

Gestão de feridas em pacientes pediátricos e neonatos

Estabelecido em: 24/04/2019

Responsáveis / Unidade

Cynthia Carolina Duarte Andrade – Enfermeira | CPC – DIRASS
Daniela Neto Ferreira Melki – Enfermeira | DIRASS – DPGF
Dayane Alves Rios – Enfermeira | MOV
Grazielle Stambassi – Enfermeira | HRJP
Renata Aparecida Sousa – Enfermeira | HJPPII
João Antonio Deconto - Gestão de Serviços de Saúde | Acadêmico CPC – DIRASS
Laura Letícia Perdigão Guerra | Acadêmica CPC - DIRASS

Colaboradores

Daniela Cristina Zica Silva – Enfermeira | MOV
Fabiana Guerra Pimenta – Enfermeira | CCPC – DIRASS
Mércia Cristina Alves – Enfermeira | HJPPII
Juliana Magalhães Reis dos Santos – Médica | HJPPII

Validadores

Nome – Função |Especialidade| Unidade

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet.

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A pele é o maior órgão do corpo humano. Além de prevenir a perda insensível de água, a pele exerce as funções de barreira imunológica, proteção mecânica termorregulação, excreção e síntese de vitamina D.¹

Até doze meses após o nascimento os recém nascidos (RN) permanecem em processo de maturação cutânea. Essa imaturidade ao nascer torna a pele mais permeável aumentando a risco de probabilidade de agressão mecânica. E, mesmo após esses doze meses, a pele da criança é considerada como sendo mais permeável se comparada com a do adulto (LUND, 1999).². Por isso, prestar assistência a pacientes pediátricos e neonatais com lesões cutâneas exige conhecimento e tratamento específicos.

Além de ser um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados às crianças internadas, o desenvolvimento de feridas aumentam o tempo de internação; sofrimento e custos para os sistemas de Saúde^{3,4}. Embora todas essas crianças apresentem risco de adquirir feridas, é importante ressaltar que esse risco é ainda maior entre os pacientes criticamente enfermos pela exposição a fatores como instabilidade hemodinâmica, mobilidade limitada, estado geral e condição nutricional comprometidos⁵.

Há poucos dados na literatura sobre ocorrência de feridas em crianças e recém-nascidos (RN) hospitalizados. Dentre essas feridas, as lesões por pressão (LP) possuem maior impacto na morbidade dos pacientes em geral⁶. Dados internacionais revelam prevalência de 0,5 a 17% e incidência de 0,29% a 7,3% de LP em pacientes pediátricos^{7,8}. Essa incidência torna-se mais evidente entre pacientes neonatos (3,9% a 16%) e crianças criticamente enfermas (0,8% a 27%)^{7,8}. Entre os RN, 80% desenvolvem alguma injúria cutânea até o primeiro mês de vida⁹. Ademais, a pele é o principal foco de sepse entre prematuros de baixo peso até o terceiro dia de vida¹⁰.

Outras feridas que também podem ocorrer entre os pacientes pediátricos e neonatos são as relacionadas a condições congênitas, hereditárias e autoimunes, extravasamento e infiltração de soluções intravenosas, uso de substâncias químicas irritantes na pele, feridas cirúrgicas e da dermatite associada à incontinência.

O conhecimento acerca de medidas preventivas, bem como do tratamento precoce e adequado é fundamental e objeto da assistência interdisciplinar. Com intuito direcionar as ações a serem implementadas para assegurar uma assistência de qualidade esse protocolo foi construído.

PALAVRAS CHAVE

Ferimentos e lesões. Lesão por pressão. Ferida. Recém-nascido. Criança. Prevenção de lesões. Tratamento de lesões.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Sistematizar a assistência multiprofissional prestada a crianças e neonatos internados que possuem feridas ou risco para desenvolvê-las.

Objetivos Específicos

- Avaliar as lesões quanto a sua origem e classificação;
- Sistematizar a aplicação da Escala de Braden Q e a Escala de Condição da Pele do Recém-nascido (NCCS) em todas as crianças e neonatos internados.
- Adotar medidas de prevenção em pacientes de risco;
- Padronizar o tratamento e uso de coberturas/adjuvantes de acordo com o tipo de lesão;
- Prevenir infecções cruzadas;
- Eliminar ou minimizar os fatores que retardam a cicatrização e prolongam a convalescença;
- Padronizar produtos e materiais que serão utilizados na prevenção e tratamento dos diversos tipos de lesões;
- Direcionar as atividades a cada profissional de acordo com as atribuições que lhe competem;
- Otimizar o tempo de assistência dos profissionais e reduzir os custos relacionados com a prevenção e o tratamento de lesões;
- Reduzir a permanência hospitalar dos pacientes com lesões e estabelecer critérios clínicos para a sua desospitalização;
- Após a desospitalização, fazer o encaminhamento do paciente à unidade de atenção básica, garantindo ao paciente a adesão e continuidade no tratamento de lesões;
- Facilitar educação permanente dos profissionais de saúde.

POPULAÇÃO ALVO

CRIANÇAS E RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS.

UTILIZADORES POTENCIAIS

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.

METODOLOGIA

Foram realizadas busca nas bases de dados (Cochrane, PubMed, LILACS, EBSCO e Tripdatabase) com os *Meshterms* e descritores e pesquisa da legislação brasileira referente à assistência de pacientes pediátricos e neonatais com lesões cutâneas.

RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS

- Considerar a utilização de um instrumento confiável e válido de avaliação do risco de desenvolvimento das úlceras por pressão na população pediátrica para facilitar uma avaliação estruturada. (Força da Evidência = C)
- Realizar e documentar uma avaliação da pele, pelo menos uma vez por dia, após a conclusão dos procedimentos de substituição de pensos relacionados com a pressão, a fricção, o cisalhamento e a umidade. (Força da Evidência = C)
- Avaliar a pele da região occipital nas populações pediátricas e neonatais. (Força da Evidência = C)
- Considerar crianças com dispositivos médicos como estando em risco de desenvolver lesão por pressão. (Força da Evidência = B)
- Inspeccionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, pelo menos duas vezes por dia, para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante. (Força da Evidência = C)
- Realizar mudança de decúbito dos pacientes em risco ou com LP a menos que seja contraindicado (Força de evidência: A)
- Selecionar uma superfície de apoio de alta especificidade adequada a crianças com alto risco de desenvolver lesão por pressão. (Força da Evidência = C)
- Selecionar uma superfície de apoio de alta especificidade para recém-nascidos prematuros e crianças pequenas de forma a evitar úlceras por pressão na região occipital. (Força da Evidência = C)
- Garantir que os calcâneos não estejam em contato com a superfície da cama. (Força da Evidência = C)
- Reposicionar frequentemente a cabeça dos recém-nascidos e lactentes quando estes estiverem sedados e ventilados. (Força da Evidência = C)
- Revisar e posicionar os dispositivos médicos de maneira que reduza o grau de dano das forças pressão e/ou cisalhamento. (Força de Evidência = B)
- Considerar usar uma cobertura profilática para prevenir LP pressão relacionadas aos dispositivos médicos. (Força de Evidência = B)
- Envolver a família ou o responsável legal pelos cuidados ao indivíduo na definição dos objetivos de cuidados. (Força da Evidência = C)
- Realizar uma avaliação nutricional adequada à idade no caso de recém-nascidos e crianças. (Força da Evidência = C)
- Reavaliar regularmente as necessidades nutricionais dos recém-nascidos e das crianças em estado crítico que tenham desenvolvido ou estejam em risco de desenvolver úlceras por pressão. (Força da Evidência = C)
- Desenvolver um plano individualizado de cuidados nutricionais para recém-nascidos e crianças com ou em risco de desenvolver úlceras por pressão. (Força da Evidência = C)
- Garantir que todos os recém-nascidos e crianças tenham uma hidratação adequada. (Força da Evidência= C)

AHCPR - Agency for Health Care Policy and Research	EPI -Equipamento de Proteção Individual
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária	ESF - Estratégia Saúde da Família
CCIH -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	GESUP - Gerência de Suprimentos
CCPC - Comissão Central de Protocolos Clínicos	HEM - Hospital Eduardo de Menezes
CPTL – Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões	HCM - Hospital Cristiano Machado
DIRASS - Diretoria Assistencial	HOGV - Hospital Ortopédico Galba Veloso
DPGF - Diretoria Planejamento Gestão e Finanças	HRB - Hospital Regional de Barbacena
EAD - Estratégia de Atenção Domiciliar	HIJPII -Hospital Infantil João Paulo II
EB - Epidermólise Bolhosa	IMC - Índice de Massa Corporal
	LP – lesão por pressão
	NCCS - Escala de Condição da Pele do Recém-nascido
	NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

O material utilizado para o tratamento de lesões deverá ser escolhido de acordo com a caracterização da lesão e o mecanismo de ação das coberturas. Uma ferramenta que pode auxiliar essa decisão é a ferramenta TIME (ANEXO I).

