

**Intervenções de enfermagem na prevenção de Skin Tears****Skin Tears prevention nursing interventions**

DOI:10.34117/bjdv6n6-284

Recebimento dos originais: 08/05/2020

Aceitação para publicação: 12/06/2020

**Joélinton dos Santos Aranha**

Enfermeiro. Hospital Placi Cuidados Extensivos. Especialista em enfermagem dermatológica.

Instituição: Hospital Placi Cuidados Extensivos.

Endereço: R. Dr. Martins Tôrres, 98 - Santa Rosa, Niterói - RJ, Brasil.

E-mail: joelintonaranha@gmail.com

**Jorge Luiz Lima da Silva**

Doutor em saúde pública/Ensp-Fiocruz. Departamento materno infantil e psiquiatria da UFF.

Programa de Pós-graduação strictu sensu em Saúde coletiva UFF.

Instituição: Universidade Federal Fluminense.

Endereço: Rua Dr. Celestino 74 - SL.51 -Centro/ Niterói – RJ, Brasil.

E-mail: jorgeluizlima@gmail.com

**Giulia Lemos de Almeida**

Acadêmica de enfermagem.

Instituição: Universidade Federal Fluminense.

Endereço: Rua Dr. Celestino 74 - SL.51 -Centro/ Niterói – RJ, Brasil.

E-mail: giulialemos@id.uff.br

**Vinicius Fonseca de Lima**

Acadêmico de enfermagem.

Instituição: Universidade Federal Fluminense.

Endereço: Rua Dr. Celestino 74 - SL.51 -Centro/ Niterói – RJ, Brasil.

E-mail: vi.nilima@hotmail.com

**George Luiz Alves Santos**

Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem - UFRJ.

Instituição: Hospital Placi Cuidados Extensivos.

Endereço: R. Gen. Polidoro, 144 - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

E-mail: georgealvesrad@hotmail.com

**Raoni Ferreira de Souza**

Enfermeiro. Hospital Placi Cuidados Extensivos. Graduado em enfermagem - Centro Universitário

Plínio Leite.

Instituição: Hospital Placi Cuidados Extensivos.

Endereço: R. Dr. Martins Tôrres, 98 - Santa Rosa, Niterói - RJ, Brasil.

E-mail: raonifds@gmail.com

**Franciana de Araujo de Lima Oliveira**

Enfermeira. Pós graduanda em enfermagem dermatológica – Estácio de Sá.

Instituição: Hospital Placi Cuidados Extensivos.

Endereço: R. Dr. Martins Tôrres, 98 - Santa Rosa, Niterói - RJ, Brasil.

E-mail: enfafranciana@gmail.com

**Raphael Lima Pereira**Enfermeiro. Complexo Hospitalar de Niterói. Pós-graduação em terapia intensiva no Centro  
Universitário Plínio Leite.

Instituição: CHN - Complexo Hospitalar de Niterói.

Endereço: Rua La Salle, 12 - Centro, Niterói - RJ, Brasil.

E-mail: phaellima747@hotmail.com

**RESUMO**

A skin tears é um tipo ferida traumática resultante de fricção ou de fricção e cisalhamento, o que leva a separação da epiderme da derme ou separando ambas das estruturas de sustentação. É de pouco conhecimento no Brasil, e por vezes, chamada de laceração pelo fato de não possuir nomenclatura própria. Objetivo: descrever as intervenções de enfermagem envolvidas na prevenção e tratamento das skin tears. Método: trata-se de estudo descritivo que se deu por meio de revisão integrativa, a partir da análise da produção científica de enfermagem. A coleta do material se deu nos meses de novembro/dezembro de 2018 e janeiro/2019, cujo levantamento foi realizado nas bases Lilacs, Scielo e PubMed e demais alocadas na Bireme. Resultados: dentre as intervenções de enfermagem destaca-se, a realização de curativo ideal, que deve ser simples, rápido, sem dor, confortável e facilmente removível, além de cuidados com a lesão, limpeza com solução fisiológica 0,9%, além de examinar a lesão a cada troca do curativo. Conclusão: cabe ao enfermeiro, realizar avaliação minuciosa, tanto do paciente com risco de desenvolver as feridas, quanto dos pacientes que apresentam, efetivando a prática com base em conhecimento científico e baseado em evidências.

