look and accurate actions of the nursing team and the caregivers, especially in the conditions that contribute to an increased risk of developing IAD, Intervention.

DESCRIPTORS: Dermatitis, Elderly, Nursing Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Dermatite associada à incontinência. Destaque para o conteúdo diarreico.....	57
Figura 2 Dermatite associada à incontinência. Região inguinal.....	58
Figura 3 Dermatite associada à incontinência. Exulceração e maceração	58
Figura 4 Dermatite associada à incontinência. Em destaque face interna da coxa	59
Figura 5 Dermatite associada à incontinência. Em destaque descamação e eritema.....	59
Figura 6 Diagnóstico diferencial. DAI associada à Lesão por pressão sacral.....	60
Figura 7 Diagnóstico diferencial	60
Figura 8 Atividade inflamatória da DAI. Fase aguda	63
Figura 9 Atividade inflamatória da DAI. Fase de remissão ou cronificação	64
Figura 10 Candidose sobreposta a DAI.....	65
Figura 11 Candidose sobreposta a DAI	65

LISTA DE QUADROS

Quadro1 DAI: Sistematização da Assistência de Enfermagem na DAI	39
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica e clínicas de 138 pacientes	53
Tabela 2 Dados referentes à internação dos 138 pacientes	55
Tabela 3 Prevalência de DAI geral e nas diferentes unidades de internação	56
Tabela 4 DAI e lesões por pressão.....	69
Tabela 5 Fatores extrínsecos e distribuição da DAI.....	70
Tabela 6 Fatores intrínsecos e distribuição de DAI.....	72
Tabela 7 Categorias e subcategorias da escala de Braden e distribuição de DAI	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Sintomas presentes nos pacientes com dermatite associada à incontinência	61
Gráfico 2 Sinais clínicos presentes nos pacientes com dermatite associada à incontinência (DAI)	61
Gráfico 3 Regiões anatômicas acometidas pela dermatite associada à incontinência	62
Gráfico 4 Atividade inflamatória da dermatite associada à incontinência	63
Gráfico 5 Presença de Candidose na dermatite associada à incontinência	64
Gráfico 6 Utilização de produtos para higienização em área de fralda	67
Gráfico 7 Utilização de produtos tópicos como proteção da pele em área de fralda	68
Gráfico 8 Gráfico de conjunto de pontos de categoria.....	76

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Encefálico
DM	Diabetes mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DAI	Dermatite associada à incontinência
DE	Diagnóstico de Enfermagem
FAMESP	Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar
FHN	Fator de Hidratação Natural
GTT	Gastrostomia
ILSL	Instituto Lauro de Souza Lima
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LPP	Lesão por Pressão
NANDA-I NIC	NANDA <i>Internacional</i> <i>Nursing Intervention Classification</i> - Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i> - Classificação dos Resultados de Enfermagem
NPT	Nutrição Parenteral Total
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
pH	Potencial de Hidrogênio
TEWL	Perda de Água Transepidérmica (<i>Transepidermal Water Loss</i>)
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SES-SP	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
SNE	Sonda Nasoenteral
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 A PELE	19
1.2 A PELE NO ENVELHECIMENTO	22
1.3 DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA (DAI) – Considerações Gerais	25
1.4 DESAFIOS RELACIONADOS À HIGIENE E AO CUIDADO DA PELE	30
1.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM DAI: O USO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	33
1.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
2 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA	41
2.1 OBJETIVO(S) E JUSTIFICATIVA	41
2.1.1 Objetivo Geral	41
2.1.2 Objetivo Específico	41
2.1.3 Justificativa	41
3 MÉTODO	43
3.1 TIPO DE ESTUDO	43
3.2 LOCAL DO ESTUDO	43
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
3.3.1 Critérios de inclusão	43
3.3.2 Critério de exclusão:	44
3.4 TAMANHO AMOSTRAL	44
3.5 CONCEITOS	44
3.6 VARIÁVEIS	46
3.7 CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DAI	48
3.8 COLETA DE DADOS	49
3.9 PRODUTO	50
3.10 ASPECTOS ÉTICOS	50
3.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA	50
4 RESULTADOS	52
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA	52
4.2 PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA DAI	56
4.3 MEDIDAS PREVENTIVAS/TRATAMENTO PARA DAI	65
4.5 FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DA DAI	69
4.6 GUIA DE BOAS PRÁTICAS – PREVENÇÃO E MANEJO DAI	76
5 DISCUSSÃO	78
5.1 PRODUTO – GUIA DE BOAS PRÁTICAS AO CUIDADOR: PREVENÇÃO E MANEJO DA DAI	90
6 CONCLUSÃO	93

REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE 1	104
TCLE.....	104
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	104
APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PARTE I	107
Coleta de Dados referente ao Idoso e cuidados com a pele em região de fralda	107
APÊNDICE 3	109
GUIA DE BOAS PRÁTICAS	109
AO CUIDADOR: prevenção e manejo da DAI	109
ANEXO I.....	110
Índice de Katz - Independência nas Atividades de Vida Diária	110
ANEXO II - ESCALA DE BRADEN - Avaliação do risco para úlcera por pressão	111
ANEXO III	112
ESTADIAMENTO LESÃO POR PRESSÃO	112
ANEXO IV	115
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP FMB - UNESP	115

APRESENTAÇÃO

Desde a formação mas, em especial, no ano de 2014, o cuidado de enfermagem no envelhecimento e a atuação na unidade geriátrica de um hospital dermatológico do interior do estado de São Paulo, ocuparam lugar especial na vida da pesquisadora. Os casos de Dermatite Associada à Incontinência (DAI) nos idosos, que até então não nomeava assim, a intrigavam pela sua relativa frequência e quadro de difícil resolução, que superavam, inclusive, os índices de úlcera por pressão na unidade.

Em 2015, durante a disciplina obrigatória Fundamentos de Pesquisa, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, no Mestrado Profissional, uma revisão integrativa exaustiva sobre o tema fez com que, de fato, compreendesse que havia identificado um problema real, passível de prevenção, ainda pouco olhado sob a luz científica e de evidências, dentro de um hospital referência em cuidados dermatológicos.

Além disso, a fragilidade, vulnerabilidade, histórias de vida, limitações, superações, vontade de viver mesmo sob condições de estigma, isolamento social, institucionalização e as implicações clínicas e dermatológicas dessa fase da vida, trouxeram uma motivação maior: poder buscar o aprendizado e por meio dele poder fazer alguma diferença na realidade institucional e na qualidade da assistência prestada na prática diária.

O envelhecer e o manto frágil de pele que os envolvia durante a hospitalização, pareceu-me um tesouro guardado a sete chaves e pouco olhado, mas que eu desejava conhecer de perto.

1 INTRODUÇÃO

A pele, por sua extensão e funções tão importantes de revestimento, proteção, regulação térmica, e por ser marcador evidente do envelhecimento biológico e cronológico e capaz de expressar histórias da vida, exige dos profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, compreensão quanto a sua organização, complexidade, diferenças e particularidades nos diferentes ciclos da vida humana¹, em especial no envelhecimento, foco do presente estudo.

Já é sabido que o número de pessoas com mais de 60 anos, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), corresponde a mais de 12% da população mundial, prevendo-se que, até meados deste século, corresponderá a 20% do total². De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, até 2020, a população idosa irá compor um contingente estimado em 31,8 milhões de pessoas³.

O envelhecimento populacional, denominado transição demográfica, coloca o Brasil conseqüentemente num processo de transição epidemiológica, que se caracteriza pela diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis, aumento da mortalidade por doenças não transmissíveis e por causas externas, com deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens. Desse modo, devido a transição epidemiológica modifica-se o perfil de saúde da população. Em vez de processos agudos que “se resolvem rapidamente” por meio da cura ou do óbito, as doenças crônicas não-transmissíveis passam a predominar e com elas mais incapacidades e maiores gastos com saúde⁴.

O crescimento desse segmento populacional está sendo acompanhado pela incerteza das condições de cuidados que experimentarão os longevos, haja vista a cronicidade das doenças acompanhada pelo declínio clínico e funcional característicos nessa faixa etária⁵. As características especiais e peculiares dos idosos colocam os serviços de saúde do Brasil frente ao desafio de formular novas concepções de assistência, para que possam responder às demandas

emergentes desse novo perfil demográfico⁶, incluindo aí a abordagem das afecções de pele comuns nessa faixa etária.

No idoso, e em especial no cenário da hospitalização, é preciso considerar características peculiares da pele, que podem torná-lo mais vulnerável, como por exemplo, a redução da espessura epidérmica, assim como do colágeno dérmico e elasticidade tissular diminuída. Características que levam à fragilidade cutânea, diminuição da percepção sensorial e à capacidade reduzida para se reposicionar, tornando-o mais suscetível às lesões cutâneas⁷.

Somado à fragilidade da pele, a incontinência, urinária e/ou fecal, é altamente prevalente entre idosos e correlaciona-se com a perda da mobilidade e com a função cognitiva prejudicada⁸, o que pode contribuir para a instalação ou piora de uma dermatose denominada Dermatite Associada à Incontinência (DAI). Os indivíduos incontinentes não hospitalizados, em situação de saúde equilibrada e que adotam cuidados com a pele, têm menor risco de desenvolver a DAI, do que aquele em situação de doença e/ou hospitalização, visto a exposição a vários fatores adicionais⁹⁻¹⁰.

A Dermatite da área da fralda (Dermatite amoniacal, Dermatite irritativa, Dermatite por irritante primário) foi renomeada após consenso de especialistas em 2007 para Dermatite associada à Incontinência (DAI), descrevendo a resposta da pele (inflamação, eritema, erosão ou exulceração) à exposição crônica a materiais urinários ou fecais¹¹⁻¹².

A DAI aumenta a morbidade do paciente idoso hospitalizado, causando dor e aumento do risco de desenvolver úlceras por pressão, principalmente nos pacientes com incontinência fecal e com maior grau de imobilidade¹³.

Para melhor compreensão de DAI e seus desdobramentos, este capítulo será subdividido didaticamente em: A pele; A pele no envelhecimento; DAI – Considerações gerais, Desafios relacionados à higiene e ao cuidado da pele; Cuidados de enfermagem em DAI (uso do processo de enfermagem) e Considerações finais.

1.1 A PELE

A pele possui papéis importantes, cuja complexidade e higidez contribuem para a manutenção da homeostase do organismo. Porém, tais propriedades só são desempenhadas com excelência se o tegumento estiver em condições normais e plenas de funcionamento e cuidado¹⁴.

O cuidado compreende dois processos básicos que agem em conjunto: limpeza e hidratação cutânea. A limpeza contribui para a remoção dos debrís externos, secreções cutâneas naturais e microrganismos. Já a hidratação cutânea, é responsável por manter o conteúdo de água na epiderme, a fim de deixar a barreira epidérmica em perfeito estado^{15,16}.

Para compreender a justificativa de tal cuidado, se faz necessário sair de sua superfície estética, e compreendê-la como um órgão complexo e multifuncional, na qual transcorrem processos fisiológicos, bioquímicos e complexos. Trata-se do maior órgão do corpo humano, por cobrir toda sua superfície, representa de 8-16% de seu peso corporal e pode atingir até 2 metros de extensão. É constituída por três camadas de tecido sobrepostas, sendo: epiderme, derme e hipoderme. A epiderme é composta por tecido epitelial, composta por cinco camadas (basal, espinhosa, granulosa, córnea e estrato lúcido) de origem embrionária ectodérmica. A derme é a segunda camada de tecido conjuntivo de origem embrionária mesodérmica, sendo responsável pela resistência e elasticidade da pele, composta por fibras colágenas, elásticas, vasos sanguíneos e linfáticos, que irrigam e garantem a nutrição da pele, nervos e terminações nervosas. A hipoderme ou subcutâneo é formada por feixes de tecido conjuntivo frouxo que une a derme de maneira pouco firme e envolve as células gordurosas e permite que a pele deslize sobre os músculos, fornecendo proteção contra traumas físicos e também serve de depósito de calorías¹⁷.

Conhecer as camadas da pele, em especial a epidérmica, é fundamental para compreender alguns dos problemas que levam a desidratação da pele, sensibilidade, envelhecimento, maceração e outros, com destaque aqui a dermatite.

A barreira epidérmica é composta pela matriz proteica celular (trama de ceratinócitos entrelaçados dispostos em camadas, limitados pelos corneócitos) e

matriz intercelular (dupla camada lipídica), que são os responsáveis por manter o balanço hídrico normal da pele, respeitando suas características (camadas celulares epidérmicas superficiais que repelem água, enquanto as profundas retêm), primordiais para o equilíbrio desse tecido¹⁸. Além dessas estruturas, partículas químicas, embebidas nesses dois compartimentos são igualmente importantes e ajudam a manter o equilíbrio hídrico cutâneo, são eles o fator de hidratação natural (FHN), lipídios intercelulares, bombas iônicas e aquaporinas¹⁹. Na vigência de distúrbio de um desses componentes de barreira, há um aumento da perda de água transepidérmica (TEWL), determinando, por exemplo, a xerose cutânea, com seus sinais e sintomas clássicos^{14, 18}.

Um dos componentes fundamentais para que a pele seja uma barreira efetiva é o pH. A epiderme é queratinizada e tem como característica bioquímica o pH ácido em quase toda superfície corporal, chamado também de manto ácido da pele. O manto ácido favorece a função de defesa inespecífica e de impermeabilidade junto aos lipídeos depositados no espaço extracelular, modulando dessa maneira a atividade enzimática no epitélio e a renovação do mesmo²⁰. A acidez é formada pelas secreções das glândulas sudoríparas e pelas bombas de prótons das células epidérmicas, o que fisiologicamente é importante para favorecer o ambiente para ação de enzimas que mediam o processamento bioquímico dos lipídios, que por sua vez, compõem a barreira 'impermeável' auxiliando na manutenção da integridade da pele. O nível de acidez ou alcalinidade tem papel importante na regulação da homeostase do estrato córneo e de suas funções.

Os valores de pH variam de um local para o outro e também de um indivíduo para o outro, com valores entre 4,4 a 5,9, de acordo com idade, região e etnias^{21,22}.

À medida que passa a camada córnea na epiderme, o pH aumenta conforme aproxima-se a derme tornando-se neutro (7,0), por mecanismos ainda não bem esclarecidos. Parece de fato, ser na epiderme (mais externa, mais exposta e que contém a flora residente), onde se faz necessário a manutenção do manto ácido para garantir a proteção²¹.

Nas regiões axilares, genitoanais e interdigitais o valor de pH é superior às demais, sendo tais regiões consideradas lacunas fisiológicas na barreira ácida, cuja flora bacteriana inclusive é diferente. Nessas regiões predominam glândulas sudoríparas apócrinas e por isso são também vulneráveis a proliferação fúngica, além de uma estrutura epitelial mais delgada e permeável nesses locais²³.

A pele, portanto, fração anatômica extensa, funcional e complexa precisa ser compreendida, para que possa ser cuidada de modo especial e, que para que seja mantida, recuperada e garantida a homeostase cutânea, nos diferentes ciclos de vida.

1.2 A PELE NO ENVELHECIMENTO

A pele do idoso apresenta uma série de alterações resultantes do processo do envelhecimento intrínseco (cronossenescência ou envelhecimento fisiológico) e de fatores do meio ambiente, especialmente a radiação ultravioleta (actinossenescência ou fotoenvelhecimento). A pele envelhecida participa das alterações involutivas que ocorrem nos diversos sistemas do organismo. A senescência é, portanto, consequência biológica do tempo de vida²⁴.

A avaliação da pele do idoso baseia-se em critérios fisiológicos tais como hidratação, modificações da secreção sebácea, modificações das glândulas sudoríparas e permeabilidade; e critérios biológicos, baseados nas alterações do tecido conjuntivo e das quatro macromoléculas da matriz intercelular: o colágeno, a elastina, as proteoglicanas e as glicoproteínas de estrutura, assim como os fibroblastos que as sintetizam²⁵.

Ao comparar amostras de pele em diferentes idades, observa-se em indivíduos de maior idade, queratinócitos com forma irregular, pigmentação heterogênea e compactação de fibras de colágeno dérmicas²⁶.

As principais alterações da pele no envelhecimento são:

- Diminuição no processo de queratogênese, na troca cíclica do epitélio epidérmico: epiderme fina com diminuição na efetividade de sua função de barreira, impermeabilidade e correta hidratação;
- Diminuição na população de melanócitos, causando palidez no tecido e vulnerabilidade aos danos dos raios ultravioletas (UV);
- Atrofia das glândulas sudoríparas e sebáceas, deixando a pele mais seca, vulnerável aos efeitos da temperatura e diminuindo a proteção contra microorganismos;
- Alteração das fibras elásticas da derme formando massas amorfas e fibras grossas (elastoses)²⁷.
- Mudanças no perfil do pH, deixando assim a pele menos ácida, chegando a alcalinizar. Isso ocorre em razão da diminuição da expressão celular das bombas de sódio e potássio, responsáveis pela produção do manto ácido da pele. Assim, quanto mais a pele vai envelhecendo, mais alcalina se torna e esta é uma das razões pela quais as pessoas idosas são vulneráveis a ocorrência e desenvolvimento de lesões cutâneas¹⁵.

A idade avançada é acompanhada de alterações no turgor da pele e diminuição da função imunológica, fatores estes coadjuvantes para a perda da integridade de pele. Portanto, à medida que a pessoa envelhece, aumenta o risco de aparecerem lesões no tegumento, já que este se torna mais fino, mais frágil e ocorre perda na camada de gordura subcutânea. Além disso, há alteração na percepção sensorial, com consequente diminuição da sensibilidade ao tato, pressão, vibração, calor e frio. Desse modo, um dos aspectos sistêmicos mais importantes, como cofator de risco, tanto para a lesão como para a sua manutenção, é a idade, ao gerar um profundo impacto no funcionamento de todos os sistemas fisiológicos corporais²⁸.

Além da pele, obviamente o envelhecimento produz reflexo sistêmico. As mudanças na composição corporal também são evidentes no processo de envelhecimento, tais como a redução do teor de água corporal, redução da massa corporal livre de gordura e modificações na distribuição da gordura

corporal^{29,7}. Quando essas alterações são exacerbadas, podem interferir em diversas outras funções corporais, tais como: função pulmonar, diminuição da imunidade celular e humoral, perda de força motora. Em consequência disso, se instala no idoso uma menor resistência às infecções, o que se deve, também, à diminuição da imunocompetência tissular, devido a redução das células de Langerhans no tegumento^{29,30}.

Somam-se ainda maior tendência à instabilidade postural, alterações da marcha, (passos mais curtos), menor velocidade de movimento, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, diminuição na velocidade de condução nervosa, menor tempo de reação, diminuição de tamanho e número de neurônios^{29,7,30}. A musculatura torna-se mais frágil e atrofiada, as articulações tornam-se progressivamente enrijecidas e a quantidade de ossos saudáveis diminui²⁹.

Aspecto pouco difundido na literatura refere-se à inter-relação de alterações da pele com outras comorbidades. Assim, acidente vascular cerebral, desnutrição, problemas psicossomáticos, uso de medicamentos, entre outros, estão muitas vezes relacionados a lesões cutâneas, devido a fragilidade da pele dos idosos, uma vez que as alterações orgânicas, funcionais e psicológicas são próprias do avançar da idade, nas quais vários órgãos e sistemas podem sofrer alterações²⁵.

A fragilidade do envelhecimento, associada às condições mórbidas como as alterações do estado neurológico e mental, do estado nutricional, da mobilidade, da atividade e continências fecal e urinária, caracterizam população propensa à formação, recidiva e complicações de lesões por pressão, panorama geral que tem levado ao aumento da necessidade de sua institucionalização³, o que por sua vez também predispõe a outros riscos, como por exemplo a DAI.

Diante do exposto, é imprescindível profissionais de saúde tenham conhecimento razoável das particularidades e das manifestações dermatológicas nos idosos, o que permitirá o diagnóstico e a terapêutica precoce, visando uma melhor qualidade de vida para este grupo etário. Não limitar esse cuidado exclusivamente a profissionais especialistas, à medida que um olhar integral se

faz necessário, em todo cenário de atenção à saúde que atenda o idoso contribuirá certamente para evitar danos preveníveis à pele.

1.3 DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA (DAI) – Considerações Gerais

Sociedades de especialistas vêm se reunindo desde 2005 com foco em temas referentes a lesões de pele associadas à umidade (DAI, Dermatite intertriginosa, Dermatite periestoma, Dermatite peri-ferida), que resultou no primeiro consenso sobre DAI, cuja primeira publicação aconteceu em 2007, pela Sociedade Norte Americana de Enfermeiros Estomaterapeutas¹¹. Após essa publicação sucederam outros encontros e pesquisas. Em 2009, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) publicaram as diretrizes conjuntas sobre prevenção e tratamento de DAI como uma condição distinta das lesões por pressão (LPP) e recomendaram que os profissionais envolvidos na assistência fossem capacitados para realização de diagnóstico diferencial entre LPP e DAI³².

