

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

AMANDA SARMENTO BARROS

**RECOMENDAÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS PARA PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DE DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA**

Belo Horizonte
2013

AMANDA SARMENTO BARROS

**RECOMENDAÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS PARA PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DE DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para a obtenção do título de Especialista em Estomaterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Eline Lima Borges

Belo Horizonte
2013

B436r

Barros, Amanda Sarmiento.

Recomendações baseadas em evidências para prevenção e tratamento de dermatite associada à incontinência [manuscrito]. / Amanda Sarmiento Barros. - Belo Horizonte: 2013.

56p.

Orientadora: Eline Lima Borges.

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-graduação Lato Sensu em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Estomaterapia.

1. Dermatite Irritante. 2. Dermatite de Contato. 3. Dermatite das Fraldas. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Borges, Eline Lima.
II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
III. Título.

NLM: WI 100.4



AMANDA SARMENTO BARROS

TÍTULO DO TRABALHO: “Recomendações baseadas em evidências para prevenção e tratamento de dermatite associada à incontinência”.

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomatoterapia. (Área de concentração).

APROVADO: 12 de julho de 2013.

Prof^ª. **ELINE LIMA BORGES** (Orientadora)

(UFMG)

Prof^ª. **MIGUIR TEREZINHA VIECELLI DONOSO**

(UFMG)

Prof^ª. **SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA**

(UFMG)

Ao meu marido Leandro, que torce constantemente pelo meu sucesso e soube compreender minha ausência, durante mais essa especialização e durante a realização deste trabalho.

Aos meus pais Alvino e Edna, pelo esforço, dedicação e compreensão, em todos os momentos desta e de outras caminhadas. Durante todos esses anos vocês foram um grande exemplo de força, de coragem, perseverança e energia. Vocês são e sempre serão o meu porto seguro.

Às minhas irmãs Nayara e Daniela, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para me ajudar, principalmente nos momentos de dificuldade.

Ao meu filho Víctor. O meu muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me guia, me ampara e fortalece a cada dia.

À professora e orientadora Doutora Eline Lima Borges, por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos, por respeitar minhas limitações, minhas dificuldades, por me incentivar e por me ajudar na concretização deste sonho.

Aos professores da especialização, que sempre dividiu o conhecimento, o apoio e a inspiração. Obrigada simplesmente por participarem da nossa caminhada, nos ajudando a construir os alicerces de um futuro que começa agora.

Às enfermeiras Sharlene, Máisa e Andréia do Hospital São Francisco de Assis – Unidade São Bento, o meu sincero agradecimento, pela disponibilidade em colaborar na construção do meu conhecimento.

Às enfermeiras Débora e Mara do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, pela disponibilidade em me ajudar sempre que foi preciso e solicitado.

À Distribuidora Cirúrgica Brasileira (DCB), pela liberação das atividades laborais, pelo incentivo, colaboração e paciência, do início ao fim deste trabalho. Minha admiração e respeito.

Aos amigos da Curatec/Urgo, pela parceria e incentivo a trilhar o caminho da estomaterapia.

Aos colegas de especialização, pelo convívio, pelo apoio, pela compreensão e pela amizade.

A todos os funcionários das instituições por onde passamos durante as aulas práticas, pela contribuição na nossa formação acadêmica.

A todas as pessoas que diretamente ou indiretamente me auxiliaram durante a especialização.

Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder a classe e viver com ousadia.

Pois o triunfo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.

