

# DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

DERMATITIS ASSOCIATED WITH INCONTINENCE IN CARRIER PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

ADRIANO FERRARETO RAMOS<sup>1</sup>, MARIA CRISTIANA PEREIRA FARIAS PINTO<sup>2\*</sup>

1. Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Ingá; 2. Enfermeira, Mestre pela Universidade Estadual de Maringá, docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Ingá.

\* Rua Anibal Borin n° 342, Jardim Paris, Maringá, Paraná. Brasil. [enfmariacristiana@gmail.com](mailto:enfmariacristiana@gmail.com)

Recebido em 27/11/2015. Aceito para publicação em 10/02/2016

## RESUMO

**Dermatite Associada à Incontinência (DAI) é descrita pela resposta da pele (inflamação, eritema, erosão) à exposição crônica a materiais urinários ou fecais. Atingem regiões de oclusão da fralda como o perineo, região glútea, abdome inferior e coxas, normalmente de características úmidas, quentes e fechadas. Elaborar espelho demonstrativo de medidas preventivas através de literatura e folder explicativo sobre medidas de prevenção de DAI. Revisão sistemática de literatura científica em bases de dados indexadas no período de janeiro de 2000 a dezembro 2015. As lesões provocadas caracterizam-se por erosão da epiderme e aparência macerada da pele. A prevalência de DAI varia entre 3,4% e 25% e cerca de 50% das pessoas com fezes ou incontinência urinária são afetados. Cabe aos enfermeiros, reconhecer a importância de procurar formas de articulação entre diferentes áreas do conhecimento, o diálogo com os envolvidos e com os que decidem para reorientar a prática das ações educativas da equipe de enfermagem. O enfermeiro deve contribuir para o tratamento e prevenção de complicações, restabelecendo a saúde e resgate da autonomia do paciente, através da utilização de estratégias de educação em saúde junto ao paciente, família e equipe de enfermagem.**

**PALAVRAS-CHAVE:** Dermatite; Incontinência Fecal e Urinária; Prevenção de Doenças; Educação em Enfermagem.

## ABSTRACT

Incontinence Associated Dermatitis (IAD) is described by the skin response (inflammation, erythema, and erosion) to chronic exposure of materials either being urinary or fecal remains. Reaching the diaper occlusion regions such as the perineum, gluteal area, lower abdomen and thighs, usually in hot and closed areas with humid characteristics. Develop mirror demonstration of preventive measures through literature and explanatory folder on the IAD prevention measures. Scientific literature systematic review in indexed databases from January 2000 to December 2015. The injuries are characterized by erosion of the epidermis and macerated skin appearance. The prevalence of IAD ranges between 3.4% and 25% and approximately 50% of people with either urinary or fecal incontinence are affected. It is up to the nurses the importance of finding ways to coordinate between different areas of expertise, discussing with those involved and those who decide

to redirect the practice of educational actions of the nursing crew. The nurse must contribute to the treatment and prevention of complications, restoring health and recovery of patient autonomy, through the use of health education strategies with the patient, family and the nursing staff.

**KEYWORDS:** Dermatitis; Fecal and urinary incontinence; Disease Prevention; Nursing Education.

## 1. INTRODUÇÃO

Sabendo que a pele é o maior órgão do corpo humano, estudos a evidenciam como um envoltório com função de revestimento e proteção a órgãos mais complexos, isolando o meio interno do externo, sendo também funcional e sofisticada do ponto de vista do autor, por suas renovações e reparações a todo o momento (DOMANSKY, 2012).

A pele ocupa lugar de destaque na esfera psíquica do ser humano, pois é responsável pela ligação do indivíduo ao meio externo. Com base no referencial teórico apresentado, justifica-se o tema com o estudo da dermatite associada à incontinência em pacientes com doenças crônicas, com a prevenção e tratamento específico, e ênfase na Educação Continuada para profissionais de saúde que atuam com intuito de proporcionar ao paciente melhor qualidade de vida no meio social que está inserido (DOMANSKY, 2012).