**Palavra-chave:** ferimentos e lesões; fricção; equipe de enfermagem; prevenção & controle.

**ABSTRACT**

Skin tears is a traumatic wound type resulting from friction or friction and shearing, which leads to separation of the epidermis from the dermis or separating both from the supporting structures. It is of little knowledge in Brazil, and sometimes called laceration and because it does not have its own nomenclature. Objective: to describe the nursing interventions involved in the prevention and treatment of skin tears. Method: this is a descriptive study that was carried out through an integrative review, based on the analysis of nursing scientific production. The material was collected in the months of November / December 2018 and January 2019, the survey of which was carried out at the Lilacs, Scielo and PubMed databases, and the rest were allocated at Bireme. Results: among the nursing interventions, the ideal dressing should be performed, which should be simple, fast, painless, comfortable and easily removable, as well as care with the lesion, cleaning with 0.9% physiological solution and also examining the lesion at each dressing change. Conclusion: it is up to the nurse to carry out a thorough evaluation of both the patient at risk of developing the wounds and the patients who present the practice, based on scientific and evidence-based knowledge.

**Key word:** wounds and injuries; friction; nursing, team; prevention & control.

**1 INTRODUÇÃO**

O termo “ferida” é usado para definir a perda da solução da continuidade do tegumento, definida pela ruptura das camadas da pele ou de estruturas mais profundas, bem como músculos, fâscias, cartilagens, tendões, aponeuroses, ossos, órgãos cavitários, ou qualquer outra estrutura do organismo em questão. Estas podem ser causadas por fatores extrínsecos, como lesões traumáticas provocadas por agentes físicos, químicos ou biológicos, ou por fatores intrínsecos, como feridas

crônicas resultantes de neoplasias, distúrbios metabólicos e doenças vasculares. A presença de comorbidades pode ser responsável pela ocorrência, ou até mesmo pelo agravamento das lesões.<sup>(1,2)</sup>

O mecanismo da lesão tecidual inicia-se com alterações moleculares, estruturais e de adaptação das células que estão em equilíbrio homeostático. Diante de estímulos patológicos ou estresse excessivo, essas células podem se adaptar e ocasionar a lesão celular reversível ou exceder o limite de adaptação, o que resulta em sequência de eventos que poderão levar a uma lesão celular irreversível (necrose). Esta pode causar mudanças significativas na vida da pessoa, de modo a envolver fatores que impactam diferentes áreas da sua vida, sendo físicos, psicológicos e sociais, o que torna o seu tratamento mais complexo e individualizado, pois reafirma a necessidade de uma intervenção do profissional de enfermagem que abranja o cliente de forma integral e humanizada, envolvendo avaliação clínica e criteriosa do paciente.<sup>(2)</sup>

Ao avaliar a pessoa com ferida, é importante que se perceba suas condições gerais de saúde e algumas características específicas da lesão, de modo que sejam fundamentais para se classificá-las e diferenciá-las, seguindo alguns critérios básicos de classificação, permitindo assim, uma maior especificidade, os quais auxiliarão no plano terapêutico da mesma, sendo:

- De acordo como foi produzida (cirúrgica, lacerada, contusa ou perfurante);
- De acordo com o comprometimento tecidual (estágios I, II, III e IV);
- De acordo com o grau de contaminação (limpa, limpa contaminada, contaminada, infectada);
- De acordo com o tempo de evolução (aguda ou crônica).<sup>(2)</sup>

Quanto à sua complexidade, as feridas podem ser classificadas como simples e complexas. As simples são lesões que seguem o curso fisiológico da cicatrização, e perpassam as três fases do processo cicatricial: a fase inflamatória; a proliferativa; e a reparadora, ou de maturação, com manifestações clínicas e cronologias esperadas. As feridas complexas, são lesões que não seguem o curso fisiológico da cicatrização, demandam tempo cicatricial além do esperado, devido a processos infecciosos, perdas teciduais extensas e traumas que colocam em risco a integridade e a viabilidades de órgãos ou membros.