Em 2010, aconteceu a segunda conferência de consenso internacional, composta por pesquisadores norte-americanos, do Reino Unido e da Europa Ocidental. Na ocasião, as pesquisas sobre DAI foram analisadas, sintetizadas e traduzidas em recomendações baseadas em evidências. Duas publicações em 2012 apresentaram os resultados desse trabalho. A primeira fez uma atualização sobre os conhecimentos já existentes sobre DAI³³ e a segunda mostrou aspectos clínicos incluindo desafios na avaliação, no diagnóstico diferencial, na prevenção e tratamento, entre outros³⁴.

De modo geral há consenso em que a DAI é clinicamente e patologicamente distinta das LPP e dermatite intertriginosa, e que a avaliação cuidadosa para diagnóstico diferencial e um programa de cuidados com a pele definido e aplicado de forma consistente e estruturada, é eficaz para a prevenção e gestão de DAI. Não há evidências absolutas e contundentes em relação ao quais os produtos e protocolos que fornecem os melhores resultados para a prevenção e tratamento de DAI, além de questões como custos desse

tipo de cuidado e educação para equipe, porém algumas evidências já norteiam a gestão e manejo de DAI.

A DAI, também conhecida como dermatite perineal ou "dermatite da fraldas", é talvez o tipo mais comum dentro do espectro lesões de pele associadas a umidade (DAI, dermatite periestoma, intertrigo, dermatite periferida, causadas respectivamente por umidade de diversas origens como incontinência fecal e/ou urinária e ou drenagem periestoma, transpiração, drenagem de feridas), e certamente um dos mais amplamente estudados^{35,36}. É definida como uma dermatose inflamatória que atinge o períneo, região glútea, abdome inferior e coxas causada pelo contato da pele com fezes e/ou urina.

Pode manifestar-se como placas eritematosas, maceração, pápulas associadas a edema, bolhas, exulcerações, exsudação eventual e leve descamação que varia de intensidade ao longo do tempo. Atinge, tipicamente, as regiões de maior contato com a fralda e é caracteristicamente conhecida como "dermatite em W". As pregas são em geral poupadas, e os locais mais acometidos são superfícies convexas dos glúteos, coxas, parte inferior do abdômen, púbis, grandes lábios e bolsa escrotal. Em incontinência urinária geralmente afeta os lábios vaginais em mulheres, e do escroto em homens, bem como a parte interna da coxa e região glútea em ambos os sexos, podendo avançar para outras regiões como períneo, face laterais das coxas, quadris e flancos^{9,10}.

A DAI quando culmina com o rompimento da integridade da pele a torna susceptível a sobreposição de microrganismos fecais ou outros agentes oportunistas, contribuindo para a infecção local, sendo a mais comum causada pelo fungo oportunista *Cândida albicans*. A candidose é considerada a principal complicação da dermatite, manifestando-se pela intensificação do eritema, lesões pápulo-pustulosas satélites e persistência do quadro que se torna de difícil resolução.

As taxas de prevalência de DAI variariam de 3,4 % a 50%^{11,9,37,38,39} e são mais elevadas em pessoas com incontinência fecal e em pacientes sob cuidados de longa duração. Um estudo multicêntrico calculou a prevalência de DAI em

10.217 residentes de instituições de longa permanência em 31 estados europeus; relatando uma taxa de prevalência de 5,7%³⁷.

Outros estudos foram desenvolvidos e a DAI foi apontada como responsável por 7% das lesões de pele em pacientes incontinentes urinários internados em casas de repouso e 50% das lesões de pele em incontinentes fecais na mesma população³⁸. Em outro estudo a prevalência de DAI foi de 83% dos pacientes críticos incontinentes em unidades de terapia intensiva, sendo que a incidência foi de 3,4% quando se adotou um protocolo mínimo de cuidados³⁹.

Vê-se, portanto, claramente a ampla variação da ocorrência e distribuição de DAI nas diferentes realidades, bem como a preocupação relativamente recente com a afecção. Entretanto, é provável que a prevalência de DAI seja subestimada, devido à ausência de instrumentos de avaliação padronizados e registo validados⁴⁰.

Quanto à sua etiologia e patogênese há uma dependência de fatores numa espécie de círculo vicioso, cujo início se dá com a presença de substâncias químicas irritantes que entram em contato com a pele e sua associação com duração e frequência da exposição a esses componentes. A incontinência fecal e urinária no idoso e o contato combinado com a oclusão, por meio de dispositivos de contenção, como as fraldas, embora tenham o papel de absorver a umidade e contê-la, também podem acelerar a hiper-hidratação da pele¹². Assim, a DAI é o resultado de uma cascata de eventos induzidas pela exposição a vários fatores que interferem na função da pele enquanto barreira de proteção contra umidade¹.

Os mecanismos exatos que causam DAI são mal compreendidos, e muitas teorias têm sido propostas. É geralmente aceito que a incontinência urinária por si só não conduz necessariamente a DAI, mas combinado com incontinência fecal ou presença de fezes líquidas aumenta significativamente o risco, por desencadear hidratação excessiva da epiderme e um aumento do pH da pele. A mudança para um pH mais alcalino ativa as enzimas digestivas presentes nas fezes, contribuem ainda mais para os danos causados à epiderme^{34,41} além de diminuir as defesas naturais, is contra microorganismos.

As enzimas digestivas proteolíticas, lipolíticas e ácidas biliares, quando em contato prolongado com a superfície cutânea coberta pela fralda, causam

alterações consideráveis na barreira epidérmica, situação piorada em casos de diarreia, em que o contato com as fezes é prolongado, participando da etiopatogenia da dermatite¹¹. Além disso, a amônia produto presente na urina, aumenta o pH (potencial de hidrogênio) da pele, tornando-a mais alcalina, o que diminui a tolerância tecidual^{9,12}.

Foram propostos três fatores, formando uma espécie de constructo, relacionados a DAI: tolerância do tecido, ambiente perineal, e capacidade de utilizar-se do banheiro. Os fatores que afetam a tolerância dos tecidos incluem a idade, estado de saúde, estado nutricional, a oxigenação, a perfusão e a exposição às forças de cisalhamento ou fricção. O ambiente perineal é alterado pela frequência e tipo de incontinência (urinária, fecal, ou dupla), condição da pele (inflamação, edema), e os fatores que prejudicam a pele perineal (hidratação, pH da urina ou fezes, patógenos nas fezes ou na pele). A habilidade do paciente para chegar ao sanitário ou incapacidade cognitiva para reconhecer a necessidade de higienizar-se, compreende os fatores finais neste modelo³³.

Uma adequada avaliação antecede todo e qualquer cuidado preventivo. Uma história focada em identificar a presença de incontinência urinária ou fecal, fatores de risco associados com uma maior probabilidade de DAI, e fatores funcionais como a incapacidade utilizar o banheiro sem auxílio, deve ser obtida. A inspeção visual e o histórico do paciente são elementos essenciais para essa investigação. A etiologia deve ser sempre considerada, e é especialmente importante ao avaliar os casos mais graves de desnudamento ou erosão, para diferenciação de DAI com LPP. Por exemplo, a desnudação de pele úmida ou macerada sugere fortemente que os danos da pele sejam devidos, pelo menos em parte, à umidade, e este achado pode ajudar na diferenciação e diagnóstico adequado³⁴.

Em relação à avaliação direcionada a DAI, alguns instrumentos têm sido propostos desde a década de 90, para essa finalidade:

- *Perineal Skin Assessment Tool* (PAST) - Ferramenta de Avaliação da Pele Perineal: um dos primeiros instrumentos desenvolvidos⁴²;
- *Perineal Assessment Tool* (PAT) - Ferramenta de avaliação perineal⁴³;

- *Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool* (IADIT) – Ferramenta de Intervenção na DAI⁴⁴;
- *Incontinence Associated Dermatitis and It's Severity Instrument* (IADS) - Instrumento para avaliação da presença e gravidade da DAI⁴⁰.

Entretanto, apesar da existência desses instrumentos, seu uso ainda é limitado por ausência de padronização, tradução, adaptação transcultural e validação e pela manutenção do uso de sistemas de classificação como os estágios de lesão por pressão que, erroneamente, muitas vezes são direcionados também para avaliação de DAI.

Nos EUA, a preocupação em realizar o diagnóstico diferencial de DAI e o uso de escalas específicas para avaliação vem sendo estimuladas, uma vez que os hospitais não são reembolsados quando da presença de LPP, sendo necessárias estratégias de prevenção intensivas, bem como um assertivo diagnóstico diferencial⁴⁵.

Uma vez compreendido o quadro, se faz necessário conhecer as medidas de prevenção de manejo dessa dermatose.

A prevenção da DAI está centrada sobre a remoção rápida das substâncias irritantes da pele (limpeza gentil, suave) combinada com a aplicação de um protetor da pele. Adesão a um regime de cuidados da pele é a melhor maneira de remover irritantes e restaurar a barreira cutânea. Os estudos que examinam os programas de cuidados da pele definidos para a prevenção da DAI ainda não forneceu uma base de evidência sólida para recomendações específicas, porém em resumo são descritas quatro metas principais para basear a gestão de DAI⁴⁶, sendo elas:

- 1- Adoção de um regime estruturado de cuidados da pele;
- 2- Uso de produtos que afastam, repelem a umidade na pele de risco;
- 3- Controle da causa da umidade excessiva;
- 4- Tratamento de infecção secundária.

Evidências demonstram que o investimento no desenvolvimento e adoção de protocolos de cuidados da pele, podem claramente melhorar a experiência do paciente e os resultados clínicos e qualidade de vida³⁴.

1.4 DESAFIOS RELACIONADOS À HIGIENE E AO CUIDADO DA PELE

Não há meios de discorrer sobre o cuidado e higiene, sem citar um de seus maiores expoentes. O nascimento da Enfermagem Moderna é associado à figura de Florence Nightingale (1820-1910) que, influenciada por discussões científicas da época sobre a água e o seu importante papel na salubridade dos ambientes e nas cidades modernas, foi determinante em expandir seu uso na saúde. No século XIX, ocorreram inovações na prática da higiene, até então pouco difundida, como o uso do sabão no banho. Água morna e sabão, então para a enfermeira inglesa, era uma combinação que, verdadeiramente, promovia limpeza. No que concerne à higiene corporal, Florence Nightingale insistia sobre o cuidado com a pele, vista por ela como depuradora de secreções nocivas à saúde e necessitando, portanto, de limpeza por meio do “banho com água tépida, sabão e esfregaços”. O objetivo de tal prática não era somente de limpeza, mas de alívio e conforto, o que colocaria o indivíduo em condições adequadas para o seu estabelecimento físico ou para a manutenção de sua saúde⁴⁷.

A palavra higiene deriva etimologicamente do grego *hygieinós*. O vocábulo higiene “deriva da deusa Hygiéia, reverenciada em Atenas como protetora da saúde, do bem estar orgânico”. O termo admite vários adjuntos adnominais que o complementam e expandem seu significado: higiene coletiva, higiene mental, higiene profissional, higiene pública, higiene social, higiene da habitação, higiene da alimentação e higiene corporal, entre outros⁴⁸. Este último conceito, higiene corporal, e mais particularmente, a higiene íntima deve ser discutida visto a estreita relação dessa atividade com o desenvolvimento de DAI.

Como já visto, a higiene e, de modo especial, higiene corporal, têm sido conceitos utilizados na prática de Enfermagem ao longo do tempo. A literatura reforça a importância do conceito para a profissão, incluindo-a no rol de suas atribuições, hábitos de higiene corporal adequados, que deve por sua vez se apoiar em fundamentos científicos de enfermagem e áreas afins (anatomia, fisiologia, microbiologia, etc.)⁴⁸. Observa-se atribuição aos termos higiene e

higiene corporal o significado de limpeza, do corpo e do meio ambiente; de um cuidado que se toma com relação a si próprio, ao meio e ao paciente; e de um cuidado que visa conforto, promove a saúde e previne doenças. Quanto à relação entre higiene corporal e cuidado de enfermagem nota-se haver interdependência entre os dois conceitos, entendendo a higiene corporal como uma atribuição profissional que visa ao bem-estar da clientela sob seus cuidados e como estando vinculada à imagem do profissional da Enfermagem^{49,7}.

Em estudo, sobre aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente foi verificado que 86,4% dos profissionais de enfermagem não citaram a higiene íntima, como sendo um dos fatores que consideram importante no cuidado corporal do paciente sob seus cuidados, expondo-o a riscos e a desconfortos desnecessários⁴⁸. A não citação da higiene íntima como *muito importante*, pode supostamente estar relacionada ao significado que a semântica produz sobre a enfermagem: do sujo e do limpo, do toque e da intimidade e seus desdobramentos.

Todavia há também que ser consideradas questões relativas à gestão e coordenação do cuidado como: dimensionamento de pessoal, déficit na equipe, perfil, volume e complexidade de atendimento, missão e valores institucionais, capacitação da equipe, presença ou ausência de cuidador, etc. que podem eventualmente vir a também contribuir para que esse cuidado seja, por vezes, negligenciado.

Na prática profissional, percebe-se que procedimentos de alta complexidade e maior tecnologia empregada, costumam ser mais 'valorizados', em detrimento de outros muitas vezes marginalizados, como higiene corporal e íntima, que embora de complexidade técnica relativamente baixa (a moderada, dependendo das condições e gravidade do paciente), tem importância crucial na manutenção de sua integridade física, prevenção de infecções e oferta de conforto.

O contato com fezes e urina presentes durante o cuidado com pacientes incontinentes, pode estar vinculado ao que o profissional de enfermagem vê ou sente na presença do que considera como sujeira, destacando-se como

atributos comparativos com “lixo”, “mau cheiro”, “suor”, “doenças”. A sujeira ou impureza é constituída de elementos repelidos pelos sistemas ordenados pela sociedade. A partir de meados do século XIX, após a descoberta das bactérias patogênicas, a sujeira se associou às doenças. A sujeira, simbolicamente, representa perigo, devendo, portanto, ser evitada. Ela representa “uma mistura de elementos pertencentes a categorias” que deveriam ser mantidas isoladas para evitar a contaminação^{50,51}.

A realização da higiene íntima se utiliza de técnica e do toque, o contato físico intencional entre as pessoas, na interação profissional-paciente, classificando-o, na área da saúde, como toque instrumental: o contato físico deliberado, necessário para o desempenho de uma tarefa específica e deve ser feita com cuidado, delicadeza e de forma adequada⁵². O toque é considerado como uma das maneiras mais importantes de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens positivas e negativas para o paciente, dependendo do momento, forma e local onde ocorre⁵³. É sabido que, tanto a higiene, quanto a proteção da pele utilizam-se do toque para se materializarem através do corpo técnico de conhecimentos e atitudes e da habilidade dos profissionais de enfermagem.

De fato, não é possível esquecer, dos inúmeros profissionais de enfermagem que diariamente cuidam de um dos maiores órgãos vitais do ser humano, que é a pele, nas atividades básicas como o banho, o conforto, a higiene, a troca de curativos; os que apresentam alterações da integridade da pele, que por inúmeras vezes, são decorrentes do estresse, dos maus tratos, da falta de auto estima e cuidados básicos e de doenças dermatológicas⁵⁴. O indivíduo hospitalizado depende, parcial ou totalmente, da equipe de enfermagem para suprir várias dessas necessidades. Os cuidados direcionados a determinadas prioridades dos clientes, como higiene corporal e eliminação vesical/intestinal, envolvem a exposição corporal e a invasão da intimidade. A enfermagem é a profissão que mais mantém contato direto com o cliente durante a internação e, conseqüentemente, é a que mais expõe, toca e manuseia o corpo ao implementar a assistência. Considerando que a nudez, parcial ou total,

é indispensável em diversas atividades referentes ao ato de cuidar, julga-se imprescindível respeitar e manter a dignidade humana, uma vez que o indivíduo hospitalizado torna-se “objeto de manipulação”⁵⁵.

Em estudo qualitativo foi evidenciado o relato das enfermeiras quanto às dificuldades em relação ao toque e ao corpo nu, durante o procedimento técnico, e também quando opinavam e defendiam, de fato, o próprio corpo e o toque como intermediadores de emoções, subjetividade, estética, sexualidade e sensualidade⁵⁶.

Entrar em contato com excreções e secreções dos clientes demanda adaptações frequentes às situações nas quais ver, sentir o odor, tocar, ouvir e ter reações de paladar em relação às secreções e excreções dos corpos dos clientes gera sentimentos contraditórios e que, inclusive, podem favorecer a negligência quanto a esse tipo de cuidado. O esperado é que, embora múltiplos aspectos estejam envolvidos no cuidado corporal pela enfermagem, um comportamento assertivo e empático relativo às atividades de cuidar na enfermagem seja adquirido e mantido ao longo do tempo de profissão; uma vez que profissional-paciente são co-implicados no cuidado e devem conseguir transcender, mesmo que haja secreções e excreções que estimulem os sentidos de maneira aversiva⁵⁷.

A prevenção e manejo da DAI dependerá, não somente de recomendações de técnicas adequadas ou da proposição das medidas atuais e protocolos baseados em evidências. Dependerá também da incorporação da importância deste cuidado, à medida que se compreende seu significado, e claro, do empenho, rigor e cuidado na realização dessa atividade que, embora pouco complexa tecnicamente, por vezes é negligenciada, e pode eventualmente incorrer em maior risco de lesões de pele, destacando-se aqui a DAI.

1.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM DAI: O USO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A prevenção de lesões de pele constitui desafio para todos os profissionais de enfermagem e da saúde na prática clínica, incluindo a

prevenção e manejo da DAI, como um aspecto importante nos cuidados da pele, cujo objetivo principal é prevenir, diminuir o agravamento das lesões existentes e a reduzir sua incidência⁵⁸.

Sendo a DAI ou o risco para seu desenvolvimento, uma condição passível de julgamento clínico e nomeação pelos Diagnósticos de Enfermagem (DE), e acreditando na potência de sistematizar a proposição de cuidados, se faz necessário olhá-la através do Processo de Enfermagem (PE), o qual é definido como uma ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro que norteia o processo de raciocínio clínico e a tomada de decisão⁵⁹.

É um dos pilares estruturais da enfermagem e deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, nos quais ocorra o cuidado profissional de enfermagem, utilizando-se de uma ferramenta denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a partir da Decisão do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) - DIR/008/1999, homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Decisão Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 001/2000⁶⁰.

A SAE configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico, sendo aplicável em problemas reais ou potenciais (risco para), como a DAI, por exemplo, permitindo abordagem integral e individualizada, e torna possível o caminho em busca da segurança do paciente e excelência na prática profissional, em especial, diante do cenário em questão de hospitalização e vulnerabilidade do indivíduo idoso. É um método que viabiliza o PE, e empodera o enfermeiro para que, por meio de etapas, a iniciar pela coleta de dados, identifique as respostas/problemas reais ou potenciais, faça a análise e síntese desses dados, agrupando-os e nomeando-os por meio de um julgamento e raciocínio clínico, e que sequencialmente e de forma inter-relacionadas, permitirá, alcançar resolver os diagnósticos elencados ou minimizar as resposta humanas que estão alteradas^{61,62}.

Como dito, o PE se organiza em cinco etapas, que para fins didáticos são descritas separadamente e em ordem sequencial, porém, são inter-relacionadas e, por isso, uma depende da outra e deve ser contínuo⁵⁹: Aqui serão descritas fases sob a perspectiva de prevenção e manejo da DAI:

1. **Coleta de dados ou investigação:** a coleta de dados, embora descrita como a primeira etapa do PE, ocorre continuamente. Trata-se da etapa em que o enfermeiro obtém dados subjetivos e objetivos das pessoas de quem cuida, de forma deliberada e sistemática. Nessa etapa, é possível levantar dados que tenham significado e auxiliem o enfermeiro a reconhecer potenciais fatores de risco para DAI, como por exemplo: idade, doenças de base, comorbidades, histórico de incontinência, tipo de incontinência, tipo e intensidade do efluente eliminado, nível de dependência para atividades de vida diária, nível de mobilidade, de atividade, de percepção sensorial e cognição, episódios anteriores de DAI, lesões por pressão, outras alterações de pele, medicamentos e produtos em uso, presença de cuidador, exame físico a reconhecimento das condições da pele no momento da admissão, entre e outros.
2. **Diagnóstico de enfermagem:** o diagnóstico de enfermagem pode ser definido como o julgamento clínico sobre as respostas humanas reais ou potenciais apresentadas como problemas de saúde ou processos de vida. Fornece a base para a seleção de intervenções para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. Nesse momento com base nos dados levantados alguns títulos diagnósticos de enfermagem são sugeridos, segundo NANDA-I⁶³, sendo necessária a completude do diagnóstico conforme o Quadro 1, composto pelos fatores relacionados e as características definidoras. Por exemplo, no cenário de presença ou potencial risco para a DAI, poderiam ser selecionados os seguintes DE como prioritários: Risco para Integridade da pele Prejudicada e Integridade da Pele Prejudicada.

