

Lesões em pacientes pediátricos e neonatos

Estabelecido em: 14/05/2018

Responsáveis / Unidade

Cynthia Carolina Duarte Andrade – Enfermeira | CCPC – DIRASS
Daniela Neto Ferreira Melki – Enfermeira | GESUP – DIEST
Dayane Alves Rios – Enfermeira | MOV
Grazielle Stambassi – Enfermeira | HRJP
Renata Aparecida Sousa – Enfermeira | HJPII

Colaboradores

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

Sugestões por consulta pública

Graciela Petermann Paolucci Amorim – Fisioterapeuta | MOV
Waldete Pereira Costa – Fisioterapeuta | MOV

Validadores

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A pele é um órgão multifuncional que promove, mediante a função de barreira cutânea, proteção mecânica, termo regulação, vigilância imunológica e previne a perda insensível de fluidos corporais.

A pele da criança, apesar de ser semelhante a do adulto no que diz respeito à estrutura, possui funções imaturas, resultando em maior sensibilidade a irritantes químicos, maior permeabilidade a agentes tóxicos e risco de lesões após mínimos traumas. Particularmente em neonatos prematuros, a pele tem grande fragilidade e mínimo tecido subcutâneo. Por isso, a abordagem de feridas na população pediátrica exige conhecimento e tratamento específicos.

Há poucos dados na literatura a respeito da ocorrência de feridas em crianças e recém-nascidos (RN) hospitalizados. Dentre essas feridas, as lesões por pressão (LP) possuem maior impacto na morbidade dos pacientes. Estudos norte-americanos sobre LP em pediatria revelam prevalência de 0,47 a 17%. A incidência de LP em crianças criticamente enfermas varia entre 18-27%. Entre os RN, 80% desenvolvem alguma injúria na pele até o primeiro mês de vida, sobretudo os nascidos prematuramente. Além disso, aproximadamente 25% de todos os pré-termos e de baixo peso, terão ao menos um episódio de sepse até o 3º dia de vida, sendo a pele a principal porta de entrada.

O desenvolvimento de feridas é um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados às crianças internadas. Embora todas essas crianças estejam em risco, ele é maior naquelas internadas em UTI. Outras lesões que também podem ocorrer são as relacionadas a problemas de pele congênitas, além daquelas decorrentes o desprendimento de dispositivos adesivos, extravasamento e infiltração de soluções intravenosas, uso de substâncias químicas irritantes na pele e nas feridas cirúrgicas e da dermatite associada à incontinência.

A ocorrência de feridas e suas complicações aumentam o tempo de internação; o sofrimento da criança; de seus familiares e o custo do tratamento. Dessa maneira, o conhecimento de medidas preventivas, bem como a realização do tratamento precoce e adequado são fundamentais.

Este protocolo visa orientar diversos profissionais que estão envolvidos no atendimento da criança internada quanto à prevenção e tratamento de feridas.

PALAVRAS CHAVE

Lesões em pediatria. Lesão por pressão . Ferida. Recém-nascido. Criança. Prevenção de lesões. Tratamento de lesões.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Sistematizar o cuidado com lesões em crianças e neonatos internados.

Objetivos Específicos

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

POPULAÇÃO ALVO

CRINÇAS E RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS

UTILIZADORES POTENCIAIS

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E INTERDISCIPLINAR

METODOLOGIA

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

RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS

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

SIGLAS

AHCPR- Agency for Health Care Policy and Research

CCIH-Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CCPC- Comissão Central de Protocolos Clínicos

CPTL – Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões

DIRASS- Diretoria Assistencial

EAD- Estratégia de Atenção Domiciliar

EB- Epidermólise Bolhosa

EPI-Equipamento de Proteção Individual

ESF- Estratégia Saúde da Família

HEM- Hospital Eduardo de Menezes

HCM- Hospital Cristiano Machado

HOGV- Hospital Ortopédico Galba Veloso

HRB- Hospital Regional de Barbacena

HIJPII-Hospital Infantil João Paulo II

IMC- Índice de Massa Corporal

LP – lesão por pressão

NCCS - Escala de Condição da Pele do Recém-nascido

NPUP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

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

A. Material para curativo em feridas abertas

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

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

- Agente de limpeza suave para a pele;
- Emoliente/hidratante;
- Coberturas para prevenção de lesões por pressão;
- Lençóis sempre secos, sem vincos e sem restos alimentares;
- Dieta ou suplemento hiperprotéico;
- Colchão hospitalar com densidade 28;
- Almofada anti-escaras para cadeira;

- Dispositivos de redução da pressão para o leito ou cama, colchão de uso hospitalar tipo piramidal, com espessura 7 cm e densidade 28, calcanheira, cotoveleira, almofadas ou cunhas em espuma.

C. Pessoal Necessário

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

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Identificação do paciente em risco de desenvolver lesões:

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

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

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

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

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

1.2. Pacientes que deverão ser avaliados pela Escala NCCS:

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

2. Processo de trabalho interdisciplinar

2.1. Médico pediatra

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

2.2. Cirurgião pediátrico

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

2.3. Enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem admissional e semanal do paciente com ou em risco de desenvolver feridas.
- Aplicar e registar a escala de Braden Q ou NCCS diariamente no prontuário;
- Avaliar e classificar a ferida sempre que o curativo for trocado e/ou sempre que surgir qualquer queixa por parte do paciente ou alterações no aspecto da lesão.
- Avaliar juntamente com o médico pediatra e prescrever cuidados e a cobertura para a gestão adequada das lesões de pele;
- Realizar os curativos de acesso central.
- Planejar, junto à equipe multiprofissional as medidas preventivas para pacientes de risco.
- Solicitar avaliação do cirurgião pediátrico, membro da comissão de curativos, quando necessário.
- Orientar e capacitar os cuidadores quando estes forem responsáveis pela continuidade do cuidado ao portador de feridas em domicílio. Esta capacitação deverá ocorrer durante o período de internação do paciente.

- Capacitar à equipe de enfermagem quanto aos procedimentos de curativos, através de treinamentos, simpósios e/ou outros eventos científicos.