O tratamento da ferida deve ocorrer de forma diferente em cada paciente, avaliando-se a etiologia da mesma, a evolução do quadro até o presente momento, a existência de comorbidades no paciente, fatores que impliquem na alteração do prognóstico, características físicas da lesão e disponibilidade de recursos para o tratamento.<sup>(2,3)</sup>

O conceito *skin tear* (ST), como conhecida internacionalmente, é considerada ferida traumática resultante de fricção ou de fricção e cisalhamento, levando à separação da epiderme da derme ou separando ambas das estruturas de sustentação. É de pouco conhecimento no Brasil, e, por

vezes, é chamada de laceração. A falta de especificidade de nomenclatura própria, torna-se barreira para implementação de intervenções e técnicas adequadas de tratamento.<sup>(3)</sup>

Para abordagem da temática, optou-se pela nomenclatura em sua língua original, o inglês, onde *skin* significa pele e *tear* rasgo ou rompimento, no referido idioma. Muito embora as ST tenham sido abordadas sob a denominação de lesões por fricção, que por sua vez têm tradução limitada para língua portuguesa que inclui apenas a fricção, em detrimento do cisalhamento (*shear*) e da contusão (*blunt force*, trauma), uma vez que algumas etiologias também estão relacionadas à ocorrência dessa lesão.<sup>(4)</sup>

Essas lesões são decorrentes, sobretudo, das fragilidades do corpo do idoso, como a redução da espessura das camadas da pele, redução de sua umidade, elasticidade e resistência, fragilidades que se potencializam, após os 75 anos de idade.<sup>(5)</sup> São lesões tipicamente dolorosas e produtoras de exsudato serosanguinolento intenso.<sup>(6)</sup> Com relação aos locais mais comuns para a ocorrência dessas lesões, são as extremidades superiores, com frequência de 80% e inferiores, dorso e glúteos.<sup>(7)</sup>

Muito embora, os anos de 1993 e 2007 tenham sido oportuno à conceituação, a investigação formal e criação de protocolos clínicos para a classificação das ST se deram em 2011, por levantamento internacional que subsidiou a escrita de documento formal que expressa o consenso entre especialistas de diversos países.<sup>(5)</sup>

Para facilitar a comunicação e documentação adequada, as feridas devem ser avaliadas e classificadas com o uso de sistema de classificação confiável e válido. Para classificar as ST, a maioria dos estudos emprega o sistema Payne-Martin, concebido por estudo piloto, em 1985, e estudo descritivo em 1990, e suas definições utilizadas, em estudo de 1993.<sup>(8)</sup> Esse sistema foi redesenhado por Carville e cols., em 2007, à luz da prática, baseada em evidências. O resultado foi o *Star Skin Tear Classification System* (STAR), instrumento simples, confiável e de fácil aplicabilidade.<sup>(3)</sup>

Sua classificação, baseada no Sistema de Classificação Star, conta com:

- Categoria 1: onde o retalho cutâneo pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida opaca ou escurecida;
  - Subcategoria 1b, o retalho cutâneo pode ser realinhado a posição anatômica normal, porém, a coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca e/ou escurecida;
- Categoria 2: retalho não pode ser alinhado a posição anatômica normal, e a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálido, opaca ou escurecida;
  - Subcategoria 2b: retalho que não pode ser realinhado, e a coloração da pele ou retalho apresentam-se pálidos, opacos ou escurecidos;
- Categoria 3 onde o retalho está completamente ausente.<sup>(9)</sup>

Assim, mediante ao exposto, este estudo levanta como problema de pesquisa: quais os cuidados de enfermagem estão descritos na literatura relacionados à prevenção e tratamento de *skin tears*?