Para rotulá-los de modo uniforme, é possível utilizar taxonomias de classificação de diagnósticos, sendo a mais utilizada em nosso país a *NANDA Internacional* (NANDA-I). A elaboração do diagnóstico inclui título diagnóstico, correspondente à sua definição, características definidoras (pistas ou evidências, sinais e sintomas), fatores de risco (fatores que aumentam a vulnerabilidade ao evento) e fatores relacionados (etiologia, fator coadjuvante ou antecedente). Os diagnósticos de enfermagem podem ser reais, de risco ou de bem estar⁶³. De acordo com esta taxonomia, a Integridade da pele prejudicada um possível diagnóstico elencado nos casos de DAI, é um diagnóstico real, que se refere à “epiderme e/ou derme alteradas”, devido a fatores externos, que incluem: hipertermia ou hipotermia, substância química, umidade, fatores mecânicos (por exemplo, adesivos que arrancam os pêlos, pressão, contensão), imobilização física, radiação, idades extremas, umidade, medicações e fatores internos, tais como, estado metabólico alterado, proeminências esqueléticas, déficit imunológico, fatores de desenvolvimento, sensibilidade alterada, estado nutricional alterado (por exemplo, obesidade, emagrecimento), pigmentação alterada, circulação alterada, alterações no turgor (mudanças na elasticidade), estado dos líquidos alterados. São consideradas pistas (características definidoras) para esta ocorrência a “invasão de estruturas do corpo, destruição de camadas da pele (derme), rompimento da superfície da pele (epiderme)”⁶³.

Ainda que estudos mais aprofundados possam ser necessários para investigar a acurácia dos mesmos para tais situações, a taxonomia permite, mediante quadro da DAI, levantar, por exemplo, conforme descrito anteriormente, os DE prioritários de Integridade da Pele Prejudicada/Risco para Integridade da Pele Prejudicada relacionados a extremos de idade, pele úmida, imobilização, substância química, umidade e caracterizados por rompimento da

superfície da pele/destruição das camadas da pele. É possível ainda, dependendo do julgamento clínico do enfermeiro diagnosticador, estar associados a outros DE que podem também merecer atenção, como por exemplo: Déficit no autocuidado para higiene íntima, Diarreia e Incontinência urinária e intestinal⁶³.

3. **Planejamento de enfermagem:** Pode ser compreendido por meio de seus componentes, isto é, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem **prioritários**, a formulação de metas ou estabelecimento de resultados esperados e a prescrição das ações de enfermagem, que serão executadas posteriormente na fase de implementação. São etapas inter-relacionadas, que em unidade, permitirão determinar os resultados que se espera alcançar diante dos problemas levantados, e as ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa. Para a fase de plano de cuidados, o enfermeiro poderá lançar mão de algum sistema de linguagem padronizada ou taxonomia. As taxonomias já instituídas uniformizam a linguagem, comunicação e compreensão entre enfermeiros e complementam-se entre si, conforme apresentadas a seguir^{64,65}.

Em complemento à etapa diagnóstica, a Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification* - NOC) pode ser escolhida para eleição dos resultados esperados, sendo esta a mais utilizada por enfermeiros, embora ainda de maneira incipiente, sendo que, deve-se levar em conta o quanto são sensíveis às intervenções de enfermagem, mensuráveis e atingíveis⁵⁹. Os resultados esperados correspondentes à DAI e suas graduações, podem ser observados no Quadro 1.

Da mesma forma ocorre para selecionar as intervenções e atividades de enfermagem para atingir as metas propostas. O enfermeiro poderá utilizar de linguagem padronizada, como a Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Intervention Classification* – NIC)⁶⁵. Baseando-se nessa íntima relação entre as

taxonomias é possível identificar intervenções de enfermagem, que contém atividades de enfermagem a serem selecionadas de forma individualizadas, que podem estar relacionadas ao Risco ou Integridade da Pele prejudicada (associação NANDA I-NIC) e serem usadas como medidas preventivas e de cuidados com a pele, são elas: Supervisão da pele, Cuidados com períneo, Assistência ao autocuidado: Higiene íntima, Controle da diarreia, Controle da dor, Cuidados na incontinência urinária e intestinal, Banho. Desse modo, fica claro que a prevenção e manejo do quadro de DAI através do cuidado, são inerentes ao processo de enfermagem, podendo ainda estar aliados a protocolos assistenciais multiprofissionais, baseados em evidências e que orientem o melhor cuidado.

4. **Implementação:** é a execução, pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), das atividades prescritas na etapa de Planejamento da Assistência. Em outras palavras, é o cumprimento pela equipe de enfermagem da Prescrição de Enfermagem. Nesta etapa coloca-se o plano em ação em prática. Ou seja, serão desenvolvidas as atividades de enfermagem, ou seja, os cuidados necessários para prevenir a DAI ou melhorar a condição, caso o problema já esteja instalado, conforme Quadro 1.

5. **Avaliação:** É um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo, em um dado momento; para determinar se as intervenções/atividades de enfermagem alcançaram o resultado esperado, ou se necessitam ser adaptados, modificados, caso não o tenham sido. É, portanto, o que se conhece como evolução de enfermagem. Nessa fase as condições diagnosticadas anteriormente serão revistas e criticamente avaliadas para observar, por exemplo, se a integridade cutânea foi preservada, melhorada ou comprometida, de acordo com a taxonomia eleita para ser utilizada, bem como suas graduações pela escala de Likert (5,4,3,2,1).

As fases inter-relacionadas, descritas no planejamento de enfermagem orientadas para o problema ou problema potencial para DAI, podem ser observada no Quadro 1.

Quadro 1. DAI: Sistematização da Assistência de Enfermagem na DAI

Diagnósticos de Enfermagem - NANDA I	Resultados esperados - NOC	Escala de Likert - Graduação	Intervenções e atividades de Enfermagem - NIC	NOC - Avaliação
	1-Auto cuidado: higiene			Escala de Likert - Graduação
1-Integridade da Pele Prejudicada	a) Higiene das mãos	1 2 3 4 5*	1. Supervisão da Pele	1 2 3 4 5*
	b) Limpeza do perineo	1 2 3 4 5	Identificar o paciente sob risco de incontinência e DAI	1 2 3 4 5
	c) Manutenção de uma boa higiene	1 2 3 4 5	Avaliar diariamente a pele do paciente incontinente sob risco	1 2 3 4 5
relacionados a extremos de idade, pele úmida, umidade, imobilização, substância química e caracterizados por rompimento da superfície da pele/destruição das camadas da pele.			Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura da pele	
			Monitorar áreas de erupções e escoriações na pele	
			Monitorar áreas em busca de fontes de pressão e atrito	
			Orientar o paciente e cuidador sobre sinais de alteração na pele utilizando-se do Guia de boas Práticas para prevenção e manejo de DAI	
			**No caso de persistência de sintomas há mais de 3 dias sem melhora, solicitar avaliação médica para investigação de provável candidose	
	3-Cicatrização da ferida: segunda intenção		2-Cuidados com perineo	
	a) Pele com bolhas	1 2 3 4 5**	Auxiliar ou realizar na higiene íntima em intervalos regulares de acordo com a necessidade	
	b) Pele macerada	1 2 3 4 5	Manter o perineo seco	1 2 3 4 5**
	c) Drenagem serosa	1 2 3 4 5	Manter o paciente em posição confortável	1 2 3 4 5
	d) Eritema	1 2 3 4 5	Utilizar absorventes para absorção (ex: fraldas geriátricas) ou coletores s/n (uropen, coletor fecal)	1 2 3 4 5
	e) Inflamação	1 2 3 4 5	Providenciar medicamento para dor quando necessário	1 2 3 4 5
			Observar características de drenagem/tipo de efluente	1 2 3 4 5
2-Risco de Integridade da pele prejudicada relacionados pele úmida, a extremos de idade, imobilização, substância química	4-Integridade tissular: pele e mucosa		6-Banho	
	a) Integridade da pele	1 2 3 4 5*	Higienizar as mãos	1 2 3 4 5*
	b) Textura da pele	1 2 3 4 5	Proceder o banho conforme técnica seja de aspersão ou no leito	1 2 3 4 5
	c) Eritema	1 2 3 4 5	Auxiliar ou realizar nos cuidados com perineo	1 2 3 4 5
	d) Lesões na pele	1 2 3 4 5	Monitorar condição da pele e capacidade funcional durante o banho	1 2 3 4 5
	e) Descamação na pele	1 2 3 4 5	Aplicar hidratante emoliente após secagem do corpo e creme barreira em região de área de fralda	1 2 3 4 5
			Vestir paciente adequadamente	
			1- Cuidados com a pele: tratamento tópico	
		**1-Severamente comprometido;	Limpar a pele com sabonete líquido com pH neutro ou acidificado (próximo a 5,5) ou limpador sem enxágue	
		2-Muito comprometido;	Evitar sabonetes em barra (em geral são alcalinos)	
		3-Moderadamente comprometido;	Secar a pele delicadamente com compressas macias sem esfregação	
		4-Levemente comprometido	Trocar o dispositivo para incontinência urinária quando adequado	
		**1-Nenhum; 2-Limitado;3-Moderado;	Colocar fralda geriátrica superabsorvente para incontinência	
		4-Substancial; 5-Extenso	Providenciar higiene íntima conforme necessidade	
			Manter lençóis limpos, secos e lisos.	
			Promover mobilização do paciente conforme técnica de 2 em 2 horas, quando mobilidade comprometida	
			Aplicar agente tópico (creme barreira) após higiene e secagem local	
			Documentar o grau de ruptura da pele, caso houver.	
			2- Cuidados na incontinência intestinal	
			Lavar a área perineal seca-la com completamente após cada da evacuação	
			Utilizar creme protetor com função barreira em toda região de contato com a fralda	
			Monitorar os efeitos secundários da administração de medicamentos e dieta (Monitorar presença de diarreia)	
			Em casos de diarreia intensa e comprometimento da pele avaliar possibilidade de uso de bolsa de desvio de conteúdo retal, conforme indicação	
			Utilizar absorvente para incontinência	
			Outras intervenções sugeridas, possíveis:	
			2-Assistência ao autocuidado: Higiene íntima,	
			3-Controle da diarreia,	
			4-Controle da dor,	
			5-Cuidados na incontinência urinária e intestinal,	

1.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção da DAI, em qualquer cenário que haja pacientes de risco, requer dos profissionais de saúde observação e vigilância constante, bem como a sistematização de cuidados preventivos por meio de protocolos pré-estabelecidos para proteção da pele unidos ao processo de enfermagem, com base nas evidências científicas disponíveis. Além disso requer do enfermeiro, olhar atento e cuidadoso à prática, uma vez que as atividades de enfermagem envolvendo higiene íntima e troca de fraldas, pelo contato direto com excreções, odores e por exigir esforço físico considerável, muitas vezes é tida como prática marginalizada e pouco valorizada.

A meta assistencial sobretudo deverá, em especial para equipe de enfermagem, visar a identificação precoce do indivíduo de risco a fim de manter a integridade de sua pele, bem como instaurar o tratamento adequado precoce para evitar sua progressão¹⁹.

Considerando-se: (a) o envelhecimento populacional; (b) o contexto de hospitalização institucionalização/ de idosos, com alta prevalência de incontinentes e (c) sabendo-se que o uso sistemático da assistência de enfermagem associada protocolos preventivos de DAI podem ser capazes de reduzir a prevalência de DAI. Pergunta-se:

— Qual a prevalência de DAI em idosos internados em hospitais públicos do município de Bauru? Quais suas características sociodemográficas e clínicas, bem como as práticas de enfermagem adotadas e fatores de risco associados à DAI?

A hipótese deste estudo é que há alta prevalência de DAI, nos pacientes idosos internados nos hospitais públicos do município de Bauru, com cuidados de enfermagem deficitários para sua prevenção.

2 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

2.1 OBJETIVO(S) E JUSTIFICATIVA

2.1.1 Objetivo Geral

- Determinar a prevalência de DAI, características clínicas e suas associações em idosos hospitalizados, bem como as medidas preventivas utilizadas.

2.1.2 Objetivo Específico

- Descrever características sociodemográficas e clínicas da população de estudo;
- Identificar as variáveis relacionadas aos cuidados com a pele, referentes à utilização ou não de medidas preventivas e de tratamento da DAI;
- Verificar associações entre características sociodemográficas, clínicas e medidas de prevenção/tratamento da DAI;
- Identificar possíveis fatores de risco para desenvolvimento da DAI;
- Desenvolver um Guia de Boas Práticas de prevenção e manejo da DAI direcionado aos cuidadores dos idosos.

2.1.3 Justificativa

A justificativa do presente estudo baseia-se na necessidade de investigação sobre a prevalência da DAI nos idosos internados, visto os escassos estudos que se propuseram a investigar o cenário sobre a prevalência, distribuição e elaboração de estratégias para prevenção e manejo da DAI, em especial na realidade loco regional. Como produto, mediante evidências atuais e considerando as realidades institucionais encontradas, propõe-se um Guia de Boas Práticas de Prevenção e Manejo de DAI direcionado aos cuidadores, ainda inexistentes nessas realidades. Deverá conter medidas atuais de prevenção e tratamento de DAI em idosos hospitalizados, que deem ao cuidador, subsídios para um melhor cuidado com a pele em região de fralda, e que, somados a

atenção profissional e interdisciplinar podem contribuir na melhoria da qualidade da assistência prestada.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal e exploratório.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de Dezembro de 2015 a Julho de 2016 em dois hospitais públicos do município de Bauru-SP, em unidades de internação de enfermarias clínica, cirúrgica e de longa permanência. Os hospitais pertencem a diferentes gestões, sendo um pertencente à Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP) e outro sob gestão da Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar – (FAMESP). Foram convenientemente selecionados, haja vista o propósito do estudo e a internação de pacientes elegíveis nesses locais. As enfermarias são constituídas respectivamente por 41 leitos de Clínica Médica, 41 de leitos Clínica Cirúrgica e 25 leitos de Cuidados de Longa Permanência.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída de sujeitos hospitalizados nos locais de estudo conforme descrito anteriormente e a amostra foi de pacientes que atenderam os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos participantes que continham todas as três condições descritas a seguir:

- Indivíduos idosos, homens e mulheres, com 60 anos ou mais que concordassem em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

- Internados há pelo menos 24 horas nas enfermarias clínicas, cirúrgicas e de longa permanência;
- Apresentassem incontinência urinária e/ou fecal.

3.3.2 Critério de exclusão:

- Pacientes que, embora incontinentes por definição, possuísem as seguintes condições: uso de cateter vesical de demora, outra derivação urinária ou pacientes anúricos que apresentassem concomitantemente constipação intestinal, uso de colostomia ou outra derivação intestinal para eliminações intestinais (devido ausência de qualquer tipo de contato com agente irritante na área de fralda).

3.4 TAMANHO AMOSTRAL

Considerando a prevalência de incontinência em idosos hospitalizados de 23%⁶⁶ com margem de erro de 7%, confiabilidade de 95%, o tamanho amostral mínimo foi de 140 pacientes.

3.5 CONCEITOS

DAI: Dermatite associada a incontinência, definida como uma dermatose inflamatória que atinge o períneo, região glútea, abdome inferior e coxas causada pelo contato da pele com fezes e/ou urina e será considerada como presente mediante sinais clínicos como lesão eritematosa confluenta, brilhante, que pode variar de intensidade e pela eventual presença de pápulas eritematosas associadas a edema, erosão e leve descamação nas regiões supracitadas.

Incontinência urinária: foi considerada quando o participante apresentava qualquer perda involuntária de urina objetivamente demonstrável, que possa eventualmente apresentar repercussão social, podendo acarretar problemas de saúde adicionais e, por conseguinte, impactar negativamente a qualidade de vida^{67, 68}.

Incontinência fecal: foi considerada quando o participante apresentava a perda do controle esfinteriano ou como a incapacidade de se postergar uma evacuação em situações em que socialmente não estamos em condições adequadas para tal, resultando na perda inesperada de fezes líquidas ou sólida^{69,70}.

Capacidade funcional/Nível de dependência: implica na habilidade para a realização de atividades que permitam ao indivíduo cuidar de si próprio e viver independentemente que se relaciona diretamente com a qualidade de vida, sendo medida por meio de instrumentos padronizados, nesse caso a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária ou Escala de Katz, visto ser essa uma das escalas mais utilizadas para avaliar o desempenho em atividades de vida diária do idoso. Consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo idoso nas atividades de autocuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho, ou seja, se baseia em funções primárias biológicas e psicossociais. A Escala de Katz teve sua funcionalidade em relação a escala original confirmada por meio da adaptação transcultural no Brasil^{71,72,73}, sendo considerados independentes (score igual a 6), dependência moderada (de 3 a 5) e muito dependentes (2 ou menos).

Lesão por pressão (LPP): considerada na presença de uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento, sendo o estadiamento/classificação definidos conforme ANEXO III⁷⁴.

Constipação/Obstipação Intestinal: definida pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBC) como frequência de defecação menor do que três vezes por semana, e por isso optado no presente estudo por evacuação ausente por pelo menos 3 dias consecutivos⁷⁵ (devido o pouco contato com o agente irritante).

Anúria: definida como um débito urinário <50 mL em 24h, constatada pelas anotações de enfermagem referente às eliminações, evidenciada pela ausência de diurese em fralda ou dispositivo coletor nesse período⁷⁶.

Candidose: será considerada, quando clinicamente, apresentar-se como placas eritematosas que se podem estender à genitália, associadas a descamação periférica e pústulas satélites eritematosas, bem como eventuais pequenas pápulas rosadas encimadas por escamas, coalescentes¹⁰.

3.6 VARIÁVEIS

3.6.1 Variáveis Sociodemográficas: idade, cor, sexo e tempo de internação. A idade conforme o registro da data de nascimento na ficha cadastral de internação visualizada pelo prontuário eletrônico (*E-pront*®), o sexo constatado pelas diferenças biológicas e suas características determinantes, visto a investigação envolver a região genital propriamente dita. A cor conforme registro na ficha cadastral da internação (autodeclaração/autoclassificação referida ou conforme ou a cor descrita no registro documental quando impossível autodeclaração ou heteroclassificação por parte da família), o tempo de internação calculada por dias completos (24h) da data de internação até o dia da coleta de dados.

3.6.2 Variáveis clínicas: serão consideradas variáveis clínicas: motivo(s) da internação; comorbidades como Diabetes melitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), cardiopatias, neoplasias, lesão medular, doença do trato gastrointestinal, pneumopatias, doenças ósteoarticulares, doenças neurodegenerativas e/ou outras); presença ou ausência de diagnóstico prévio de demência; avaliação da capacidade funcional/nível de dependência conforme a Escala de Katz^{71,72,73}(ANEXO I), Medicamentos em uso (antihipertensivo, hipoglicemiantes/insulina, antibióticos anticoagulantes, carditônicos, diuréticos, laxativos, antidepressivos, suplementos vitamínicos, sedativos, antifúngicos e/ou outros). Índice de massa corpórea (IMC), o qual será coletado como dado secundário existente em prontuário eletrônico (*E-pront*®), na aba denominada Assistência nutricional/Avaliação nutricional, previamente calculado por

nutricionistas institucionais, dentro da rotina hospitalar. As informações ali contidas são obtidas por profissionais nutricionistas da forma descrita a seguir. O valor do IMC é obtido dividindo-se o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado. Na impossibilidade de verificação do peso e altura reais em pacientes acamados e na ausência de cama-balança, o IMC foi calculado por meio de técnicas de aferição já padronizadas como altura do joelho (AJ) e circunferência do braço (CB), que permitirão, por exemplo, estimar altura e peso corporal do indivíduo por meio de fórmulas de predição, como descrito por Chumlea et al⁷⁷. Esta foi desenvolvida para população idosa norte-americana e tem sido utilizada com aplicabilidade em adultos de ambos os sexos, de outras populações. Os valores de referência do IMC serão classificados conforme recomendação pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), que utiliza como pontos de corte para normalidade ou eutrofia o IMC entre 23kg/m² e 28kg/m²; desnutridos valores abaixo do IMC 23kg/m²; sobrepeso, IMC entre 28 e 30kg/m²; e obesos aqueles com valores acima de 30kg/m²⁷⁸.

3.6.3 Variáveis relacionadas a fatores de risco para DAI: tipo de incontinência (urinária, fecal, urinária e fecal combinadas); duração da incontinência; tipo de fralda (ausência de fralda, sintética descartável, fralda de tecido/algodão); tipo e intensidade do agente irritante na última semana (fezes formadas e/ou urina, fezes moles com ou sem urina, fezes líquidas com ou sem urina); duração do contato com o agente irritante (troca da fralda imediata até 2 horas; troca da fralda acima de 2 até 6 horas, troca da fralda acima de 6 horas). Escore da Escala de Braden^{79,80} preditora de risco para Lesões por Pressão: risco muito alto (< ou = 9), risco alto (10 a 12), risco moderado (13 a 14), baixo risco (15 a 18) e sem risco (> 18), conforme constatado pela aplicação da escala em suas categorias e subcategorias (**ANEXO 2**).

