

# LESÕES CUTÂNEAS

Da Avaliação ao  
Tratamento  
Fundamentado na  
Etiopatogenia

**Domitília** Bonfim de Macêdo Mihaliuc

**Rinaldo** de Souza Neves

**Ana Cássia** Mendes Ferreira

**Ana Cristina** dos Santos



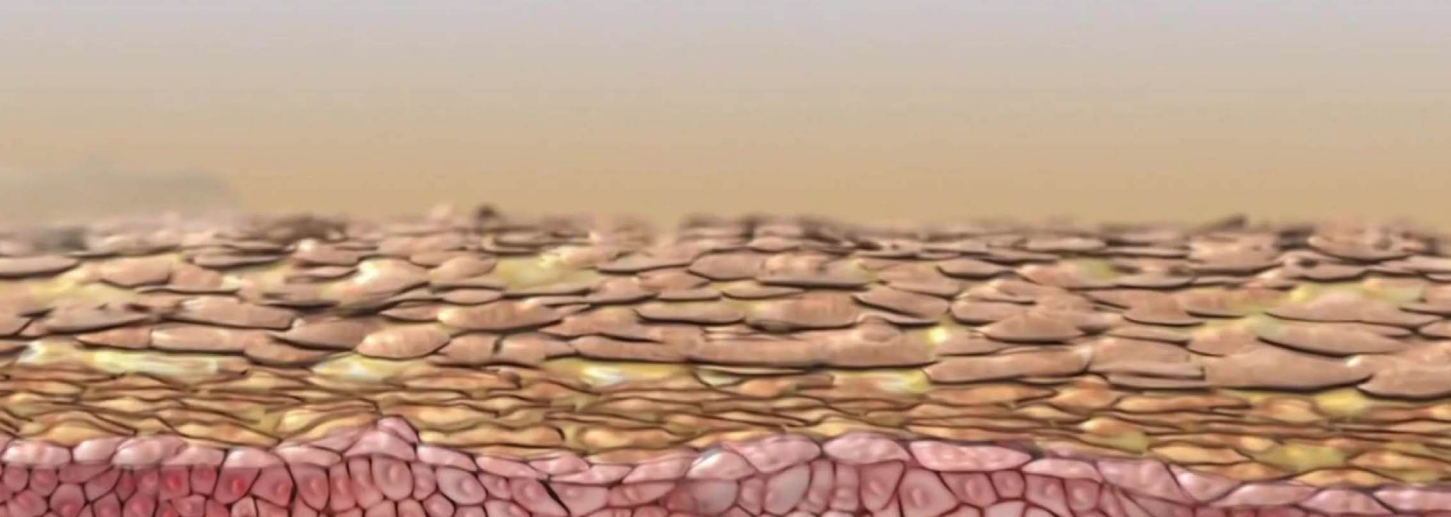
# SUMÁRIO

<b>Capítulo 1</b>	<b>Como Avaliar Uma Pessoa Com Lesão Cutânea?.....</b>	<b>1</b>
	Ana Cássia Mendes Ferreira	
	Moises Celestino de Aguiar	
	Vinícius Amancio de Sousa	
	Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc	
<b>Capítulo 2</b>	<b>Como tratar Lesões Cutâneas a Partir da Fisiologia da Cicatrização? .....</b>	<b>13</b>
	Ana Cássia Mendes Ferreira	
	Yasmim Fernandes Moura	
	Bruna Gabrielle Santos de Souza	
<b>Capítulo 3</b>	<b>O Que Não Pode Faltar no Tratamento de Qualquer Lesão Cutânea? .....</b>	<b>23</b>
	Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc	
	Beatriz Cordeiro de Oliveira	
	Maria Karolina Teles Paes Landim	
	Valdenisia Apolinario Alencar	
<b>Capítulo 4</b>	<b>Como Tratar a Pessoa Com Lesão por Pressão a Partir de Sua Classificação?.....</b>	<b>33</b>
	Sabrina Meireles de Andrade	
	Manuela Costa Melo	
	Rinaldo de Souza Neves	
<b>Capítulo 5</b>	<b>O Que Fazer para Prevenir e Tratar a Pessoa com Lesão Por Fricção/Skin Tear ? .....</b>	<b>61</b>
	Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc	
	Rodrigo Augusto Gonçalves Fonseca	
	João Marcos Santos da Rocha	
	Walterlânia Silva Santos	