É importante que o enfermeiro tenha conhecimento no que tange ao cuidado a ser prestado ao paciente com fatores de risco para o desenvolvimento de ST, de modo que esse tipo de lesão é frequentemente encontrado no ambiente hospitalar; e, por vezes, pode ser negligenciado e subnotificados, o que gera percepção irreal do problema. Apesar de os números brasileiros atuais desse tipo de lesão permanecerem ocultos, sua prevalência é maior do que as lesões por pressão, e há tendência de aumento no número de casos para os próximos anos.<sup>(5)</sup>

O tema relacionado às ST tem surgido com maior frequência, principalmente, em associação com o envelhecimento da população. As alterações cutâneas são todas consideradas fatores que podem contribuir para o desenvolvimento das ST associadas ao envelhecimento, à dependência de outros para o cuidado, à presença de edema, podendo haver risco para o desenvolvimento de lesões por pressão, comprometimento cognitivo e comportamento agressivo.<sup>(10)</sup>

Para prevenção das ST, utilizam-se exames detalhados e rotineiros, além de registros das condições de pele apresentadas pelo cliente, na hora de sua admissão, para que haja a diferenciação de outras formas de lesões e rastreamento, eliminação ou minimização dos fatores de risco existentes. Alguns estudos abordam a presença das lesões, antes mesmo da entrada do paciente na unidade de saúde, de modo que leva a necessidade do enfermeiro intervir em ações educativas, tanto com os próprios pacientes, quanto com cuidadores e seus respectivos familiares sobre os riscos de ambiente de cuidado desfavorável.<sup>(11)</sup>

Mediante ao exposto, este estudo objetiva descrever as intervenções de enfermagem envolvidas na prevenção e tratamento das *skin tears*.

## 2 MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa de revisão integrativa de caráter descritivo, que se deu a partir da análise da produção científica de enfermagem, baseada em obras secundárias. A coleta do material para pesquisa ocorreu nos meses de novembro/dezembro de 2018 e janeiro/2019.

O levantamento foi realizado em ambiente virtual na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com as bases Lilacs, Paho Iris Repositório Institucional, Base Internacional de Guias GRADE (BIGGS), Base Regional de Informes de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRISA) e Observatório Regional de Recursos Humanos de Salud, nas bases Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*) e PubMed (*National Library of Medicine*), e também revistas disponíveis *online* onde os artigos foram incluídos nos resultados de busca com os seguintes descritores: “*skin tears nursing*” e “*skin tears prevention*”.

Estes termos foram utilizados de forma conjunta e isolados. As obras idênticas repetidas, em bases diferentes, foram eliminadas, considerando-se seu primeiro registro.

Foram selecionados artigos que, na leitura, demonstrassem as intervenções de enfermagem, na prevenção de ST. Além disso, foi realizada busca em livros, consensos e periódicos encontrados em busca livre para alicerce conceitual.

Primeiramente, as obras foram armazenadas em computador, para que em seguida fosse realizada a pré-seleção de acordo com leitura dos resumos. Nessa fase, buscou-se a relação entre o conteúdo, título, resumo, e se atendiam ao objeto deste artigo. Na fase de seleção, as obras foram lidas na íntegra com atenção especial para os resultados e conclusões. Aquelas que trouxeram cuidados de enfermagem foram selecionadas. Em seguida, organizadas em quadro dos resultados para discussão de acordo com análise textual.

### 3 RESULTADOS

Nesta seção, são apresentadas as obras potenciais para análise na discussão, face ao objetivo proposto. No quadro a seguir, é possível vislumbrar as principais obras e suas contribuições para o estudo de ST.