2.4. Fisioterapeuta

- Avaliar a integridade física da pele, nível de atividade, mobilidade e alterações de sensibilidade;
- Utilizar técnicas apropriadas de posicionamento no leito;
- Orientar/acompanhar e realizar mudanças frequentes de decúbito e transferências adequadas;
- Realizar exercícios passivos, ativo-assistidos, ativos, comuns à fisioterapia motora;
- Prevenir alterações do sistema músculo-esquelético (deformidades, contraturas, hipotrofia, atrofia, fraqueza muscular e osteopenia);
- Favorecer a aquisição adequada das etapas de desenvolvimento infantil (evitar atraso no desenvolvimento neuropsicomotor);
- Promover e deambulação/ treino de marcha.

2.5. Técnico de Enfermagem

Todas as atividades referidas abaixo sempre devem ser desempenhadas sob a orientação e supervisão do enfermeiro conforme Art. 15 da Lei 7498/86, Deliberação COREN 65/00 e Anexo da Resolução COFEN 0567/2018.

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

2.6. Terapeuta Ocupacional

- Facilitar a convivência com familiares durante o período de limitações nas atividades do dia a dia e lazer.

- Orientar e promover atividade física adequada para o pleno restabelecimento e adequação das limitações físicas.
- Implementar plano para troca de decúbito e posicionamento em conjunto com a equipe de enfermagem, bem como contribuir na reabilitação/deambulação.

2.7. Nutricionista

- Realizar avaliação nutricional na admissão do paciente, identificando seu risco.
- Tratar pacientes em risco nutricional, adequando dietas quando necessário.
- Participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente portador de lesão organizados pela unidade/instituição.
- Aplicar Protocolo 037 – Triagem Nutricional em Pediatria e Protocolo 038 – Avaliação Nutricional.

2.8. Assistente social

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

2.9. Psicólogo

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

3. Definições:

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

Tabela 1 – Definições de faixa etária

Termos	Definições
Recém-nascido (RN) ou	Do nascimento até 27 dias, 23 horas e 59 minutos

neonato	
RN de baixo peso	Recém-nascido com peso inferior a 2.500 gramas
Muito baixo peso	Peso ao nascer inferior a 1500 gramas
Extremo baixo peso	Peso ao nascer inferior a 1000 gramas
RN prematuro ou pré-termo	Recém-nascido com menos de 37 semanas completas (menos do que 259 dias completos).
RN a termo	Recém-nascido cuja idade gestacional esta entre 37 semanas completas até menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias). Além disso, utilizaram-se os seguintes termos: <i>lactentes</i> ou <i>bebês</i> ou <i>infantil</i> para fazer referencia a faixa etária de um mês a 12 meses de idade.
RN pós-termo	42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais).
Idade corrigida	É a idade pós-natal menos o número de semanas que faltou para completar 40 semanas (subtrair da idade pós-natal a diferença entre 40 semanas e a idade gestacional). É usada para avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança após o termo
Criança	Para a faixa etária de 12 meses a 12 anos de idade
Adolescente	Para a faixa dos 12 aos 18 anos

Fonte: SECRETARIA DA SAÚDE, 2015.

4. Principais lesões em pediatria

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

Nas crianças e RN, os locais mais frequentes de aparecimento de LP são a cabeça (principalmente região occipital em lactentes jovens) e os calcâneos, seguidos de orelhas, região sacral, escapular, cotovelos e tornozelos.

Os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de LP em neonatos e crianças são: necessidade de assistência ventilatória, tempo de internação maior que 3 dias, uso de drogas vasoativas, pós operatório de cirurgia cardíaca, desnutrição, edema generalizado e ausência de mudanças de decúbito.

Conforme a RDC nº 36 de 25 de julho/2013, a LP é considerada um dano ao paciente que deverá ser notificado como evento adverso. As LP são classificadas como, de acordo com *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* (2016):

- Estágio 1: Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.
- Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pelve e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).
- Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.
- Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbolo (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificáveis.
- Lesão por pressão não classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.
- Lesão por pressão tissular profunda: Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais

escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

- Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico: Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.
- Lesão por pressão em membranas mucosas: A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

4.2. Lesões por extravasamento: ocorrem por fuga de soluções vesicantes, do cateter/vaso para os tecidos circundantes. É a complicação mais frequente da terapia venosa por via periférica. Podem ocasionar reação inflamatória local, necrose cutânea, infecções e cicatrizes. A prevenção é feita pelo uso de curativos transparentes para a fixação de acessos venosos periféricos, que permitam visualizar o local de inserção e o trajeto do vaso. Além disso, a vigilância do acesso venoso deve ser rigorosa. O tratamento consiste na interrupção imediata da infusão, aplicação de compressa quente para promover a vasodilatação e aumentar a distribuição e absorção do fármaco (pode ser indicada compressa fria também de acordo com o medicamento envolvido), se necessário e possível aplicação antídoto e evitar novas punções no local. Outro cuidado de enfermagem que pode ser aplicado em caso de infiltração é elevar o membro por um período de (24-48 horas), o que melhora o retorno venoso, promove a absorção venosa e diminui o edema (Infusion Nurses Society Brasil; 2008).

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

protetor cutâneo spray é indicado para tratamento de pacientes com idade superior a 28 dias.

4.4. Queimaduras químicas: são secundárias a uso de produtos químicos na pele. Na população pediátrica, as substâncias mais frequentemente relacionadas são a iodopovidona e soluções de base alcoólica. Assim, o uso desses produtos deve ser limitado. Queimaduras químicas devem ser imediatamente neutralizadas com água destilada.

4.5. Feridas cirúrgicas: provocadas por instrumentos cirúrgicos, com finalidade terapêutica. Podem ser incisivas, quando há perda mínima de tecido, ou excisivas, em que há remoção de áreas de pele.