Para Silva & Seiffert (2009) a enfermagem desempenha importante papel para a realização segura e eficaz dos procedimentos de enfermagem, além de ações assistenciais, a educação continuada, ou educação em serviços aumenta a qualidade do atendimento ao paciente. A participação dos enfermeiros é essencial, porque eles mantêm contato direto e permanente com a equipe de enfermagem, o que possibilita perceber a realidade e avaliar suas necessidades.

Nos serviços de saúde, os processos educativos vi-

sam ao desenvolvimento dos profissionais por uma série de atividades de capacitações, treinamentos e cursos, estruturados e contínuos. O saber fazer deve ser um saber fazer bem, que leve em conta os aspectos técnicos, políticos e éticos. Para o profissional de saúde, não basta saber é preciso articular responsabilidade, liberdade e compromisso. Nessa direção nos processos educativos é preciso pensar em interação, não apenas entre campos de saberes, mas entre os profissionais das diversas áreas de conhecimento (BRAGA; MELLEIRO, 2009).

Ainda de acordo com Braga; Melleiro (2009) a Educação Continuada é um conjunto de práticas usuais que objetivam mudanças integrais de formação e atenção à saúde. É “um processo que busca proporcionar ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social”.

Destacamos que a enfermagem é uma das profissões que requer constante atualização profissional para acompanhar a evolução tecnológica e científica presente tanto no diagnóstico das doenças quanto no tratamento, sendo assim a educação continuada em enfermagem é uma das estratégias para promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. É um dos caminhos para uma assistência de qualidade, respeitando-se o paciente e o profissional, integrando o processo produtivo ao educativo, por meio do ensino em serviço.

Com base no trabalho tenho como objetivo elaborar espelho demonstrativo de medidas preventivas através de literatura e elaborar folder explicativo sobre medidas de prevenção de DAI, Paraorientação para os profissionais de saúde, família e cuidadores. Com intuito de prevenir os danos da Dermatite Associado a Incontinência em pacientes restritos ao leito.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, realizado após revisão bibliográfica sistêmica da literatura específica em relação às estratégias de diagnóstico. Foram utilizadas publicações científicas no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2015, foram elencadas publicações que tinham como foco prevenção tratamento das DAI. Foram utilizadas publicações nacionais em fontes de busca como SCIELO, BIREME e LILACs, selecionamos 30, destes foram utilizados como corpus deste artigo 17 publicações que vinham ao encontro de nosso objetivo.

O material confeccionado será disponibilizado para os serviços municipais de saúde através da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

A Secretaria de saúde de Maringá é responsável pela programação, elaboração e execução da política de saúde do Município, por meio da implantação do Sistema Municipal da Saúde e do desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população,

com a realização integrada de atividades assistenciais, compreendendo tanto o cuidado ambulatorial quanto o hospitalar (MARINGÁ, 2015).

## 3. DESENVOLVIMENTO

### A pele

Há mais de 150 anos, a pele foi descrita por Virchow (1860) como um envoltório com função de revestimento e proteção a órgãos mais complexos.

Durante os últimos anos, no entanto, estudos têm demonstrado que a pele também é um órgão funcionalmente sofisticado. Suas interações celulares e moleculares são complexas e ocorre renovação e reparo de seus componentes a todo o momento. É um tecido altamente dinâmico, capaz de responder a alterações no ambiente externo e interno e isto permite que muitas das manifestações do organismo se expressem por alterações cutâneas. O controle hemodinâmico, o equilíbrio hidroeletrolítico, a termorregulação, o metabolismo energético, o sistema sensorial e a defesa contra agressões externas dependem da sua viabilidade (BARBOSA, 2009).

A pele desempenha funções específicas em cada região do corpo e as estruturas que a compõem variam de acordo com o sítio anatômico. As regiões palmo-plantares, por exemplo, possuem uma maior queratinização e ausência de pelos, e estão mais adaptadas à abrasão. As extremidades das falanges distais possuem grande número de receptores sensoriais, o que determina uma elaborada função tátil. As regiões ungueais adquirem uma espessa camada de queratina durante a diferenciação celular, caracterizando a rigidez das unhas. Além disto, as mudanças que acometem uma determinada região da pele envolvem mecanismos os quais englobam uma série de componentes celulares e segmentos cutâneos. É necessário, portanto, conhecer os principais elementos que constituem este tecido e os principais sistemas a ele correlacionados (BARBOSA, 2009).