Quadro 1. Artigos selecionados para o estudo após os critérios de exclusão e inclusão, nas bases eletrônicas Scielo, Lilacs, Pubmed, Bdenf, 2019.

Autor; Ano; País Título	Título	Periódico	Tipo de estudo	Principais resultados
Pulido, Santos e Carville. 2015. Brasil.	Adaptação cultural, validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores do "STAR Skin Tear Classification System" <sup>(3)</sup>	Rev. Latino-Am. Enfermagem.	Estudo metodológico com abordagem quantitativa.	Os fatores de risco que estão mais associados às <i>skin tears</i> são: história prévia de lesões; equimoses ou hematomas; edema nas extremidades; rigidez e espasticidade; mobilidade prejudicada; pessoas dependentes para as atividades de vida diária; idosos sujeitos as transferências e reposicionamento; dispositivos invasivos e curativos com fita adesiva e polifarmácia.

Santos, Gomes, Barreto e Ramos, RS. 2013. Brasil.	Evidências científicas sobre fatores de risco e sistemas de classificação das <i>skin tears</i>	Rev. Enf. Derme. atual In	Estudo de revisão integrativa da literatura.	Destaca que os principais fatores de risco estão relacionados ao processo de envelhecimento por provocar redução da espessura dérmica, diminuição do aporte sanguíneo para a pele, redução de sua elasticidade, ressecamento, além de maior frouxidão das lacunas entre a epiderme e a derme, que, em conjunto, facilitam a formação do retalho de pele após o trauma que é principal característica dos tipos primários das <i>skin tears</i> .
Santos. 2014. Brasil.	Cuidado e prevenção das <i>skin tears</i> por enfermeiros: revisão integrativa de literatura	Rev. Gaúcha Enferm.	Estudo de revisão integrativa da literatura.	Recomenda-se que o curativo ideal deve ser simples, rápido, sem dor, confortável, facilmente removível, funcionar como barreira protetora contra invasão bacteriana, ser forte e resistente o bastante sem, no entanto, prejudicar as atividades do cotidiano. O uso de coberturas aderentes é contraindicado sob a justificativa do risco de danos (mesmo pequenos) ao retalho de pele à ferida em si e a perilesão durante a sua remoção.
LeBlanc e Baranoski. 2011. Diversos países	<i>Skin tears</i> : estado da ciência - declarações de consenso para prevenção, previsão, avaliação e tratamento de <i>skin tears</i>	Adv Skin Wound Care.	Painel de consenso entre especialistas.	Numerosas organizações, painéis consultivos e autores têm recomendado a abordagem de equipe multidisciplinar organizada para gerir as <i>skin tears</i> . Equipe de profissionais de saúde que trabalham em conjunto na prevenção das <i>skin tears</i> é mais eficaz do que o profissional de saúde que trabalha em isolamento.
Pulido, Peres, Campanili e Santos. 2015. Brasil.	Prevalência de lesão por fricção e fatores associados: revisão sistemática	Rev. Esc. Enferm. USP.	Revisão sistemática da literatura.	Pesquisas têm demonstrado que medidas simples, como a identificação dos pacientes em risco, e a implementação de protocolos de prevenção estão se mostrando capazes de prevenir as <i>skin tears</i> ou minimizar sua gravidade e que a sua ocorrência diminui tão logo o indivíduo seja identificado em risco e as medidas preventivas sejam implementadas.



Amaral, Pulido e Santos. 2012. Brasil.	Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer.	Rev. Esc. Enferm. USP.	Estudo epidemiológico e exploratório.	O princípio básico para se evitar a ocorrência de <i>skin tears</i> é proteger a pele de riscos adicionais e de possível infecção. Protocolos de prevenção efetiva reduzem o tempo gasto por enfermeiros no cuidado dos pacientes, no preenchimento de seus relatórios, outros incidentes e na notificação de médicos e familiares sobre as ocorrências desse tipo de ferida constituiria a melhor forma de se prevenir essas lesões.
--	---	------------------------	---------------------------------------	---

Fonte: elaboração dos autores, 2019.