- Capítulo 6 Como Prevenir e Tratar Lesão por Adesivo Médico/  
Medical Adhesive-Related Skin Injuries? ..... 69**  
Ana Cássia Mendes Ferreira  
Carolina Bark Gomes Rodrigues  
Gabriela Freitas de Melo Teixeira
- Capítulo 7 O Que Fazer para o Gerenciamento do Cuidado da  
Pessoa com Ferida Neoplásica? ..... 79**  
Ana Cássia Mendes Ferreira  
Filipe dos Santos Aguiar
- Capítulo 8 O Que é Radiodermatite e o Que Fazer para Tratar a  
Pessoa Com Esse Tipo de Lesão Cutânea? ..... 93**  
Tatiana Costa Pinto  
Daniela Oliveira Borges  
Ariamã Mendes Cavalcante Rodrigues
- Capítulo 9 Lesões de Pele Podem Ser Indicadores de Terminalidade?. 103**  
Karine Marques Costa dos Reis  
Rafanny de Araújo Albuquerque Barbosa  
Bruna Geovana Rocha de Faria Silva
- Capítulo 10 Como Tratar a Pessoa com Úlcera Venosa? ..... 111**  
Luciene de Moraes Lacort Natividade  
Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc  
Rafaela Bertoglio Escher  
Simone Souza Nascimento
- Capítulo 11 Como Tratar a Pessoa com Úlcera Arterial?..... 123**  
Rafaela Bertoglio Escher  
Luciene de Moraes Lacort Natividade  
Simone Souza Nascimento
- Capítulo 12 Como Tratar a Pessoa com Úlcera Hipertensiva de  
Martorell?..... 135**  
Francielle Paula de Freitas Morais  
Lívia de Oliveira Caetano  
Cristina Costa Holanda

- Capítulo 13 Como Gerenciar a Ferida no Pé da Pessoa com Diabetes?.. 145**  
 Simone Souza Nascimento  
 Virgilio Luiz Marques de Macedo  
 Isabella Cristina Fernandes Peixoto  
 Guilherme Kelvin Araújo Alves
- Capítulo 14 Como Tratar as Queimaduras? ..... 159**  
 Virgínia Cunha de Almeida  
 Stephany Nestor  
 Sarah Vasconcelos Arruda
- Capítulo 15 Como Prevenir e Tratar a Pessoa com Dermatite Associada À Incontinência?..... 173**  
 Nayara dos Santos Rodrigues  
 Emily Silva de Jesus  
 Olga Cavalcante Gonçalves
- Capítulo 16 O Que Fazer em Pessoas com Flictenas na Erisipela Bolhosa? ..... 183**  
 Thaís Martins Gomes de Oliveira  
 André Aparecido Ramos
- Capítulo 17 Por Que as Pessoas com Ferida Operatória Podem Evoluir com Deiscência? ..... 193**  
 Ana Cristina dos Santos  
 Alexandra Isabel de Amorim Lino  
 João Vitor da Mota Silva
- Capítulo 18 Como Tratar Pessoas com Fissuras Mamárias e Mastite no Puerpério? ..... 203**  
 Arlete Rodrigues Chagas da Costa  
 Lara Mabelle Milfont Boeckmann  
 Anne Caroline Nunes Carmo Cunha  
 Monique Rodrigues Bernardes
- Capítulo 19 Quais os Fundamentos da Fotobiomodulação (Laserterapia) no Tratamento de Pessoas com Feridas?..... 216**  
 Erik Giovanni Reis da Silva  
 Luz Marina Alfonso Dutra  
 Rinaldo de Souza Neves

<b>Capítulo 20</b>	<b>Quais as Indicações da Ozonoterapia como Adjuvante no Tratamento de Feridas? .....</b>	<b>231</b>
	Ana Cristina dos Santos	
	Cláudia Cardôzo da Silva	
	Victória Peres Melo	
	Grasiela Santos de Lima	
<b>Capítulo 21</b>	<b>Quais os Fundamentos para a Aplicação da Matriz de Fibrina?</b>	
	O Que é a Matriz de Fibrina Autóloga e Qual a Sua Importância no Tratamento de Feridas?.....	<b>241</b>
	Rinaldo de Souza Neves	
	Leonel Alves de Oliveira	
	Priscilla Sckarlat de Souza	
<b>Capítulo 22</b>	<b>Quais As Dúvidas Frequentes Sobre os Aspectos Ético-Legais no Tratamento de Pessoas com Feridas?.....</b>	<b>257</b>
	Simone Luzia Fidélis de Oliveira	
	Tânia Emília Fidélis de Oliveira	
	Dirce Bellezi Guilhem	
	<b>Gabaritos.....</b>	<b>273</b>
	<b>Índice Remissivo .....</b>	



# 1

## COMO AVALIAR UMA PESSOA COM LESÃO CUTÂNEA?

Ana Cássia Mendes Ferreira  
Moises Celestino de Aguiar  
Vinícius Amancio de Sousa  
Domitíla Bonfim de Macêdo Mihaliuc

### ■ INTRODUÇÃO

A avaliação é a primeira etapa do processo de enfermagem, ferramenta intelectual que deve ser aplicada em qualquer contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 796 de 2024 estabelece que esse processo deve estar fundamentado em teorias e modelos de cuidado, em sistemas de linguagens padronizadas, em instrumentos de avaliação de risco validados, em protocolos baseados em evidências e/ou outras estratégias que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base<sup>1</sup>.