### Anatomofisiologia da pele

Um adulto é revestido por aproximadamente 2m<sup>2</sup> de pele. Isto faz da pele o maior órgão do corpo, pois representa 15% do peso corporal, é formado por camadas distintas com características e funções diferentes: Derme, Epiderme e a Hipoderme subcutânea e órgãos anexos como: folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas e unhas. (SAMPAIO; RIVTTI, 2000)

### Classificação da lesão

Lesão é qualquer solução de continuidade da pele, que pode atingir a epiderme a derme, tecido subcutâneo, fáscia muscular, chegando a expor estruturas profundas (HESS, 2002).

A avaliação das lesões direciona o planejamento dos cuidados de enfermagem, implementa a terapia tópica

além de proporcionar dados para monitorar a trajetória da cicatrização das lesões.

O tratamento de lesões deve ser iniciado com a avaliação integral e criteriosa do doente, levando em consideração os aspectos biopsicossociais. A avaliação deve ser compartilhada com a equipe multiprofissional e contar com a participação ativa do doente e sua família.

Para a efetividade do tratamento, o profissional deve estabelecer uma interação com o doente, esclarecendo seu diagnóstico, a importância da adesão e a continuidade do tratamento. As lesões devem ser avaliadas quanto a seu aspecto, tipo de borda, exsudato, dor, edema e pulso.

**Tabela 1.** Classificação conforme danos nos Tecidos, com medidas de prevenção e tratamento.

GRAU	DEFINIÇÃO	APRESENTAÇÃO	TRATAMENTO
I	Alteração da pele intacta envolvendo comprometimento da epiderme com mudança na temperatura, consistência do tecido, sensação de coceira ou queimação	Pele clara: pode ocorrer eritema que não desaparece após a remoção da pressão. Pele escura: pode apresentar descoloração, machas roxas ou azuladas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hidratação da pele;</li> <li>Utilização de coberturas protetoras;</li> <li>Utilização de dispositivo de alívio da pressão nas áreas de risco;</li> </ul>
II	Perda tecidual envolvendo epiderme, derme ou ambas	Pele hiperemiada com presença de bolhas que podem ou não estar rompidas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hidratação da pele;</li> <li>Manutenção de meio úmido, utilização de coberturas;</li> <li>Utilização de dispositivo de alívio da pressão nas áreas de risco;</li> </ul>
III	Perda tecidual envolvendo danos ou necrose do subcutâneo, não chegando até a fáscia muscular	Úlcera superficial com margem bem definidas, com ou sem tecido necrótico e geralmente com exsudato	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desbridamento instrumental;</li> <li>Manutenção de meio úmido, utilização de coberturas;</li> <li>Utilização de dispositivo de alívio da pressão nas áreas de risco;</li> </ul>
IV	Perda tecidual total envolvendo destruição extensa ou danos dos músculos e tecidos subjacentes	Úlcera profunda, frequentemente com tecido necróticos, exsudato e podendo ter infecções associadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desbridamento instrumental;</li> <li>Manutenção de meio úmido, utilização de coberturas;</li> <li>Utilização de dispositivo de alívio da pressão nas áreas de risco;</li> </ul>

Fonte: HESS, C. T. Tratamento de lesões e lesões. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

### Dermatite associada à incontinência (DAI)

Para Carvalho (2012) trata-se de inflamações decorrentes do contato da pele perineal, perigenital e adjacências com urina e fezes. Estas lesões caracterizam-se por erosão da epiderme e aparência macerada.

Uma vez alterada a função de barreira da pele, o organismo fica exposto a vários fatores que promovem danos aos tecidos. Dessa forma, a perda da integridade da pele, pode ser provocada por lesões diversas, dentre elas a DAI (CARVALHO, 2012).