A. Material para curativo em feridas abertas

- Cobertura adequada (conforme a decisão conjunta do enfermeiro e médico);
- Luvas de procedimento;
- Luva estéril e/ou pacote de curativo;
- Cuba rim;
- Saco de lixo hospitalar;
- Pacote de gaze estéril;
- Cuba redonda estéril;
- Seringa de 20 ml;
- Agulha 25X0,8mm ou 40x1,2mm;
- Solução fisiológica NaCl 0,9% (37°C);
- Gaze estéril;
- Atadura de crepom, segundo a necessidade.
- Esparadrapo
- Micropore

B. Material para prevenção e tratamento de Lesões por Pressão (LP)

- Agente de limpeza suave para a pele;
- Emoliente/hidratante;
- Coberturas para prevenção de lesões por pressão;
- Lençóis sempre secos, sem vincos e sem restos alimentares;
- Dieta ou suplemento hiperprotéico;

- Colchão hospitalar com densidade 28;
- Almofada anti-escaras para cadeira;
- Dispositivos de redução da pressão (superfícies de suporte e colchões).

C. Pessoal Necessário

- Médicos Pediatras e cirurgiões;
- Enfermeiros;
- Técnicos de Enfermagem;
- Terapeutas Ocupacionais;
- Nutricionistas;
- Especialidade de Apoio: Dermatologia, Cirurgia Plástica, Infectologia;
- Assistentes Sociais;
- Psicólogos;
- Acompanhantes (familiares ou cuidadores).

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Identificação do paciente em risco de desenvolver lesões:

- Identificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos do paciente;
- Aplicar a Escala de Braden Q (ANEXO II) (pacientes entre 29 dias e 5 anos) e a Escala de Condição da Pele do Recém- nascido (ANEXO III) (pacientes entre 0 a 28 dias) conforme a idade do paciente, na admissão e diariamente até a alta;
- Realizar avaliação nutricional (ver Protocolo 037 – Triagem Nutricional em Pediatria e Protocolo 038 – Avaliação Nutricional Neonatal, ambos da FHEMIG)

A Escala de Braden Q foi desenvolvida por Curley e Quigley em 2003 para a população pediátrica a partir de uma adaptação da escala de Braden usada em adultos. Ela avalia o risco de desenvolvimento de lesão por pressão por meio de sete parâmetros: mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, cisalhamento, nutrição, perfusão/oxigenação dos tecidos. Cada um dos sete itens é pontuado de 1 a 4, e o escore total varia de 7 (maior risco) a 28 (ausência de risco).

Maia *et al.* (2011)'.

A Escala de condição da pele do recém-nascido, do original inglês *Neonatal Skin Condition Score (NCCS)* avalia três fatores: secura, eritema e ruptura/lesão. Cada item possui 3 respostas possíveis com escores de 1 a 3. O escore final do paciente é resultante do somatório das respostas dos 3 itens, podendo variar de 3 a 9, sendo 3 a melhor condição e 9 a pior condição de pele que o RN poderia ter.

SCHARDOSIM *et al.* (2014)¹¹.

1.1. Pacientes que deverão ser avaliados pela Escala de Braden Q:

Pacientes com idades compreendidas entre 29 dias e 18 anos de idade.

1.2. Pacientes que deverão ser avaliados pela Escala NCCS:

Todos os neonatos das unidades de terapia intensiva neonatal (0 a 28 dias de nascimento).

2. Processo de trabalho interdisciplinar

2.1. Médico pediatra

- Realizar admissão do paciente e avaliar necessidade de solicitar exames laboratoriais: hemograma completo, albumina sérica, glicemia em jejum, cultura do exsudato com antibiograma e hemocultura.
- Avaliar e prescrever, juntamente com o enfermeiro, prevenção e tratamento adequados para os pacientes;
- Discutir com o médico da Comissão de Infecção Hospitalar sobre o melhor antibiótico indicado para cada caso quando necessário o uso do mesmo.

2.2. Cirurgião pediátrico

- Avaliar as lesões e discutir com os enfermeiros e médico assistente sobre as coberturas a serem utilizadas.
- Realizar o tratamento cirúrgico das lesões quando necessário.
- Solicitar interconsultas (como com a cirurgia plástica e dermatologia).

2.3. Enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem admissional e semanal do paciente com ou em risco de desenvolver feridas.
- Aplicar e registrar a escala de Braden Q ou NCCS diariamente no prontuário;
- Avaliar e classificar a ferida sempre que o curativo for trocado e/ou sempre que surgir qualquer queixa por parte do paciente ou alterações no aspecto da lesão.
- Avaliar juntamente com o médico pediatra e prescrever cuidados e a cobertura para a gestão adequada das lesões de pele;
- Realizar os curativos de feridas e de acesso venoso central;
- Realizar coleta de material microbiológico de feridas;
- Planejar, junto à equipe multiprofissional as medidas preventivas para pacientes de risco.
- Solicitar avaliação do cirurgião pediátrico, membro da CPTL, quando necessário.

- Orientar e capacitar os cuidadores quando estes forem responsáveis pela continuidade do cuidado ao portador de feridas em domicílio. Esta capacitação deverá ocorrer durante o período de internação do paciente.
- Capacitar à equipe de enfermagem quanto aos procedimentos de curativos, através de treinamentos, simpósios e/ou outros eventos científicos.

2.4. Técnico de Enfermagem

Todas as atividades referidas abaixo sempre devem ser desempenhadas sob a orientação e supervisão do enfermeiro conforme Art. 15 da Lei 7498/86¹², Deliberação COREN 65/00 e Anexo da Resolução COFEN 0501/2015¹³.

- Realizar as medidas de prevenção de lesões conforme prescrição do enfermeiro ou médico.
- Realizar os curativos de LP conforme prescrição do enfermeiro ou médico de estágios 1 e 2.
- Realizar os curativos de LP estágio 3, somente quando delegado pelo enfermeiro, conforme prescrição de enfermagem ou médica.
- Manter organizado o local para realização de curativos (sala de curativo, leito do paciente).
- Acomodar o paciente em posição confortável e que permita boa visualização da lesão para a realização de procedimentos.
- Orientar o acompanhante/paciente quanto aos procedimentos a serem executados.
- Realizar o procedimento do curativo, conforme prescrição do enfermeiro ou médico e registrá-lo em prontuário.
- Orientar o acompanhante/paciente quanto aos cuidados com o curativo, medidas de prevenção de novas lesões.
- Participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.

2.5. Terapeuta Ocupacional

- Facilitar a convivência com familiares durante o período de limitações nas atividades do dia a dia e lazer.
- Orientar e promover atividade física adequada para o pleno restabelecimento e adequação das limitações físicas.
- Implementar plano para troca de decúbito e posicionamento em conjunto com a equipe de enfermagem, bem como contribuir na reabilitação/deambulação.

2.6. Nutricionista

- Realizar avaliação nutricional na admissão do paciente, identificando seu risco.
- Tratar pacientes em risco nutricional, adequando dietas quando necessário.

- Participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.
- Aplicar Protocolo 037 – Triagem Nutricional em Pediatria e Protocolo 038 – Avaliação Nutricional.

2.7. Assistente social

- Avaliar as condições de tratamento do paciente após alta, incluindo as condições do domicílio, as condições financeiras e emocionais.
- Encaminhar o paciente, com auxílio do enfermeiro e médico, a programas de saúde que realizem o acompanhamento das lesões (ESF e EAD) após alta hospitalar;
- Participar do processo de desospitalização, fazendo contato com unidade de saúde mais próxima da residência do paciente.
- Participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.

2.8. Psicólogo

- Abordar questões como descrença e baixa adesão ao tratamento, baixa autoestima devido ao problema da identidade corporal e falta de motivação para o tratamento; favorecendo a adesão ao tratamento, principalmente no período de stress causado pelas limitações impostas.