5. Avaliação do paciente portador de ferida:

- Deverá ser realizada na admissão do paciente, preenchendo a aba “Lesões” no Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH).
- Evolução da lesão: diariamente ou quando se realizar troca de curativo.
- A ferida deverá ser avaliada quanto a extensão, deslocamento, tipo de tecido encontrado na lesão, odor, presença ou não de infecção secundária. Além disso, deve ser avaliada a dor do paciente. As técnicas de avaliação desses itens serão descritas a seguir.

6. Técnica de mensuração da ferida

6.1 Quanto ao tamanho:

- Limpar a ferida.
- Introduzir uma espátula ou seringa de insulina, sem agulha, no ponto mais profundo da ferida.
- Marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda.
- Medir com uma régua o segmento marcado e anotar resultados em cm para comparação posterior.
- Para calcular a área em cm^2 , basta multiplicar a largura x comprimento.
- Lembrar que o comprimento sempre se refere à medida no sentido vertical (cefalocaudal) e a largura se refere à medida horizontal.
- **Observações:** Durante o processo cicatricial com a formação de ilha de epitelização, que divide a ferida em várias, deve-se considerar na horizontal a medida da maior ferida e, na vertical, somar a medida de todas as feridas.
- Calcular a área posteriormente, considerando apenas uma ferida.

6.2 Quanto ao descolamento da ferida:

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

7. Tipo de tecido no leito da lesão

- **Necrose de coagulação (escara):** corresponde ao tecido morto, desidratado, de coloração bem escura e/ou preta. Pode-se formar uma crosta, que é um tecido desvitalizado, devido a sua exposição ao ar, ocasionado pelo ressecamento e desidratação celular.
- **Necrose de liquefação (esfacelo):** é a presença de tecido amarelo e/ou esverdeado, podendo ser confundida com pus. Pode recobrir toda a extensão ou parcialmente o leito da lesão.
- **Tecido de granulação:** possui aspecto vermelho vivo, brilhante e úmido. Caracteriza-se pela formação e crescimento de um tecido vascular novo (angiogênese), pelas células endoteliais dos vasos sanguíneos e uma matriz rica em colágeno secretada pelos fibroblastos.
- **Tecido de epitelização:** é um revestimento novo, rosado e frágil. Decorre da migração e multiplicação de células epiteliais sobre uma superfície desnuda durante o processo cicatricial.

Atenção: A avaliação da quantidade de tecido viável (granulação e epitelização) e inviável (necrose de coagulação e de liquefação) fica mais clara quando se atribui valores percentuais do que está sendo observado. Para isso, pode-se dividir a ferida em quatro partes iguais e atribuir a porcentagem de 25% para cada parte, podendo variar em 10%, 15%, 20%, 50% etc. entre tecido viável ou não viável.

8. Avaliação de feridas infectadas em geral

Lesões infectadas

Lesões por pressão (LP) infectadas representam um desafio tanto para o tratamento de feridas crônicas quanto de agudas. Todas as feridas contêm microorganismos, mas a maioria delas não está infectada. As interações entre a comunidade microbiana e o hospedeiro da ferida podem ou não comprometer o processo de cicatrização ou provocar efeitos prejudiciais no hospedeiro (Vowden, 2006).

As feridas colonizadas contêm microrganismos comensais que não representam uma ameaça para o tratamento, enquanto feridas infetadas contêm agentes patogênicos que estão em estado de replicação bacteriana virulenta (Trial et al., 2010). Assim, a infecção da ferida ocorre como resultado do desequilíbrio entre o sistema imunológico do doente, as bactérias e as condições no interior da ferida, o que pode precipitar a proliferação bacteriana (EWMA, 2006; WUWHS, 2008; Wound UK, 2010). Assim sendo, a identificação da infecção na ferida pode ser um desafio, pois a capacidade do doente para resistir à invasão bacteriana depende da sua saúde em geral, sistema imunológico, terapia medicamentosa, estado nutricional e presença de doença subjacente (Fletcher, 2005). Na Tabela 2 a seguir, está apresentado o método mnemônico, criado por Sibbald, Woo, Ayello (2007) a fim de colocar em evidência critérios clínicos de colonização crítica (NERDS) e de infecção (STONES).

O diagnóstico de infecção em feridas crônicas é realizado geralmente sobre os sinais e sintomas clínicos e apoiado pelos resultados dos testes laboratoriais (Benbow, 2010). Apesar de ser considerado um procedimento simples, de baixo custo e não invasivo (BOWLER *et al*, 2003), há pouca evidência clínica que suporte o papel das **zaragatoas** na identificação da infecção na ferida. Portanto, a coleta de material purulento da parte mais profunda da ferida, preferencialmente através de **aspirado** (com seringa e agulha) também pode ser indicada, mas a **biópsia com cultura** é o teste o método mais preciso de amostragem de uma ferida (padrão ouro), mas raramente é executado na prática clínica (Benbow, 2010). Estudos clínicos têm demonstrado que um valor maior ou igual que 10^5 UFC/grama de tecido diagnosticam infecção (DANILLA et al, 2005). Esse procedimento médico consiste em coletar 3 a 4 mm de amostra, colocar em recipiente estéril, sem formalina (ANVISA, 2004).

As bactérias que estão relacionadas com a colonização/infecção de feridas são: cocos gram positivos (Streptococcus, Enterococcus, Staphylococcus aureus e Staphylococcus coagulase negativo) Bacilos gram positivos (Pseudomonas aeruginosas, enterobactérias), anaeróbios (bacterióides e clostridium) e raramente fungos (Cândida sp e Aspergillus). (BOWLER et al., 2001)