A expressão “DAI” foi escolhida no consenso de 2007 por descrever adequadamente a resposta da pele à exposição crônica a materiais urinários e/ou fecais, identificar a fonte de irritação e informar que uma área maior que o períneo pode ser afetado. A prevalência de DAI varia entre 3,4% e 25%. Cerca de 50% das pessoas com fezes ou incontinência urinária são afetados por DAI. A ruptura da pele pode ter um significativo efeito sobre a sua integridade física e psicológica bem-estar do paciente (CARVALHO, 2012).

Para Domanski (2012) a incontinência é um especial fator de risco tanto para a DAI como para as Ulceras por pressão, devido os efeitos nocivos das fezes e urina na pele. Quatro principais fatores de risco contribuem para a ruptura da pele quando relacionado à incontinência: umidade, pH da pele, colonização por micro-organismos e atrito.

A incontinência urinária leva a super-hidratação da pele, enquanto a ureia e o amoníaco da urina leva a alcalinidade. A incontinência fecal provoca mais danos na pele do que a incontinência urinária devido ao conteúdo bacteriano e a presença de enzimas que podem ser corrosivas na presença de um pH alcalino. Pacientes com dupla-incontinência tem maior susceptibilidade à ruptura da pele, principalmente quando a mobilidade é limitada. As limpezas frequentes aumentam a permeabilidade do estrato córneo e reduz a função de barreira da pele. O pH alcalino favorece as colonizações por fungos e bactérias presente na flora da pele ou provenientes do trânsito gastrointestinal (DEALEY, 2001).

Para a prevenção da dermatite associada à incontinência existem recomendações para hidratação da pele nos quais os cremes hidratantes preferencialmente emolientes são indicados. As recomendações para proteção da pele e tratamento da DAI orientam o uso de creme hidratante oclusivo e cremes protetores a base de dimeticona. Os protetores a base de dimeticona são fabricados com polímeros de silicone como ingredientes ativos, protegem a

pele de irritantes e têm melhor propriedade hidratante. A utilização de uma espuma de limpeza, junto a uma barreira protetora é mais eficaz do que a água e sabão. O creme barreira ideal deve ser hipoalergênico, transparente, respirável, hidratação, fácil de aplicar e remover (DEALEY, 2001).

### Produtos indicados no tratamento das lesões

Atualmente, existem no mercado vários produtos indicados para o tratamento de lesões, tais como: soro fisiológico, sulfadiazina de prata, carvão ativado, hidrocolo-

lóide, alginato de cálcio, hidrogel, ácidos graxos essenciais (AGE), papaína, aloe vera, filmes transparentes, açúcar (glicopó ou açúcar mascavo), collagenase, fibrase, entre outros. Porém, requer conhecimento e experiência para saber quando usar, em que usar, e quando trocar (HESS, 2002).

**Soro fisiológico:** é um agente de limpeza completamente seguro, indicado para todos os tipos de lesões. Quando umectante na gaze mantém a umidade da lesão, favorece a formação de tecido de granulação e amolece os tecidos desvitalizados.

**Aloe vera:** suas propriedades são cicatrizantes, o que mantém o leito da lesão úmido, facilita a neo-angiogênese e a formação do tecido de granulação. Pode ser utilizado *in natura*. É conhecida como babosa. Deve-se retirar a folha da planta, lavá-la, retirar a casca e extrair a substância viscosa, aplicá-la diretamente sobre a lesão com auxílio da gaze. A substituição do curativo deve ocorrer no máximo em 24 horas.

**Papaína:** atua como desbridante químico. Tem ação bacteriostática, bactericida e anti-inflamatória. Proporciona alinhamento das fibras de colágeno, promovendo crescimento tecidual uniforme; aumenta a força tênsil da cicatriz e diminui a formação de quelóides. A polpa da papaína verde (mamão papaia/*caricapapaya*) pode ser empregada *in natura*. A troca do curativo deverá ser realizada a cada 12 ou 24 horas.

Tanto para a aloe vera, como para a papaína, a extração de suas polpas deverá utilizar instrumentos exclusivamente plásticos, a fim de evitar oxidação.

**AGE (ácidos graxos essenciais):** indicado na prevenção de lesões de pressão e tratamento de lesões abertas. Devendo ser trocado a cada 24 horas.