3. Definições:

Tendo em vista a variedade de termos empregados para referir à pele da população pediátrica, neste protocolo adotaram-se as definições de faixa etária, de acordo com a Secretaria da Saúde (Tabela 1):

Tabela 1 – Definições de faixa etária

Termos	Definições
Recém-nascido (RN) ou neonato	Do nascimento até 27 dias, 23 horas e 59 minutos
RN de baixo peso	Recém-nascido com peso inferior a 2.500 gramas
Muito baixo peso	Peso ao nascer inferior a 1500 gramas
Extremo baixo peso	Peso ao nascer inferior a 1000 gramas
RN prematuro ou pré-termo	Recém-nascido com menos de 37 semanas completas (menos do que 259 dias completos).
RN a termo	Recém-nascido cuja idade gestacional está entre 37 semanas completas até menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias). Além disso, utilizaram-se os seguintes termos: <i>lactentes</i> ou <i>bebês</i> ou <i>infantil</i> para fazer referência a faixa etária de um mês a 12 meses de idade.
RN pós-termo	42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais).
Idade corrigida	É a idade pós-natal menos o número de semanas

	que faltou para completar 40 semanas (subtrair da idade pós-natal a diferença entre 40 semanas e a idade gestacional). É usada para avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança após o termo.
Criança	Para a faixa etária de 12 meses a 12 anos de idade
Adolescente	Para a faixa dos 12 aos 18 anos

Fonte: SECRETARIA DA SAÚDE, (2015)¹⁴.

4. Principais lesões em pediatria

4.1. Lesões por pressão (LP): conforme a Caliri apud NPUAP (2016)¹⁷,

“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.”

As especificidades das crianças e a imaturidade imunológica dos RN podem comprometer a tolerância cutânea aos fatores de risco para o desenvolvimento de LP. Os fatores de risco mais comuns para essa população, quando em instabilidade hemodinâmica são: a imobilidade, a presença da força de fricção e o cisalhamento, desnutrição, o comprometimento da perfusão tecidual e a presença de dispositivos médicos.¹⁵

Conforme a RDC nº 36 de 25 de julho/2013, a LP é considerada um dano ao paciente que deverá ser notificado como evento adverso conforme orientação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁶. As LP são classificadas como, de acordo com *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) (2016)¹⁷.

- Estágio 1: 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.
- Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido 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 pelve 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).

- Estágio 3: “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”.
- Estágio 4: 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 Classificáveis.
- Lesão por pressão não classificável: 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: 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.
- 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: A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas¹⁷.

4.2. Lesões por extravasamento: Ocorrem por fuga de soluções vesicantes, do cateter/vaso para os tecidos circundantes. É a complicação mais frequente da terapia venosa por via periférica. Podem ocasionar reação inflamatória local, necrose cutânea, infecções e cicatrizes. A prevenção é feita pelo uso de curativos transparentes para a fixação de acessos venosos periféricos, que permitam visualizar o local de inserção e o trajeto do vaso. Além disso, a vigilância do acesso venoso deve ser rigorosa. O tratamento consiste na interrupção imediata da infusão, aplicação de compressa morna para promover a vasodilatação e aumentar a distribuição e absorção do fármaco podendo ser indicada compressa fria também de acordo com o medicamento envolvido (Procurar orientações da Farmácia para verificar a melhor conduta conforme o fármaco utilizado), se necessário e possível aplicação antídoto e evitar novas punções no local¹⁸. Outro cuidado que pode ser aplicado em caso de infiltração é elevar o membro onde ocorreu o extravasamento por um período de vinte e quatro a quarenta e oito horas, com objetivo de melhorar o retorno venoso, colaborando para a absorção venosa e diminuir o edema¹⁹.

4.3. Dermatite associada à incontinência: trata-se de uma das condições dermatológicas mais comuns em neonatos e crianças que usam fralda²⁰. Além disso, a incontinência urinária e fecal potencializam o risco de aparecimento de feridas, já que a umidade excessiva destrói a barreira cutânea natural, levando à maceração e, conseqüentemente, ao aparecimento de lesões na pele. Segundo dados da literatura, o risco é de até 22 vezes maior em pacientes com incontinência anal e urinária, comparados a pacientes continent²¹. Para sua prevenção está indicada a troca frequente de fralda a base de gel absorvente. A utilização de lenços umedecidos que possuam tintas e fragrâncias é contraindicado em neonatos²². O protetor cutâneo spray é indicado para tratamento de pacientes com idade superior a 28 dias²³.

4.4. Queimaduras químicas: as queimaduras são a quarta causa de morte de crianças e adolescentes no Brasil. A suspeita de ingestão de substância química, como soda cáustica, amônia, limpa alumínio, limpa forno, baterias e pilhas já pode ser considerada como emergência ainda que a criança não manifeste sinais e sintomas. Nesses casos a boca e a face da criança devem ser imediatamente lavadas com água fria. Além do mais, deve ser considerada a possibilidade de comprometimento do tubo digestivo, conforme a substância que foi ou que possivelmente foi ingerida²⁴.

4.5. Feridas cirúrgicas: Uma ferida cirúrgica é uma ruptura intencional da pele e estruturas subjacentes²⁵.

5. Avaliação do paciente portador de ferida:

- Deverá ser realizada na admissão do paciente, preenchendo a aba “Lesões” no Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH).

- Evolução da lesão: diariamente ou quando se realizar troca de curativo.
- A ferida deverá ser avaliada quanto a extensão, deslocamento, tipo de tecido encontrado na lesão, odor, presença ou não de infecção secundária. Além disso, deve ser avaliada a dor do paciente. As técnicas de avaliação desses itens serão descritas a seguir.

6. Técnica de mensuração da ferida

6.1 Quanto ao tamanho:

- Limpar a ferida.
- Introduzir uma espátula ou seringa de insulina, sem agulha, no ponto mais profundo da ferida.
- Marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda.
- Medir com uma régua o segmento marcado e anotar resultados em cm para comparação posterior.
- Para calcular a área em cm², basta multiplicar a largura x comprimento.
- Lembrar que o comprimento sempre se refere à medida no sentido vertical (cefalocaudal) e a largura se refere à medida horizontal.
- **Observações:** quando a ferida apresentar ilhas de epitelização, que divide a ferida em várias partes, deve-se somar a medida de todas as ilhas²⁶.

6.2 Quanto ao descolamento da ferida:

- Descolamento: são bordas de uma ferida que perderam tecido de suporte subjacente à pele íntegra.
- Introduzir sonda uretral estéril na ferida.
- Fazer varredura da área no sentido horário.
- Identificar o ponto de maior descolamento tecidual (direção em horas) - a referência de 12 horas deverá estar no sentido cefálico.
- Marcar na sonda o ponto mais próximo da borda.
- Medir na régua o segmento marcado.

7. Tipo de tecido no leito da lesão

- **Necrose de coagulação (escara):** corresponde ao tecido morto, desidratado, de coloração bem escura e/ou preta. Pode se apresentar em crosta como resultado de desidratação celular²⁷.

- **Necrose de liquefação (esfacelo):** representada por tecido liquefeito, de coloração amarelo e/ou esverdeado, que pode ser facilmente desprendido do leito²⁸.
- **Tecido de granulação:** tecido úmido, de coloração vermelho vivo resultante de um processo de crescimento tecidual e vascular (angiogênese) estimulado também pelos fibroblastos²⁸.
- **Tecido de epitelização:** é um revestimento novo, rosado e frágil. Decorre da migração e multiplicação de células epiteliais sobre uma superfície desnuda durante o processo cicatricial²⁹.

Atenção: A avaliação da proporção de tecido que cobre o leito da ferida pode ser descrito atribuindo porcentagens, como 90% de tecido de granulação e 10% tecido necrótico.

8. Avaliação de feridas infectadas em geral

Lesões infectadas

Independente de ser aguda ou crônica, a ferida infectada configura em um desafio para o tratamento³⁰. Microorganismos comensais estão presentes em todas as feridas, todavia o que define se a ferida está ou não infectada não é a interação entre a comunidade microbiana e o hospedeiro. Quando essa interação compromete o hospedeiro ou o processo de cicatrização a ferida está infectada^{31,32}.

A condição geral de saúde do indivíduo, tanto no que diz respeito à capacidade de resposta do organismo, quanto no que se refere aos hábitos de vida, tem influências diretas na capacidade para resistir à infecção. Isso torna desafiante identificar quando uma ferida está infectada. Na Tabela 2 consta o método mnemônico, criado por Sibbald, Woo, Ayello (2007) que evidencia critérios clínicos de colonização crítica (NERDS) e de infecção (STONES).

Tabela 2 – Método mnemônico que estabelece os critérios clínicos que diferenciam lesões criticamente colonizadas de infectadas.

NERDS	STONEES
N - não cicatrização	S - size (tamanho da ferida)
E - exsudato	T - temperatura aumentada
R - red (tecido de granulação friável)	O - os (exposição óssea e muscular)
D - debris	N - new (nova quebra do leito ou borda)
S - smell (odor)	E - exsudato
	E - eritema/edema
	S - smell (odor)

Fonte: Adaptado de Sibbald, Woo, Ayello (2007)⁴².

Além desses critérios clínicos, o diagnóstico de infecção em feridas crônicas é apoiado por testes laboratoriais³⁶.