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

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

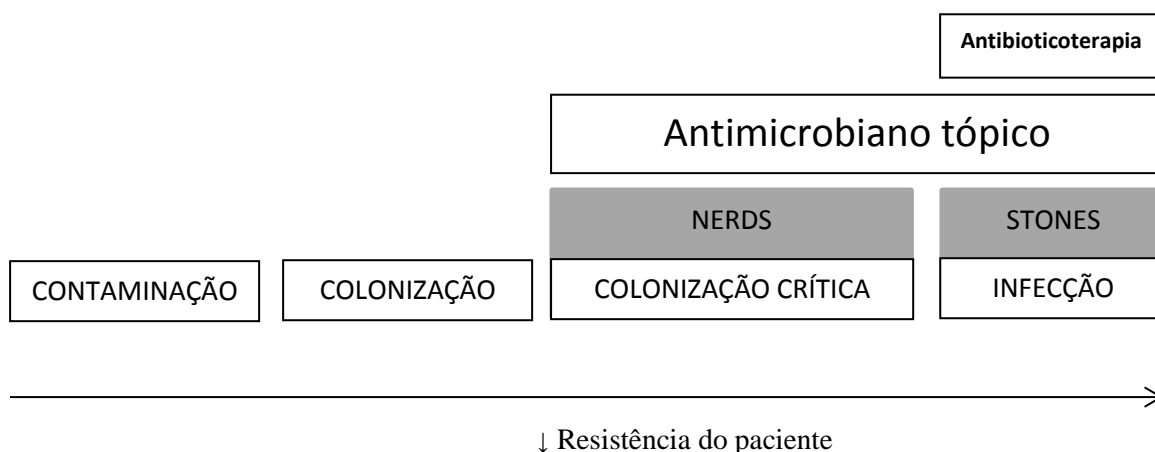
Fonte: Adaptado de Sibbald, Woo, Ayello (2007).

O tratamento de feridas não só compreende a limpeza, desbridamento e gestão da etiologia subjacente, mas também medidas para prevenir a colonização nas feridas, tornando-se localmente, ou mesmo de forma sistêmica, infectadas (Cooper, 2010).

Após uma avaliação completa da ferida, esta é considerada: criticamente colonizada ou infectada. Nas feridas criticamente colonizadas os antimicrobianos tópicos (como prata nanocristalina e hidrofibra e prata) devem ser iniciados e utilizados até que os sinais de infecção diminuam e o doente não apresente sinais de NERDS. Para feridas que são avaliadas como infectadas o paciente deve ser tratado com antimicrobiano tópico associado à antibioticoterapia (EWMA, 2006). Quando a infecção da ferida é generalizada, as condutas devem necessariamente ser direcionadas com resultados dos testes laboratoriais (aspirado ou biópsia com cultura).

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

Figura 1 – Gestão da infecção de feridas



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

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

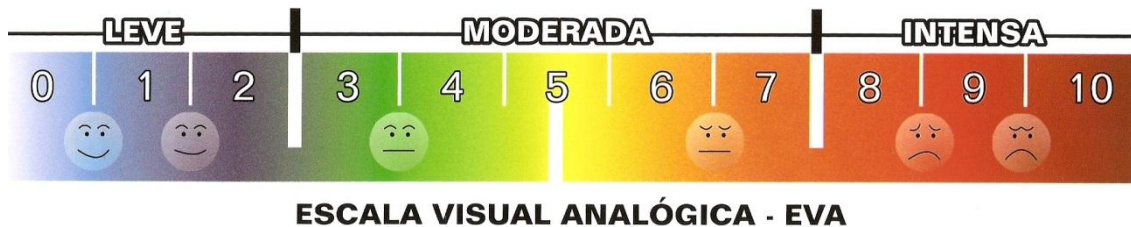
9. Avaliação da Dor

A avaliação da dor na criança e neonato é complexa devido a limitações na expressão verbal, do pouco conhecimento dos profissionais com relação a fundamentos neurofisiológicos, da insuficiência de estudos e pesquisas sobre o assunto, da pouca habilidade no uso dos instrumentos de avaliação da dor e da crença errônea de que o fator emocional é o principal componente de resposta.

Os principais métodos de avaliação da dor são:

- **Auto relato:** a partir de 3 a 4 anos de idade, por meio de desenhos; escolha de cores e montagem de uma história da dor;
- **Alterações comportamentais:** choro, face de dor;

- **Alterações fisiológicas:** taquicardia, sudorese, palidez;
- **Escala Visual Analógica (EVA):** um dos métodos mais utilizados. É representada por uma régua de 10 cm, na horizontal ou vertical, que apresenta uma série contínua de nenhuma dor em uma extremidade até dor mais intensa na outra extremidade. Para a Organização Mundial da Saúde, os escores de um a três é dor fraca, de quatro a seis é dor moderada e de sete a dez é dor intensa.



10. Limpeza da Lesão

A técnica ideal para limpeza da ferida é aquela que respeita o tecido de granulação, preserva o potencial de recuperação, minimiza o risco de trauma e/ou infecção. A melhor técnica é a irrigação com jato de soro fisiológico 0,9% morno. Não havendo disponibilidade de equipamento adequado para aquecimento (microondas) e controle da temperatura do frasco do soro fisiológico, utilizá-lo em temperatura ambiente.

10.1 Materiais necessários:

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

10.2 Descrições do Procedimento:

- Lavagem das mãos;
- Reunir e organizar todo o material que será necessário para realizar o curativo;
- Colocar o paciente em posição confortável e explicar o que será feito;

- Realizar o curativo em local que proporcione uma boa luminosidade e que preserve a intimidade do paciente;
- Fazer uso do EPI (óculos, máscara, luvas, gorro e jaleco branco);
- Envolver a bacia com o saco plástico, retirar o ar e dar um nó nas pontas. Depois, usá-la como anteparo para a realização do curativo;
- Utilizar frasco de soro fisiológico a 0,9%, fazer a desinfecção da parte superior do frasco com álcool a 70%, e perfurar antes da curvatura superior, com agulha 25 x 8 mm (somente um orifício);

Obs.: O calibre da agulha é inversamente proporcional à pressão obtida pelo jato de soro

- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar a atadura e a cobertura da ferida;
- Se na remoção da cobertura e/ou atadura da ferida, os mesmos estiverem bem aderidos (grudados) na ferida, aplicar o soro fisiológico em jatos, removendo com muita delicadeza, evitando traumas e assim, retrocessos no processo cicatricial;
- Desprezar o curativo retirado juntamente com a luva no lixo;
- Calçar novas luvas de procedimento
- Fazer limpeza mecânica (manual) da pele ao redor da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%. Em caso de sujidade pode-se associar sabão líquido hospitalar;
- Não secar o leito da ferida;
- Fazer debridamento se necessário;
- Aplicar a cobertura escolhida conforme a prescrição do enfermeiro ou médico (calçar luvas cirúrgicas quando a cobertura demandar);
- Fazer uso da cobertura secundária, se necessário;
- Enfaixar os membros em sentido distal-proximal, da esquerda para a direita, com o rolo de atadura voltado para cima. Em caso de abdômen utilizar a técnica em z (em jaqueta com atadura de crepom de 20 ou 25 cm);
- Registrar a evolução (módulo de lesões do SIGH).