#### 4 DISCUSSÃO

O principal dos fatores de risco está relacionado ao processo de envelhecimento por provocar redução da espessura dérmica, diminuição do aporte sanguíneo para a pele, redução de sua elasticidade, ressecamento, além de maior frouxidão dos espaços entre a epiderme e a derme; que, em conjunto, facilitam a formação do retalho de pele (por avulsão dérmica) após o trauma, principal característica dos tipos primários das ST.<sup>(6)</sup>

As alterações cutâneas, normalmente associadas ao envelhecimento, bem como a dependência de terceiros no cuidado e presença de edemas são fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento desses tipos de lesão. Esses fatores de risco, modificáveis e não modificáveis precisam ser explorados para desenvolver ferramenta de avaliação de risco abrangente e válida. Dentre esses riscos, destacam-se características da pele nos fatores não modificáveis, tais quais: equimoses; púrpura senil; hematoma; fotoenvelhecimento e evidência de lesão cutânea previamente cicatrizada. Assim como se observam fatores de riscos modificáveis, como a xerose, quedas, manuseio durante o cuidado, uso de adesivos, ingestão nutricional, polifarmácia e problemas comportamentais (modificáveis por meio de programas de modificação de comportamento e abordagem do cuidador).<sup>(12)</sup>

Dessa forma, o enfermeiro com conhecimento da anatomia e que tenha domínio do exame físico da pele vai se sobressair, uma vez que pode atuar de maneira mais incisiva, na prevenção dos fatores de risco, durante a elaboração de protocolos institucionais e, também, na educação de equipes, cuidadores e familiares.

O profissional de enfermagem deve sempre estar atualizado, gerando espaço crítico e reflexivo na condução das tomadas de decisão, juntamente com a equipe. Esses profissionais devem estar aptos a identificar as ST e, sobretudo, ajudar em sua prevenção, uma vez que esse tipo de lesão é muito recorrente. Para que haja tratamento, diagnóstico e prevenção eficazes é de suma importância



que esse profissional seja qualificado e tenha conhecimento teórico-científico, para realizar a assistência específica.<sup>(13)</sup>

A incapacidade para cuidar de si mesmo e a presença de comportamento pouco colaborativo, presentes entre pacientes com ST, corroboram a maior precariedade de sua saúde global.<sup>(7)</sup> A enfermagem, nesse contexto, pode e deve assumir postura proativa, no sentido de reconhecer as principais fragilidades do paciente, os fatores de risco, e intervir de forma a prevenir o aparecimento dessas lesões, tanto na educação da equipe de saúde, quanto nas orientações prestada ao cuidador/acompanhante.

Sendo as ST a resultante de fricção ou da combinação de fricção e cisalhamento, levando à separação da epiderme da derme (ferida de espessura parcial), ou separando totalmente a epiderme e a derme das estruturas subjacentes (ferida de espessura total) e que são inerentes a idade<sup>(14)</sup>, cabe a relação como diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada; uma vez que, em sua definição, enuncia a alteração da epiderme e/ou derme, relacionado a fatores de risco que são prevalentes nos principais artigos que tratam à temática, como por exemplo: fator mecânico - forças de cisalhamento, imobilidade física -; idade (bebês e idosos); agentes farmacológicos.<sup>(15)</sup>

Para efetiva prevenção de lesões por pressão e fricção em idosos, os cuidadores desenvolveram algumas práticas objetivas na hora do cuidado, capazes de proporcionar isso. Sejam: reposicionamento e alteração de decúbito (seis respondentes); hidratação cutânea (seis respondentes); higiene corporal (três respondentes); uso de protetor solar (dois respondentes) e manutenção de lençóis sem dobras (dois respondentes); além do uso de calçados adequados, meias compressivas, estímulo a deambulação e promoção de ambiente acessível.<sup>(16)</sup>