A utilização do método de processo de enfermagem é plenamente adequada em contextos que envolvem o cuidado a indivíduos com feridas, seja em ambulatórios, clínicas, consultórios ou unidades hospitalares. Essa abordagem pode ser embasada em um referencial teórico pertinente, associado a instrumentos e escalas que atendam às necessidades específicas apresentadas por esses pacientes.

A avaliação de enfermagem é inicial e contínua, envolve a coleta de dados subjetivos, através da entrevista, e de dados objetivos, através do exame físico e de fontes de informações técnicas (exames laboratoriais e de imagem, testes clínicos, aplicação de escalas de avaliação validadas e utilização de protocolos institucionais). Assim, obtém-se informações sobre as necessidades do cuidado de enfermagem da pessoa, família, comunidade ou grupos especiais, necessárias para a o julgamento clínico e plano de cuidados de enfermagem<sup>1</sup>.

A fase de avaliação em enfermagem, conforme destacado na Resolução mencionada<sup>1</sup>, pode ser estendida à família de indivíduos que apresentam lesões cutâneas. Isso implica na necessidade de avaliar também o contexto familiar, levando em consideração a rede de apoio, o suporte social, as condições econômicas e a interação entre os membros da família. Tal abordagem é fundamental para o acompanhamento e êxito no tratamento, uma vez que o engajamento social é crucial para a manutenção do processo terapêutico.

A equipe de enfermagem destaca-se como responsável pela assistência ao paciente com lesão, definindo estratégias para prevenção, avaliação e tratamento, a fim de diminuir o tempo de reparação tecidual e suas complicações. Esse cuidado é legalmente amparado pela Resolução do COFEN nº 567 de 2018, não é exclusivo de profissionais especialistas, mas esses profissionais devem ser qualificados e capacitados<sup>2</sup>.

É importante destacar a abordagem multidisciplinar na avaliação, o envolvimento da pessoa no planejamento terapêutico, a avaliação holística e o ambiente onde será realizado o tratamento como as melhores práticas a serem adotadas para o êxito no tratamento. A avaliação holística da pessoa com ferida envolve compreender seu histórico de saúde (inclusive de aspectos psicológicos e sociais), realizar o exame físico do indivíduo e avaliar especificamente a ferida<sup>3</sup>.

Na abordagem multidisciplinar, em qualquer contexto do cuidado de pessoas com feridas, é importante planejar o cuidado de forma compartilhada com o nutricionista para atender possíveis demandas nutricionais importantes para o processo de cicatrização, do assistente social, que orienta a família quanto ao acompanhamento e suporte terapêutico e o médico para atendimento das demandas de prescrições medicamentosas e diagnóstico clínico de outros fatores que interferem na recuperação da saúde.

Estudo de revisão da literatura afirma que a assistência de enfermagem no tratamento de pessoas com feridas crônicas pode evitar danos através da assistência humanizada, clara, eficiente e que segue protocolos, promovendo a continuidade do cuidado com enfermeiros capacitados<sup>4</sup>.

Os protocolos institucionais constituem documentos essenciais que orientam e padronizam as intervenções direcionadas a diversos tipos de feridas, bem como às diferentes tecnologias que podem ser empregadas, fundamentando-se em evidências e aspectos relacionados as atribuições profissionais de cada membro da equipe de saúde.



O processo de cicatrização, que será discutido no próximo capítulo, é resposta fisiológica, porém vários fatores podem interferir e retardar ou até mesmo estacionar esse processo em alguma de suas fases. Assim, o objetivo deste capítulo é de apresentar ferramentas de avaliação para subsidiar o profissional no cuidado a pessoa com ferida de forma individualizada para o tratamento tópico assertivo, cura da ferida e/ou manutenção da dignidade humana.

## O que é avaliação para tratamento holístico da pessoa com ferida?

A avaliação para tratamento holístico da pessoa com ferida busca identificar a etiopatogenia da lesão e as variáveis do indivíduo e da própria ferida que interferem no processo de cicatrização<sup>3</sup>.

Durante a coleta dos dados da pessoa com ferida, é importante investigar os seguintes achados: idade, comorbidades e condições que deterioram a saúde, medicamentos de uso regular, fatores de risco do estilo de vida (tabagismo, etilismo e sedentarismo), estado nutricional, problemas vasculares, dermatológicos (alergia à adesivos) e psicológicos (depressão e ansiedade), questões sociais (emprego, renda, rede de apoio familiar, condições de moradia e higiene), histórico de feridas anteriores e mobilidade. Essas informações podem elucidar a causa da ferida e identificar fatores que interferem no processo de cicatrização, e que precisam ser gerenciados<sup>3</sup>.

Alguns instrumentos já adaptados e validados no Brasil, que avaliam riscos de lesão de pele por pressão, podem ser utilizados para facilitar o julgamento clínico e o planejamento das ações do enfermeiro durante a avaliação. São exemplos: a Escala de *Braden*, que avalia o risco de ocorrência de lesão por pressão em adultos, a Escala de avaliação da condição da pele em recém-nascido e a Escala de *Braden Q*, utilizada para crianças com idade superior a 28 dias<sup>5,6,7</sup>.

A Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (ELPO) e a Escala Munro já foram também validadas para o português e podem ser aplicadas para traçar o plano de cuidados perioperatórios de pacientes quanto ao risco de lesão por pressão<sup>8,9</sup>.

Os instrumentos ou escalas mencionadas integram a avaliação de enfermagem no contexto do processo de enfermagem, sendo assim regulamentados para a aplicação pelos enfermeiros durante a coleta de dados e para auxiliar o profissional na formulação dos diagnósticos de enfermagem em etapas subsequentes do método.

Quando se trata de pacientes críticos, pode-se utilizar a Escala de avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão em Cuidados Intensivos (EVARUCI), que se propõem a predizer o risco de lesão por pressão especificamente em pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI). A Escala EVARUCI foi criada na Espanha em 2001 e é composta de quatro itens: consciência, hemodinâmica, respiratório e mobilidade. Além desses itens, consideram-se presença de febre, hipotensão, níveis baixos de saturação de oxigênio, estado da pele, posição prona e tempo de internação em UTI<sup>10,11</sup>.

A avaliação holística permite que o profissional potencialize o tratamento tópico da ferida, gerencie a causa da lesão e as condições de saúde do indivíduo que agravam a cicatrização, além de planejar intervenções para prevenir novas lesões e complicações. Após compreendida a causa da ferida e realizada a identificação de todas essas variáveis intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo, deve-se seguir com a avaliação da ferida, também através de ferramentas validadas que direcionam o profissional para as melhores práticas.

### Quais ferramentas podem ser utilizadas para a avaliação da ferida?

Estudo de revisão de escopo que buscou identificar e descrever os principais instrumentos utilizados para análise de feridas, encontrou 51 instrumentos em 110 estudos selecionados, mas apenas oito (15,7 %) tinham adaptação cultural para utilização na língua portuguesa. Esses instrumentos foram: Pressure Sore Status Tool (PSST); Bates Jensen Wound Assessment Tool (BWAT); Pressure Ulcer Score for Healing (PUSH Tool- Escore de cicatrização de lesão por pressão); Tissue, Infection, Moisture e Edge (acônimo TIME); Leg Ulcer Mensuring Tool (LUMT Tool- Instrumento de mensuração de úlceras de perna); Resultados Esperados da Avaliação da Cicatrização de Feridas Crônicas (RESVECH 2.0); Skin Tear Classification (ISTAP- Classificação ISTAP de lesão por fricção) e Skin Tear Classification System (STAR- Sistema STAR de classificação de lesão por fricção)<sup>12</sup>.

Revisão integrativa pesquisou instrumentos utilizados para avaliação de feridas crônicas de membros inferiores entre os anos de 2007 e 2020, e as principais ferramentas encontradas foram: PUSH Tool; BWAT; *Deep, moisture, infection/inflammation, size, tissue type of wound bed, type of wound edge and tunnelling/undermining* (DMIST), *Diabetic foot ulcerra tings cale* (DFUAS), *Revised Photographic Wound Assessment Tool* (revPWAT), e *Clinical Signs and Symptoms Checklist* (CSSC). A PUSH foi o instrumento mais citado nos estudos (66,6 %)<sup>13</sup>.

A ferramenta PUSH avalia lesões por pressão e acompanha sua cicatrização. Foi desenvolvida em 1996, continua sendo a mais citada nos estudos, e foi validada para a língua portuguesa em 2005. Para utilizá-la, são atribuídos três escores à úlcera por pressão: comprimento x largura (mede-se a ferida em seu maior comprimento e maior largura, multiplicando-as para cálculo da área), quantidade de exsudato (pequena, moderada ou grande quantidade) e tipo de tecido (granulação, necrose, esfacelo e epitelização)<sup>14</sup>.

Na revisão integrativa descrita acima, foi destacado que o TIME era previamente discutido nos estudos, mas não foi incluído como método, apesar de ser ferramenta dinâmica que possibilita a avaliação e o preparo do leito da ferida em virtude de seus critérios, inclusive pode ser usado como base para a criação de novos instrumentos<sup>13</sup>.

O triângulo de avaliação de feridas proposto pelo *Wounds International Group* em 2015 recomenda a ferramenta TIME para ser utilizada no contexto de uma avaliação holística envolvendo pacientes, cuidadores e familiares<sup>15</sup>.

O acrônimo TIME foi atualizado em 2018 por painel internacional de consenso, passando a ser TIMERS (*tissue, infection, moisture, edge, repair, social and patient-related factors*), quando foram adicionadas as letras “R” que chama a atenção para necessidade de reparo/regeneração tecidual, e “S” para que os fatores sociais do paciente tenham a importância reconhecida<sup>16</sup>.