11. Debridamento

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

11.2. Objetivos:

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

11.3. Indicações:

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

11.4. Métodos de debridamento:

- **Autolítico:** utiliza enzimas do próprio organismo humano para dissolver o tecido necrótico. Isto ocorre quando os curativos oclusivos ou semi-oclusivos são utilizados. O debridamento pode ser bastante lento mas é o mais seletivo.
- **Enzimático:** utiliza agentes químicos que são seletivos para o tecido necrótico e causam danos mínimos em tecidos saudáveis.
- **Mecânico:** usa a força física para remover o tecido necrótico sendo produzido pela fricção com pinça e gaze. A cicatrização pode demorar mais tempo.
- **Cirúrgico ou com instrumental cortante:** utiliza métodos cirúrgicos para remoção do tecido necrótico. É frequentemente considerado o método mais efetivo já que uma grande excisão pode ser feita com a remoção rápida do tecido.

12. Indicação e tipos de cobertura

12.1 Características de um curativo ideal:

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

12.2 Tipos de curativos:

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

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

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

13. Enfaixamento

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

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

Observações:

- O enfaixamento deve ser feito sempre da parte distal para a proximal

- Atentar para o garroteamento sobre a ferida
- Não iniciar ou terminar o enfaixamento sobre a ferida
- Em úlceras venosas o enfaixamento deverá ser feito do pé até o joelho
- Em úlceras arteriais o enfaixamento não deverá ser compressivo

14. Estratégias de prevenção

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

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

A pressão de dispositivos médicos e o grau de imobilidade são os 2 fatores-chave que provocam o risco de crianças em risco. Na Tabela 3 estão dispostas sugestões de ações para prevenção, conforme o score de risco da escala NCCS:

Tabela 3: Medidas preventivas sugeridas, conforme score de risco da escala NSCS:

Score de risco	Categoria	Ação sugeridas para prevenção
3	Sem risco	Inspecionar diariamente a pele do RN. Realizar mudanças de decúbito a cada 3 horas.
4 e 6	Em Risco	Inspecionar a pele do RN a cada 12 horas. Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas. Avaliar a necessidade de uma superfície de redistribuição de pressão apropriada.
7 e 9	Alto risco	Inspecionar a pele a cada reposicionamento. Reposicione o bebê / equipamentos / dispositivos pelo menos a cada 2 a 4 horas. Realizar a mudança de decúbito antes que a descoloração da pele se desenvolva (intervalo máximo de mudanças a cada 1 hora). Use uma superfície de redistribuição de pressão apropriada.

Fonte: Adaptado de Glamorgan

Medidas preventivas gerais:

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

Medidas preventivas com a pele:

- A fixação de cateteres vasculares deve ser realizada com curativos transparentes, hipoalergênico, que favoreçam a troca gasosa, permitam manipulação mínima e propiciem avaliação contínua do local de inserção;
- utilizar adesivos que minimizem o trauma cutâneo ou a rede tubular para fixação do curativo;
- Evitar sujeitar a pele à pressão ou cisalhamento;
- Levantar, e não arrastar, o indivíduo enquanto o reposiciona;
- Fazer uso de lençol para mover a criança sem arrastá-la no leito;
- Manter o corpo da criança em posição de alinhamento neutro: utilizar colchões, almofadas e dispositivos semelhantes para prevenir abdução do quadril e pressão em proeminências ósseas como: calcâneos, cotovelos e regiões sacral e occipital;
- Recomenda-se manter a cabeceira em 30°, exceto quando contra-indicada;
- Se a posição de sentado na cama for necessária, evitar que centre a pressão ao nível do sacro e cóccix;
- Evitar fricções da pele em lençóis, toalhas e demais roupas;
- Não massagear proeminências ósseas, promover alívio da pressão nessas áreas;
- Limpar a pele utilizando sabonete neutro;
- solução antisséptica adequada para a pele do RNPT;
- Aplicar hidratante sem álcool após a limpeza da pele;
- Usar emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele;
- Áreas de dobras cutâneas devem ser mantidas limpas e secas;
- Trocar a fralda sempre que a criança urinar ou evacuar ou a cada 4 horas;
- Proteger a pele da exposição à umidade de urina, fezes e secreções através do uso de produtos de barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão;
- Em caso de paciente em uso de eletrodos, oxímetros, sensores, fixação de sondas, alternar os locais de utilização dos mesmos e avaliar com maior atenção a pele nestes locais;
- Eliminar a pressão secundária por dispositivos médicos como: cânulas de traqueostomia, tubos, sondas de gastrostomia utilizando coberturas primárias e secundárias quando necessário;
- Fazer uso de almofadas, colchões hospitalares tipo caixa de ovo ou leitos especiais para paciente sob risco;
- Assegurar-se de que uma avaliação completa da pele está sendo feita;
- Manter membros aquecidos;
- Realizar mudança de decúbito rigorosa (2 em 2 horas), caso o paciente não apresente contra indicações
- Realizar higiene corporal, principalmente íntima, diariamente e sempre que necessário;
- Os dedos dos pés e das mãos devem estar visíveis sempre que as extremidades forem usadas para acesso venoso ou arterial.