**Carvão ativado:** lesões infectadas exsudativas, com ou sem odor. Deve ser trocado no máximo 24 horas, e após melhora deve ser trocado no máximo em 48 ou 72 horas.

**Alginato de cálcio:** indicado para as lesões abertas, sangrantes, altamente exsudativas com ou sem infecção, até a redução do exsudato. Devendo ser trocado no máximo 24 horas em lesões infectadas e 48 horas para as limpas.

**Hidrocolóide:** indicado na prevenção e tratamento de lesões abertas não infectadas. Deve ser trocado no máximo em 07 dias.

**Hidrogel:** usado para remover crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados e necróticos. Devendo ser trocado em no máximo 24 horas nas infectadas, e em 72 horas nas necrosadas.

**Sulfadiazina de prata:** utilizada na prevenção de colonização e tratamento de lesão queimada; prevenção e tratamento de infecções em lesões colonizadas ou infectadas. Deve ser trocada no máximo em 12 a 24 horas.

**Filme transparente:** utilizado em lesões superficiais com drenagem mínima, lesões de I grau. Deve ser trocado quando descolar da pele ou em presença de sinais de infecção.

**Açúcar mascavo:** é bactericida. Indicado no tratamento de lesões limpas e lesões infectadas, com exsudação de intensa a moderada, porém deve-se avaliar o custo e benefício devido ao tempo de ação na lesão, pois o açúcar se dissolve rapidamente, requerendo trocas frequentes, a cada 02 horas.

**Colagenase:** atua na degradação do colágeno nativo, facilitando a lise dos tecidos necróticos e induzindo a granulação e cicatrização das lesões, porém, tem pouca efetividade se comparada com outros produtos. A troca deve ser de 12 a 24 horas.

**Fibrase:** é indicada no tratamento de lesões infectadas, tais como queimaduras e lesões, onde a dupla ação como agente desbridante e antibiótico tópico é requerida. Tem pouca efetividade em desbridamentos intensos. Deve ser trocada a cada 12 ou 24 horas.

Embora hoje, vivenciamos um crescente número de indústrias, instituições e profissionais empenhando-se e buscando a excelência para proporcionar aos portadores de lesões, em especial aquelas de caráter crônico, um tratamento eficaz, em curto prazo e que possam trazer maior conforto e breve retorno a normalidade de sua vida, as lesões crônicas continuam sendo um problema e que tem tendência a aumentar nos países industrializados, devido a uma maior expectativa de vida com o envelhecimento da população, as várias patologias prevalentes e a um cuidado deficiente da pele e da nutrição (DECLAIR, 2005).

Ainda existem mais diversos produtos que manifestam melhor nível de evidência e, estes por sua vez, podem servir de apoio aos profissionais de enfermagem dirigir um cuidado de excelência aos indivíduos postulados sob maior risco de DAI, tal como os idosos institucionalizados (DECLAIR, 2005).

### Produtos absorventes na terapia da DAI

O uso de bolsa perianal em incontinentes fecais facilita o controle das evacuações e reduz a incidência da DAI; o uso de fralda que viabilize manutenção do pH da pele entre 4.5 a 5.5 e, concomitantemente, permite a entrada de ar por suas laterais, diminui a super-hidratação do estrato córneo e mantém a integridade da função protetora da epiderme; Além da bolsa perianal, convencionalmente, tem-se utilizado fraldas para incontinência fecal. Ademais, as fraldas também são utilizadas em casos de incontinência urinária (MALAQUIAS, 2008).

O uso de fralda com absorção débil, somada à incontinência urinária e/ou fecal, bem como à permanência prolongada do incontinente nessas condições, predis põem o desenvolvimento de DAI e à proliferação de

bactérias que podem originar infecção secundária pela lesão cutânea instalada. Nesse contexto, os cuidados higiênicos e o uso de fraldas têm sido utilizados para prevenção e tratamento da DAI (DEALEY, 2001).

Sabe-se que, a observação rigorosa e o cuidado preventivo com a pele do idoso incontinente devem ser mantidos com frequência, em virtude do efeito irritante que fezes e urina exercem pela alteração do pH da pele (DEALEY, 2001).