Dentre as medidas de intervenção que a enfermagem pode atuar, realça-se a realização do curativo ideal o qual deve ser simples, rápido, sem dor, confortável, facilmente removível, funcionar como barreira protetora contra invasão bacteriana, permitir troca gasosa, ser forte e resistente o bastante sem, no entanto, prejudicar as atividades do cotidiano e que essa escolha pelo curativo ideal seja orientada pelo sistema categorização de Payne-Martin. Onde o estudo preconiza que as de categoria 1 – aquelas sem perda tecidual – precisam ser limpas com solução salina; e, em seguida, a aba de pele deve ser reaproximada. Recomenda-se, também, a administração de cobertura primária à base de silicone. As de categoria 2 e categoria 3 possuem cuidado semelhante. Para as de categoria 2, há a recomendação de que o retalho de pele seja reaproximado (por rolamento), com o apoio de cotonete em virtude de seu comprometimento por perda tecidual. A de categoria 3 possui a necessidade de cobertura secundária feita de espuma absorvente e, para melhor controle do exsudato, sua troca deverá ocorrer em cinco dias de prazo.<sup>(5)</sup>

Dentre os diagnósticos de enfermagem, pode-se destacar: percepção sensorial prejudicada, cujo cliente é incapaz de sentir quando uma porção de seu corpo percebe uma pressão ou dor aumentada e prolongada. Mobilidade prejudicada, de forma que o mesmo não consiga se movimentar de forma independente. Alteração no nível de consciência, onde o paciente, mesmo sentindo e identificando a pressão ou a dor, nem sempre é capaz de entender como aliviá-la. Atrito, o qual é a força exercida paralelamente à pele. Fricção, onde a força de duas superfícies que se movimentam uma através da outra. Umidade, cuja presença prolongada é capaz de amolecer a pele, tornando-a mais suscetível ao aparecimento de lesões.<sup>(1)</sup>

O cuidado sistematizado, com avaliação minuciosa pelo enfermeiro ao paciente com ST, seguindo a linha de raciocínio clínico, com base nas características da lesão, elabora planos terapêuticos individualizados, com prescrição de enfermagem diária, orientações à equipe quanto à proteção do curativo, durante o banho, favorece maior permanência da cobertura selecionada, o que diminui o tempo de enfermagem a beira leito, e reduz os custos com trocas de curativo diário, além de proporcionar mais conforto ao paciente.

Dentre os resultados que se pode alcançar, a cicatrização por segunda intenção traz alguns indicadores que podem ser sensíveis às intervenções de enfermagem. Controle da granulação, formação de cicatriz, tamanho da ferida diminuído, drenagem sanguinolenta<sup>(17)</sup>, são alguns dos indicadores para os resultados de enfermagem integridade da pele prejudicada, e as intervenções sugeridas para este diagnóstico são: cuidados com lesão; remover curativo e fita adesiva; monitorar as características da lesão, incluindo drenagem, cor, tamanho e odor; medir o leito da lesão, conforme apropriado; limpar com solução fisiológica ou substância atóxica, conforme apropriado; aplicar curativo adequado ao tipo de lesão; examinar a lesão a cada troca de curativo.<sup>(18)</sup>

## 5 CONCLUSÃO

Medidas voltadas para a realização de curativo ideal, e a não utilização de adesivos na pele, é o que traz a literatura como intervenção de enfermagem, nos poucos trabalhos que envolvem a temática, com atenção especial do olhar da enfermagem para prevenir as possíveis complicações, tais como infecções, hemorragias, melhorar a dor e que tão logo seja instalado um processo de cicatrização por segunda intenção.

Dessa forma, os objetivos perpassam por avaliação criteriosa dos enfermeiros, protegendo a pele dos riscos que são expostos no dia a dia do cuidado, criando protocolos para prevenção e possibilitando o treinamento às equipes envolvidas na assistência.