Apesar de ser não invasivo e de baixo custo, o uso de **zaragatoas** na identificação da infecção em uma ferida não está sustentado por evidências científicas³⁷. A coleta de material purulento na parte mais profunda da ferida pode ser indicada, todavia a **biópsia tecidual com cultura**, apesar de ser raramente realizada na prática clínica, é o método padrão ouro para o diagnóstico de infecção de uma ferida.

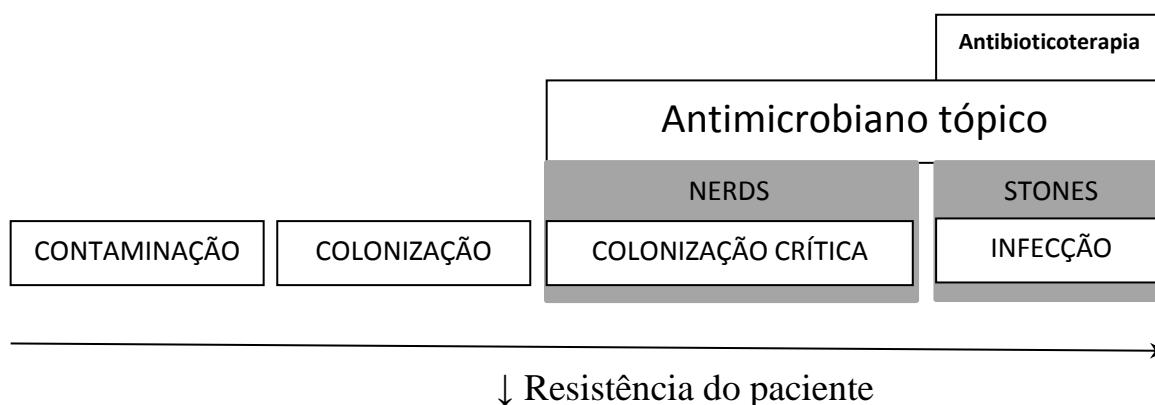
As bactérias que estão relacionadas com a colonização/infecção de feridas são: cocos gram positivos (Streptococcus, Enterococcus, Staphylococcus aureus e Staphylococcus coagulase negativo) Bacilos gram positivos (Pseudomonas aeruginosas, enterobactérias), anaeróbios (bacterióides e clostridium) e raramente fungos (Cândida sp e Aspergillus)^{37,41}.

Além do debridamento, limpeza e identificação da etiologia da ferida, é imprescindível prevenir a colonização das lesões, tanto local quanto sistêmica⁴³.

Nas feridas criticamente colonizadas os antimicrobianos tópicos (como prata nanocristalina e hidrofibra e prata) devem ser iniciados e utilizados até que os sinais de infecção diminuam e o doente não apresente sinais de NERDS. Pacientes com feridas infectadas devem ser tratados com antimicrobiano tópico e antibioticoterapia concomitantes³³. Quando a infecção da ferida é generalizada, as condutas devem necessariamente ser direcionadas com resultados dos testes laboratoriais (aspirado ou biópsia com cultura)⁴⁴.

Apresenta-se a seguir (Figura 1) um esquema adaptado de Sibbald, Woo, Ayello (2007)⁴² para a gestão da infecção em feridas que favorece a avaliação da ferida para sinais de infecção e atuação em conformidade.

Figura 1 – Gestão da infecção de feridas



Fonte: Adaptado de Sibbald, Woo, Ayello (2007)⁴².

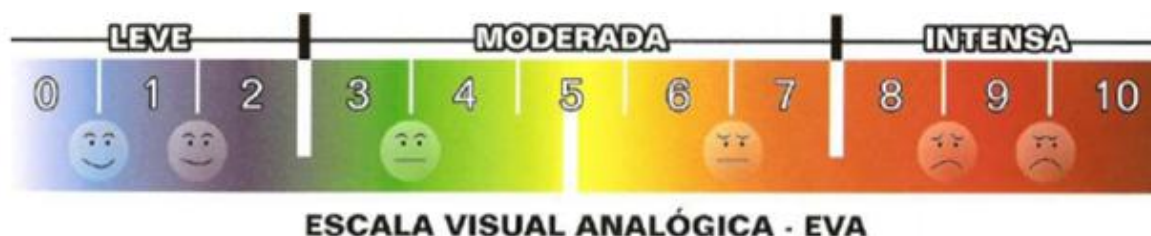
Na suspeita de infecção, o médico assistente deverá ser comunicado, para avaliar pedidos de exames complementares (hemograma, hemocultura, cultura da lesão) e necessidade de antibioticoterapia.

9. Avaliação da Dor

Além das alterações comportamentais, como choro e fúrias de dor, estímulos dolorosos podem evoluir como manifestações fisiológicas. Com a liberação de neurotransmissores a criança e o RN podem apresentar taquicardia, sudorese e palidez.

Considerando que um RN pré-termo internado em uma UTI é manipulado de 130 a 234 vezes diariamente, a mensuração da dor através de uma escala é importante para favorecer a implementação adequada de medidas de alívio⁴⁵.

A escala visual analógica consiste em uma linha graduada de 0 a 10 para dois extremos de dor, sendo 0 a dor de intensidade menor e 10 a dor de intensidade maior. O paciente deve apontar na escala o nível da sua dor. A proposta de recursos visuais como desenho de faces pode facilitar a compreensão das crianças (Figura)⁴⁶.



Fonte: Prefeitura de Joinville, 2017.⁴⁷

10. Limpeza da Lesão

Ao realizar a limpeza de uma ferida é preservar o tecido de granulação e diminuir o risco de infecção. Preferencialmente, o leito da ferida deve ser irrigado com jatos de soro fisiológico 0,9% morno em abundância. Caso não haja disponibilidade de aquecer e controlar da temperatura do soro fisiológico, este deve ser irrigado em temperatura ambiente⁴⁸.

10.1 Materiais necessários:

- pacote de curativo
- luvas de procedimento
- luvas cirúrgicas
- bacia
- saco plástico de lixo (branco)
- soro fisiológico 0,9% - 250 ml ou 500 ml
- agulha 25 x 8 mm (canhão verde) para promover pressão adequada do jato
- lixeira
- máscara
- óculos protetores
- gorro
- cobertura, creme ou soluções indicadas
- gaze dupla ou gaze aberta
- atadura crepom, conforme a necessidade
- esparadrapo
- álcool a 70%
- sabão líquido apenas para pele íntegra

10.2 Descrição do Procedimento:

- Lavagem das mãos;
- Reunir e organizar todo o material que será necessário para realizar o curativo;
- Colocar o paciente em posição confortável e explicar o que será feito;
- Realizar o curativo em local que proporcione uma boa luminosidade e que preserve a intimidade do paciente;
- Fazer uso do EPI (óculos, máscara, luvas, gorro e jaleco branco);
- Envolver a bacia com o saco plástico, retirar o ar e dar um nó nas pontas. Depois, usá-la como anteparo para a realização do curativo;
- Utilizar frasco de soro fisiológico a 0,9%, fazer a desinfecção da parte superior do frasco com álcool a 70%, e perfurar antes da curvatura superior, com agulha 25 x 8 ou 40 x 1,2 mm (somente um orifício)⁴⁸.

Obs.: Não existe na literatura científica um consenso acerca da indicação do calibre da agulha para realizar a limpeza de feridas, mas comumente são empregados os calibres 25 x 0,8mm ou 40 x 1,2mm. Vale lembrar que o calibre da agulha é inversamente proporcional à pressão obtida pelo jato de soro.

- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar a atadura e a cobertura da ferida;
- Se na remoção da cobertura e/ou atadura da ferida, os mesmos estiverem bem aderidos (grudados) na ferida, aplicar o soro fisiológico em jatos, removendo com muita delicadeza, evitando traumas e assim, retrocessos no processo cicatricial;
- Desprezar o curativo retirado juntamente com a luva no lixo;
- Calçar novas luvas de procedimento

- Fazer limpeza mecânica (manual) da pele ao redor da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%. Em caso de sujidade pode-se associar sabão líquido hospitalar;
- Não secar o leito da ferida;
- Fazer debridamento se necessário;
- Aplicar a cobertura escolhida conforme a prescrição do enfermeiro ou médico (calçar luvas cirúrgicas quando a cobertura demandar);
- Fazer uso da cobertura secundária, se necessário;
- Enfaixar os membros em sentido distal-proximal, da esquerda para a direita, com o rolo de atadura voltado para cima. Em caso de abdômen utilizar a técnica em z (em jaqueta com atadura de crepom de 20 ou 25 cm);
- Registrar a evolução (módulo de lesões do SIGH)⁴⁸.