Ainda de acordo com Malaquias (2008), existem evidências de eficácia na gestão da incontinência fecal e urinária, conferidas pela utilização de produto de qualidade e baixo custo denominado *One Step Incontinence System* (OSIS), o qual era composto por: (2) dois lenços umedecidos destinados à limpeza, hidratação e proteção; e (1) um produto absorvente (fralda). Presumivelmente, os autores enfatizaram que o OSIS contribuiu na redução da DAI pelo fato de incentivar práticas mais constantes de limpeza da pele dos incontinentes, reduzindo o tempo de permanência de fezes e urina em contato com a pele em região de fralda. As lesões cutâneas são ocasionadas pelo comprometimento da barreira epidérmica, devido os efeitos oclusivos da pele exercidos pela impermeabilidade das fraldas de qualidade duvidosa aumentam o risco de desenvolvimento da DAI.

### Lenços umedecidos na terapia da DAI

Quanto às evidências sobre a utilização de lenços umedecidos na terapia da DAI, identificou-se que o lenço umedecido impregnado com dimeticona a 3% pode ser utilizado para prevenção e/ou tratamento da DAI. O lenço umedecido impregnado com dimeticona a 3% possibilitou a limpeza, hidratação e proteção da pele o que lhe confere a característica de produto 3 em 1. Além disso, esse produto se mostra eficaz, e é similar ao método tradicional de limpeza com água e sabão (SILVA, 2009).

Sabe-se, no entanto, que a limpeza da pele em região de fralda, com água e sabão (pH alcalino) apresenta custo baixo, mas pode levar à ruptura da pele por remoção da sua oleosidade natural por movimentos mecânicos excessivos (CANDIDO, 2001).

No que se diz respeito aos lenços umedecidos existe vantagens na sua utilização, pois contem ingredientes que desempenham limpeza, hidratação e proteção em um único produto, de modo a manter um pH equilibrado ao manto ácido da pele e, assim, evitar o aparecimento da DAI (CANDIDO, 2001).

De acordo com Silva (2009) os lenços umedecidos, acrescidos ou não de dimeticona a 3%, parecem ser uma alternativa prática à higiene íntima realizada por profissionais de enfermagem, durante a troca de fraldas de idosos institucionalizados. Isso pode ser explicado pela dispensa de todos os aparatos para a higiene com água e sabão, o que inclui bacias e compressas; além do tempo

despendido para a atividade ser reduzida em detrimento de não se molhar a roupa de cama e assim, demandar-se sua troca.

### Autocuidado e o profissional de enfermagem

Os requisitos universais de autocuidado são os conteúdos necessários para atender às exigências específicas como: assegurar atendimento da equipe multiprofissional; assegurar as ações de reabilitação diagnóstica e terapêutica conforme estabelecidas e protocoladas; readaptação no estilo de vida em decorrência das situações propiciadas pelo o evento. A teoria do autocuidado oferecida pelo profissional de enfermagem para o indivíduo começou a ser expressa em 1956 e validada em 1967, por meio do protocolo instituído pelo *Nursing Development Conference Group*, que enfatizava como padronização para sua prática a observação pessoal, o estado geral de saúde do indivíduo e sua situação socioeconômica (RODRIGUES, 2006).

Ainda de acordo com Rodrigues (2006), são quesitos básicos que fundamentam as ações do autocuidado: os Universais, os de Desenvolvimento e de Desvio de Saúde.

Quando se trata de questões universais, relacionam-se a manutenção e a integridade do funcionamento das funções humanas, fundamental para o ciclo da vida do homem. Com relação ao desenvolvimento, enfatizam-se as definições das especialidades expressas no processo desencadeador do evento, que consistem na readaptação, seja do corpo, seja de lugares e ocupação em que a visão biopsicossocial deve prevalecer (RODRIGUES, 2006).