Estudo de desenvolvimento tecnológico propôs protótipo de aplicativo, “*Avalia Ferida*”, projetado e fundamentado no acrônimo TIMERS para auxiliar estudantes e profissionais de enfermagem na avaliação de feridas. Possibilita também a detecção dos fatores causadores e agravadores da ferida e a definição da linha de tratamento e de prevenção. A expectativa é de que seja validado e proporcione acesso rápido aos usuários<sup>17</sup>.

É importante destacar que em feridas neoplásicas sem perspectiva de cura pelo tratamento medicamentoso, cirúrgico ou radioterápico, as intervenções que devem ser realizadas por enfermeiros e familiares envolvem o controle da dor, odor, exsudato, sangramento e aspectos psicossociais conforme revelou estudo de revisão integrativa<sup>18</sup>.

Após identificar as principais ferramentas validadas e adaptadas para o Brasil, segue-se com a discussão do acrônimo “TIMERS”, este nem sempre é considerado método pelas publicações, mas saber identificar as necessidades da lesão a partir da observação dos aspectos dessa ferramenta é base para a decisão da tecnologia a ser selecionada e aplicada na lesão.

## Como avaliar a lesão cutânea a partir do acrônimo “TIMERS”?

A ferida que não tenha cicatrizado em 40 a 50% após quatro semanas será chamada de ferida difícil de curar. Essa situação requer avaliação holística da pessoa, mensuração da ferida, definição de metas a serem alcançadas, abordagem e gerenciamento da causa, implementação da ferramenta TIMERS; acompanhamento, monitoramento e mensuração (tamanho/volume); ajuste no tratamento ou encaminhamento paciente para outros serviços/profissionais; alta ou tratamento para prevenção de recorrências e o registro de todas as ações representam etapas para o tratamento<sup>17</sup>.

A mensuração da ferida para verificação do seu tamanho/volume é obrigatória através de métodos simples, como uso de fita métrica e *swab* com ponta de algodão estéril, até métodos mais precisos, como rastreamento e planimetria ou dispositivos eletrônicos avançados. A plataforma de gerenciamento de feridas da *Tissue Analytics* é capaz de fotografar, rastrear e analisar com precisão. O volume da ferida pode ser estimado cobrindo a ferida com um filme plástico e injetando gel, para ser aspirado e medido<sup>17</sup>.

## Tecido (Tissue)

O leito de uma ferida pode apresentar tecidos viáveis como tecido granulação e/ou tecido de epitelização (cor rosada). Nem sempre o tecido de granulação é saudável, as-

sim, pode-se encontrar tecido de granulação insalubre (sem progressão e de cor rosa) e tecido de hipergranulação (tecido que se estende acima do nível da pele circundante)<sup>19</sup>.

Os tecidos não viáveis envolvem o tecido necrótico (preto, marrom ou cinza), que pode ser seco ou úmido, e o esfacelo (creme, amarelo, acinzentado ou castanho), que pode ser viscoso, fibroso ou fibrinoso. Estes devem ser removidos, exceto, em situações contra-indicadas<sup>20</sup>.

O tecido não viável deve ser desbridado porque além de ter perdido sua função normal, é local de adesão microbiana, não possui capacidade de se defender contra microorganismos invasores, e é ambiente hipóxico ideal e rico em nutrientes para crescimento microbiano<sup>20</sup>. O novo conceito de desbridamento integral e as novas classificações quanto ao nível de invasividade dessa técnica será amplamente discutido no capítulo 3.

Saber identificar o(s) tipo(s) de tecido no leito de uma ferida, realizando o registro, a mensuração e as intervenções direcionadas à necessidade de cada tipo de tecido é essencial no gerenciamento do tratamento tópico.

A análise do tipo de tecido existente no leito de uma lesão representa um desafio considerável para os profissionais de saúde, uma vez que demanda tanto experiência prática quanto um entendimento aprofundado das fases do processo cicatricial e das camadas da pele, as quais geram respostas fisiológicas que resultam em tecidos diferenciados. Ademais, é comum que a ferida manifeste a presença de diferentes tipos de tecidos simultaneamente.

### Infecção (Infection)

Pressupõe-se que toda ferida difícil de curar apresenta biofilme maduro aderido no leito, mesmo em feridas agudas, onde o biofilme pode se formar em poucas horas, atingindo maturidade em 48 a 72 horas<sup>19</sup>. O biofilme não é visível a olho nu, mas ao observar uma lesão, há vários indicadores, que serão amplamente discutidos no capítulo 3.

É importante que o profissional avalie não somente indícios de infecção local na ferida, como dor, hiperemia, calor, odor e excesso de exsudato, mas também sinais e sintomas clínicos que indiquem possível infecção sistêmica do paciente, quando outras intervenções devem ser realizadas para essas complicações. O uso de soluções antissépticas e de curativos com antimicrobianos serão discutidos no capítulo 3. Nesse momento, destaca-se a importância do profissional saber identificar infecção local e sistêmica para definir as melhores práticas.