3.6.4 Variáveis relacionadas ao exame na área de fralda: características da pele em região de fralda (íntegra, eritema, maceração, exulceração, vesículas/bolhas, pústulas e/ou outros achados); sintomas associados (nenhum, dor, ardor, prurido e/ou outros). Se presença de sinais e sintomas de DAI, verificar duração (registros de enfermagem), localização, região anatômica

acometida (inguinal, face interna das coxas, perineal, perianal, lombar, sacral e/ou outra) através do exame, bem como intensidade. A intensidade da DAI, quando presente, foi classificada didaticamente quanto as fase de evolução da inflamação da mesma em aguda (ou ativa) ou crônica (ou em remissão) uma vez que a DAI por definição é uma inflamação que varia de intensidade ao longo do tempo. A fase caracterizada como aguda ou ativa caracteriza-se de modo geral por sinais inflamatórios agudos, eritema intenso e sintomas dolorosos. Já a fase de cronicidade ou em remissão, foi assim chamada quando o eritema estava menos intenso, a pele torna-se enrugada, com aspecto apergaminhado e lesões eritêmato-descamativas acompanhada ou não por hiperpigmentação, com sintomas inflamatórios menos intensos, e sintomas menos dolorosos, sendo predominante o prurido. Presença de lesão por pressão (LPP) localização e estadiamento conforme classificação da National Pressure Ulcer Advisory Panel⁷⁴ e presença de candidose, conforme critérios definidos anteriormente.

3.6.5 Variáveis relacionadas à prevenção e tratamento de DAI: existência ou não de protocolo de prevenção e tratamento de DAI; produtos utilizados para higiene (tipo de sabonete e/ou outro limpador), produtos tópicos utilizados para prevenção/tratamento (se está em uso de algum agente tópico para prevenção ou tratamento, tais como talcos/pós, óleos, pomada com óxido de zinco e associações, creme de barreira com polímeros duráveis mais dimeticona, spray/película barreira, pomada com d-pantenol, antifúngico tópico ou outro).

3.7 CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DAI

Todos os casos de DAI, mediante autorização prévia e de acordo com os princípios éticos considerados, foram fotografados para posterior ilustração dos casos e discussão diagnóstica com dermatologista.

O registro fotográfico permitiu ainda o esclarecimento de casos de diagnóstico diferencial, como por exemplo, LPP em estágios iniciais, dermatite intertriginosa, lesões por fricção e lesões causadas por adesivos ou dispositivos médicos.

3.8 COLETA DE DADOS

Após autorização dos locais de estudo supracitados - e subsequente aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMB, Unesp, Botucatu-SP, as unidades descritas anteriormente foram contatadas por meio de ligação telefônica à supervisão, agendando a data de início. Antes de proceder a coleta de dados, diariamente, era solicitado ao enfermeiro da unidade, a relação dos pacientes internados para definição dos pacientes elegíveis conforme critérios de inclusão e exclusão. Após, os participantes foram abordados e realizados esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, solicitando-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Os dados foram coletados por meio de um instrumento elaborado para esse fim, e preenchido pelo próprio pesquisador composto por dados sociodemográficos, aspectos clínicos e referente a cuidados com a pele – envolvendo prevenção e tratamento para DAI (APÊNDICE II) e por meio de consulta de prontuário eletrônico (*E-Pront®*) e exame físico da região de fraldas (anteroposterior).

Mediante o diagnóstico de DAI, em complemento ao instrumento de coleta de dados, foi realizado o registro fotográfico digital das regiões de fralda de todos os pacientes com presença sugestiva de DAI que autorizarem a captura da imagem para registro preciso das condições da pele e para realização de diagnóstico diferencial.

Inicialmente foi realizada uma coleta de dados do tipo piloto com 20 pacientes, sendo os mesmos incluídos na amostra total do estudo. Nesse primeiro momento da coleta, foi possível realizar algumas adequações no *layout* do instrumento de coleta de dados para melhor disposição gráfica das informações. Esses ajustes favoreceram aperfeiçoar a sequência de abordagem dos pacientes e familiares e a tabulação posterior. Após esse período seguiu-se a coleta. Nenhuma recusa foi observada. Eventualmente foi solicitado pelo paciente ou responsável proteção da genitália durante registro fotográfico, e, quando solicitado, assim procedeu-se.

3.9 PRODUTO

Mediante a determinação da prevalência, características clínicas da DAI e suas associações em idosos hospitalizados, comparação das duas diferentes realidades, e pautada nas atuais recomendações sobre prevenção e manejo de DAI foi proposto o desenvolvimento de estratégias capazes de contribuir com a realidade local na prevenção e manejo da DAI. Trata-se do produto desenvolvido, em formato de Guia de Boas Prática voltado ao cuidador (APÊNDICE 3), após definição com áreas afins e de maior prevalência de DAI, cuja finalidade será contribuir para adoção ou manutenção dos cuidados com a pele do idoso durante internação e após alta hospitalar.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os cuidados éticos que tratam de pesquisas com seres humanos foram observados e respeitados, segundo a Resolução nº 466/12. Os idosos após a leitura, compreensão e esclarecimento de dúvidas, assinaram o TCLE (APÊNDICE I) antes de proceder a coleta de dados. Nos casos de idosos com comprometimento cognitivo, em situação de substancial diminuição em sua capacidade de decisão, a assinatura foi obtida dos seus representantes legais. Nos casos de idosos que não possuíam escolaridade, embora lúcidos e capazes de responder por si com autonomia, foi coletada a impressão digital do dedo polegar.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 09 de Dezembro de 2015, da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob o parecer nº 1.357.706.

3.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados de prevalência de DAI e suas associações foram obtidos através do cálculo da razão entre todos os casos de DAI (casos novos ou não) observados no momento da coleta de dados, na população de risco, ou seja, em idosos com incontinência urinária e/ou fecal. Apenas os dados referente a prevalência de DAI serão comparados entre os hospitais.

Variáveis quantitativas foram representadas pelas suas médias e desvios-padrão ou medianas e quartis (p25-p75) de acordo com o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors). Sua comparação entre os grupos foi testada pelos testes t de Student ou Mann-Withney. Variáveis categóricas e ordinais foram representadas pelos seus percentuais e comparados entre os grupos pelos testes do qui-quadrado, exato de Fisher e qui-quadrado de tendência. A dimensão do efeito foi estimada pela razão de chances (Odds Ratio) e seu intervalo de confiança de 95%. Dados foram tabulados e analisados no software IBM SPSS 22. A significância estatística foi definida como valores de $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA

Foram incluídos 138 pacientes. Na Tabela 1 observa-se a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra. Houve predomínio do sexo feminino 75 (54,3%), média de idade de $77,2 \pm 9,3$ anos, sendo a cor da pele predominante branca 92 (66,7%). Quanto à presença de comorbidades, 69,6% dos pacientes apresentavam HAS e 45,7% DM. O IMC médio foi de $24,6 \pm 5,4$ kg/m² e 40,6% dos pacientes estavam dentro da categoria de eutrofia. Quanto a presença de prejuízo cognitivo no idoso no momento da avaliação, foi observado que 86 (62,3%) pacientes havia apresentado algum indício dessa condição, independente da presença do diagnóstico médico de demência. O nível de dependência dos idosos por meio da aplicação do índice de Katz demonstrou que 72 (52,2%) eram muito dependentes e 66 (47,8%) apresentavam dependência moderada e nenhum foi classificado como independente, uma vez que o fato de apresentar incontinência já o retira, conforme escala, da possibilidade de independência total.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínicas de 138 pacientes em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

Variáveis	Valor
Idade média ±DP em anos	77,2 ± 9,3
Sexo n (%)	
Feminino	75 (54,3)
Masculino	63 (45,7)
Cor n (%)	
Branca	92 (66,7)
Parda	27 (19,6)
Negra	18 (13,0)
Amarela	1 (0,7)
HAS n (%)	
Sim	96 (69,6)
Não	42 (30,4)
DM n (%)	
Sim	63 (45,7)
Não	75 (54,3)
Classificação IMC n (%)	
Eutrofia	56 (40,6)
Baixo peso	46 (33,3)
Obesos	21 (15,2)
Sobrepeso ou Pré-obesidade	15 (10,9)
Prejuízo cognitivo n (%)	
Sim	86 (62,3)
Não	52 (37,7)
Nível de Dependência – Índice Katz n (%)	
Muito dependente	72 (52,2)
Dependência moderada	66 (47,8)
Independente	0 (0,0)

*HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: Diabetes mellitus; IMC: índice de massa corpórea

Os dados referentes à internação estão na tabela 2. Os pacientes estavam internados principalmente na Clínica Médica (85,5%). O tempo de internação apresentou mediana de 6,5 dias (p25 4,0 e p75 16,0). Porém faz-se necessário também, uma análise por clínica, visto o perfil tão diferente e assimetria das mesmas. Sendo que o tempo de internação por clínica foi: clínica cirúrgica 6,0 dias (P25: 4,5; P75: 7,0), clínica de longa permanência 1138,5 dias (P25: 482,0; P75: 2381,5) e clínica médica 6,0 dias (P25: 4,0; P77:15,0).

Os principais motivos de internação foram Pneumonia/Afecções pulmonares não neoplásicas em 28 (20,3%) pacientes seguida por

AVC/Doenças neurológicas em 17 (12,3%) e Doenças gastrintestinais em 17 (12,3%). Quanto à condição de isolamento de contato, que implica em adoção de medidas prevenção do risco de transmissão por contato, de microrganismos patogênicos, correspondeu a 15 (10,9%) da amostra total. A maioria dos pacientes (70,3%) foi classificada como sendo acamados, ou seja, impossibilitado de sentar-se ou locomover-se. A principal via de alimentação durante a internação foi a via oral (65,9%). Quanto ao desfecho da internação ao final do semestre de coleta de dados 73 pacientes (52,9%) tiveram alta e 32(23,2%) evoluíram a óbito.

Tabela 2. Dados referentes à internação dos 138 pacientes em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

Variáveis	Valor n (%)
Local de internação	
Clínica Médica	118 (85,5)
Clínica Cirúrgica	12 (8,7)
Longa Permanência	8 (5,8)
Motivo principal da internação n (%)	
Pneumonia/Afecções pulmonares não neoplásicas	28 (20,3)
AVC/Doenças neurológicas	17 (12,3)
Doenças gastrintestinais	17 (12,3)
Vasculopatias	12 (8,7)
Fraturas/Traumas/Doenças osteoarticulares	11 (8,0)
Infecção Urinária e outras doenças do trato urinário	11 (8,0)
Neoplasias	11 (8,0)
Doenças dermatológicas	6 (4,3)
Hepatopatia	5 (3,6)
Nefropatias	5 (3,6)
Sepse	5 (3,6)
Doenças hematológicas não neoplásicas	4 (2,9)
Infecção de sítio cirúrgico	4 (2,9)
Cardiopatias	1 (0,7)
Sem diagnóstico definido	1 (0,7)
Uso de SVD* n (%)	30 (22,0)
Tipo de Incontinência	
Urinária	34(24,6)
Fecal	35(25,4)
Urinária e fecal combinadas	69(50)
Via de Alimentação n (%)	
Via oral	91 (65,9)
Via Enteral**	43 (31,2)
NPT*** ou Jejum	2 (1,4)
Ausência de informação	2 (1,4)
Desfecho da internação n (%)	
Alta	73 (52,9)
Óbito	32 (23,2)
Mantido Internado	30 (21,7)
Transferência	1 (0,7)
Ausência de informação	2 (1,4)

AVC: Acidente vascular cerebral. SVD*: Sonda Vesical de Demora; Enteral**: SNE- Sonda nasoenteral, Gastrostomia, Jejunostomia; NPT – Nutrição Parenteral Total***

4.2 PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA DAI

Quanto à prevalência e distribuição de DAI (Tabela 3), objetivo principal do estudo, foi demonstrado uma prevalência geral de 36,2%, sendo os casos, conforme desenho metodológico, confirmados por avaliação de médico dermatologista por meio de registro fotográfico, que permitiu o reconhecimento de diagnósticos diferenciais. Na clínica cirúrgica os casos de DAI representam 25% dos pacientes avaliados, na enfermaria de longa permanência 50% e na clínica médica representaram 36,4%, proporcionalmente ao número de pacientes avaliados em cada local. A distribuição de DAI não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os diferentes locais estudados.

Tabela 3. Prevalência de DAI geral e nas diferentes unidades de internação em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

	DAI N (%)	<i>p valor</i>
Amostra total	138(100)	-
Sim	50 (36,2)	
Não	88 (63,8)	
Clínica cirúrgica		
Sim	03 (25,0)	
Não	09 (75,0)	
Unidade de longa permanência		0,53
Sim	04 (50,0)	
Não	04 (50,0)	
Clínica médica		
Sim	43 (36,4)	
Não	75 (63,6)	

DAI: Dermatite Associada a Incontinência

A apresentação clínica da DAI foi dividida didaticamente entre sinais, sintomas e regiões anatômicas acometidas (Gráficos 1, 2 e 3). Quanto aos sintomas mais prevalentes, descritos no Gráfico 1, estavam o ardor em 24 (33%), dor em 23 (32%) e prurido em 17 (23%). Entre os sinais dermatológicos (Gráfico 2) mais frequentes estavam: eritema em 52 (32%); maceração em 25 (16%); pústula em 23 (14%) e exulceração em 16 (10%). No Gráfico 3, estão as regiões anatômicas mais acometidas, independente de se sobreporem umas às

outras: inguinal 42 pacientes (22%); face interna da coxa 32 (16%); face lateral da coxa 21 (11%); glúteos 18 (9%); face lateral dos quadris 15 (8%), entre outros. As figuras de 1 a 5 são relacionadas ao registro fotográfico de alguns pacientes que apresentavam DAI no momento do exame físico e as 6 e 7 diagnóstico diferencial.



Figura 1. Dermatite associada à incontinência. Destaque para o conteúdo diarreico. S16. CL. MED. Acervo próprio.



Figura 2. Dermatite associada à incontinência. Região inguinal, face interna das coxas, peniana e escrotal. S39. CL. MED. Acervo próprio.



Figura 3. Dermatite associada à incontinência. Exulceração e maceração em destaque em face interna da coxa D. S13. CL. MED. Acervo próprio.



Figura 4. Dermatite associada à incontinência. Em destaque face interna da coxa D. S40. CL. MED. Acervo próprio.



Figura 5. Dermatite associada à incontinência. Em destaque descamação e eritema intensos em região lombar, glútea, face lateral e posterior das coxas. S95. CL. MED. Acervo próprio.



Figura 6. Diagnóstico diferencial. DAI associada à Lesão por pressão sacral Estágio II. Região sacral. S39. CL. MED. Acervo próprio.



Figura 7. Diagnóstico diferencial. Lateral do quadril. Lesão de pele relacionada a adesivos médicos (fita adesiva). S22. CL. MED. Acervo próprio.

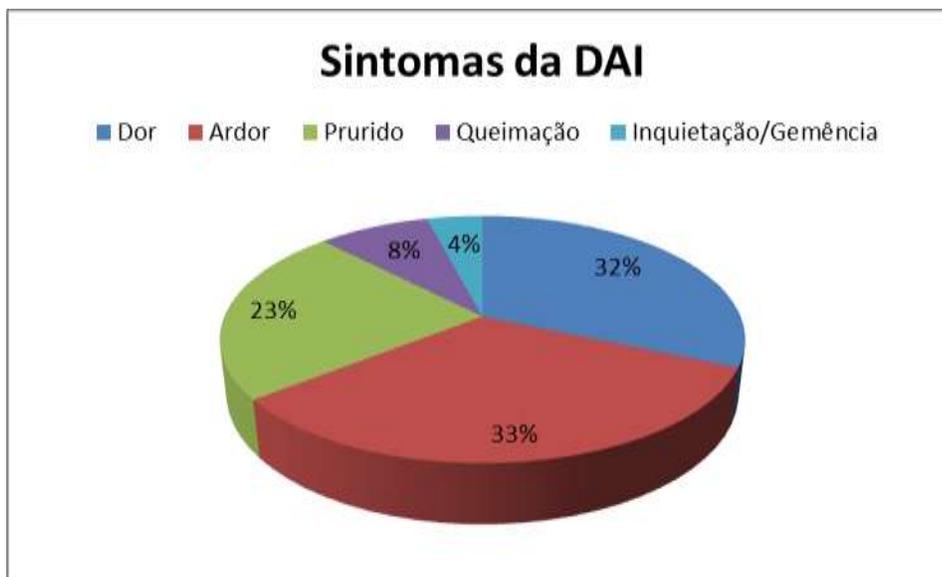


Gráfico 1. Sintomas presentes nos pacientes com dermatite associada à incontinência (DAI) em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

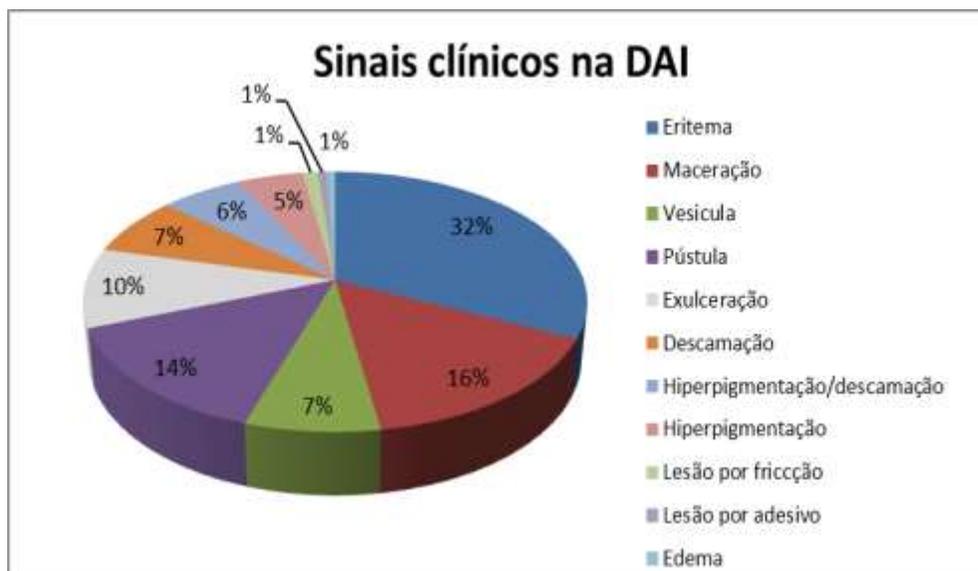


Gráfico 2. Sinais clínicos presentes nos pacientes com dermatite associada à incontinência (DAI) em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

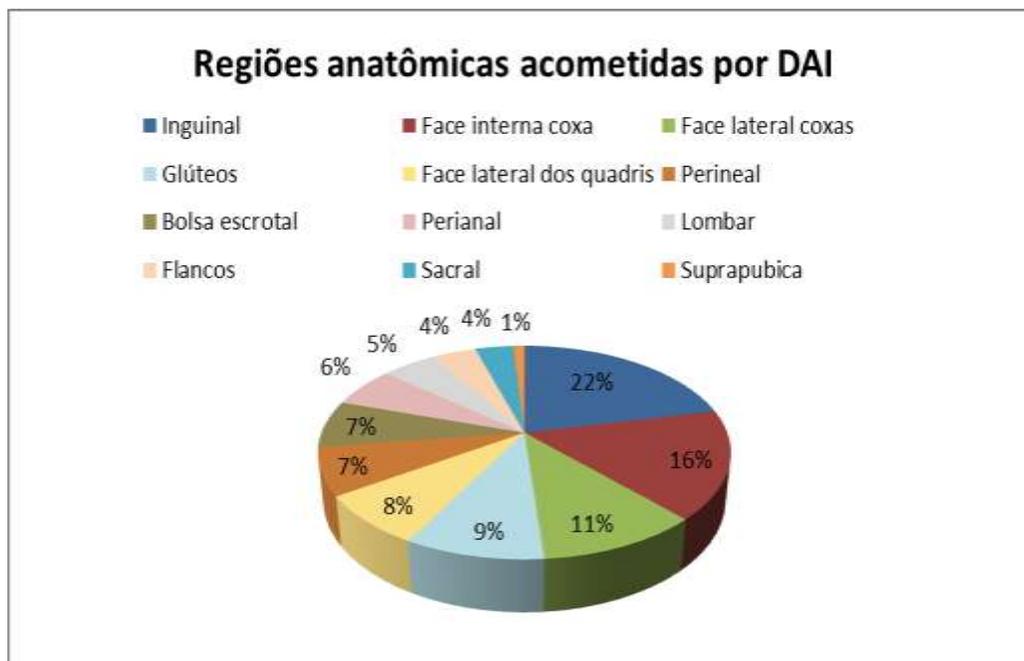


Gráfico 3. Regiões anatômicas acometidas pela dermatite associada à incontinência (DAI) em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

Quanto a outros detalhamentos sobre condições da DAI, conforme observado no Gráfico 4, relativo a fase de evolução da inflamação, em 35 pacientes (70%) a lesão era aguda (ou ativa) e em 15 pacientes (30%) era crônica (ou em remissão) uma vez que a DAI por definição é uma inflamação que varia de intensidade ao longo do tempo. As figuras 8 e 9 ilustram respectivamente as fases supracitadas.