11. Debridamento

11.1. Definição: é a remoção do tecido desvitalizado presente na ferida.

11.2. Objetivos:

- Promover a limpeza da ferida
- Reduzir o conteúdo bacteriano
- Preparar a ferida para a intervenção cirúrgica ou para a cicatrização

11.3. Indicações:

- Drenagem purulenta
- Infecção local ou sistêmica
- Osteomielite
- Presença de corpos estranhos
- Esfacelos e grande área de necrose

11.4. Métodos de debridamento:

- **Autolítico:** o tecido necrótico é quebrado por enzimas do próprio organismo humano. É um tipo de debridamento consideravelmente lento, mas seletivo⁴⁹.
- **Enzimático:** utiliza agentes químicos que são seletivos para o tecido necrótico e causam danos mínimos em tecidos saudáveis.
- **Mecânico:** usa a força física para remover o tecido necrótico sendo produzido pela fricção com pinça e gaze. A cicatrização pode demorar mais tempo.⁴⁹
- **Cirúrgico ou com instrumental cortante:** utiliza métodos cirúrgicos para remoção do tecido necrótico. É considerado como um método mais efetivo pela possibilidade de remoção rápida do tecido necrótico.⁴⁹

12. Indicação e tipos de cobertura

12.1 Características de um curativo ideal:

- Manter a umidade no leito da ferida;
- Manter a temperatura em torno de 37° C no leito da ferida;
- Absorver o excesso de exsudato, mantendo uma umidade ideal;
- Prevenir a infecção, devendo ser impermeável a bactérias;
- Permitir sua remoção sem causar traumas no tecido neoformado;
- Não deixar resíduos no leito da ferida;
- Limitar a movimentação dos tecidos em torno da ferida;
- Proteger contra traumas mecânicos.

12.2 Tipos de curativos:

Curativos primários (como alginato de cálcio e hidrofibra e prata) ficam em contato direto com a lesão e podem exigir cobertura secundária.

Curativos secundários (como hidrocolóide e filme transparente) ficam sob a cobertura primária e podendo ou não interagir com esta.

Os curativos disponíveis e suas respectivas indicações estão disponíveis no Apêndice I.

13. Enfaixamento

É a aplicação de uma faixa em torno da lesão, com o objetivo de:

- Envolver, conter e proteger as partes lesadas
- Manter curativos e talas
- Facilitar a circulação venosa através de compressão
- Imobilizar membros

Observações:

- O enfaixamento deve ser feito sempre da parte distal para a proximal
- Atentar para o garroteamento sobre a ferida
- Não iniciar ou terminar o enfaixamento sobre a ferida
- Em úlceras venosas o enfaixamento deverá ser feito do pé até o joelho
- Em úlceras arteriais o enfaixamento não deverá ser compressivo

14. Estratégias de prevenção

Periodicidade de inspeção da pele: a pele deverá ser inspecionada na admissão da criança e diariamente, durante o banho.

Desenvolvimento e implementação de um plano de cuidados para a prevenção de Lesões por Pressão:

Até o momento não foi descrito na literatura medidas específicas para cada score de risco das escalas Braden Q e NSCS. Contudo, a pressão de dispositivos médicos e o grau de imobilidade são os 2 fatores chaves que aumentam o risco de LP em crianças e RN. Abaixo estão dispostas sugestões de ações para prevenção de LP que podem ser implementadas entre crianças e RN.

Medidas preventivas gerais:

- Otimizar o estado geral e nutricional do paciente: se necessário, solicitar interconsulta com nutricionista para crianças com baixa ingesta, classificadas como médio ou alto risco segundo a Escala de Braden Q e NSCS;
- Realizar avaliação nutricional para manter a integridade da pele, principalmente daquelas crianças que permanecem em jejum por vários dias, recebendo apenas infusão venosa de líquidos;
- Reduzir ou eliminar os fatores desencadeantes;
- Garantir sua estabilidade clínica.

Medidas preventivas com a pele:

- A fixação de cateteres vasculares deve ser realizada com “curativos transparentes, hipoalergênico, que favoreçam a troca gasosa, permitam manipulação mínima e propiciem avaliação contínua do local de inserção”⁷;
- Utilizar adesivos que minimizem o trauma cutâneo ou a rede tubular para fixação do curativo;
- Evitar sujeitar a pele à pressão ou cisalhamento;
- Levantar, e não arrastar, o indivíduo enquanto o reposiciona;
- Fazer uso de lençol para mover a criança sem arrastá-la no leito;
- Manter o corpo da criança em posição de alinhamento neutro: utilizar colchões, almofadas e dispositivos semelhantes para prevenir abdução do quadril e pressão em proeminências ósseas como: calcâneos, cotovelos e regiões sacral e occipital;

- Recomenda-se manter a cabeceira em 30°, exceto quando contra-indicada;
- Se a posição de sentado na cama for necessária, evitar que centre a pressão ao nível do sacro e cóccix;
- Evitar fricções da pele em lençóis, toalhas e demais roupas;
- Não massagear proeminências ósseas, promover alívio da pressão nessas áreas;
- Limpar a pele utilizando sabonete neutro;
- Solução anti séptica adequada para a pele do RNPT;
- Aplicar hidratante sem álcool após a limpeza da pele;
- Usar emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele;
- Áreas de dobras cutâneas devem ser mantidas limpas e secas;
- Trocar a fralda sempre que a criança urinar ou evacuar ou a cada 4 horas;
- Proteger a pele da exposição à umidade de urina, fezes e secreções através do uso de produtos de barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão;
- Em caso de paciente em uso de eletrodos, oxímetros, sensores, fixação de sondas, alternar os locais de utilização dos mesmos e avaliar com maior atenção a pele nestes locais;
- Eliminar a pressão secundária por dispositivos médicos como: cânulas de traqueostomia, tubos, sondas de gastrostomia utilizando coberturas primárias e secundárias quando necessário;
- Fazer uso de almofadas, colchões hospitalares tipo caixa de ovo ou leitos especiais para paciente sob risco;
- Assegurar-se de que uma avaliação completa da pele está sendo feita;
- Manter membros aquecidos;
- Realizar mudança de decúbito rigorosa (2 em 2 horas), caso o paciente não apresenta contra indicações
- Realizar higiene corporal, principalmente íntima, diariamente e sempre que necessário;
- Os dedos dos pés e das mãos devem estar visíveis sempre que as extremidades forem usadas para acesso venoso ou arterial.

Medidas de Alívio:

- Reposicionar a criança de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída.
- Mudança de decúbitos (2 em 2 horas)
- Manter membros inferiores de forma confortável, de acordo com as indicações para cada tipo de lesão.

BENEFÍCIOS POTENCIAIS

- Reduzir a ocorrência de LP nas unidades hospitalares da FHEMIG;
- Qualificar a assistência prestada ao paciente;
- Aderir segurança ao paciente;
- Reduzir o tempo de internação dos pacientes;
- Reduzir custos investidos com o tratamento de LP.

RISCOS POTENCIAIS

O não cumprimento desse protocolo clínico por comprometer a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

ITENS DE CONTROLE

1. Número total de pacientes avaliados por meio da Escala de Braden à admissão do paciente (primeiras oito horas após a chegada do paciente no setor. Nos casos cirúrgicos, este prazo é o período pré-operatório) e número total de pacientes que desenvolveram UP com seus respectivos riscos.
2. Incidência de LP na unidade, separadamente por setor (CTI, pronto socorro/pronto atendimentos, enfermarias clínicas/psiquiátricas, enfermarias cirúrgicas, leitos de internação prolongada): número de pacientes com casos novos de úlceras por pressão no setor / número de pacientes internados no setor.
3. Prevalência de LP na unidade, separadamente por setor: número absoluto de pacientes com úlceras por pressão / número de pacientes internados setor.

REFERÊNCIAS

1. Bello RT. Cuidados de higiene cutânea no recém-nascido e lactente. Revista Bebê-Saúde.2009;3:14-15.
2. Lund C. Kuller J. Lane A. Lott JW. Raines DA. Neonatal skin care: the scientific basis for practice. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1999;28:241-54.
3. Fife CE, Carter MJ, Walker D, Thomson B. Wound care outcomes and associated cost among patients treated in US outpatient wound centers: data from the US Wound Registry. Wounds. [Internet]. 2012.