Medidas de Alívio:

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

BENEFÍCIOS POTENCIAIS

- Reduzir o tempo de internação do paciente.
- Otimizar o tempo na assistência dos profissionais e os custos em relação ao tratamento de lesões.
- Direcionar os profissionais quanto a assistência a pacientes com lesões cutâneas

RISCOS POTENCIAIS

- ATRASO NA CONDUÇÃO DO CUIDADO EM PACIENTES COM RISCO DE LESÕES CUTÂNEAS.
- USO INADEQUADO DE COBERTURAS .
- REAÇÕES ADVERSAS ÀS SOLUÇÕES, CREMES OU COBERTURAS

ITENS DE CONTROLE

- PREVALÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO POR SETOR
- INCIDENCIA DE LESÃO POR PRESSÃO POR SETOR
- PERCENTUAL DE CRIANÇAS E NEONATOS INTERNADOS AVALIADOS DIARIAMENTE PELAS RESPECTIVAS ESCALAS DE PREVENÇÃO DE RISCO DE LESÕES DE PELE POR SETOR.
- PERCENTUAL DE CASOS DE SEPSE DE FOCO CUTÂNEO, POR SETOR.
- PERFIL DOS TIPOS DE LESÕES QUE OCORREM EM PEDIATRIA E EM NEONATOLOGIA (LESÃO POR PRESSÃO, FERIDA CIRURGICA, EXTRAVASAMENTO DE SOLUÇÕES INTRAVENOSAS, QUEIMADURA QUÍMICA, OUTRAS)

REFERÊNCIAS

ABREU E.S.; MARQUES M.E.A Histologia da pele normal. In: JORGE S.A. DANTAS S.R.P.E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas, Atheneu, São Paulo, p. 17-30, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Procedimentos Laboratoriais: da requisição do exame à análise microbiológica. Brasília, 2004.

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

BORGES, E. L. et. al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2007.

BOWLER, PG. Bacterial Growth Guideline: Reassessing its clinical

relevance in wound healing. . *Ostomy Wound Manage.* 49(1):44-53. 2003.

BOWLER et al. *Wound Microbiology and Associated Approaches to Wound Management.* *Clinical Microbiology Reviews.* Apr. 2001, p. 244–269.

BRASIL. Art. 15 da Lei 7498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, Jun. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm> Acesso em: <09/05/2018>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN Nº 0567/2018. Brasília, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (COREN – MG). Deliberação COREN-MG - 65/00. Minas Gerais, 2000.

COOPER, H. *Research synthesis and meta-analysis: A step-by-step approach* (3. ed.). Thousand Oaks, 2010.

COTRAN,R.S.;KUMAR,V.;COLLINS,T. *Patologia: estrutural e funcional.* 6ed.,Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2000.

CURLEY M.A.Q.; QUIGLEY S.M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: Incidence and associated factors. *Pediatr Crit Care Med.*2003;4(3):284-8. <acesso em : 05/06/2010>. <disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12831408>>.

DANILLA S; ANDRADES S; GOMÉZ ME et al. Concordance between qualitative and quantitative cultures in burned patients: Analysis of 2886 cultures. *Burns.* 31(8):967-71. 2005.

DELAUNOIS A. (1991). *Prévention et Traitement des Escarres.* Soins Infirmiers.

EAGLSTEIN,W.H. *Wound Care: an emerging discipline.* In: *Wound Care Manual,* E.E. Squibb & Sons, Inc. Princeton, 1-5,1990

EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION (2006). Position Document: Identifying criteria for wound infection. In *Best Practice Statement: The use of topical antiseptic/antimicrobial agents in wound management.* Wounds UK, Aberdeen, 2010.

GROENNEVELD A; ANDERSON M, ALLEN S.; *et al* .The Prevalence of Pressure Ulcers in a Tertiary Care pediatric and adult Hospital. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2004; 31(3): 108-20. <acesso em : 05/06/2010>. <disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12831408> >.

HUFFINES B.; LOGSDON M. The neonatal skin risk assessment scale for predicting skin breakdown in neonates. *Issue in Comp*

Pediatr Nurs. 1997;20:103-14. <acesso em 08/06/2010><disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-9423386>>.

INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL. Diretrizes práticas em terapia intravenosa. Infusion Nurses Society, Brasil, 2008.

JONATHAN FLETCHER; ANDREW MARSHALL. The Performance of UK International Unit Trusts. Jun. 2005.

KATHRYN R VOWDEN; PETER VOWDEN. Preventing venous ulcer recurrence: a review. Int Wound J. Mar. 2006; 3(1):11-21.

LEAO, E, ET AL. *Pediatria Ambulatorial*. p. 357 -371 Coopmed 5ª edição, Belo Horizonte, 2013.

MAIA A.C.A , Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação da escala de braden Q. 2007. <acesso em: 05/06/2010>. <disponível em: <http://unifesp.phlnet.com.br/cgi-bin/wxis.exe?IsisScript=phl81/052.xis&cipar=phl81.cip&lang=por&pft=decorado&exp=TIT=8110509021339>>.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Austrália, 2014.

NETO, H. et al (1997). Úlceras por pressão – um problema de enfermagem. *Servir* vol. 41 nº1, p. 25-36. Continuação

OKAN D; WOO K; AYELLO EA; SIBBALD G. The role of moisture balance in wound healing. *Adv Skin Wound Care*. Jan. 2007 20(1):39-53; quiz 53-5.

SIBBALD R. G.; WOO K.; AYELLO E.. Increased bacterial burden and infection: NERDS and STONES. *Wounds UK*. 2007 6 [cited 2017 Ago. 8]; 3(2): 25-46. Available from: <http://www.wounds-uk.com/pdf/content_9132.pdf>

SCHARDOSIM J. M.; RUSCHEL L. M.; MOTTA G. C. P.; CUNHA M. L. C.. Adaptação transcultural e validação clínica da *Neonatal Skin Condition Score* para o português do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(5): 834-41 DOI: 10.1590/0104-1169.3456.2487

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Manual de neonatologia. 2015; 227p.. [Acesso em: 2017 Ago. 6]. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/co>

ntent/1/manual_de_neonatologia.pdf>

SILVA, A.D. F . Métodos de debridamento: Um recurso terapêutico no tratamento de feridas.2008.