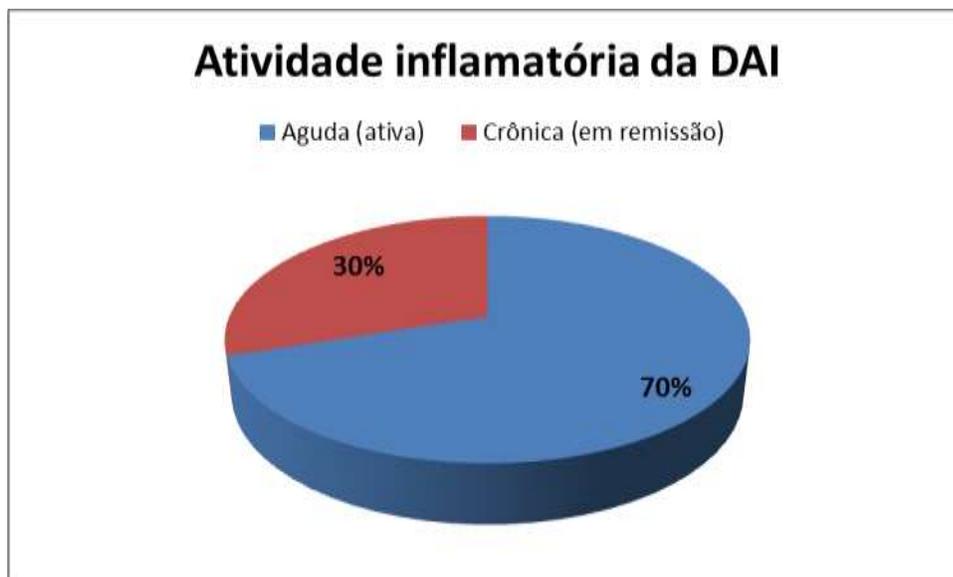


Gráfico 4. Atividade inflamatória da dermatite associada à incontinência (DAI) em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.



Figura 8. Atividade inflamatória da DAI. Fase aguda. S124. CL.MED. Acervo próprio.



Figura 9. Atividade inflamatória da DAI. Fase de remissão ou cronificação. S18. CL. MED. Acervo próprio.

Candidose, considerada uma das maiores complicações da DAI, foi observada em 7(14%) dos casos de DAI. As figuras 10 e 11 ilustram esta condição.



Gráfico 5. Presença de Candidose na dermatite associada à incontinência (DAI) em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.



Figura 10. Candidose sobreposta a DAI. Face lateral da coxa D. S62 CL. MED. Acervo próprio.



Figura 11. Candidose sobreposta a DAI. Glúteos, região lombar e faces lateral e posterior das coxas. Acervo próprio.

4.3 MEDIDAS PREVENTIVAS/TRATAMENTO PARA DAI

O dispositivo ocluser predominante utilizado por 134 (97,1%) dos pacientes foi a fralda sintética, estando 2 pacientes (1,4%) sem dispositivo

oclusor, e 2 pacientes (1,4%) com absorvente ou fralda de algodão. Observado também eventual uso de 02 fraldas simultaneamente para suportar maior volume sem extravasar no leito, como por exemplo em casos de diarreia, ou em pacientes que apresentavam grande quantidade de diurese. Os métodos predominantes para higienização durante as trocas nas instituições em geral foram retirar o excesso de sujidade com a própria fralda ou compressas, o uso do sabonete, seguido de enxague com compressas úmidas e secagem com fricção de compressa de algodão ou toalha. Após, a equipe verificava a necessidade ou não de troca do forro/lençol, conforme quantidade de efluente eliminado. Em alguns poucos casos observou-se o uso de forro impermeável sob a travessa móvel de algodão a fim de evitar que a umidade transpassasse para lençol e colchão. Conforme demonstrado no Gráfico 6, os produtos mais comumente utilizado para higiene íntima a cada troca, foi o sabonete em barra, sendo citado por 70 (51%); seguido do sabonete líquido 25 (18%); e em 43 dos casos (31%) não foi informado o agente de limpeza, por desconhecimento, uma vez que os acompanhantes ou familiares são orientados a se retirarem do quarto no momento das trocas. O uso de sabonete em barra, no presente estudo, não demonstrou associação com DAI ($p=0,31$). Não foi possível verificar o pH dos sabonetes no momento da avaliação.

Em nenhum caso foi observado uso de agente limpante sem enxague com pH acidificado, conforme últimas evidências de boas práticas recomendadas.



Gráfico 6. Utilização de produtos para higienização em área de fralda em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

A maioria dos pacientes (82-59,4%) utilizava algum produto tópico para prevenção ou tratamento em região de fralda, porém 40,6% (61) não utilizavam ou não souberam informar.

Os agentes utilizados como protetores ou como tratamento da DAI (Gráfico 7) foram principalmente o óxido de zinco, em geral associado com retinol (Vitamina A) 5.000 UI colecalciferol (Vitamina D), sendo utilizado por 40 pacientes (29% da amostra). Os demais produtos tópicos informados foram; óleo (24%); loção umectante (9%); pomada antifúngica (9%), entre outros. A utilização de produtos estava condicionada à prescrição médica na maioria das vezes, exceto para o óxido de zinco e óleo aos quais as equipes tinham mais fácil acesso. Em nenhum dos cenários estudados havia protocolo de prevenção e tratamento de DAI implementado que direcionasse a utilização de produtos em cada situação.



Gráfico 7. Utilização de produtos tópicos como proteção da pele em área de fralda: prevenção ou tratamento em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

4.4- DAI E LESÕES POR PRESSÃO

Foi avaliada a relação da DAI com lesões por pressão (LPP), uma vez que a umidade e a pressão às quais a região sacral, coccígea, isquiática e trocantérica, estão expostas, podem implicar em injúrias à pele que exigem diagnóstico diferencial entre ambas as condições. Do total de pacientes avaliados, 29 deles (21,0%) apresentavam LPP independente da existência ou não de DAI. Quando testada a associação entre DAI e LPP não foi observada significância estatística ($p=0.19$). Os estágios e classificação de lesões por pressão, nos quais foi possível a completa visualização (27, dos 29 pacientes) foram: Estágio 1: 3 pacientes (10,3%); Estágio 2: 20 pacientes (69,0%), Estágio 3: 3 pacientes (10,3%); Estágio 4: 1 paciente (3,4%).

Tabela 4. DAI e lesões por pressão em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

Variável	N (%)	Valor p
Presença de LPP		-
Sim	29 (21,0)	
Não	109 (79,0)	
LPP associada a DAI		0,19
Sim	14 (48,0)	
Não	15 (52,0)	
Estágio da LPP		-
I	03 (10,3)	
II	20 (69,0)	
III	03 (10,3)	
IV	01 (3,4)	

DAI: Dermatite Associada a Incontinência; LPP: Lesão por Pressão

4.5 FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DA DAI

Na Tabela 5 estão dispostos alguns dos fatores extrínsecos, ou seja, aqueles que não dependem de condições individuais e pessoais do paciente. Houve associação de DAI com isolamento de contato (OR 3,0 [1,01-9,49]; $p=0,04$), tempo de internação (OR=5,0 [2,50-12,90]; $p=0,00$) e maior intervalo para a troca de fralda ($p=0,04$).

Tabela 5. Fatores extrínsecos e distribuição da DAI em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

Variável	DAI		Valor p*	OR (IC 95%)
	Não	Sim		
N	88	50		
Isolamento			0,04*	3,0 (1,01-9,49)
Não	82 (59,4)	41 (29,7)		
Sim	6 (4,3)	9 (6,5)		
Tempo de Internação			0,00*	
Até 15 dias	75 (54,3)	25 (18,1)		5,7 (2,50-2,90)
Acima de 15 dias	13 (9,4)	25 (18,1)		
Via de alimentação			0,23	0,62 (0,29-,30)
Oral	61(44,2)	30 (21,7)		
Enteral	24(17,4)	19 (13,8)		
Jejum ou NPT*	2(1,4)	0 (0,0)		
NI	1(0,7)	1 (0,7)		
Uso de diurético			0,90	1,04 (0,51-,11)
Não	52(37,7)	36 (26,1)		
Sim	29(21,0)	21 (15,2)		
Uso de laxativo			0,05	0,41 (0,16-,03)
Não	63(45,7)	25 (18,1)		
Sim	43(31,2)	7 (5,1)		
Uso de sedativo			0,24	1,66 (0,72-,96)
Não	74(53,6)	14(10,1)		
Sim	38(27,5)	12(8,7)		
Frequência de Trocas de fralda			0,04*	
Imediata até 2h	24(17,4)	8 (5,8)		
>2 a 6h	57(41,3)	36 (26,1)		1,8 (0,74- 4,46)
Acima de 6h	3(2,2)	5 (3,6)		5,0(0,97-25,70)
Desfecho			0,09	
Alta	52(37,4)	21(15,2)		
Óbito	18(13,0)	14(10,1)		1,93(0,81-4,56)
Manutenção da internação	17(12,3)	14(10,1)		2,03(0,85-4,86)
Sem informação	1 (0,7)	1(0,7)		

NPT: nutrição parenteral Total; *Significância estatística

Na Tabela 6 é possível visualizar a associação de fatores intrínsecos de acordo com a presença ou ausência de DAI. Houve associação de DAI com

categorias de IMC ($p=0,015$) sendo que a obesidade ($OR= 3,6 [1,2-10,47]$) e baixo peso ($OR=2,5 [1,08-5,96]$) apresentaram associação significativa com DAI.

Também houve associação do nível de dependência e DAI ($p<0.01$), ou seja, a medida que aumenta o nível de dependência, maior a possibilidade ou a chance de desenvolver DAI ($OR=2,4 [1,19-5,09]$). O tipo de efluente, fezes líquida, demonstrou relação com o desenvolvimento de DAI ($p=0,017$). Bem como, foi demonstrada associação do score de Braden com DAI, ou seja, pacientes que apresentaram riscos elevados para desenvolvimento de LPP também apresentaram maior risco de desenvolver DAI [$OR=6,1 (1,4-26,9)$]; $p\leq 0.0001$.

Tabela 6. Fatores intrínsecos e distribuição de DAI em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

Variável	DAI N%		Valor P	OR (IC95%)
	Não	Sim		
N	88	50	-	-
Idade média(anos)			0,79	1,0 (0,96-1,04)
Sexo			0,51	0,79 (0,39-1,59)
Feminino	46 (33,3)	29 (21,0)		
Masculino	42 (30,4)	21 (15,2)		
Diabetes mellitus	39 (44,3)	24 (48,0)	0,68	1,16 (0,57-2,32)
IMC			0,015*	
Eutrofia	43(31,2)	13(9,4)		
Baixo peso	26(18,8)	20(14,5)		2,5 (1,08-5,96)
Sobrepeso ou pré obesidade	9(6,5)	6(4,3)		2,2 (0,66-7,35)
Obesos	10(7,2)	11(8,0)		3,6 (1,26-10,47)
Tipo de incontinência			0,20	
Urinaria	24(17,4)	8(5,8)		
Fecal	21(15,2)	14(10,1)		2,2 (0,76-6,14)
Urinária e fecal combinadas	41(29,7)	28(20,3)		2,2 (0,87-5,60)
Tipo de Efluente			0,017*	
Urina	25(30,5)	8(17,4)		
Fezes formadas	28(34,1)	12(26,1)		1,33 (0,47-3,80)
Fezes pastosas	23(28,0)	19(41,3)		2,58(0,94-7,00)
Fezes líquidas	6(7,3)	7(15,2)		3,64(0,94-14,06)
Nível de dependência			<0,01*	
Muito dependente	39 (28,3)	33 (23,9)		2,4 (1,19-5,09)
Dependência moderada	49 (35,5)	17 (12,3)		
Independente	0 (0,0)	0 (0,0)		
Score de Braden			≤ 0,0001*	
Muito alto risco	3 (2,2)	8 (5,8)		6,1 (1,4-26,9)
Alto risco	25 (18,1)	19 (13,8)		1,7 (0,72-4,24)
Moderado risco	30 (21,7)	10 (7,2)		0,8 (0,29-2,02)
Baixo risco	30 (21,7)	12 (8,7)		
Sem risco sem risco	0 (0,0)	1(0,7)		

IMC – Índice de Massa Corpórea; *Significância estatística

Os itens da escala de Braden de acordo com presença ou ausência de DAI estão na tabela 7. O único item da escala de Braden com associação

estatisticamente significativa com DAI foi umidade ($p < 0,0001$); sendo que a grande maioria dos pacientes que apresentava a dermatite permeava entre as categorias constantemente molhado, muito molhado e ocasionalmente molhado.

Tabela 7. Categorias e subcategorias da escala de Braden e distribuição de DAI em dois hospitais públicos do município de Bauru, São Paulo – Brasil, 2016.

Variável	DAI N%		Valor P
	Não	Sim	
N	88	50	-
Umidade			≤0,0001*
Constantemente úmido	0 (0,0)	6 (4,3)	
Muito úmido	16 (11,6)	20 (14,5)	
Ocasionalmente úmido	60 (43,5)	22 (15,9)	
Raramente úmido	12 (8,7)	2 (1,4)	
Percepção sensorial			0,15
Completamente limitada	5 (3,6)	6 (4,3)	
Muito limitada	27 (19,6)	19 (13,8)	
Levemente limitada	55 (39,9)	23 (16,3)	
Nenhuma limitação	1 (0,7)	2 (1,4)	
Atividade Física			0,48
Acamado	58 (42,0)	35 (25,4)	
Restrito à cadeira	17(12,3)	10 (7,2)	
Caminha ocasionalmente	13(9,4)	5 (3,6)	
Caminha frequentemente	0 (0,0)	0 (0,0)	
Completamente imobilizada	12(8,7)	8 (5,8)	
Mobilidade			0,51
Muito limitada	43 (31,2)	26 (18,8)	
Levemente limitada	33 (23,9)	16 (11,6)	
Nenhuma limitação	0 (0,0)	0 (0,0)	
Nutrição			0,98
Muito pobre	0 (0)	3 (2,2)	
Provavelmente inadequada	42 (30,4)	18 (13,0)	
Adequada	46 (33,3)	29 (21,0)	
Excelente	0 (0,0)	0 (0,0)	
Fricção e cisalhamento			0,32
Problema	36 (26,1)	25 (18,1)	

Problema potencial	50 (36,2)	24 (17,4)
Nenhum problema	2 (1,4)	1 (0,7)

O Gráfico 8 representa a associação de DAI com os fatores intrínsecos das categorias do Score de Braden por meio da análise de correspondência múltipla. Trata-se de uma análise multivariada entre as categorias, permitindo analisar as relações existentes por meio da redução de dimensionalidade do conjunto de dados. Algumas categorias do Score de Braden se mostraram associadas à DAI por pertencerem ao quadrante 'Sim': Umidade (1-Constantemente úmido; 2-Muito úmido), Mobilidade (1-Muito limitada; 2-Levemente Limitada), Percepção sensorial (2-Muito limitado), Atividade física (1-Acamado); Fricção (1-Problema). Nos pacientes com ausência de DAI, demonstrado pelo quadrante 'Não', predominaram as classificações Umidade (3-Ocasionalmente úmido; 4- Raramente úmido); Atividade física (2- Restrito à cadeira; 3- Caminha ocasionalmente); Mobilidade (3- Levemente limitada; 4- Nenhuma limitação); Fricção (2- Problema potencial; 3- Nenhum problema); Percepção sensorial (3- Levemente limitada), ou seja, categorias, as quais representam pacientes teoricamente mais hígidos e com menos fatores de risco para integridade cutânea de forma geral.

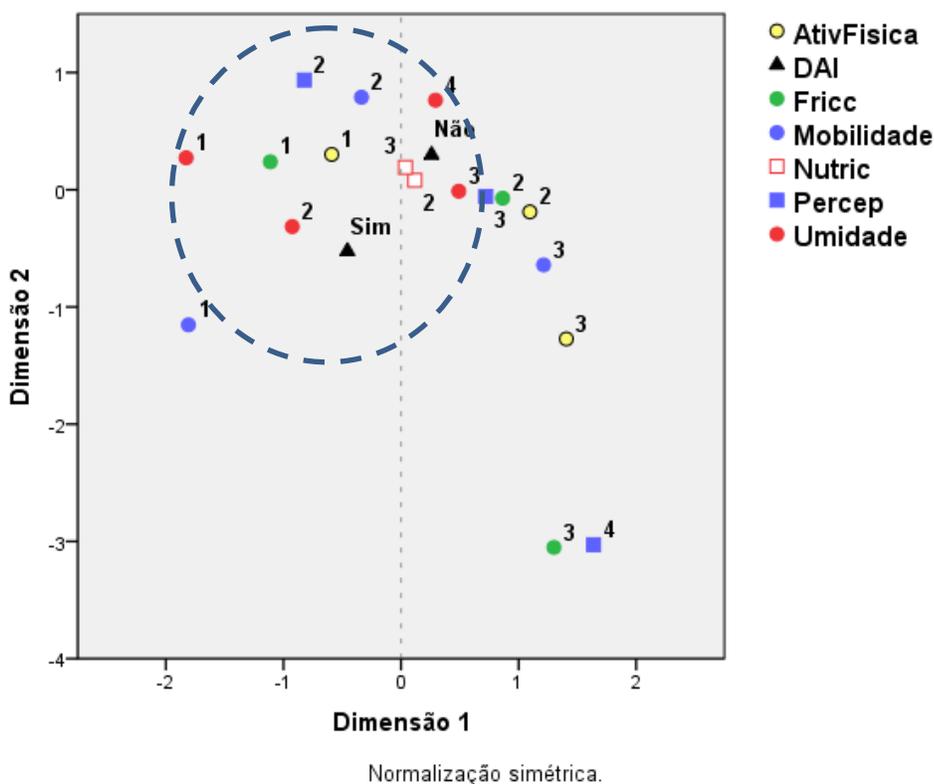


Gráfico 8. Mapa perceptual da Análise de correspondência múltipla entre categorias da Escala de Braden relacionados a presença ou ausência de DAI. Mobilidade: 1. Completamente imobilizado; 2. Muito limitado, 3. Levemente limitado; Umidade: 1. Constantemente molhado, 2. Muito molhado, 3. Ocasionalmente molhado, 4. Raramente molhado; Percepção sensorial: 1. Completamente limitada, 2. Muito limitada, 3. Levemente limitada, 4. Nenhuma limitação; Atividade Física: 1. Acamado, 2. Confinado a cadeira; 3. Deambula ocasionalmente; Nutrição: 1. Muito pobre, 2. Provavelmente inadequada, 3. Adequada, 4. Excelente; Fricção e cisalhamento: 1. Problema, 2. Problema potencial, 3. Nenhum problema.

4.6 GUIA DE BOAS PRÁTICAS – PREVENÇÃO E MANEJO DAI

O presente estudo, uma vez que responde ao objetivo geral proposto de determinar a prevalência, características clínicas da DAI e suas associações em idosos hospitalizados, subsidiou o desenvolvimento da estratégia, com intuito de contribuir com a prevenção e manejo da DAI.

Após discussão com as áreas afins e de maior prevalência de DAI, optou-se pelo desenvolvimento de um Guia de Boas Práticas (**Apêndice1**) direcionado

a cuidadores, cuja finalidade será contribuir para adoção ou manutenção dos cuidados com a pele do idoso durante internação e após alta hospitalar.

A confecção do Guia de Boas práticas fundamentou-se na necessidade de acesso à informação por parte da maioria dos cuidadores, verbalizada pelos próprios cuidadores e pelos profissionais de saúde das unidades estudadas. A presença de acompanhante 24 horas e horário de visita estendida em uma das instituições estudadas, fez com que a presença do cuidador se fizesse real, em parte importante da amostra. Além disso, o fato de grande parte dos desfechos de internação terem sido alta hospitalar (52,9%) ou manutenção da internação (21,7%), despertou o olhar dos autores para a necessidade de trabalhar o cuidador para a prevenção da afecção DAI, visto serem esses os responsáveis na maioria das vezes pela dinâmica do cuidado do paciente dependente, este comprovadamente com maior risco de desenvolvimento de DAI, no presente estudo.

Para a confecção do Guia, se fez necessário uso uma linguagem simples, clara, objetiva em conteúdo e forma, sendo desenvolvido em formato visual leve, atraente e adequado ao seu público-alvo.

No seu desenvolvimento alguns elementos foram essenciais, sendo os itens principais do guia divididos da seguinte forma:

- **Introdução-** nesse momento delimitado o campo de interesse, os propósitos e o público-alvo. Os títulos foram apresentados como: *O que o cuidador precisa saber?/ O papel do cuidador; Você já ouviu falar em assaduras?*
- **Desenvolvimento** – o desenvolvimento pautou-se em arcabouço teórico com base em evidências para prevenção e manejo de DAI, considerando, porém, as dificuldades ao acesso aos produtos, inerentes a maioria da população. Os títulos seguiram-se renunciando a correta definição para a condição DAI, os fatores de risco para seu aparecimento, as medidas preventivas no domicílio, as medidas preventivas durante internação, e as ações caso a dermatite se instale ou piore, referenciando o serviço de saúde da Atenção

Básica para tal avaliação e conduta. Os títulos foram apresentados como: *O nome correto para essa condição é Dermatite Associada à Incontinência/Conhecida pela sigla DAI/ O que é DAI?/ Fatores de Risco para DAI/O melhor a fazer é prevenir!/ Exemplos de produtos existentes no mercado para prevenção/tratamento da DAI/ Infecção fúngica associada a DAI/ E se a DAI apareceu?/ E durante a hospitalização?*

- **Encerramento** – o Guia foi concluído com um pequeno resumo das expectativas relacionando o tema apresentado, incentivando a todos os cuidadores leitores do Guia a manterem-se atuentes, com o título apresentado como: *Não DEScuide!;* seguido pelas referências que fundamentaram o Guia.