Ainda para Rodrigues (2006) o quesito de desvio de saúde está associado diretamente com a patologia e todas as ações estão voltadas para diagnosticar, reabilitar e corrigir as condições da doença. As tarefas sistematizadas dos serviços de enfermagem são destacadas acerca do autocuidado:

- a) Focar os déficits do autocuidado, implementar e propor o aprendizado para o paciente;
- b) Atuar de forma integral, propiciando conforto físico e mental quando ele não puder promover autocuidado;
- c) Conceder orientações e recomendações ao portador de necessidades/limitações, bem como à sua família sobre as ações a serem desenvolvidas por eles.

Deve-se propiciar subsídios para o profissional de enfermagem, a partir da descrição das ações voltadas para a promoção, prevenção do paciente com dermatite provocada por incontinência vesico intestinal, tendo como premissas suas dificuldades e limitações. Trata-se da integridade da pele prejudicada em paciente com déficit de autocuidado em decorrência dos fatores patológicos que lhe limita ao leito, bem como, a mobilidade física prejudicada, sendo essencial seu estudo com vistas

às ações do enfermeiro na atenção, promoção, prevenção das dermatoses, além, da orientação, educação aos seus familiares mais próximos (GEORGE, 2000).

#### 4. CONCLUSÃO

Para o cuidado ao pacientes portadores de doenças crônicas nos diversos níveis de atenção, o enfermeiro deve se pautar em conhecimento científico e, assim, garantir a oferta de qualidade. O uso de dispositivos para incontinência e produtos específicos para prevenção e tratamento da DAI parecem se complementar e se relacionar à maior frequência e qualidade da higiene íntima, no momento da troca de fraldas de pacientes incontinentes, por profissionais de enfermagem.

O diagnóstico da situação de como o processo de enfermagem ocorre, em relação ao tratamento e acompanhamento dos pacientes com lesões, deixa claro a necessidade do atendimento ocorrer de forma holística e proporcionar uma assistência sistematizada, especializada, baseada em protocolos a ser seguida por toda a equipe multiprofissional, as devidas avaliações e evolução das lesões.

O sucesso do tratamento do paciente com lesões depende de sua adesão, da qualidade e determinação da equipe multiprofissional envolvida, em especial do enfermeiro. O paciente tem direito a uma assistência de qualidade, muito sofrimento pode ser amenizado, mortes podem ser evitadas pelo cuidado atencioso, sério e competente do profissional de Enfermagem o que supõe constante atualização para conhecer o que melhor e mais eficaz a Medicina e a prática da Enfermagem podem, hoje, oferecer.

É necessário partir da realidade do profissional de Enfermagem, levantar suas necessidades e expectativas, problematizar, discutir, oferecer suporte teórico para que o próprio sujeito perceba suas potencialidades e limitações, a adequação ou não de sua prática e, consciente de seu compromisso com o paciente, proponha-se a transformá-la.

Cabe aos enfermeiros, reconhecer a importância de procurar formas de articulação entre diferentes áreas do conhecimento, o diálogo com os envolvidos e com os que decidem para reorientar a prática das ações educativas da equipe de enfermagem.