4. Borghardt TA, Prado NT do, Bicudo SDS, Castro SD de, Bringuente OEM. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 Mar 13]; 69(3): 460-467. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300460&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690307i>.
5. Fernandes NCS, Torres C, Vieira D. Fatores de risco e condições predisponentes pra úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2008 [citado 28 set 2009]; 10(3):733-46. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a19.htm>. [Links].
6. Silva DRA, Bezerra SMG, Costa JP, Luz MHBA, Lopes VCA, Nogueira LT. Pressure ulcer dressings in critical patients: a cost analysis. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03231. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014803231>
7. Maia ACAR, Pellegrino DMS, Blanes L, Dini GM, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. Rev Paul Pediatr.[Internet]. 2011;29(3) [acesso em 01 dez 2011]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000300016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000300016>.
8. Razmus I. and S. Bergquist-Beringer. Pressure Ulcer Risk and Prevention Practices in Pediatric Patients: A Secondary Analysis of Data from the National Database of Nursing Quality Indicators. Ostomy Wound Management: 2017; 63(2), pp. 26–36. ISSN 1943-2720. Disponível em: <https://www.o-wm.com/article/pressure-ulcer-risk-and-prevention-practices-pediatric-patients-secondary-analysis-data>.
9. Soares LA, Miranda, ME. Análise dos cuidados intensivos de enfermagem realizados ao neonato prematuro. Tese de Tese de Conclusão de Curso/Monografia. BRASÍLIA (DF) 2015. Disponível em: <https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/123456789/10387/1/AdrianaLinoSoareseElizabethdeMouraMirandaTCCGraduacao2015.pdf>. Acessado em 07/01/2019.

10. Sousa RCWM de, Silva RCW da, Araújo NAS. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. *ConScientiae Saúde*, vol. 7, núm. 2, 2008, pp. 269-274 Universidade Nove de Julho. São Paulo, Brasil.
11. Schardosim JM, Ruschel LM, Motta GCP, Cunha MLC. Adaptação transcultural e validação clínica da *Neonatal Skin Condition Score* para o português do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(5): 834-41 DOI: 10.1590/0104-1169.3456.2487.
12. Presidência da República (extraído pelo Jusbrasil): Lei 7498/86 | Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86#art-15>.
13. Resolução COFEN Nº 501/2015 revogada pela Resolução COFEN Nº 567/2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html
14. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Manual de neonatologia. 2015; 227p.. [Acesso em: 2019 Mar. 11]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/content/1/manual_de_neonatologia.pdf>
15. Sanada, H., Miyachi, Y., Ohura, T., Moriguchi, T., Tokunaga, K., Shido, K., & Nakagami, G. (2008). The Japanese pressure ulcer surveillance study: A retrospective cohort study to determine prevalence of pressure ulcers in Japan. *Wounds*, 20(7).
16. RDC nº 36 de 25 de julho/2013
17. Caliri LHM, Santos GCLV, Mandelbaum SHM, Costa GI. Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia- SOBENDE. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO - CONSENSO NPUAP 2016 - ADAPTADA CULTURALMENTE PARA O BRASIL. Rua Antonio de Godoi, 35. República - São Paulo/SP. Disponível em <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acessado em 22/02/2019.
18. Infusion Nurses Society Brasil. Diretrizes práticas em terapia

intravenosa. Infusion Nurses Society Brasil; 2008. *Apud*: Lameira FJL, Nascimento MHM, Neves BLA. A percepção de enfermeiras frente ao extravasamento venoso em unidade neonatal. Revista Brasileira de Educação e Saúde (REBES) - ISSN 2358-2391 - (Pombal – PB, Brasil), v 8, n.1, p 01-08, jan. –mar., 2018. Disponível em <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/download/6036/5131>.

19. Modes ASS, Gaíva MAM, Rosa OKM, Granjeiro FC. Cuidados de Enfermagem nas Complicações da Punção Venosa Periférica em Recém-Nascidos. Rev Rene. 2011; Fortaleza, abr/jun; 12(2):324-32. Disponível em <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4212/3256>.

20. Ribeiro UJ, Borges LE. Revisão integrativa do tratamento de dermatite associada à incontinência. ESTIMA - REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA: ESTOMIAS, FERIDAS E INCONTINÊNCIAS. 2010; Volume 1. 8, n. 1. ISSN impresso: 1806-3144 e-ISSN: 2595-7007. Disponível em <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/270>.

21. Gonçalves CP. DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA: ESTUDO DE COORTE EM PACIENTES CRÍTICOS. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Belo Horizonte - MG, 2016. Disponível em <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/890M.PDF>.

22. Beeckman, Dimitri & Woodward, Sue & Gray, Mikel. Incontinence associated dermatitis: step-by-step prevention and treatment. Br J Commun Nurs. 2011; 16(8):382-9.

23. 3M do Brasil Ltda; Boletim Técnico; Mercado Hospitalar: PELÍCULA PROTETORA SEM ARDOR CAVILON (No Sting Barrier Film) Disponível em <http://multimedia.3m.com/mws/media/1180651O/boletim-tecnico-cavilon-pelicula-protetora-sem-ardor.pdf>.

24. Sociedade Brasileira de Pediatria: Queimaduras. Departamento Científico. [on-line] Publicado em 11/2014. Disponível em

<http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/queimaduras/>.

25. Spira AOJ, Borges LE, Silva ABP, Abreu SNM, Guedes ACM, Pires Júnior FJ Ferreira. Fatores associados à ferida cirúrgica complexa em regiões de mama e abdome: estudo observacional caso-controle. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2018 [citado 2019 Mar 08] ; 26: e3052. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100360&lng=pt. Epub 11-Out-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2274.3052>.

26. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Políticas Sociais, Secretaria Municipal de Saúde, Gerência de Assistência – Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. Protocolo de Assistência para Portadores de Ferida SMSA/PBH 1. Belo Horizonte, 2003. Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/curativos.pdf>. Acessado em 07/01/2019.

27. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Atenção Básica; Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas. Brasília, 2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf.

28. Paiva C, Carvalho C, Canuto F, Braga G, Dias I, Volpini M, Barcellos B. Cadernos de Boas Práticas: Atualização no Tratamento de Feridas em Atenção Domiciliar. Projeto de Parceria Educacional NEAD. Fascículo I. 05/2016. São Paulo - SP. Disponível em http://conexaohomecare.com/wp-content/uploads/2017/06/caderno-boas_praticas_Feridas.pdf.

29. Sousa de LJ, Duete CRR, Passos RCN. Caracterização de Feridas Crônicas em Membros Inferiores de Pacientes Cadastrados em Unidades de Saúde da Família no Município de Cruz das Almas – BA. Revista Textura Famam. Textura, Governador Mangabeira-BA, v. 10, n. 18, p. 91-99, jan - jul, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22479/244799342017v10n18p87-95>.

30. Santos SAV. Como lidar com a Ferida Infectada. Portal Educação. Disponível em

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/como-lidar-com-a-ferida-infectada/15576>.

31. Assessment of the antimicrobial effectiveness of a new silver alginate wound dressing: a RCT. *Journal of Wound Care*, 19 (1), p. 20-26. Retrieved from EBSCOhost. EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION (2006). Position Document: Identifying criteria for wound infection. In *Best Practice Statement: The use of topical antiseptic/antimicrobial agents in wound management*. Wounds UK, Aberdeen, 2010. WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (2008). Principles of best practice: Wound infection in clinical practice. An international consensus. In *Best Practice Statement: The use of topical antiseptic/antimicrobial agents in wound management*. Wounds UK, Aberdeen, 2010. *Best Practice Statement: The use of topical antiseptic/antimicrobial agents in wound management*. Wounds UK, Aberdeen, 2010. Siddiqui A, Bernstein J. (2010).

32. Trial C et al. Assessment of the antimicrobial effectiveness of a new silver alginate wound dressing: a RCT. *Journal of Wound Care*. 2010; 19 (1): 20-26. Retrieved from EBSCOhost.

33. EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION (2006). Position Document: Identifying criteria for wound infection. In *Best Practice Statement: The use of topical antiseptic/antimicrobial agents in wound management*. Wounds UK, Aberdeen, 2010. Disponível em http://www.cslr.cz/download/English_pos_doc_final.pdf.

34 WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (2008). Principles of best practice: Wound infection in clinical practice. An international consensus. In *Best Practice Statement: The use of topical antiseptic/antimicrobial agents in wound management*. Wounds UK, Aberdeen, 2010.

35. Fletcher J. Wound bed preparation and the TIME principles. In Ousey K, & McIntosh C. (2009). *Topical antimicrobial agents for the treatment of chronic wounds*. *British Journal of Community Nursing*, 2005; 14 (9): S6-15. Retrieved from EBSCOhost.

36. Benbow M. Wound swabs and chronic wounds. *Practice Nurse*, 2010; 39 (9): 27-30. Retrieved from EBSCOhost.

37. Bowler PG, Duerden BI, Armstrong DG. Wound microbiology

and associated approaches to wound management. Clin Microbiol Rev. 2001; 14:244-69. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11292638>.

38. Santos V, Marques J, Santos A, Cunha B, Manique M. Identification and treatment of infection on complex wounds. Journal of Aging & Innovation, 2012; 1 (2): 48-64. Disponível em <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-infe%C3%A7%C3%A3o-da-ferida-complexa.pdf>.

39. Danilla S, Andrades S, Gómez ME et al,. Concordance between qualitative and quantitative cultures in burned patients: Analysis of 2886 cultures. Burns. 2005;31(8):967-71.