Uma vez elaborado e proposto o Guia, a estratégia de produção e impressão em larga escala, a logística de distribuição ao cuidador na alta ou internação, e atualização e manutenção do Guia, estará atrelada a autorização e interesses institucionais e disposição dos mesmos em investir na ação proposta, uma vez que no presente trabalho não houve financiamento por agências de fomento.

5 DISCUSSÃO

No presente estudo, a prevalência de DAI na população idosa foi de 36,2% compatível com as taxas encontradas em outros estudos. Trata-se de afecção com ampla variabilidade de distribuição, com taxas de prevalência e taxas de incidência, entre 3,4% e 50%^{11,9,37,38,39,81;82}. Em estudo de prevalência em adultos criticamente enfermos a prevalência foi de 36%⁸⁵, similar ao nosso estudo. A maioria desses estudos foi realizada em instituições de longa permanência e cuidados críticos e poucos em relação aos idosos na comunidade.

Características sociodemográficas como sexo, idade, cor, local de internação, no presente estudo, não demonstraram associação com DAI, semelhante aos resultados de outros estudos que demonstram não existir predileção da dermatite por sexo, raça, idade ou padrão social. Indivíduos de outras faixas etárias podem também desenvolver a doença em situações especiais associadas à incontinência urinária e fecal^{10,83}. Já em outros estudos, o sexo masculino^{84,85} demonstrou associação com DAI, bem como a idade acima de 80 anos^{81,37}.

Nossos resultados apontam como mais prevalente na amostra a incontinência dupla ou urinária e fecal combinadas, entretanto nenhum tipo de incontinência demonstrou associação com o desenvolvimento de DAI. Já estudo desenvolvido com 608 pacientes internados em unidades hospitalares, 2,6% dos pacientes com incontinência urinária, 13% incontinência fecal e 4,7% incontinência dupla desenvolveram DAI⁸⁶. Em estudo realizado em terapia intensiva, dos pacientes que desenvolveram DAI, 98% eram incontinentes fecais⁸⁵.

Quanto ao tipo de efluente eliminado, as fezes líquidas demonstraram associação estatisticamente significativa com DAI, embora o tipo de incontinência não tenha demonstrado associação. Sabe-se que exposição prolongada ou repetida a fezes e urina leva a hiper-hidratação da pele e a amônia presente na urina aumenta o pH da pele, diminuindo a tolerância tecidual à fricção, ao cisalhamento e à pressão. Além disso, as enzimas digestivas (proteases e lipases) presentes nas fezes irritam o tecido, pois a atividade

enzimática das mesmas fica exacerbada na presença de um pH alcalino. As fezes líquidas são mais irritantes do que as sólidas, pois naturalmente entram em contato com uma área maior da pele, além de conter mais sais biliares e lipases pancreáticas, deixando-a ainda mais sensível e vulnerável a amônia^{87;39}. De fato as fezes líquidas tende a ser mais rica em enzimas digestivas, e, combinado com o seu teor de água elevado, é particularmente prejudicial para a pele^{34,41}.

Os sintomas ardor, dor e prurido, bem como os sinais clínicos da DAI, como eritema, maceração, pústula e exulceração foram predominantes no presente estudo, corroborando com outras pesquisas que também encontraram ardência e prurido nos pacientes com DAI e que apontam que além do eritema, as lesões podem ser superficiais, irregulares com os bordos difusos e dispersas ou então pode aparecer sob a forma linear limitada ao sulco anal^{13,81}. No nosso estudo, 10% dos pacientes do DAI apresentaram exulceração da pele, corroborando com 9% de desnudamento ou exulceração encontrados em pacientes em outro estudo⁸⁵. A erosão da pele ocorre com frequência, provavelmente pelo atrito criado das fraldas e lençóis sobre a pele úmida irritada ou aos danos causados pelas enzimas digestivas presentes nas fezes líquidas ou sólidas.

Os pacientes da nossa amostra apresentaram lesões predominantemente na região inguinal, face interna e lateral da coxa, glúteos e face lateral dos quadris. Conforme demonstrado no último consenso, a DAI tem distribuição anatômica variável, de fato podendo se estender bem além do períneo (área entre o ânus e a vulva ou escroto), dependendo da extensão do contato da pele com urina ou fezes. Em incontinência urinária, DAI tende a afetar as dobras dos grandes lábios em mulheres ou do escroto nos homens, e dobras da virilha, bem como estender-se sobre as coxas e abdômen anterior medial e inferiores. Já DAI com incontinência fecal, afeta principalmente área perianal, prega glútea e os glúteos e pode estender ainda para a área sacrococcígea e regiões posteriores das coxas¹¹.

De modo geral, para a limpeza da região genital após episódio de fezes ou urina em enfermarias, tem sido utilizado água e sabonete ou pano úmido e macio ou lenço descartável. Sabonete em barra, produtos antibacterianos destinados à limpeza da pele ou para lavagem das mãos não devem ser utilizados porque podem ressecar a pele, aumentar o pH e contribuir para erosão do epiderme⁸⁸. Diversos estudos indicam que para a higiene da região perineal dos pacientes incontinentes deve-se utilizar sabonetes com pH neutro ou ácido, porém a maioria dos sabonetes convencionais apresentam pH alcalino. A higienização por meio de movimentos mecânicos juntamente com sabonetes de pH alcalino pode levar à ruptura da pele pela remoção dos lipídios naturais da mesma, que servem como barreira protetora. Também os sabões com pH alcalino removem o manto ácido da pele, propiciando o crescimento de bactérias^{89,90}. O sabonete em barra foi o mais utilizado, por 51% da amostra, porém seu uso, não demonstrou associação com DAI. Uma limitação do nosso estudo foi não ter sido possível verificar o pH dos sabonetes no momento da avaliação.

Além do sabonete nenhum outro agente limpante foi utilizado. Um limpador de pele ideal deve ter pH similar ao da pele quando íntegra e não deve conter potenciais irritantes, bem como combinem ação surfactante e hidratante que diminuam a necessidade de fricção durante a higienização e ajudem a manter a barreira lipídica da pele. O pH de um limpador de pele influencia na manutenção da função barreira da pele e do manto ácido, e contribuem para manter o estrato córneo íntegro, essencial para a proteção da pele contra microorganismos oportunistas e para a retenção da hidratação⁸⁷.

Após a limpeza, a pele deve ser protegida para evitar o desenvolvimento da DAI. Porém, como demonstrado nesse estudo, 59,4% (82) utilizava algum produto tópico para prevenção ou tratamento em região de fralda e 40,6% (61) não utilizavam ou não souberam informar. Fica evidente a necessidade de expansão do uso de protetor na região em área de fralda dos pacientes nas unidades em questão, visto ser esta recomendação atual do seu uso em todos

pacientes incontinentes com o intuito de proteger a pele contra a umidade constante³³.

Protetores da pele devem ser utilizados na prevenção e tratamento de DAI para formar uma barreira entre o estrato córneo e qualquer umidade ou irritantes. A prevenção deve ser baseada em evitar ou minimizar a exposição a fezes ou urina combinado com um programa de cuidados da pele estruturado com base em princípios de limpeza suave, hidratação, de preferência com um emoliente, e aplicação de um protetor da pele. O Tratamento da DAI concentra-se em três objetivos principais: 1º remoção de substâncias irritantes da pele afetada; 2º a erradicação de infecções cutâneas, tais como candidose; e 3º de contenção ou desvio de urina incontinência ou fezes⁹⁰. A escolha das formulações possíveis para o tratamento da DAI deve levar em consideração o paciente, o custo-benefício e a efetividade do tratamento. No presente estudo, os agentes utilizados como protetores ou como tratamento da DAI destacaram-se o óxido de zinco, em geral associado com retinol (Vitamina A) 5.000 UI colecalciferol (Vitamina D), seguido do óleo, loção umectante, pomada antifúngica, entre outros. De fato, as preparações à base de óxido zinco e petrolato são os produtos barreira mais comumente utilizados devido à sua acessibilidade, resistência e custo^{10,41}. Independente da escolha, conforme recomendação do último Consenso há que se levar em conta alguns princípios que orientem o uso de protetores da pele na prevenção e manejo de DAI: aplicar o protetor da pele com uma frequência compatível com a sua capacidade de proteger a mesma, e em conformidade com as instruções do fabricante; verificar se o protetor da pele é compatível com quaisquer outros produtos de cuidados da pele, por exemplo, produtos de limpeza; aplicar o protetor em toda a pele que entra em contato ou potencialmente entrará em contato com urina e/ou fezes¹¹.

Em relação ao tipo de produto utilizado e à rotina instituída nos locais em relação à troca de fralda e higiene íntima conforme citado anteriormente, até o término do período da coleta de dados, não foi observada a existência de protocolo institucional de conhecimento da equipe, que direcionasse os cuidados de prevenção e manejo de DAI. Todavia, sabe-se que assistência de

enfermagem sem suporte teórico e padronização adequada favorece o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar danos à clientela. Vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos de assistência, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado⁹¹.

Sinais clínicos de candidose estiveram presentes em 14% dos nossos casos de DAI. Segundo a literatura, percentuais desta complicação variam de oito a 77% dos casos de DAI. O fungo *Cândida albicans* contamina, frequentemente, a DAI, sendo a principal complicação da doença. A infecção por esse fungo deve ser considerada, pesquisada e tratada em dermatites com mais de três dias de evolução. O ambiente úmido e quente produzido pela fralda favorece a proliferação da *C.albicans*, que pode penetrar no estrato córneo, ativar a via alternada do complemento e induzir um processo inflamatório. A candidose cada vez mais frequente se deve também ao uso mais rotineiro de antibióticos orais de largo espectro, com subsequente diarreia. O diagnóstico é clínico e laboratorial através do exame micológico direto da lesão, evidenciando pseudo-hifas (o material deve ser colhido na periferia do eritema, na pápula ou na pústula periférica)¹⁰. Entretanto, em nosso estudo, não realizamos a confirmação do diagnóstico clínico por meio do exame micológico direto, pois não era objetivo do mesmo realizar intervenções diagnósticas ou terapêuticas. Também é frequente o aparecimento de infecção secundária por bactérias como *Bacillos faecallis*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* e *Streptococcus*¹⁰.

Em relação à LPP e seus diferentes estágios, não se identificou associação significativa com o desenvolvimento da DAI, embora tenha se associado com maior risco para esta lesão de acordo com a escala de Braden.

Estudo de revisão de literatura, que analisou os fatores envolvidos na incontinência urinária e/ou fecal que podem provocar o desenvolvimento de LPP, também não encontrou resultados com significância estatística, porém, confirmou que a presença desses fatores aumenta a vulnerabilidade da integridade da pele, que está associada ao desenvolvimento de LPP na região sacral e glútea, principalmente. A diferenciação entre ambas condições se baseia fundamentalmente na inspeção visual. É importante a correta avaliação da pele lesada, de forma a distinguir dermatites de contato, lesões por umidade como a DAI de LPP. Esta medida é essencial para melhor direcionar as intervenções e os cuidados à pele^{92,93}. Embora no presente estudo não houve associação, outros têm apontado uma tolerância menor à fricção e à pressão nesta população, ocasionando maior risco de ulceração^{84,87}.

As LPP ocorreram em 29% dos idosos e alguns casos concomitantemente com DAI. As duas condições são complicações possíveis de ocorrer em pessoas em situação de fragilidade, principalmente naquelas com restrição de mobilidade e idade avançada. Constituem preocupação dos profissionais de saúde inseridos tanto no contexto hospitalar quanto nas instituições de longa permanência para idosos em virtude da necessidade de prevenir a ocorrência desses tipos de lesões e evitar suas complicações. Como se sabe, a LPP um problema sério que afeta aproximadamente 9% de todos os pacientes hospitalizados, sobretudo os idosos, e 23% dos pacientes acamados com cuidados domiciliares⁹⁴. Esse problema pode ser de difícil solução e, geralmente, resulta em dor, deformidades e tratamentos prolongados. Entretanto, uma assistência efetiva e individualizada pode minimizar seus efeitos deletérios e apressar a recuperação, contribuindo para o bem-estar dos pacientes⁹⁵.

A pele molhada não desliza contra a roupa de cama ou vestuário e é, portanto, mais vulnerável a lesões, pelo atrito⁹⁶. É possível que DAI torna a pele mais vulnerável a danos causados por pressão, cisalhamento, fricção e remoção mecânica. DAI e LPP, muitas vezes coexistem^{97,98}. A natureza precisa da relação entre estas condições não é totalmente compreendida, mas sugere-se

que pele lesada de umidade tem uma tolerância reduzida à fricção ou pressão, resultando em um maior risco para LPP. Em relação ao reposicionamento ou mudança de decúbito, enquanto ocorre a limpeza da pele, poderia haver descarregamento da pressão, porém nem sempre ocorre devido ao curto período de tempo gasto movendo o paciente durante o regime de limpeza^{99,100}. Em um estudo de análise de reposicionamento e mudança de decúbito, foi observado que os indivíduos foram raramente reposicionados no momento da higiene e troca de fralda³⁴. Esse momento poderia ser de fato um momento para mudança do decúbito e alívio da sobrecarga em proeminências ósseas, uma vez que para realização completa da higiene íntima é necessário mobilizar o paciente.

Idosos, cuidadores, profissionais ou leigos, devem ser constantemente orientados sobre a importância e medidas para o alívio da pressão, revendo e implementando procedimentos simples como a mudança de decúbito, uso correto do lençol móvel, o posicionamento nas cadeiras e no leito, prevenção do atrito nas movimentações, controle da umidade bem como a facilitação e estímulo na alimentação e hidratação, fundamentais entre os idosos, particularmente aqueles institucionalizados¹⁰¹.

De modo geral, somado à incontinência, fatores extrínsecos e intrínsecos podem contribuir para o desenvolvimento de DAI. Estudo em 166 pacientes hospitalizados mostrou correlação estatisticamente significativa entre DAI e incontinência fecal, frequência das eliminações, má condição da pele, dor, má oxigenação da pele, febre e comprometimento da mobilidade. Outros fatores adicionais compreenderam a severidade da doença e condições de comorbidade, bem como albumina de soro baixo, o qual está associado com um aumento acentuado na probabilidade de danos à pele⁸¹.

Alguns fatores de risco são citados por estarem intimamente relacionados a predisposição, ocorrência e gravidade da DAI, precisam ser cuidadosamente reconhecidos para que medidas preventivas possam ser instituídas precocemente. Foram agrupados em uma espécie de construto e leva em conta fatores intrínsecos e extrínsecos. Dentre os principais fatores de risco já conhecidos temos: idade, estado de saúde, nutrição, oxigenação, perfusão, tipo

de incontinência, características da incontinência, atrito mecânico, aumento da permeabilidade, produtos, mobilidade, percepção sensorial e consciência cognitiva, frequência e qualidade das higienizações¹⁰².

Quanto aos fatores extrínsecos do presente estudo, ou seja, aqueles que não dependem de condições individuais e pessoais do paciente, foi possível observar que o isolamento de contato foi fator de risco para DAI. O isolamento de contato implica em medidas específicas de prevenção do risco de transmissão de microrganismos patogênicos, indicadas para pacientes com infecção ou colonização por microrganismos com importância epidemiológica e que podem ser transmitidos por contato direto ou indireto e devido a isto poderia eventualmente implicar na menor quantidade de acessos e frequência de trocas de fraldas, contribuindo para o aumento do risco de DAI. Contrariamente, em estudo de coorte em UTI com pacientes que necessitaram de isolamento de contato, apresentaram menor risco de desenvolver DAI se comparados aos que não estavam⁸⁵, supostamente pelo ambiente de terapia intensiva, ser foco de assistência contínua com dimensionamento maior de equipe de enfermagem devido à complexidade implicada e necessidade de monitoramento constante.

O tempo de internação maior que 15 dias também foi fator de risco para o desenvolvimento de DAI, ou seja, os pacientes nesta condição apresentaram razão de chance 5,0 vezes maior de desenvolver DAI. De modo geral, tempo prolongado de internação, além de diminuir a rotatividade dos leitos e aumentar os custos hospitalares, aumenta o risco de complicações decorrentes da internação, como as infecções hospitalares e lesões de pele, dependendo do risco ao qual está exposto. Sabe-se que a complexidade da atenção, o tipo de internação, capacidade resolutiva, prognóstico, a demanda do hospital, objetivos do tratamento, o perfil clínico dos pacientes (severidade, faixa etária, comorbidade) e o tipo de procedimento ofertado são fatores que diferenciam a média de permanência nos hospitais para pacientes com problemas agudos. A média de permanência em hospitais agudos acima de sete dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar, além de ter que considerar o leito hospitalar como um recurso caro e complexo¹⁰³. No SUS, excluindo-se as

internações de longa permanência (cuidados prolongados, psiquiatria, pneumologia sanitária e reabilitação), observa-se uma média nacional de permanência de 5,6 dias no período de Janeiro de 2016¹⁰⁴, valor do qual se aproximaram as médias das clínicas médica e cirúrgica do presente estudo (06 dias).

Quanto à internação de longa permanência definida pelo Ministério da Saúde como sendo aquela em que o paciente permanece por um tempo superior a trinta dias internado numa mesma instituição, no presente estudo esse tempo foi expressivamente maior, ou seja, em torno de 1100 dias. Esses leitos de longa permanência fazem parte de um contexto histórico de institucionalização e segregação devido a hanseníase, em um antigo asilo-colônia desde 1933, hoje instituto com enfermarias dermatológica, cirúrgica e geriátrica de longa permanência. A internação de longa permanência limita o gerenciamento de leitos em busca de otimização dos recursos e da desinstitucionalização, uma vez que muitos deles, ainda que possuam benefício previdenciário ou indenizatório do estado, não possuem vínculo familiar algum, apresentam alto nível de dependência e se encontram em situação de vulnerabilidade social.

Quanto à frequência de troca do dispositivo oclusor (fraldas geriátricas), que deve ser feita após a higiene íntima, foi observada através dos registros/anotações de enfermagem que grande maioria dos pacientes com dermatite era trocada de 6/6 horas rotineiramente, ou seja, uma vez por plantão ou acima, independente da ocorrência de eliminações ao longo do período. A frequência de troca registrada nas anotações de enfermagem, também mostrou associação estatisticamente significativa com DAI, sendo que quanto maior intervalo para a troca, maior o risco para o desenvolvimento de DAI. Em estudo de coorte em UTI geral, observou-se que a necessidade do maior número de trocas de fraldas nas últimas 24 horas apresentou associação significativa com o tempo até a ocorrência de DAI, porém estava atrelado à necessidade de troca conforme saturação da fralda. Este estudo também encontrou que pacientes que necessitavam de troca de fralda três vezes possuem maior risco de desenvolver a DAI, do que os que necessitavam troca de fraldas duas vezes, provavelmente

relacionado a quantidade de efluente eliminado e frequência das eliminações⁸⁵. O ideal é que a fralda seja removida assim que ocorrer a sujidade, a fim de que a capacidade de absorção não seja superada e evitando contato da pele com urina e fezes, principalmente quando o paciente estiver com diarreia^{89,103}. Porém deve-se destacar que no nosso estudo esta variável foi coletada através do registro da enfermagem no prontuário do paciente e não por observação direta, podendo ter havido falhas do registro da troca das fraldas, para mais ou para menos.

Os fatores intrínsecos dizem respeito a condições individuais, pessoais que possam predispor ao risco ou atuar como fator de proteção para a condição de DAI. No presente estudo, extremos de peso, demonstraram associação estatisticamente significativa com DAI; sendo que a chance de desenvolver DAI é 3,6 vezes maior nos pacientes obesos e 2,5 vezes maior nos de baixo peso. Ter um IMC maior, classificado como obesidade pode aumentar os efeitos oclusivos ou cargas na superfície da pele, reduzindo assim a tolerância tecidual⁵⁸. Foi demonstrado que ser obeso classe II ou superior (IMC > 35 kg / m²) aumenta ligeiramente a probabilidade de ocorrência de LPP superficial no tronco⁸⁴. Já o baixo peso no indivíduo idoso, relacionada à perda da massa muscular e conseqüentemente da força muscular é uma das principais responsáveis pela deterioração na mobilidade e na capacidade funcional, além de perda do coxim adiposo que leva a evidência das proeminências ósseas, que somado à outras alterações dérmicas típicas do envelhecimento, podem elevar o risco de lesões de pele incluindo DAI.