### Umidade (Moisture)

O exsudato é produzido naturalmente pelo processo de cicatrização, composto por soro, fibrina e glóbulos brancos. Proporciona ambiente úmido, difunde mediadores imunológicos e fatores de crescimento, é meio para a migração de células reparado-

ras, fornece nutrientes essenciais para o metabolismo celular e promove a separação de tecido desvitalizado (autólise) no leito da ferida<sup>21</sup>.

Feridas com umidade controlada cicatrizam duas a três vezes mais rápido do que feridas secas. No entanto, a superprodução de exsudato pode afetar negativamente a cicatrização da ferida, provocar vazamento, danos na pele perilesional, sujeira e odor, que às vezes podem sinalizar aumento da carga biológica ou infecção. Não há método padrão internacionalmente aceito para calcular o volume de exsudato<sup>21</sup>.

O gerenciamento da umidade é etapa crítica e se não aplicado, a ferida pode ficar muito seca ou muito úmida e a pele ao redor pode ficar macerada. A umidade equilibrada é considerada ideal para a cicatrização de feridas<sup>16</sup>.

Para avaliar a umidade ideal de uma lesão, é imprescindível levar em conta a quantidade de curativos efetuados ao longo do dia, o vazamento de fluidos para fora do curativo, o grau de saturação das coberturas em função do número de dias em que foram mantidas, a umidade dos vestuários, roupa de cama ou fraldas e o próprio desconforto do paciente.

A avaliação do exsudado considera o curativo com capacidade de absorção utilizado para gerenciá-lo; o tipo (seroso, serossanguinolento, sanguíneo, seropurulento, fibrinoso, purulento, hemopurulento e hemorrágico), cor (claro, rosa, vermelho claro, amarelo, verde, leitoso) e consistência (fino, aquoso ou espesso); a quantidade e o odor<sup>21</sup>.

Para avaliar a quantidade, pode-se utilizar a Escala de Falanga, pois tem relativa simplicidade e natureza clinicamente útil da classificação de três níveis (nenhum/mínima, moderada e muito exsudativa)<sup>22</sup>.

Já a avaliação do odor, considerar o Indicador de *Treatment Evaluation by Le Roux Method* (TELER), com pontuação de zero (odor óbvio na casa/clínica/enfermaria), um (odor óbvio a uma distância de um braço do paciente), dois (odor óbvio a menos de um braço de distância do paciente), três (odor detectado a um braço), quatro (odor sentido apenas pelo paciente), cinco (sem odor). Esta ferramenta foi validada e adaptada a língua portuguesa<sup>23</sup>.

A avaliação do exsudato é fundamental na escolha da tecnologia de curativo que será aplicada, quando em excesso, o ideal é que sejam aplicados curativos absorventes e que o intervalo de troca seja definido de acordo com a avaliação e com a viabilidade do paciente.

## Margem (Edge)

A margem da lesão deve ser criteriosamente avaliada e pode se apresentar macerada, desidratada, descolada ou enrolada. Características como hiperkeratose, hiperemia, edema, sangramento, cianose e lesão tissular profunda podem estar presentes<sup>15</sup>.

A identificação de problemas nas bordas é essencial para o tratamento da ferida, assim como a aplicação das condutas mais apropriadas. No capítulo seguinte, será abordado que as células epiteliais migram para o leito da ferida principalmente pelas

bordas, o que favorece o processo de cicatrização. Portanto, uma das responsabilidades do profissional responsável pela avaliação é evitar barreiras nesse processo.

### Regeneração ou reparação (Regeneration)

Essa abordagem aponta para a necessidade de avaliar opções de terapia avançada para reparo da feridas com base na adequação da tecnologia e as características do paciente. São intervenções como: oxigênio (administrado sistemicamente); preparações de fator de crescimento; óxido nítrico e sacarose octassulfato; produtos equivalentes a tecido; farmacoterapia sistêmica; e suplementos nutricionais à base de proteínas. Além de produtos equivalentes de tecido ou de pele viva, como enxerto celular alogênico ou de pele autólogos de espessura dividida ou enxertos epiteliais perfurados e equivalentes de tecido contendo proteínas regulatórias, ou até substitutos de pele produzidos por bioengenharia<sup>15</sup>.

### Fator social (Social fator)

Os fatores não clínicos relacionados com a assistência às pessoas com feridas são amplos e devem ser considerados, incluindo: aspectos psicossociais, escolaridade, compreensão das necessidades de cuidado da ferida, crenças pessoais, suporte social, adesão ou concordância com o planejamento do cuidado, impacto do tratamento nas atividades de vida diária, escolhas e objetivos do próprio paciente, qualidade de vida, experiência anterior de tratamento, mobilidade, capacidade reduzida de autocuidado em decorrência de comorbidades e/ou fragilidade, distúrbios do sono, ambiente e condições de vida, distância da unidade de saúde, acesso aos cuidados, situação econômica e se o tratamento será fornecido pelo serviço público ou custeado parcial ou integralmente pelo paciente<sup>15</sup>.