40. ANVISA. Procedimentos Laboratoriais: da requisição do exame à análise microbiológica, 2004.

41. Bowler PG. Bacterial Growth Guideline: Reassessing its clinical relevance in wound healing. Ostomy Wound Manage. 2003; 49(1):44-53. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12532033>.

42. Sibbald RG, Woo K, Ayello E. Increased bacterial burden and infection: NERDS and STONES. Wounds UK. 2007; 6 [cited 2017 Ago. 8]; 3(2): 25-46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17008815>

43. Cooper, Rose - Biofilms and wounds: much ado about nothing? Wounds UK, 2010; (6): 84-90. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/3430/1b95d7fbfa2aff9abfd7d0239e1a0151ded.pdf> .

44. Cochrane Database of Systematic Reviews, (10), Retrieved from EBSCOhost. Ovington, L.G. (2003). Bacterial toxins and wound healing. In Vermellen H et.al (2010). Topical silver for treating infected wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews, (10), Retrieved from EBSCOhost. Trial C. et al., (2010).

45. Santos Luciano Marques dos, Ribeiro Isabelle Santos, Santana Rosana Castelo Branco de. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2012 Apr [cited 2019 Apr 24] ; 65(2): 269-275. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672012000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200011>.

46. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1986;27:117-26.

47. Governo de Santa Catarina, Prefeitura de Joinville. EscalaDor 5 Sinal Vital: ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA. Disponível em <https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Exame-Escala-Visual-Anal%C3%B3gica-EVA.pdf>. Acessado em 24/04/2019.

48. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Políticas Sociais, Secretaria Municipal de Saúde, Gerência de Assistência – Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. Protocolo de Assistência para Portadores de Ferida SMSA/PBH 1. Belo Horizonte, 2003. Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/curativos.pdf>. Acessado em 12/03/2019.

49. Sales AE, Oliveira RL. Analysis of the nurses action in Wound Treatment at the Regional Hospital of Ceilandia – DF, 2011. Monography (nursing)- Catholic University of Brasilia, 2011. Disponível em <https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/1509/1/Elizane%20Almeida%20de%20Sales%20e%20Luana%20Raulino%20Oliveira.pdf>.

50. Werdin, Frank; et al. Evidence-based management strategies for treatment of chronic wounds. *Open access journal of plastic surgery*. Jun. 2009.

51. Maia Ana Claudia A. R, Pellegrino Donata M. S, Blanes Leila, Dini Gal Moreira, Ferreira Lydia Masako. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. *Rev. paul. pediatr.* [Internet]. 2011 Sep [cited 2019 Apr 24]; 29(3): 405-414. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000300016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000300016>

52. Schardosim Juliana Machado, Ruschel Luma Maiara, Motta Giordana de Cássia Pinheiro da, Cunha Maria Luzia Chollopetz da. Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Skin

Condition Score para o português do Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2014 Oct [cited 2019 Apr 24] ; 22(5): 834-841. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500834&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3456.2487>.

COBERTURAS PADRONIZADAS NA FHEMIG

COBERTURA/ ADJUVANTE	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA-INDICAÇÃO	TEMPO DE PERMANÊNCIA DA COBERTURA/ ADJUVANTE
Solução de limpeza e descontaminação	Solução	Para limpeza, descontaminação, tratamento e hidratação de feridas contaminadas agudas e crônicas. Para prevenção e tratamento do biofilme.	Não utilizar em cartilagem hialina. Não utilizar em associação com tensoativos aniônicos, por estes poderem afetar a conservação. A solução não deve também ser misturado com outros produtos de limpeza de feridas, tais como: sabonetes, pomadas, óleos ou enzimas, entre outros. Deve-se assegurar a completa remoção dessas substâncias do leito da ferida com solução de limpeza e descontaminação. Pacientes alérgicos a algum componente do produto	A cada troca de curativo primário.
Curativo de poliuretano transparente estéril	Placa (diferentes dimensões)	Curativos de acessos arteriais e venosos.	Cobertura primária de lesões infectadas, exsudativas. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Varia conforme a frequência de troca dos curativos ou acessos. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Curativo de poliuretano transparente não estéril	Rolo	Como cobertura primária pode ser empregada para prevenir de lesões e como cobertura secundária de curativos.	Não pode ser aplicado como cobertura primária de lesões abertas. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Pode permanecer até 14 dias na pele intacta. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Barreira protetora cutânea em spray	Spray	Prevenção e/ou tratamento de Dermatite Associada à Incontinência (DAI) e de regiões periestomias.	Pacientes com idade menor que 28 dias de idade corrigida. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Suporta até quatro higienizações. Tempo de permanência até 72hs.
Creme de barreira (Nova fórmula sem parabenos e sem fragrância)	Creme	Prevenção de lesões e hidratação de pele íntegra, inclusive em área de fraldas.	Pacientes com idade menor que 28 dias de idade corrigida. Lesões abertas. Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Suporta até quatro higienizações. Tempo de permanência até 72hs.

Hidrocolóide	Placa	Como cobertura primária está indicado para o tratamento de lesões não infectadas superficiais e pouco exsudativas (como lesões por pressão estágio I). Como cobertura secundária pode ser associado com Hidrogel em lesões pouco exsudativas e granuladas.	Lesões com tecidos necróticos, e/ou infectadas ou com leito hipergranulado. Feridas altamente exsudativas. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Como cobertura primária pode permanecer no leito até 7 dias. Como cobertura secundária de curativos que têm o Hidrogel como primário pode permanecer até 4 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Hidrogel	Tubo	Lesões pouco exsudativas/secas totalmente granuladas. Desbridamento autolítico. Pode ser associado com hidrocolóide sendo este como cobertura secundária.	É um produto de uso único, não devendo ser reutilizado e devendo ser descartado após a troca de curativo. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Até 72 horas. Associado com hidrocolóide deve ser trocado em até 4 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Hidrogel com alginato	Tubo	Lesões pouco exsudativas com grande parte granuladas. Desbridamento autolítico. Lesões com pontos sangrantes.	Lesões muito exsudativas. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Até 72 horas. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Alginato de cálcio	Placa	Tratamento de lesões exsudativas e/ou hemorrágicas não intensas. Desbridamento autolítico de tecidos inviáveis ou deficientes. Gestão de lesões com moderado a grande exsudato. Usado para contenção de pontos sangramentos durante o procedimento de desbridamento beira leito.	Não deve ser associados com antibiótico tópicos pois componentes da formulação podem inibir o processo de geleificação do alginato de Ca. Não é indicado para queimaduras de terceiro grau e nem para lesões pouco exsudativas. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Troca da cobertura deve ser realizada em até 7 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Carvão ativado	Placa	Tratamento de lesões infectadas, lesões criticamente colonizadas e controle de odor.	Feridas limpas e lesões por queimaduras. Lesões pouco exsudativas. Atentar-se para informação do fabricante sobre o recorte da cobertura. Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Troca da cobertura deve ser realizada em até 7 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Colágeno com alginato	Placa	Feridas cavitárias, não infectadas e sem necrose. Gestão de lesões de com moderado a grande exsudato.	Uso em carcinomas. O Curativo Fibracol* Plus não é indicado para feridas que apresentem vasculite ativa, queimaduras de terceiro grau ou para pacientes com sensibilidade ao colágeno ou alginatos. O Curativo Fibracol* Plus pode ser utilizado na presença de sinais visíveis de infecção da ferida,	Troca da cobertura deve ser realizada em até 72 hs. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.

			somente quando o tratamento clínico apropriado foi adotado. O Curativo Fibracol* Plus pode ser usado junto com terapia de compressão, com supervisão médica.	
Hidrofibra com carboximetilcelulose e prata	Placa	Tratamento de lesões infectadas, lesões criticamente colonizadas e prevenção de infecção em lesões com alto risco para infecção (como queimaduras de grande extensão). Gestão de lesões com moderado a grande exsudato.	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Pode ser usado enquanto a lesão apresentar manifestações de infecção ou de colonização crítica e a cobertura estiver acarretando melhora do leito. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Poliétileno com prata nanocristalina	Placa	Tratamento de lesões infectadas, lesões criticamente colonizadas e prevenção de infecção em lesões com alto risco para infecção (como queimaduras de grande extensão). Atividade largo espectro bactericida .	Não é compatível com produtos à base de óleo, como a vaselina e o petrolato e podem não ser compatível com antimicrobianos tópicos. Evitar o contato com eletrodos ou géis condutores durante medições eletrônicas, por exemplo, EEG e ECG. Só deve ser utilizado em bebês prematuros (com menos de 37 semanas de gestação) quando os benefícios clínicos forem superiores aos potenciais riscos. Não estão disponíveis dados clínicos nessa faixa etária e apenas dados limitados estão disponíveis para uso em recém-nascidos. Antes da administração de radioterapia deve ser removida a cobertura. Um novo curativo pode ser aplicado seguido de cada tratamento. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Inicialmente 2 semanas (fase do desafio) e depois reavaliar. Após 2 semanas, se o leito da lesão apresentou melhora e ainda apresenta sinais de infecção ou colonização crítica, manter o uso e reavaliar. Se melhorou, após 2 semanas, e não há mais sinais de infecção: descontinuar o uso. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Espuma de poliuretano com prata	Placa	Tratamento de lesões infectadas, lesões criticamente colonizadas e prevenção de infecção em lesões com alto risco para infecção (como queimaduras de grande extensão). Gestão de lesões bastante exsudativas.	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Até 7 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.