O fato de ser muito dependente, constatado pelo índice de Katz que avalia a capacidade funcional do indivíduo idoso, aumenta o risco 2,4 em desenvolver DAI. Em estudo europeu, de modo geral, os pacientes mais dependentes, também demonstraram associação com DAI, embora os níveis de dependência foram demonstrados por outra escala⁸⁴. Cerca de 30 a 50% dos indivíduos muito idosos (85 anos acima) são incapazes para pelo menos cinco das atividades da vida diária (banhar-se, vestir-se, alimentar-se, transferir-se da cama para a cadeira, usar o sanitário e manter a continência urinária e/ou fecal)

e requerem cuidados pessoais em tempo integral. Eles são frágeis e apresentam elevado risco de quedas, confusão mental, hospitalizações freqüentes, sinais de maus-tratos e, em conseqüência, admissão em instituições de longa permanência (asilos) ¹⁰⁵.

Como já esperado, a umidade mostrou associação com DAI sendo que a grande maioria dos pacientes que apresentavam a dermatite permeava entre as categorias constantemente molhado, muito molhado e ocasionalmente molhado. As dermatites de contato irritativas constituem um processo inflamatório causado pelo dano da matriz água-lípido-proteína da pele devido ao contato prolongado com a substância irritativa. A umidade macera e enfraquece as camadas externas da pele, tornando-a vulnerável às lesões, principalmente se associada à fricção e cisalhamento. Quanto menor o tempo de exposição a umidade e agentes irritantes menor o risco de desenvolvimento do processo inflamatório ¹⁰⁶.

A maioria das recomendações para avaliação da pele (ex: técnicas de inspeção cutânea) e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de LPP como para quaisquer outras lesões da pele (ex: higiene, hidratação e proteção cutâneas). Desse modo, conhecer o risco para LPP, deverá despertar também para demais cuidados preventivos para injúrias de pele do idoso, como a DAI. Embora algumas ferramentas de avaliação de risco para DAI já terem sido desenvolvidas, estes não são amplamente utilizados em prática clínica, pois ainda carecem de tradução e validação nacionais, enquanto as ferramentas de avaliação de risco de LPP, tais como a Escala de Braden já validadas, embora não tenha sido projetada para DAI, contempla algumas subcategorias que poderiam ter eventual relação com a condição de DAI, e por isso foram testadas no presente estudo. Desse modo, através de uma análise multivariada entre as categorias, foi possível demonstrar que as categorias do escore de Braden que se mostraram associadas à DAI foram: constantemente úmido ou muito úmido; mobilidade limitada ou levemente limitada; percepção sensorial muito limitada; pacientes acamados e fricção identificada como problema.

Última revisão sistemática, ainda no prelo, reconhece que a DAI é um problema comum e recorrente em pacientes idosos com incontinência fecal e/ou urinário e conclui que as evidências sobre o gerenciamento de DAI ainda é limitado, embora crescente na última década. Expõe ainda que a falta de um código da CID-10 e um método internacionalmente validado e padronizado para coleta de dados de DAI contribui para a variação nos dados epidemiológicos¹⁰⁷.

Podem ser consideradas como limitações do presente estudo: impossibilidade de verificar o pH dos sabonetes utilizados no momento da avaliação; a não realização do exame micológico direto para confirmar os casos de candidose associada a DAI; a realização do exame físico na área de fralda que por vezes foi prejudicada quanto à necessidade de lateralizar o decúbito para visualizar por completo a região atingida; em alguns casos ausência de informantes ou de registro completos pela equipe de enfermagem (exemplo: necessidade e periodicidade de troca de fraldas) e não utilização de instrumento para avaliar o nível de prejuízo cognitivo. Embora o tamanho amostral tenha alcançado o número mínimo necessário para atingir o nosso objetivo principal, algumas correlações podem não ter sido significativas devido ao relativo pequeno tamanho da amostra, sugerindo-se a necessidade de mais estudos com amostras maiores para avaliar algumas correlações.

5.1 PRODUTO – GUIA DE BOAS PRÁTICAS AO CUIDADOR: PREVENÇÃO E MANEJO DA DAI

Embora a assistência direta de enfermagem durante hospitalização seja mister na prevenção de injúrias de pele, é de fundamental importância que não esteja focada tão somente nisso, mas que atue também na promoção, manutenção e recuperação da saúde desse natural e complexo processo que é o envelhecer. Uma das formas de contribuir para tanto, são estratégias de Educação em Saúde. Todavia, a rotina de uma enfermagem hospitalar, por vezes não permite ao enfermeiro destinar períodos prolongados de tempo à promoção de atividades educativas, visto o caráter agudo das condições de saúde dos idosos no momento da hospitalização, ora inclusive acompanhado por

instabilidade e outros agravos. Assim, materiais educativos impressos direcionados aos cuidadores/acompanhantes/familiares, têm sido utilizados como estratégia para melhorar o conhecimento, a satisfação, a aderência ao tratamento e o autocuidado de pacientes, sendo seu uso recomendado como ferramenta de reforço das orientações verbalizadas por profissionais de saúde.

Cuidar no domicílio implica em novos modos de fazer e saber dos trabalhadores da saúde, com ações que sejam permeadas pela integralidade, a intersubjetividade e o cuidado direcionado à família. Com este enfoque, o cuidado domiciliar requer a reorganização dos serviços de saúde com ênfase na promoção e educação, identificando as reais necessidades dos envolvidos, permitindo também a autonomia, corresponsabilidade, a valorização da subjetividade e a criação de vínculo¹⁰⁸.

Considera-se a orientação com apoio em material educativo ser uma estratégia de educação em saúde de baixo custo para os serviços e que poderá ser empregada nos contatos com os cuidadores na maioria dos ambientes da assistência a pessoa idosa, capaz de informar e instruir sobre prevenção e identificação precoce das lesões de pele e assim favorecer melhores condições para o tratamento e qualidade de vida dos idosos assistidos e rápida recuperação das lesões que eventualmente venham a se desenvolver¹⁰⁹.

A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população; cabe a mesma aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Por isso, educação em saúde deve ser parte de um macro que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada. Desse modo, um Guia de boas práticas, poderá ser utilizado como estratégia para alertar para o risco de DAI e orientar modos de cuidar para prevenção e manejo dessa condição¹⁰⁹.

A prevenção de lesões na pele constitui um dos pilares da prestação de cuidados de enfermagem e é por isso um desafio para todos os profissionais de

saúde na sua prática diária, sendo a prevalência de lesões na pele um indicador bastante sensível acerca dos cuidados de enfermagem prestados.

Trata-se de necessidade urgente olhar para o envelhecimento, suas características e demandas peculiares, como as da pele e, em especial, os fatores extrínsecos, que possam contribuir para aumento do risco de desenvolvimento de DAI, pois são passíveis de intervenção.

O presente trabalho demonstra a magnitude e importância de investigação mais profunda sobre o tema, do olhar acurado e atento do Enfermeiro, refletido em sua equipe e da atuação competente e eficaz de toda equipe multiprofissional, visto a prevalência significativa de DAI na amostra.

O estudo responde ao objetivo geral proposto de determinar a prevalência, características clínicas da DAI e suas associações em idosos hospitalizados, o que subsidiou o desenvolvimento da estratégia direcionada ao cuidador na temática prevenção e manejo da DAI.

De posse do conhecimento produzido, é possível almejar a transformação da prática por meio de uma assistência sistemática e de qualidade pautada em evidências, instrumentalizada por meio de ferramentas como escalas de avaliação de risco, Sistematização da Assistência de Enfermagem e protocolos clínicos de prevenção de lesões de pele.

Este estudo poderá ir além do cuidado de enfermagem, e estender-se através do produto proposto, aos cuidadores e assim contribuir a prevenção de DAI no idoso, não só no contexto de institucionalização.

6 CONCLUSÃO

A prevalência de DAI nos pacientes idosos hospitalizados foi em torno de 36%. Houve maior risco para desenvolver DAI nos pacientes que estavam em isolamento de contato, com tempo de internação maior do que 15 dias, intervalo para a troca de fralda maior que seis horas, pacientes obesos e de baixo peso, muito dependentes, muito expostos à umidade, que apresentavam fezes líquidas e muito alto risco na escala de Braden. Desenvolvido o guia para os cuidadores com a finalidade de contribuir com a prevenção e manejo da DAI durante internação e após alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Domansky RC, Borges EL. Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2014. 2 ed.
2. ONU United Nations. Department of economic and social affairs: population division. New York :World populationageing; 2007
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Sinopse do Senso Demográfico de 2010*. Rio de Janeiro, 2011.
4. Costa EFA, Porto CC, Soares AT. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. *Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003 on line (www.proec.ufg.br)*. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/envelhecimento.html. Acesso em 25/10/2016.
5. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.*[online]. 2010, vol.27, n.1 [cited 2015-04-25], pp. 232-235. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982010000100014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-3098. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>.
6. Coelho JM Filho. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Rev. Saúde Pública São Paulo* 2000; 34(66):666-71.
7. Smeltzer SC, Bare GB. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Vol1. Rio de Janeiro Guanabara-Koogan; 2006.
8. Wilson JR, FS Busato, Mendes, FM. Incontinência urinária entre idosos hospitalizados: Relação com mobilidade e função cognitiva. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 36, n. 4, 2007.
9. Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas – Parte I. *AnBrasDermatol*. 2008;83(6):567-71.
10. Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas: parte II. *An. Bras. Dermatol*. [Internet]. 2009 Feb [cited 2015 Aug 16]; 84(1): 47-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000100007&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S036505962009000100007>
11. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Incontinence-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007, 34(1): 45–54.

12. Farange MA, Miller KW, Berrdesca E, Maibach HI. Incontinence in the aged: contact dermatitis and other cutaneous consequences. *J ContactDermat.* 2007; 57 (4): 211
13. Makelbust JA, Magnan MA. Risk factors associated with having a pressure ulcer: a secondary data analysis. *Adv Wound Care.* 1994;7:25-42
14. Costa A. Tratado Internacional de Cosmecêuticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 376.
15. Draelos ZD. Cosmecêuticos. Elsevier: Rio de Janeiro 2005. p. 264.
16. Heald P, Burton CS, Callaway L. Moisturizing the Skin. *N C Med.*1983;44(4): 234.
17. Junqueira LCU, Carneiro J. Histologia Básica: texto e atlas. 12a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2013.
18. Costa A, Pires MC, Gonçalves HS, Gontijo B, Bechelli L. Estudo clínico observacional de eficácia e segurança do uso de extratos de *Imperatacylindrica* e de *Triticum vulgare*; ceramidas; vitaminas A, C, E e F; silanol (Epidrat® Ultra) em voluntários com xerose secundária a condições dermatológicas específicas – estudo Eudermia. *RBM Rev Bras Med.* 2009; 66(8): 249-53.
19. Elias PM. The stratum corneum revisited. *J Dermatol.* 1996: 23(11): 756-8.
20. Pillai S, Cornell M, Oresajo C. *Epidermal Barrier.* In Draelos, Z.D. (ed). *Cosmetic 40 Dermatology:Products and Procedures.* 2010. Wiley- Blackwell Publisher. 3-12.
21. Vissler M, Narendran V. Vernix caseosa: formation and functions. *Newborn Infant Nurs Rev.*2014 Dec; 14 (4): 142-146.
22. Giusti F, Martella A, Bertoni L, Seidenari S. Skin Barrier, Hydration, and pH of the Skin of Infants Under 2 Years of Age. *Pediatric Dermatol.* 2001. Mar-Apr; 18 (2)93-6.
23. Farage M, Maibach HI. The vulvar epithelium differs from the skin: implications for cutaneous testing to address topical vulvar exposures. *Contact Dermatitis.* 2004 Oct;51(4): 201-9.
24. Souza DMS, Tosta, Santos VLCG. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 15.5 (2007): 958-964.

25. Nascimento LV. Dermatologia do idoso. In: Cucé LC, Festa CN. Manual de dermatologia 2ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p.537-42.
26. Longo C, Casari A, Beretti F, Cesinaro AM, Pellacani G. Skin aging: in vivo microscopic assessment of epidermal and dermal changes by means of confocal microscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2013 Mar;68(3):e73-82. doi: 10.1016/j.jaad.2011.08.021. Epub 2011 Oct 14.
27. Rinnerthaler M, Streubel MK, Bischof J, Richter K. Skin aging, gene expression and calcium. *Exp Gerontol*. 2015 Aug;68:59-65. doi: 10.1016/j.exger.2014.09.015. Epub 2014 Sep 26.
28. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
29. Nettina SM. Prática de enfermagem. 7a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
30. Porto CC. Semiologia médica. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
31. Souza DMST, Santos VLGC. Úlceras por pressão e envelhecimento. *Rev Estima* 2006 janeiro-março; 4(1):36-44. 6. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).
32. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
33. Doughty D, Junkin J, Kurz P, Selekof J, Gray M, Fader M, Bliss DZ, Dimitri B, Logan S. Incontinence-associated dermatitis: consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012 May-Jun; 39(3): 303–317. doi: 10.1097/WON.0b013e3182549118
34. Black JM, Gray M, Bliss DZ, Kennedy-Evans KL, Logan S, Baharestani MM, Colwell JC, Goldberg M, Ratliff CR. MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *J. Wound. Ostomy Continence Nurs*. 2011 Jul-Aug;38(4):359-70; quiz 371-2. doi: 10.1097/WON.0b013e31822272d9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21747256>. Acesso em: 02/10/2016.
35. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Vanderwee K. Pressure ulcer prevention, the state of the art: The contribution of Tom Defloor. *International Journal of Nursing Studies*. 2011 Jul;48(7):787 - 790. Available from: [10.1016/j.ijnurstu.2011.04.010](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.04.010)

36. Zulkowski K. Diagnosing and treating moisture-associated skin damage. *Advances in skin & wound care*. 2012. 25:5:231-6.
37. Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Thayer D, Smith G. Incontinence-associated skin damage in nursing home residents: a secondary analysis of a prospective multicenter study. *Ostomy Wound Manage*. 2006; 52 (12): 46-55.
38. Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Smith G, Hedblom E. An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence. *J. Wound. Ostomy Continence Nurs*. 2007; 34 (2):143-52.
39. Driver DS. Perineal dermatitis in critical care patients. *CritCare Nurse*. 2007; 27 (4): 42-6.
40. Borchert K, Bliss DZ, Savik K, Radosevich DM. The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument: development and validation. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010 Sep-Oct;37(5):527-35. doi: 10.1097/WON.0b013e3181edac3e.
41. Beeckman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, S., Heyneman, A., Defloor, T. 2009. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J. Adv. Nurs*. 65 (6) 1141–1154.
42. Kennedy, K.L., Lutz, L. Comparison of the efficacy and cost-effectiveness of three skin protectants in the management of incontinent dermatitis. in: *Proceedings of the European Conference on Advances in Wound Management*. ; 1996.
43. Nix DH. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy Wound Manage*. 2002 Feb;48(2):43-6, 48-9.
44. Junkin J, Selekof, JL. Beyond —diaper rash: Incontinence-associated dermatitis: does it have you seeing red? *Nursing*, v. 38, n. 11, p. 56-60, Nov. 2008.
45. Runeman B. Skin interaction with absorbent hygiene products. *Clin Dermatol*. 2008 Jan-Feb;26(1):45-51. doi: 10.1016/j.clindermatol.2007.10.002.
46. Gray M, Black JM, Baharestani MM, et al. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J. Wound. Ostomy Continence Nurs*. 2011;38:233-241.
47. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989. 174 p. 480 *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2003 set/out;56(5):479-483.

48. Oliveira, EA, Garcia TR, de Sá LD. Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. *Rev. bras. enferm* 56.5 (2003): 479-483.
49. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara: 1989.618 p. il.
50. Rodrigues JC. Tabu do corpo. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006. 154p.
51. Rodrigues JC. Higiene e ilusão. Rio de Janeiro. NAU. 1995. 112p.
52. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996
53. Dell'acqua MCQ, de Araújo VA, da Silva MJP. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* (1998): 17-22.
54. Gamba, MA. Práticas avançadas dos cuidados em enfermagem: cuidados com a pele. *Acta paul. enferm.* [online]. 2009, vol.22, n.spe [cited 2016-10-25], pp.895-896. Available from:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1982-0194.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000700010>.
55. Pupulin JSL, Sawada NO. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 388-396, june 2005. ISSN 1518-8345. Disponível em:
<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2096>>. Acesso em: 25 oct. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300014>.
56. Figueiredto NMA, de Carvalho V, Tyrrell MAR. (Re) lembrando Elvira de Felice: gestos e falas de enfermeiras sobre o banho no leito, uma técnica/tecnologia de enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* 10.1 (2006): 18-28.
57. de Oliveira LFD, de Araújo STC, Caccavo PV, Moreira AGM, Tavares B. O tabu do corpo para estudantes de enfermagem: uma contribuição para os cuidados. 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. 2013. Natal, RN.
58. Martinho J, Faustino L, Escada M, Vantagens do uso de cremes barreira VS película polimérica, em dermatites de contato e lesões por umidade. *Associação amigos da grande idade*. v. 1, n. 6, 2012.

59. Barros ALBL, et al. Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; – São Paulo: COREN-SP, 2015.
60. Conselho Regional de Enfermagem–São Paulo. Decisão COREN-SP-DIR/008/1999 “Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no Âmbito do Estado de São Paulo”. [online] Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/decisoes.html>
61. Huitzi EJX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Zubero-Linaza J, Zupiria-Gorostidi X. Uso do processo de enfermagem nos serviços públicos e privados de um distrito de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set.-out. 2012 [acesso em: 17 Mar 2016]; 20(5): [06 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500012&script=sci_arttext&tlng=pt
62. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE -nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.
63. International. Nursing diagnoses- NANDA I. Definitions and classification 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015.
64. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Nursing interventions classification (NIC). 6 ed. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2016.
65. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing outcomes classification (NOC). 5 ed. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2016.
66. Silva APM, Santos VLCG. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(1):36-45.
67. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmesten U, et al. The standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology. 2003; 61(1): 37-49.
68. Sacomani CAR, Almeida FG, Truzzi JC, Resplande J, Carvalho M, Simões R, Bernardo WM, et al. Incontinência Urinária: Propedêutica. Diretrizes SBU. Versão preliminar. Disponível em: http://www.sbu.org.br/pdf/diretrizes/novo/incontinencia_urinaria_propedeutica. Pdf. Acesso em 05 de Agosto de 2015.

69. Oliveira, L. Incontinência fecal. [Internet]. J. Bras Gastroenterol. 2006;6:35-7. Available from: <http://socgastro.org.br/site/scripts/revistas/jbg01/jbg106incfecal.pdf>.
70. Norton C. Fecal Incontinence and biofeedback therapy. Gastroenterol Clin N Am 2008;37:587-603.
71. The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) [1998]. [text on the Internet]. New York; 2005. [cited 2005 Nov 25]. Available from: <http://www.hartfordign.org/>
72. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2007 June [cited 2015 Aug 08]; 41(2): 317-325. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>.
73. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro FST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 Jan [cited 2015 Aug 16]; 24(1): 103-112. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000100010&lng=en<http://dx.doi.org/10.1590/S010211X2008000100010>.
74. Sobest; Sobende. Sociedade Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia- SOBENDE.*Adaptação cultural realizada por Profa Dr^a Maria Helena Larcher Caliri, Prof^a Dr^a Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos, Dr^a Maria Helena Santana Mandelbaum, MSN Idevania Geraldina Costa. Disponível em: http://www.sobest.org.br/textod/35_Junho/2016.
75. Santos Júnior JCM. Constipação Intestinal. Rev bras Coloproct, 2005;25(1):79-93.
76. Yu L, coordenador. Insuficiência renal aguda: diretriz da Sociedade Brasileira de Nefrologia. J. bras. nefrol, v.24, n. 1, p. 37-39, 2002.
77. Chumlea WC, Guo SS, Steinbaugh ML. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility-impaired or handicapped persons. J Am Diet Assoc 1994;94:1385-8.
78. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003.

79. Bergstrom N, Braden B, Laguzza A. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res.* 1987; 36:205-210.
80. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 1999;33:191-20
81. Junkin J, Selekof, JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *J. Wound. Ostomy Continence Nurs.* 2007. 34(3) 260–269.
82. Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Ding L, Hedblom E. An economic evaluation of skin damage prevention regimens among nursing home residents with incontinence: labor costs. *J. Wound. Ostomy Continence Nurs.* 2005. v. 32, p. 51.
83. Wolf R, Wolf D, Tuzun B, Tuzun Y. Diaper dermatitis. *Clin Dermatol.* 2000;18:657-60
84. Kottner Jan, Blume-Peytavi U, Lohrmann C, Halfens R. Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: A secondary data analysis of a multi-centre prevalence study *International Journal of Nursing Studies.* 2014, Volume 51 , Issue 10 , 1373 – 1380.
85. Gonçalves PC. Dermatite associada à incontinência: estudo de coorte em pacientes críticos. Belo Horizonte: 2016. 138f. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ANDO-A9EGG2>
86. Bliss DZ, Savik K, Thorson, MAL, Ehman SJ, Lebak K, Beilman G. Incontinence-associated dermatitis in critically adults: time to development, severity, and risk factors. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing.* v. 38, n. 4, p. 433-445, 2011.
87. Chimentão DMN, Domansky RC. Dermatite Associada à Incontinência. In: Borges EL, Domansky RC. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2014.
88. Aquino AL, Chianca TCM, Brito RCS. Integridade da pele prejudicada, evidenciada por dermatite da área das fraldas: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):414-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.14977>
89. Nield LS, Kamat D. Prevention, diagnosis, and management of diaper dermatites. *Clinical Pediatrics.* v. 46, n.6, p.480-486, 2007.