Essa ferramenta de avaliação de lesões, configura-se como tecnologia para o tratamento funcional de feridas em relação aos sintomas e objetivos clínicos do TIMERS. Cada um dos seis elementos é apoiado por recomendações de terapias e abordagens avançadas, com evidências de que atenderão aos objetivos clínicos e fornecerão o que a lesão necessita para um melhor e breve processo de cicatrização<sup>15</sup>.

Nos casos em que a resposta ao tratamento é menor que 40 a 50% em quatro semanas, considerar causas que podem não ser facilmente identificadas na avaliação, incluindo malignidade<sup>15,17</sup>.

## CONCLUSÃO

A avaliação é a primeira etapa do processo de enfermagem, e quando se trata de pessoa com ferida, além da avaliação para o tratamento holístico, quando se busca a identificação da causa e de fatores que podem interferir negativamente no processo de cicatrização, é necessário implementar ferramentas validadas e adaptadas para a avaliar a ferida.

Sob essa perspectiva, entende-se que a avaliação de indivíduos com lesão cutânea constitui uma etapa fundamental para a formulação de diagnósticos de enfermagem, bem como para o planejamento, execução das intervenções e registro do tratamento através da evolução em enfermagem. Essa fase possibilita a avaliação se os resultados almejados foram alcançados tanto pelo paciente quanto pelo profissional de saúde.

O tratamento tópico isoladamente não é suficiente para a cura da ferida, é necessário gerenciar a causa e as variáveis individuais que interferem no processo. Por isso, avaliar uma pessoa com lesão na pele envolve um processo intelectual, complexo, contínuo e sustentado cientificamente que considera a totalidade do indivíduo em seu contexto psicobiológico e social, demandando acolhimento, soluções efetivas e acesso aos serviços de saúde, principalmente os que atendem pessoas com essas condições.



## DESAFIO DO CAPÍTULO

Complete o texto com o que você aprendeu neste capítulo sobre a ferramenta TIMERS.

O profissional da saúde deve, portanto, desenvolver um plano de cuidados para reduzir esses riscos e curar a ferida a partir de um método de avaliação que tenha uma visão abrangente de todas as características da lesão e dos fatores relacionados com o paciente capazes de atrasar ou complicar a cicatrização, compreendendo a relação entre o paciente, a ferida e o ambiente. Isso requer um processo de reavaliação dinâmico e contínuo, e, para tal, a ferramenta TIMERS pode ser utilizada, visto que avalia:

- T: \_\_\_\_\_ ;
- I: \_\_\_\_\_ ;
- M: \_\_\_\_\_ ;
- E: \_\_\_\_\_ ;
- R: \_\_\_\_\_ ;
- S: \_\_\_\_\_ .

Assim, a partir dessa ferramenta e de outras, caso seja necessário, o desenvolvimento do plano de tratamento holístico de feridas será facilitado e realizado me-

diante uma visão holística, envolvendo todos esses fatores. Além disso, é importante a formação de parcerias com todos os membros da equipe de tratamento e, também, com o paciente, o principal agente de mudanças no processo de cura e cicatrização.

## Referências

1. Brasil. Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Cofen: Brasília, 2024.
2. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Cuidado à pessoa com lesão cutânea: manual de orientações quanto à competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem. Belo Horizonte: Coren-MG; 2020. 180p.
3. M.R. Liberato de Moura, C. Dowsett. Advancing practice in holistic wound management: a consensus-based call to action. *Wounds International* 2020;11(4).
4. Santos NM, Veras ALR, de Carvalho AMR, Santos Filho JNB, Rabelo APMC, Galvão APFC, et al. Assistência de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: Revisão de literatura. *Revista Foco*; 2023;16(11): e3391.
5. PARANHOS, Wana Yeda. SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.* <https://repositorio.usp.br/item/001048707>
6. Eva Madalena Canha Ferreira, Ana Rita da Conceição Pereira, Ana Isabel Morais Montoito, Maria Alice dos Santos Curado. Validação clínica da Neonatal Skin Condition Score com recém-nascidos portugueses. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 19º de abril de 2023 [citado 13º de setembro de 2024];44.* Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/131924>
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 Sep;29(3):405–14.* Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000300016>
8. Lopes CM de M, Haas VJ, Dantas RAS, Oliveira CG de, Galvão CM. Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2016;24:e2704.* Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>.
9. Sousa CS. Tradução, adaptação cultural e validação da Munro Scale para português do Brasil. *REME Rev Min Enferm. [Internet]. 1º de janeiro de 2021 [citado 13º de setembro de 2024];25(1).* Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remem/article/view/44550>
10. Cremasco, MF ; Zaney, S. S. V. ; Whitaker, I. Y. Adaptação transcultural e análise psicométrica da Escala de Valoración Actual del Riesgo de desarrollar Úlceras por presión en Cuidados Intensivos (EVARUCI). *Revista Brasileira de Terapia Intensiva. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2016 (28);*
11. SOUZA, Mariana Fernandes Cremasco de; ZANEI, Suely Sueko Viski; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. Risco de lesão por pressão em UTI: adaptação transcultural e confiabilidade da EVARUCI. *Acta Paul Enferm.*, v. 31, n. 2, p. 201-208, mar. 2018. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/risco-de-lesao-por-pressao-em-uti-adaptacao-transcultural-e-confiabilidade-da-evaruci/>