Os trabalhos científicos com abordagem para a prevenção das ST ainda são incipientes, apesar de grande parte de a população idosa viver sob o risco de desenvolvimento dessas lesões, o que pode

acarretar em elevação dos custos no tratamento das lesões nos serviços de saúde, desconforto para o paciente, além da demanda de enfermagem, num cenário onde o número de profissionais é reduzido para atender a clientela.

### REFERÊNCIAS

- 1 Patricia AP, Anne GP. Livro: Fundamentos de Enfermagem. [tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento]. – 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009
- 2 Maria GCAC, Alana TOS, Josilene MBV, Sumaya APL, Silvania KAG. Editora Ideia. Feridas complexas e estomias, aspectos preventivos e manejo clínico. p. 59. João Pessoa: 2016.
- 3 Pulido KCS, Santos VLCG, Carville K. Adaptação cultural, validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores do “Star *Skin tears* Classification System. Rev. Latino-Am. Enferm., 2015; 23(1):155-61.
- 4 LeBlanc K, Baranoski S. Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears. Adv Skin Wound Care. 2011;24(9):2-15.
- 5 Santos EI. Cuidado e prevenção das *skin tears* por enfermeiros: revisão integrativa de literatura. Revista Gaúcha de Enferm, 2014 jun;35(2):142-9.
- 6 Santos EI, Gomes AMT, Barreto EAS, Ramos RS. Evidências científicas sobre fatores de risco e sistemas de classificação das *skin tears*. Rev. Enferm. Atual in Derme, 2013;63:16-21.
- 7 Amaral AFS, Pulido KCS, Santos VLCG. Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer. Rev Esc Enferm USP, 2012; 46:44-50.
- 8 Carville K, Lewin G, Newall N, Haslehurst P, Michael R, Santamaria N, Roberts P. STAR: A consensus for skin tear classification. Primary Intention, 2007; 15(1):8-25.
- 9 Frank ST, Leila B, Tais FG, Lydia MF. Manual de Prevenção e Tratamentos de Lesões por Fricção/2016.
- 10 Duim E, Sá FHC de, Duarte YA de O, Rita CBO, Maria LL. Prevalência e características das feridas em pessoas idosas residentes na comunidade. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo: 2015.

11 Érick IS. Cuidado e prevenção das *skin tears* por enfermeiros: revisão integrativa de literatura. Rev. Gaúcha Enferm. 2014.

12 Kimberly L. *Skin tears*: finalmente reconhecido. Avanços no tratamento da pele e das feridas: - Volume 30 - Edição 2 - páginas 62–63. 2017 fev.

13 David SO. *Skin tears*: análise do conhecimento de enfermeiros de uma instituição hospitalar: TCC (graduação) – Asces-Unita, Pernambuco. (4). 2017 jun. Disponível em: <<http://repositorio.asces.edu.br/handle/123456789/1083>>.

14 Pulido KCS1, Peres GRP, Campanili TCGF, Santos VLCG2. Prevalência de lesão por fricção e fatores associados: revisão sistemática. Rev. Esc de Enfer USP, 2015;49(4):674-680.

15 Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez ; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros ... [et al.]. – Porto Alegre: Artmed, 2015.

16 Andressa MG. Ações de cuidadores para prevenção e tratamento de lesões de pele no idoso: TCC (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Enfermagem. 2018 nov.

17 Sue M, Marlon J, Maridean LM, Elizabeth S. [organização Alba Lucia Bottura Leite de Barros]; Classificação dos resultados de enfermagem : mensuração dos resultados em saúde / [tradução Alcir Fernandes, Carla Pecegueiro do Amaral, Eliseanne Nopper]. – 5ª ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

18 Gloria MB, Howard KB, Joanne MD, Cheryl MW Classificação das intervenções em enfermagem (NIC) / [tradução de Denise Costa Rodrigues]. - 6. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.