#### REFERÊNCIAS

- [1]. DOMANSKY, Rita C., BORGES, Eliane L. Manual para Prevenção de Lesões de Pele. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.
- [2]. BARBOSA, Fernanda S., Modelo de Impedância de Ordem Fracional para a Resposta Inflamatória Cutânea. 2009. 107p. Dissertação (Mestrado Engenharia Biomédica) – Universidade Federal Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- [3]. GEORGE, J. B. e Colaboradores. Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional. Porto Alegre, 4ª ed. Art Med, 2000
- [4]. RODRIGUES, M. M. G. Autocuidado em crianças/adolescentes com câncer à luz da teoria de orem. 2006. 98 F. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília.
- [5]. SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. Rev. Bras. Enferm. [online], v.62, n.3, p. 362-366, 2009
- [6]. BRAGA, A. T; MELLEIRO, M. M. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um hospital universitário. Rev. Esc. Enferm. USP, v.43, n.spe2, p. 1216-1220, 2009
- [7]. Secretaria Municipal de Saúde, Protocolo de Enfermagem: Prevenção e Tratamento de Lesões, 3ed., São José do Rio Preto, SP, 2012.
- [8]. HESS, C. T. Tratamento de lesões e lesões. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichemann& Affonso Editores, 2002.
- [9]. DEALEY, C. CUIDANDO DE LESÕES: um guia para as enfermeiras. 2. ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001.
- [10]. JORGE, A. S.; DANTAS, Sônia Regina P. E. Abordagem multiprofissional do Tratamento de lesões. São Paulo: Atheneu, 2003.
- [11]. AZEVEDO, Mª de Fátima et al. Lesões. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- [12]. CARVALHO, E S. Como Cuidar de Pessoas com Feridas: desafios para a prática multiprofissional. Editora Atualiza. Salvador, 2012
- [13]. SILVA BT, Santos SSC, Silva MRS, Souza LD. Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. Rev Rene. 2009
- [14]. MALAQUIAS SG, Bachion MM, Nakatani AYK. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. CogitareEnferm. 2008
- [15]. MARINGÁ. Secretaria de Saúde de Maringá. <http://www2.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=institucion> acesso em 15 de Agosto de 2015.
- [16]. SAMPAIO, Sebastião de Almeida; RIVTTI, Evandro A: Dermatologia – 2ª Edição. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
- [17]. DECLAIR, Vania, Comissão de Curativos: Estruturação de Serviço de Prevenção e Tratamento de Feridas em uma Instituição Hospitalar, Rev Vascular In. 2005

## ANEXO

### MEDIDAS PREVENTIVAS

- Limpeza frequente e sempre que necessária, porém sem força ou fricção. Não usar água quente. Usar sabonete suave;
- Usar hidratantes na pele e cremes de barreira para evitar a umidade excessiva da área das fraldas, minimizar perdas transepidermicas de água e diminuir a permeabilidade da pele;
- Não massagear as proeminências ósseas;
- Não deixar a pele em contato com umidade de urina, fezes ou secreções;
- Proteger áreas de fricção com coberturas protetoras;
- Usar técnicas corretas para reposicionamento e mudanças de decúbito;
- Providenciar equipamentos para auxiliar na manutenção da atividade;
- Manter boa hidratação oral;
- Aumentar o consumo de proteínas, carboidratos e vitaminas, principalmente A, C e E, conforme avaliação individual do paciente;
- Orientar os pacientes e familiares sobre os riscos e cuidados;
- Reposicionar a cada 2 horas para pacientes acamados e a cada 1 hora quando sentado. Descompressão isquiática nos paraplégicos a cada 15 minutos;
- Evitar posicionar sobre o trocânter do fêmur em ângulo de 90°;
- Estabelecer protocolos de horários por escrito para reposicionamentos;
- Utilizar almofadas, travesseiros ou coxins para reduzir a pressão nas proeminências ósseas (calcâneos, joelhos);
- Não utilizar **almofadas com orifício no meio** (roda d'água), pois aumentam a pressão na região central;
- Limitar o tempo que a cabeceira da cama fica elevada a mais de 30°, se as condições permitirem;
- Usar o lençol móvel com duas pessoas para movimentar o paciente (ao invés de puxar ou arrastar); evitando fricção.
- Utilizar colchão especial para aliviar a pressão.

# DERMATITE

## MEDIDAS DE PREVENÇÃO



Limpeza frequente e sempre que necessária, porém sem força ou fricção. Não usar água quente. Usar sabonete suave;



Trocar de 3/3 horas. Dê preferência a fralda de boa capacidade de retenção, que permita bom arejamento e mude de cor imediatamente após o contato com fezes ou urina.



Mudança de decúbito de 2/2 horas. Usar o lençol móvel com duas pessoas para movimentar o paciente (ao invés de puxar ou arrastar); evitando fricção.



Não deixar a pele em contato com umidade de urina, fezes ou secreções; Trocar fralda sempre que necessário.



Uso de Hidratantes e Cremes de Barreira para evitar a umidade excessiva da área das fraldas, minimizar perdas transepidermicas de água e diminuir a permeabilidade da pele.



Criseção:  
Adriano Ferrarelo Ramos,  
Márcia Maria Cristiane P. F. Pinto,  
Dilecente / Docente - Uningá / 2016