90. Gray M. Optimal management of incontinence-associated dermatitis in the elderly. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2010. 11 (3) 201–210.
91. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J. Adv. Nurs.* 2009. 65 (6) 1141–1154.
92. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren/SP). Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem; 2014. Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>>. Acesso em: 12 11 2016.
93. Ersser SJ, Getliffe K, Voegeli D, Regan S. 2005. A critical review of the inter-relationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int. J. Nurs. Stud.* 42 (7) 823–835.
94. Beeckman D, coordenador. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. *Wounds International.* 2015. 24p.
95. Langemo D, Anderson J, Volden CM. Nursing quality outcome indicators: the North Dakota Study. *J Nurs Adm.* 2002;32(2):98-105.
96. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, 2011 mar; 32(1):143-50.
97. Zimmerer RE, Lawson KD, Calvert CJ. The effects of wearing diapers on skin. *Pediatr Dermatol.* 1986;3:95-101.
98. Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Lubbers M, et al. Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel—pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2005;32:302-306.
99. Maklebust J, Magnan MA. Risk factors associated with having a pressure ulcer: a secondary data analysis. *Adv Wound Care.* 1994;7:25, 27-28, 31-34.
100. Fader M, Clarke-O'Neill S, Cook D, Dean G, Brooks R, Cottenden A, et al. Management of nighttime urinary incontinence in residential settings for older people: an investigation into the effects of different pad changing regimes on skin health. *J Clin Nurs.* 2003;12:374-386.

101. Fader M, Clarke-O'Neill S, Cook D, Cottenden A, Malone-Lee J. An investigation into night-time self-turning by nursing home residents. *J Clin Nurs*. 2003;12:147-148
102. Cardoso MCS, Caliri MH, Hass VJ. Prevalência de úlceras por pressão em pacientes críticos internados em um Hospital Universitário. *REME: Rev Min Enferm*. 2004;8(2):316-20.
103. Ministério da Saúde. TabNet Win 32 3.0: Internações hospitalares do SUS por local de internação Brasil . Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>. Acesso em: 17/09/2016.
104. Atherton DJ. The a etiology and management of irritant diaper dermatitis. *European Academy of Dermatology and Venereology - JEADY*. v. 15, n. 1, 2001 p.1-4.
105. Resende AL, Nascente CM, Costa EFA, Stefani GP, Gonçalves MS. Número de Pacientes Idosos Internados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás de Janeiro/2000 a Abril/2001. Tema livre apresentado durante o II Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia realizado em Brasília-DF, nos dias 9 a 12 de agosto de 2001.
106. Borges EL, Fernandes FP. Prevenção De Úlcera Por Pressão. In: Domansky, R.C; Borges, E.L. Manual para Prevenção de Lesões de Pele. Recomendações Baseadas em Evidências. 2º Ed. RJ. Ed. Rubio. 2014. 326 p.
107. Beeckman D. A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps. *Journal of Tissue Viability*, Volume 0, Issue 0. [no prelo]
108. De Jesus MJ, et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2007. v. 16, n. 2, p. 254-262.
109. Coelho ND. Conhecimento de cuidadores acerca do cuidado com a pele de idosos. 2014. 29 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/13483/1/2014_NathaliaDominguesCoelho.pdf

APÊNDICE 1

TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Dermatite Associada à Incontinência em idosos hospitalizados **Nome da orientadora:** Prof.^a Dra. Luciana Patrícia Fernandes Abbade

Nome do Pesquisador/aluno: Enfermeira Mariana da Costa Ferreira

O Sr. (Sra.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, que tem como finalidade investigar a ocorrência de dermatite associada a incontinência (DAI), mais conhecida como “assaduras” ou “dermatite de fraldas” em idosos internados em hospitais. Ou seja, conhecer a ocorrência desse problema e os cuidados adotados para prevenção e tratamento dessa dermatite, pouco estudada nessa população. Mediante os dados coletados e após análise, pretendemos elaborar um manual/guia de condutas e cuidado com a pele em região de fralda e, portanto contribuir para melhorar a assistência prestada ao idoso.

Participantes da pesquisa: são os idosos, acima de 60 anos, que aceitem voluntariamente a participar, que apresentem incontinência urinária e/ou fecal, ou seja, que não tem controle sobre as eliminações de urina e fezes e que estejam internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas de hospitais públicos do município de Bauru. A Sra. (Sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo, inclusive sem nenhum prejuízo ou diferença na continuidade do tratamento/atendimento nesse local. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa. Mediante sua autorização ou de seu responsável faremos algumas perguntas relacionadas a sua saúde e também poderemos consultar, se assim o permitir, documentos institucionais como seu prontuário para saber de alguns detalhes como por exemplo medicamentos em uso. Ainda como parte importante da

pesquisa, investigaremos a presença ou não da „dermatite de fraldas“ através do exame visual da área de fralda. Na presença de lesões características de DAI, se assim for consentido, obteremos uma foto somente da região acometida, sem expor a face ou outra imagem que permita identificá-lo, sendo necessário o uso dessa imagem fotográfica apenas para fins da pesquisa. O tempo estimado para coleta de dados é de no máximo de 01 (uma hora). A participação nesta pesquisa não traz nenhuma complicação legal. As informações coletadas, bem como os registros fotográficos da região de fralda, não conterão sua identificação e serão feitos, apenas após consentimento, de maneira rápida, minimizando a exposição, e respeitando sua privacidade. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o(a) pesquisador(a) e o (a) orientador(a) terão conhecimento dos dados.

Ao participar desta pesquisa o Sr. (Sra.) não terá nenhum benefício direto, porém, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre —dermatite de fraldas no idoso, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para melhorar o cuidado nesse tema pouco pesquisado e que traz tanto desconforto e prejuízo ao idoso acometido.

Comprometemo-nos a divulgar os resultados e produtos obtidos com esse estudo. O Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Seu atendimento nessa instituição não sofrerá nenhum prejuízo seja qual for sua decisão em participar ou não desse estudo. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem. Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre, esclarecida e voluntariamente, participar deste estudo, permitindo ainda que os pesquisadores relacionados neste documento obtenham fotografia, digital da área de fralda se acometida pela dermatite, para fins de pesquisa científica/ educacional, sem, entretanto identificar-me.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma. A fotografia ficará sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Assinatura de responsável (caso participante seja incapaz)

Nome de quem aplicou o termo: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Pesquisadora: Enf. Mariana da Costa Ferreira, Enfermeira, aluna regular do Programa de Mestrado Profissional de Enfermagem da Unesp, Botucatu –SP. Fone (14)99746-0644. Rua Maurílio Roque Toassa, nº 451, Lucianópolis-SP.

Orientadora: Prof.^a Dra. Luciana P. Fernandes Abbade, Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, Distrito de Rubião Jr, S/N, Botucatu-SP. Fone:(14)3882-4922, E-mail: lfabade@fmb.unesp.br. **Comitê de Ética em Pesquisa:** Chácara Butignoli s/n, Rubião Júnior - Botucatu - São Paulo, CEP: 18618-970 (Próximo a FAMESP) **Telefone do Comitê:(14) 3880-1313.**

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PARTE I
Coleta de Dados referente ao Idoso e cuidados com a pele em região de
fralda

Data: ___/___/___

1. Dados sociodemográficos

Iniciais: _____ DN ___/___/___ DI ___/___/___ Tempo da internação: _____
 Cor Branca Parda Negra Amarelo Sexo: Fem. Mas.

2. Dados clínicos

Motivo da internação/Hipótese Diagnóstica: _____

Local: Cl. Méd Cl. Cir Cl. Geriátrica Isolamento Sim Não Tipo: _____

Comorbidades: DM HAS Cardiopatias Neoplasias Lesão medular
 Doença do trato gastrointestinal Pneumopatias Doenças ósteo-articulares
 Doenças Neuro-degenerativas Outras _____

Medicamentos em uso: Diuréticos Sedativos Hidratação EV Laxativos Antifúngicos
 Antihipertensivo Hipoglicemiantes/insulina Antibióticos Anticoagulantes
 Carditônicos Antidepressivos Suplementos vitamínicos Analgésico Outros _____

Antropometria Peso: _____(Kg) Altura: _____(cm) IMC: _____ (altura/peso²)

Na impossibilidade da aplicação da técnica para antropometria real, lançar mão de medidas para estimar, conforme Chumlea¹⁸. IMC: _____

AJ (Altura do Joelho): _____cm CB (Circunferência Braço) _____cm

Avaliação do estado cognitivo

Diagnóstico prévio de demência, comprometimento neurológico ou prejuízo cognitivo: Sim Não

Avaliação do nível de dependência - Índice de Katz (ANEXO I)

6 Independente 3-5 Dependência moderada 2 ou menos - Muito dependente
 Acamado? Sim Não Tempo de Acamado <1mês 1 a 2m >6m Não soube informar

3. Fatores de risco para DAI:

Tipo de incontinência urinária isolada fecal isolada urinária e fecal combinadas
 Tempo de Incontinência: _____ <1mês 1 a 2m >6m Não soube informar
 Condições especiais: SVD Ostomia intestinal Hemodiálise Outra: _____

Tipo e intensidade do agente irritante na última semana

Urina Fezes formadas Fezes pastosas Fezes líquidas

Frequência de Troca da Fralda (*Duração do contato com o agente irritante*)

Imediata até 2 horas No mínimo a cada 6 horas (1x plantão) após 6 horas (<1x plantão)

Risco para Ulcera por Pressão - *Escala de Braden (ANEXO II)*

	= 1 ponto	=2 pontos	=3 pontos	=4 pontos
Percepção Sensorial	Completamente limitada <input type="radio"/>	Muito limitada <input type="radio"/>	Levemente limitada <input type="radio"/>	Nenhuma Limitação
Umidade	Constantemente molhado <input type="radio"/>	Muito molhado <input type="radio"/>	Ocasionalmente molhado <input type="radio"/>	Raramente molhado
Atividade Física	Acamado <input type="radio"/>	Confinado cadeira <input type="radio"/>	Caminha ocasionalmente <input type="radio"/>	Caminha frequentemente
Mobilidade <input type="radio"/>	Completamente imobilizado <input type="radio"/>	Muito limitado <input type="radio"/>	Levemente limitado <input type="radio"/>	Nenhuma imitação
Nutrição <input type="radio"/>	Muito Pobre <input type="radio"/>	Provavelmente inadequado <input type="radio"/>	Adequado <input type="radio"/>	Excelente
Fricção Cisalhamento <input type="radio"/>	Problema <input type="radio"/>	Problema potencial <input type="radio"/>	Nenhum problema	TOTAL BRADEN=_____

Score Total Braden [] ≤ 9 Muito alto risco [] 10 e 12 Alto risco [] 13 e 14 Moderado risco [] 15 e 18 Baixo risco [] Acima de 18 - Sem risco

Características relacionadas a cuidados com a pele e a Prevenção e Tratamento de DAÍ

Produtos utilizados para higiene íntima:

Água [] Não [] Sim Sabonete [] Não [] Sim [] Líquido [] Barra
 Compressas ou Esponjas [] Não [] Sim Tipos: [] Compressa descartável [] Compressa algodão
 reprocessável [] Esponja sintética [] Esponja vegetal [] Limpador higiênico líquido ou spray sem
 enxágue [] Lenços umedecidos descartáveis [] Outros _____ [] Não soube informar

Produtos tópicos para prevenção/tratamento: [] Não utiliza [] Talcos/Pós [] Óleos
 [] Pomada com oxido de zinco + vit A [] Creme barreira com polímeros duráveis + dimeticona
 [] Spray/película barreira [] Pomada com d-pantenol [] Creme hidratante comum Outros: _____
 Em uso de antifúngico tópico [] Sim Se sim, qual? _____ [] Não [] Não soube informar

4. Ao exame da área de fralda:

Tipo de fralda [] Ausência de fralda [] Sintética descartável [] Fralda de tecido/algodão

Aspecto da pele em região _de fralda'

[] íntegra [] eritema [] maceração [] vesículas/bolhas [] pústulas [] exulceração
 [] descamação [] hiperpigmentação Outros _____

Localização: [] Inguinal [] Face interna das coxas [] Face externa das coxas [] Perineal [] Perianal
 [] Glúteos [] Lombar [] Face lateral dos quadris [] Sacral Outra: _____

Sintomas associados: [] ausente [] dor [] ardor [] prurido Outro: _____

Presença DAÍ: [] Sim [] Não Duração do quadro: _____ dias [] Não soube informar

Diagnóstico diferencial:

Úlcera por pressão [] Sim [] Não Estágio: I [] II [] III [] IV [] (ANEXO III) Localização: []

Trocantérica [] Sacro-cocígea [] Isquiática Outra _____

Lesões por adesivos [] Sim [] Não Localização: _____

Registro em Prontuário e Educação quanto a Prevenção e Tratamento de DAÍ

Se presença DAÍ: Há Registro no Prontuário de Diagnóstico de Enfermagem de Integridade da Pele

Prejudicada considerando acometimento na área de fralda (DAÍ) [] Sim [] Não

Há protocolo de Prevenção e Tratamento de DAÍ instituído no local [] Sim [] Não

Há política de educação permanente, especialmente na área de gerontologia e cuidados com a pele? []

Sim [] Não

Parte II - Se presença de DAÍ, ao término do questionário, seguir ao registro fotográfico.

ANEXO I

Índice de Katz - Independência nas Atividades de Vida Diária

Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA	DEPÊNDENCIA
	(01 PONTO) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal.	(0 PONTOS) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral.
<i>BANHO</i>	Necessita de ajuda só na lavagem de uma pequena parte (como as costas, ou extremidades incapacitadas) ou se banha completamente.	Dependente necessita de ajuda na lavagem de mais de uma parte do corpo ou requer assistência integral durante o banho.
<i>VESTIR</i>	Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cistos. Pode receber ajuda para amarrar sapatos.	Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.
<i>IR AO BANHEIRO</i>	Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda.	Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol/papagaio ou comadres.
<i>TRANSFERÊNCIA</i>	Senta-se ou deita-se da cama/cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira.
<i>CONTINÊNCIA</i>	Tem completo controle sobre suas eliminações – urinar e evacuar.	Parcial ou totalmente incontinente do intestino e bexiga.
<i>ALIMENTAÇÃO</i>	Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida por ser feita por outra pessoa.	Necessita de ajuda parcial ou total com alimentação ou quer alimentação por sondas enterais ou via parenteral.
Score de Katz: _____	[]6 = Independente []3-5 = Dependência Moderada []2 ou menos = Muito dependente	

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) [1998]. [text on the Internet]. New York; 2005. [cited 2005 Nov 25].

ANEXO II - ESCALA DE BRADEN - Avaliação do risco para úlcera por pressão

<p>Percepção Sensorial: habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto.</p>	<p>1. Completamente Limitado: Não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquivar ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.</p>	<p>2. Muito Limitado: Responde somente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p>3. Levemente limitado: Responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p>
<p>Umidade: Grau ao qual a pele está exposta à umidade.</p>	<p>1. Constantemente Úmida: A pele é mantida úmida/ molhada quase constantemente por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado.</p>	<p>2. Muito Úmida: A pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida / molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão.</p>	<p>3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida / molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.</p>	<p>4. Raramente Úmida: A pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.</p>
<p>Atividade: Grau de atividade física.</p>	<p>1. Acamado: Mantém-se sempre no leito.</p>	<p>2. Restrito à cadeira: A habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não aguenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para a sentar-se na cadeira ou cadeira de rodas.</p>	<p>3. Caminha ocasionalmente: Caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.</p>	<p>4. Caminha frequentemente: Caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.</p>
<p>Mobilidade: habilidade de mudar e controlar as posições corporais.</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sem ajuda.</p>	<p>3. Levemente Limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência.</p>
<p>Nutrição: padrão usual de ingestão alimentar.</p>	<p>1. Muito Pobre: Nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou derivados de leite) por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta com líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequado: Raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou de derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.</p>	<p>3. Adequado: Come mais da metade da maior parte das refeições. Ingerir um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, usualmente irá tomar um suplemento dietético se oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.</p>
<p>Fricção e cisalhamento</p>	<p>1. Problema: Necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para frequente reposição do corpo. Espasmos, contrações ou agitação leva a uma fricção quase constante.</p>	<p>2. Potencial para Problema: Movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.</p>	<p>3. Nenhum Problema Aparente: Movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira</p>	

ANEXO III

ESTADIAMENTO LESÃO POR PRESSÃO

Definição: Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem

desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular. Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

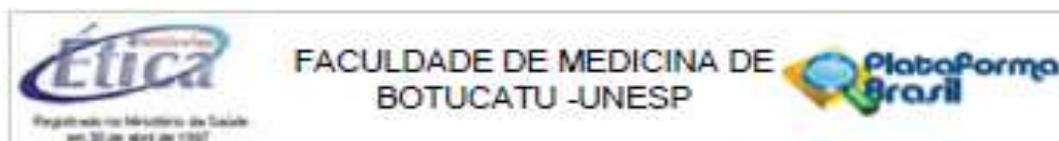
Definições adicionais: Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

(Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP®, 2016)

ANEXO IV

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP FMB - UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dermatite Associada à Incontinência em Idosos hospitalizados

Pesquisador: Mariana da Costa Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: S1068015.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.357.705

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento populacional põe em evidência novas condições de morbidade e desafios à assistência. Nesse contexto estão as "Dermatites Associadas à Incontinência (DAI)", definidas pelos proponentes desta pesquisa como dermatoses inflamatórias que atinge, o perineo, região glútea, abdome inferior e coxas causadas pelo contato da pele com fezes e urina e que podem apresentar-se como lesões eritematosas confluentes, brilhantes, que variam de intensidade ao longo do tempo. Essas dermatites estão associada à incontinência vesical e fecal, e podem causar desconforto e progredir para ulceração e infecção. Por essa razão, esforços para sua prevenção e tratamento devem ser realizados por profissionais da saúde e cuidadores.

As DAI são especialmente prevalentes em hospitais e casas de repouso. Partindo desse princípio, as pesquisadores propõem projeto - com objetivo de Mestrado Profissional em Enfermagem - que busca identificar prevalência de DAI em dois hospitais públicos de Bauru (SP). Serão incluídos entre 140 e 272 pacientes idosos internados há mais de 24h no Hospital Estadual Bauru ou no Hospital Lauro de Souza Lima, ambos pertencentes à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A inclusão será feita mediante assinatura de TCLE pelo sujeito ou por seu responsável (em caso de impedimento cognitivo). Serão abordados dados demográficos e comorbidades e realizado exame físico dermatológico para identificar DAI e/ou úlceras. As autoras se propõem a elaborar, ao final

Endereço: Chácara Dutignoll, s/n

Bairro: Rubião Junior

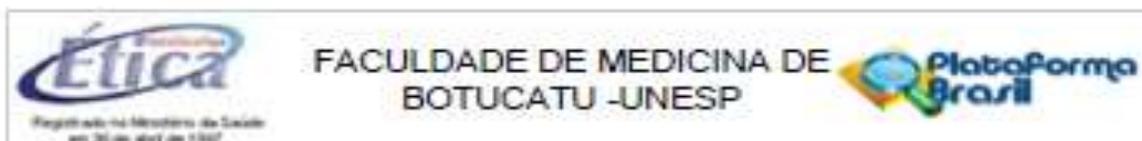
UF: SP

Telefone: (14)3880-1608

Município: BOTUCATU

CEP: 13.615-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.357.700

Ausência	tcie_mariana_ok_17_11.pdf	17/11/2015 19:26:53	Mariana da Costa Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	14_11_folha_rosto_cep_assinada_mariana.pdf	14/11/2015 15:16:00	Mariana da Costa Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	documento_de_anuencia_institucional_upcim_unesp_3886_mariana.pdf	14/11/2015 13:21:22	Mariana da Costa Ferreira	Aceito
Cronograma	ok_plano_de_execucao_do_projeto_de_pesquisa.pdf	14/11/2015 13:14:27	Mariana da Costa Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecer_comissao_cientifica_jauro.jpg	05/11/2015 17:52:30	Mariana da Costa Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecer_cc_famesp_043_15_marianada_costaferreira.pdf	05/11/2015 16:24:09	Mariana da Costa Ferreira	Aceito
Outros	ciencia_autorizacao_dir_enf_is.jpg	04/11/2015 22:25:05	Mariana da Costa Ferreira	Aceito
Orçamento	orcamento_projeto_dai.pdf	23/09/2015 21:51:02	Mariana da Costa Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 09 de Dezembro de 2015

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
Bairro: Rubião Júnior CEP: 13.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3500-1808 E-mail: cepellip@fmb.unesp.br