Espuma de poliuretano com ibuprofeno	Placa	Tratamento de lesões exsudativas e dolorosas. Combina a cicatrização de ferida em meio úmido à liberação local de ibuprofeno.	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Até 7 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Tela com emulsão de petrolato ou parafina.	Placa/Rolo	Lesões pouco exsudativas. Proteção dos tecidos do leito das lesões contra eventuais danos que possam ser causados por determinados curativos. É empregado somente como primário e exige uma cobertura secundária. Não absorve exsudato, mas permite sua drenagem livre.	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Até 48 horas. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Ácidos Graxos Essenciais (AGE)	Frasco	Hidratação de pele íntegra	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Con
Sulfadiazina de Prata	Creme	A sulfadiazina de prata trata de feridas principalmente aquelas com grande potencial de infecção e risco de evolução para infecção generalizada: queimaduras, úlceras de perna, escaras de decúbito e feridas cirúrgicas.	É contraindicado para uso por gestantes no final da gestação, em crianças prematuras e recém-natos nos dois primeiros meses de vida. Por existirem poucos dados sobre a sua passagem pelo leite materno, também não é recomendado em mulheres que estejam amamentando. Este medicamento é contraindicado para uso por crianças prematuras. Este medicamento é contraindicado para mulheres grávidas nos últimos três meses de gestação. Este medicamento é contraindicado para menores de 2 meses de idade. Não deve ser aplicado na região dos olhos. Não deve ser ingerido. Deve ser utilizado apenas por via local. Medicamentos para uso tópico devem. Este medicamento não deve ser utilizado em mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Informe seu médico se está amamentando. Informe ao seu médico o aparecimento de reações indesejáveis. Informe ao seu médico ou cirurgião-dentista se você está fazendo uso de algum outro medicamento. Não use medicamento sem o conhecimento do seu médico. Pode	Até 8 horas. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.

			ser perigoso para sua saúde. Pacientes alérgicos a algum componente do produto	
Colagenase	Tubo	Tratamento e limpeza de lesões: em ulcerações e necroses (úlceras varicosas, úlcera por decúbito, gangrenas das extremidades, especialmente gangrena diabética, congelamentos).	Com a finalidade de evitar a possibilidade de reinfecção, recomenda-se observar higiene pessoal rigorosa durante a utilização da Kollagenase. Deverá ser evitado contato com os olhos e com a mucosa da cavidade oral. Pacientes debilitados devem ser monitorados para infecções bacterianas sistêmicas devido à possibilidade teórica de enzimas desbridantes poderem aumentar o risco de bacteremia. Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Até 8 horas. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Espuma hidrocélular	Placa	Adesiva ou não adesiva, pode ser usada como cobertura primária para proteção (prevenção de lesão por pressão) ou secundária para absorção (controle da umidade e gestão de qualquer nível de exsudato exsudato). Tratamento de lesões predominantemente granuladas.	Absorção de até 6 vezes o seu peso. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Até 7 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Membracel	Placa	Prevenção e tratamento de lesões (queimaduras, dermoabrasões, escoriações, epidermólise bolhosa), especialmente as com grande potencial de infecção. Redução de exsudação de pequena quantidade, manutenção do meio úmido e redução da dor.	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	O tempo de troca varia de acordo com a quantidade de exsudato e presença de contaminação da ferida. Em feridas com grande quantidade de secreção e/ou contaminadas, a troca deve ocorrer em até 7 dias.
Barreira de Resina Protetora de pele uso Ostomia	Pó	Pele periestomal como uma barreira protetora reduzindo o risco de irritação da pele causada pelos efluentes.	Aplicar um anel da pasta protetora ao redor da base do estoma ou borda da fístula, de cerca de 3 a 6 mm de largura. É facilmente removível 48 horas após a aplicação. Caso a pasta protetora precise ser removida mais	

			rapidamente, usar água morna. Deve-se tomar cuidado na remoção de resíduos adesivos para não expor a pele ao risco de irritação ao esfregar a pasta para removê-la. Pele lesionada. Pacientes alérgicos a algum componente do produto	
Compressa não aderente	Compressa	Pode ser usada como primária para proteção cutânea, feridas superficiais com ou sem infecção, feridas com pequena a moderada quantidade de exsudato. Pode ser empregada como secundária do Hidrogel.	Colocar a face brilhante em contato com a ferida.	O tempo de troca varia de acordo com a quantidade de exsudato.

ANEXO I

Propriedades da ferramenta TIME

Definição	Características
T = <i>tissue non-viable or deficient</i>	Tecido inviável ou deficiente – caracterizado como necrótico ou desvitalizado que impede ou torna lenta a cicatrização. O debridamento é importante e contribui para remoção dessa estrutura. Conduta: utilização de coberturas/produtos* que realizam o debridamento / realização de debridamento mecânico e/ou cirúrgico pelo profissional responsável para tal.
I = <i>Infection or inflammation</i>	Infecção ou inflamação – dentro e/ou ao redor da ferida, retardando a eficaz cicatrização. Como conduta para tratamento temos a utilização de antimicrobianos sistêmicos associados a coberturas* indicadas para a situação.
M = <i>Moisture imbalance</i>	Desequilíbrio da umidade – pode ser devido a presença de exsudato. Atentar para equilíbrio da hidratação, pois a manutenção de um ambiente úmido (não macerado) é critério para cicatrização. Realizar limpeza da lesão com soro fisiológico para auxiliar neste controle e utilizar coberturas que visem a controle do exsudato.
E = <i>Edge of wound, non-advancing or undermined</i>	Borda de lesão prejudicada – cuja migração celular está sem avanço e requer tratamento adequado como a utilização de coberturas/produtos* indicados para cada situação.

Fonte: Baseado na Wound Healing Society, conforme citado por Werdin, Frank, et al., (2009).

ANEXO II

Escala de Braden Q

ITEM AVALIADO	1	2	3	4
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	Completamente Imóvel Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Muito limitado Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	Levemente limitado Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Nenhuma limitação Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda

<p>ATIVIDADE Grau de atividade física</p>	<p>Acamado Permanece no leito o tempo todo.</p>	<p>Restrito à cadeira A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.</p>	<p>Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.</p>	<p>Todas as crianças que são jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.</p>
<p>PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão</p>	<p>Completamente limitada Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.</p>	<p>Muito limitada Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo</p>	<p>Levemente limitada Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor</p>	<p>Nenhuma alteração Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto</p>
<p>UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade.</p>	<p>Constantemente úmida A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.</p>	<p>Freqüentemente úmida A pele está frequentemente, mas nem sempre úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.</p>	<p>Ocasionalmente úmida A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.</p>	<p>Raramente úmida A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24 horas.</p>
<p>FRICÇÃO E CISALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.</p>	<p>Problema importante A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante</p>	<p>Problema Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.</p>	<p>Problema Potencial Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.</p>	<p>Nenhum problema aparente Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.</p>
<p>NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.</p>	<p>Muito pobre Em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.</p>	<p>Inadequada Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.</p>	<p>Adequada Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.</p>	<p>Excelente Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.</p>
<p>PERFUSÃO TISSULAR E OXIGENAÇÃO</p>	<p>Extremamente comprometida Hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.</p>	<p>Comprometida Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.</p>	<p>Adequada Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.</p>	<p>Excelente Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.</p>

Fonte: Adaptado de Maia et al., 2011.

Escalas de avaliação de risco do recém nascido

1- Escala de Condição da Pele do Recém-nascido

Escala de Condição da Pele do Recém-nascido
Secura
1. Pele normal, nenhum sinal de pele seca
2. Pele seca, descamação visível
3. Pele muito seca, rachaduras/fissuras
Eritema
1. Não há evidência de eritema
2. Eritema visível, <50% da superfície corporal
3. Eritema visível, ≥50% da superfície corporal
Ruptura/lesão
1. Nenhuma visível
2. Pequenas, em áreas localizadas
3. Extensas

Fonte: Adaptado de Schardosim et al., 2014.

CONFLITO DE INTERESSES DOS AUTORE

Não há conflito de interesse por parte dos autores.