12. Cardinelli CC, Lopes LPN, Di Piero KC, Freitas ZMF de. Instrumentos para avaliação de feridas: scoping review. *RSD [Internet]*. 2021 Ago.25 [citado 2024 Set.13];10(11):e144101119246. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19246>
13. Almeda, NC; Borges, MMS; Marcelino,GR; Rocha, PRS.O uso de ferramentas na avaliação de feridas crônicas de membros inferiores: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE online*. 2023; 17: e254453. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2023.254453>
14. Santos VLC de G, Azevedo MAJ, Silva TS da, Carvalho VMJ, Carvalho VF de. Adaptação transcultural do pressure ulcer scale for healing (PUSH) para a língua portuguesa. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2005 May;13(3):305–13. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300004>
15. Atkin L, Bučko Z, Conde Montero E, Cutting K, Moffatt C, Probst A et al. Implementing TIMERS: theraceagainst hard-to-healwounds. *JWC [Internet]*. 2019 [citado em: 15 jul. 2024];23(Suppl3a):S1-S50. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>.
16. Atkin L, Bučko Z, Conde Montero E, Cutting K, Moffatt C, Probst A et al. Implementing TIMERS: theraceagainst hard-to-healwounds. *JWC [Internet]*. 2019 [citado em: 15 jul. 2024];23(Suppl3a):S1-S50. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>.
17. Moreira lima EV, Centro de Ensino Unificado do Piauí – Teresina (PI), Brasil., Nayra Ferreira Lima Castelo Branco, Lidyane Rodrigues Oliveira Santos, Raimundo Flavio Dias Cordeiro, Fabiano Viana de Araujo, et al. Construction of a mobile application for wound assessment for nursing students and professionals. *ESTIMA [Internet]*. 2024 Sep. 12 [cited 2024 Sep. 13];22. Available from: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1515>
18. da Silva AB, Costa KF de L, Morais LNS, Chaves MJC, Morais LG da S, de Queiroz JC, Batista JFG, de Oliveira LGG. O cuidado prestado ao paciente oncológico com ferida maligna na atenção especializada, básica e domiciliar: um estudo de revisão integrativa. *CLCS [Internet]*. 2024 Jan. 24 [cited 2024 Sep. 14];17(1):5586-604. Available from: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/4549>
19. Murphy C, Atkin L, Vega de Ceniga M, Weir D, Swanson T. Documento de consenso internacional. Incorporando a higiene de feridas em uma estratégia proativa de cicatrização de feridas. *J Cuidados com Feridas*. 2022; 31:S1-S24.
20. Tettelbach WH, Ciprandi G, Downie F, Hampton J, Hodgson H, Lazaro-Martinez JL et al. International consensus document: best practice for wound debridement. *MA Healthcare. JWC [Internet]*. 2024 Jun [citado em: 2024 Jul 15];33(6):Suppl C. Disponível em: [https://www.magonlinelibrary.com/pb-assets/JOWC/Debridement\\_Consensus\\_24-05-01-1716559025990.pdf](https://www.magonlinelibrary.com/pb-assets/JOWC/Debridement_Consensus_24-05-01-1716559025990.pdf).
21. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document. Wound exudate: effective assessment and management Wounds International, 2019
22. Falanga V (2000) Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. *Wound Rep Reg* 8(5): 347–52
23. Niceia Branco Vila Nova C, Lopes de Almeida G, Vinícius de Almeida Alves B, da Mata Ribeiro Gomes B, Maria Muniz da Silva Bezerra S, Cristina Ramos Vieira Santos I, Carneiro Da Silva Filho J, Barbosa De Medeiros G. Adaptação Transcultural E Validação Dos Indicadores De Odor Do Treatment Evaluation By Le Roux Method (Teler) Para O Brasil. *CBE [Internet]*. 2º de janeiro de 2024 [citado 14º de setembro de 2024];. Disponível em: <https://anais.sobest.com.br/cbe/article/view/590>

Já imaginou uma sessão de aprendizado desenvolvida a partir de uma pergunta e com desafios para você resolver? A obra *Lesões Cutâneas da Avaliação ao Tratamento Fundamentado na Etiopatogenia* é um projeto original que sistematiza as melhores evidências para aprimorar sua prática clínica. A leitura ativa e a resolução dos desafios propostos convidam o leitor para uma aprendizagem significativa. Envolve-se nesse diálogo e descubra uma nova forma de aprender sobre essa temática presente em diversas áreas e ambientes de trabalho da Enfermagem. Vamos nessa? Temos certeza de que essa leitura será incrível!”

**Dilivros**