SOUSA; C. A.; SANTOS I.; SILVA L. D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. Rev. bras. enferm. [online]. 2006, vol.59, n.3, pp. 279-284. ISSN 0034-7167. <Acesso em 30/05/2010>. <Disponível em: 10.1590/S0034-71672006000300006>.

SUSSMAN,C.; BATES-JENSEN,B.M Wound Care - A collaborative practice manual for physical therapists and nurses. Aspen Publishers, Gaithersburg, 1998

TRIAL, C. ET AL (2010). Assessment of the antimicrobial effectiveness of a new silver alginate wound dressing: a RCT. Journal of Wound Care, 19 (1): 20-26. Retrieved from EBSCOhost

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). June 4-8, 2008. Toronto, Canadá.

YAMADA, B.F.A.O processo de limpeza da ferida. In: JORGE,S.A; DANTAS,S.R.P.E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas, Atheneu, São Paulo, p.45-68, 2002.

COBERTURAS PADRONIZADAS NA FHEMIG

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

Creme de barreira (Nova fórmula sem parabenos e sem fragrância)	Creme	Prevenção de lesões e hidratação de pele íntegra, inclusive em área de fraldas.	Pacientes com idade menor que 28 dias de idade corrigida. Lesões abertas. Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Suporta até quatro higienizações. Tempo de permanência até 72hs.
Hidrocolóide	Placa	Como cobertura primária está indicado para o tratamento de lesões não infectadas superficiais e pouco exsudativas (como lesões por pressão estágio I). Como cobertura secundária pode ser associado com Hidrogel em lesões pouco exsudativas e granuladas.	Lesões com tecidos necróticos, e/ou infectadas ou com leito hipergranulado. Feridas altamente exsudativas. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Como cobertura primária pode permanecer no leito até 7 dias. Como cobertura secundária de curativos que têm o Hidrogel como primário pode permanecer até 4 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Hidrogel	Tubo	Lesões pouco exsudativas/secas totalmente granuladas. Desbridamento autolítico. Pode ser associado com hidrocolóide sendo este como cobertura secundária.	É um produto de uso único, não devendo ser reutilizado e devendo ser descartado após a troca de curativo. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Até 72 horas. Associado com hidrocolóide deve ser trocado em até 4 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Hidrogel com alginato	Tubo	Lesões pouco exsudativas com grande parte granuladas. Desbridamento autolítico. Lesões com pontos sangrantes.	Lesões muito exsudativas. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Até 72 horas. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Alginato de cálcio	Placa	Tratamento de lesões exsudativas e/ou hemorrágicas não intensas. Desbridamento autolítico de tecidos inviáveis ou deficientes. Gestão de lesões com moderado a grande exsudato. Usado para contenção de pontos sangrantes durante o procedimento de desbridamento beira leito.	Não deve ser associados com antibiótico tópicos pois componentes da formulação podem inibir o processo de geleificação do alginato de Ca. Não é indicado para queimaduras de terceiro grau e nem para lesões pouco exsudativas. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Troca da cobertura deve ser realizada em até 7 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Carvão ativado	Placa	Tratamento de lesões infectadas, lesões criticamente colonizadas e controle de odor.	Feridas limpas e lesões por queimaduras. Lesões pouco exsudativas. Atentar-se para informação do fabricante sobre o recorte da cobertura. Pacientes	Troca da cobertura deve ser realizada em até 7 dias. Considerar o grau de saturação

			alérgicos a algum componente do produto	da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Colágeno com alginato	Placa	Feridas cavitárias, não infectadas e sem necrose. Gestão de lesões de com moderado a grande exsudato.	Uso em carcinomas. O Curativo Fibracol* Plus não é indicado para feridas que apresentem vasculite ativa, queimaduras de terceiro grau ou para pacientes com sensibilidade ao colágeno ou alginatos. O Curativo Fibracol* Plus pode ser utilizado na presença de sinais visíveis de infecção da ferida, somente quando o tratamento clínico apropriado foi adotado. O Curativo Fibracol* Plus pode ser usado junto com terapia de compressão, com supervisão médica.	Troca da cobertura deve ser realizada em até 72 hs. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Hidrofibra com carboximetilcelulose e prata	Placa	Tratamento de lesões infectadas, lesões criticamente colonizadas e prevenção de infecção em lesões com alto risco para infecção (como queimaduras de grande extensão). Gestão de lesões com moderado a grande exsudato.	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Pode ser usado enquanto a lesão apresentar manifestações de infecção ou de colonização crítica e a cobertura estiver acarretando melhora do leito. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Polietileno com prata nanocristalina	Placa	Tratamento de lesões infectadas, lesões criticamente colonizadas e prevenção de infecção em lesões com alto risco para infecção (como queimaduras de grande extensão). Atividade largo espectro bactericida .	Não é compatível com produtos à base de óleo, como a vaselina e o petrolato e podem não ser compatível com antimicrobianos tópicos. Evitar o contato com eletrodos ou géis condutores durante medições eletrônicas, por exemplo, EEG e ECG. Só deve ser utilizado em bebês prematuros (com menos de 37 semanas de gestação) quando os benefícios clínicos forem superiores aos potenciais riscos. Não estão disponíveis dados clínicos nessa faixa etária e apenas dados limitados estão disponíveis para uso em recém-nascidos. Antes da	Inicialmente 2 semanas (fase do desafio) e depois reavaliar. Após 2 semanas, se o leito da lesão apresentou melhora e ainda apresenta sinais de infecção ou colonização crítica, manter o uso e reavaliar. Se melhorou, após 2 semanas, e não há mais sinais de infecção: descontinuar o uso. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se

			administração de radioterapia deve ser removida a cobertura. Um novo curativo pode ser aplicado seguido de cada tratamento. Pacientes alérgicos a algum componente do produto	necessário, antecipar a troca.
Espuma de poliuretano com prata	Placa	Tratamento de lesões infectadas, lesões criticamente colonizadas e prevenção de infecção em lesões com alto risco para infecção (como queimaduras de grande extensão). Gestão de lesões bastante exsudativas.	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Até 7 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Espuma de poliuretano com Ibuprofeno	Placa	Tratamento de lesões exsudativas e dolorosas. Combina a cicatrização de ferida em meio úmido à liberação local de ibuprofeno.	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Até 7 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Tela com emulsão de petrolato ou parafina.	Placa/Rolo	Lesões pouco exsudativas. Proteção dos tecidos do leito das lesões contra eventuais danos que possam ser causados por determinados curativos. É empregado somente como primário e exige uma cobertura secundária. Não absorve exsudato, mas permite sua drenagem livre.	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	Até 48 horas. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Ácidos Graxos Essenciais (AGE)	Frasco	Hidratação de pele íntegra	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	
Sulfadiazina de Prata	Creme	A sulfadiazina de prata trata de feridas principalmente aquelas com grande potencial de infecção e risco de evolução para infecção generalizada: queimaduras, úlceras de perna, escaras de decúbito e feridas cirúrgicas.	É contraindicado para uso por gestantes no final da gestação, em crianças prematuras e recém-natos nos dois primeiros meses de vida. Por existirem poucos dados sobre a sua passagem pelo leite materno, também não é recomendado em mulheres que estejam amamentando. Este medicamento é contraindicado para uso por crianças prematuras. Este medicamento é	Até 8 horas. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.

			<p>contraindicado para mulheres grávidas nos últimos três meses de gestação Este medicamento é contraindicado para menores de 2 meses de idade. Não deve ser aplicado na região dos olhos. Não deve ser ingerido. Deve ser utilizado apenas por via local. Medicamentos para uso tópico devem. Este medicamento não deve ser utilizado em mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Informe seu médico se está amamentando. Informe ao seu médico o aparecimento de reações indesejáveis. Informe ao seu médico ou cirurgião-dentista se você está fazendo uso de algum outro medicamento. Não use medicamento sem o conhecimento do seu médico. Pode ser perigoso para sua saúde. Pacientes alérgicos a algum componente do produto</p>	
Colagenase	Tubo	Tratamento e limpeza de lesões: em ulcerações e necroses (úlceras varicosas, úlcera por decúbito, gangrenas das extremidades, especialmente gangrena diabética, congelamentos).	<p>Com a finalidade de evitar a possibilidade de reinfeção, recomenda-se observar higiene pessoal rigorosa durante a utilização da Kollagenase. Deverá ser evitado contato com os olhos e com a mucosa da cavidade oral. Pacientes debilitados devem ser monitorados para infecções bacterianas sistêmicas devido à possibilidade teórica de enzimas desbridantes poderem aumentar o risco de bacteremia. Pacientes alérgicos a algum componente do produto</p>	Até 8 horas. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.
Espuma hidrocélular	Placa	Adesiva ou não adesiva, pode ser usada como cobertura primária para proteção (prevenção de lesão por pressão) ou secundária para absorção (controle da umidade e gestão de qualquer nível de exsudato exsudato). Tratamento de	Absorção de até 6 vezes o seu peso. Pacientes alérgicos a algum componente do produto.	Até 7 dias. Considerar o grau de saturação da cobertura e, se necessário, antecipar a troca.

		lesões predominantemente granuladas.		
Membracel	Placa	Prevenção e tratamento de lesões (queimaduras, dermo-abrasões, escoriações, epidermólise bolhosa), especialmente as com grande potencial de infecção. Redução de exsudação de pequena quantidade, manutenção do meio úmido e redução da dor.	Pacientes alérgicos a algum componente do produto	O tempo de troca varia de acordo com a quantidade de exsudato e presença de contaminação da ferida. Em feridas com grande quantidade de secreção e/ou contaminadas, a troca deve ocorrer em até 7 dias.
Barreira de Resina Protetora de pele uso Ostomia	Pó	Pele periestomal como uma barreira protetora reduzindo o risco de irritação da pele causada pelos efluentes.	Aplicar um anel da pasta protetora ao redor da base do estoma ou borda da fístula, de cerca de 3 a 6 mm de largura. É facilmente removível 48 horas após a aplicação. Caso a pasta protetora precise ser removida mais rapidamente, usar água morna. Deve-se tomar cuidado na remoção de resíduos adesivos para não expor a pele ao risco de irritação ao esfregar a pasta para removê-la. Pele lesionada. Pacientes alérgicos a algum componente do produto	
Compressa não aderente	Compressa	Pode ser usada como primária para proteção cutânea, feridas superficiais com ou sem infecção, feridas com pequena a moderada quantidade de exsudato. Pode ser empregada como secundária do Hidrogel.	Colocar a face brilhante em contato com a ferida.	O tempo de troca varia de acordo com a quantidade de exsudato.

Fonte: Bulário anvisa, 2017.

ANEXO I

Propriedades da ferramenta TIME

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

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

Escala de Braden Q

ITEM AVALIADO	1	2	3	4
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	Completamente Imóvel Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Muito limitado Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	Levemente limitado Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Nenhuma limitação Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda
ATIVIDADE Grau de atividade física	Acamado Permanece no leito o tempo todo.	Restrito à cadeira A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.	Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	Todas as crianças que são jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão	Completamente limitada Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	Muito limitada Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo	Levemente limitada Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor	Nenhuma alteração Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto
UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade.	Constantemente úmida A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	Freqüentemente úmida A pele está frequentemente, mas nem sempre úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	Ocasionalmente úmida A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	Raramente úmida A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24 horas.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	Problema importante A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante	Problema Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	Problema Potencial Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	Nenhum problema aparente Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.
NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.	Muito pobre Em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	Inadequada Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	Adequada Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	Excelente Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.

PERFUSÃO TISSULAR E OXIGENAÇÃO	Extremamente comprometida	Comprometida	Adequada	Excelente
	Hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.	Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.

Anexo III

Escalas de avaliação de risco do recém nascido

1- Escala de Condição da Pele do Recém-nascido

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

Fonte: Cunha et al., 2014.

CONFLITO DE INTERESSES DOS AUTORES

Não há conflito de interesse por parte dos autores.