Charles Chaplin

RESUMO

BARROS, A. S. **Recomendações baseadas em evidências para prevenção e tratamento de dermatite associada à incontinência.** 2013. 56p. Monografia (Especialista em Estomaterapia) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

A dermatite associada à incontinência (DAI) descreve uma manifestação clínica de lesões de pele associadas à umidade, comum em pacientes com incontinência. O objetivo do estudo é estabelecer recomendações baseadas em evidências para prevenção e tratamento da DAI. A metodologia pautou-se na Prática Baseada em Evidências e na Revisão Integrativa. A coleta ocorreu em dezembro de 2012, nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Biblioteca Cochrane, SCIELO, IBECs, BEDNF, LILACS por meio dos descritores *Dermatitis Irritant*, *Dermatitis Contact*, *Diaper Rash*, *Urinary Incontinence*, *Fecal Incontinence*, *Incontinência Fecal*. Foram identificados 58 artigos e selecionados dois que atendiam os critérios de inclusão. Os dois estudos da amostra foram realizados por enfermeiros especialistas e publicados em inglês, ambos no *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, em 2007 e 2011. Ambos eram ensaios clínicos controlados, com e sem randomização, cuja amostra foi de 141 e 981 pacientes idosos, submetidos a um regime de cuidados da DAI. Estabeleceram 12 recomendações, quatro sobre prevenção (nível III), duas sobre tratamento (nível II) e seis recomendações gerais sobre prevenção e tratamento (nível II). Os cuidados para prevenção envolvem higienização e proteção da pele; o tratamento preconiza uso de dispositivo (fralda) e aplicação de produto na área lesada. As recomendações gerais preconizam elaboração de protocolo, capacitação de pessoal, avaliação do paciente incontinente, minimização de contato com agentes irritantes e a forma de se higienizar a pele. As principais recomendações foram: utilizar regime para prevenção da DAI que inclui pH equilibrado, limpeza, hidratação da pele e barreira à umidade, usar algumas substâncias que combinam óxido de zinco com dimeticona e petrolato. Conclui-se que a prevalência da DAI é menor quando se utiliza um regime de cuidados bem definido, assim como o seu desenvolvimento e a sua gravidade também podem diminuir.

Palavras-chave: Dermatite Irritante, Dermatite de Contato, Dermatite das Fraldas, Incontinência Urinária e Incontinência Fecal.

ABSTRACT

BARROS, A. S. **Evidence based recommendations for the prevention and treatment of incontinence associated dermatitis**. 2013. 56p. Monograph (Specialist Stomatherapy) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

The incontinence associated dermatitis (DAI) describes a clinical manifestation of skin lesions associated with humidity, common in patients with incontinence. The objective is to establish evidence-based recommendations for the prevention and treatment of DAI. The methodology was based on Evidence-Based Practice and Integrative Review. The gathering took place in December 2012 in MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, SCIELO IBECs, BEDNF, LILACS through descriptors *Irritant Dermatitis, Contact Dermatitis, Diaper Rash, Urinary Incontinence, Fecal Incontinence, Fecal Incontinence*. 58 articles were identified and selected two that met the inclusion criteria. Both studies were conducted by sample nurse specialists and published English, both in the *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, in 2007 and 2011. Both were controlled clinical trials, with and without randomization, whose sample was 141 and 981 elderly patients who underwent a care regimen DAI. Established 12 recommendations, four on prevention (level III), two on treatment (level II) and six general recommendations on prevention and treatment (level II). Care to prevention involves cleaning and skin protection; treatment advocates use of the device (diaper) and product application in the injured area. General guidelines recommend development of a protocol, staff training, patient assessment incontinent, minimizing contact with irritants and how to sanitize the skin. The main recommendations were: use system for preventing DAI which includes pH balanced cleansing, skin hydration and moisture barrier, use some substances that combine zinc oxide and dimethicone with petrolatum. We conclude that the prevalence of DAI is lower when using a well-defined system of care, as well as its development and its severity may also decrease.

Keywords: Irritant Dermatitis, Contact Dermatitis, Dermatitis Diaper, Incontinence Urinary and Fecal Incontinence.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Descrição da estratégia de PICO para elaboração da pergunta de pesquisa. Belo Horizonte, 2013.....	30
QUADRO 2 - Estratégia, identificação e seleção dos estudos para composição da amostra. Belo Horizonte, 2013.....	34
QUADRO 3 - Artigos selecionados para o presente estudo de acordo com cada base de dados pesquisada. Belo Horizonte, 2013.....	34
QUADRO 4 - Artigos selecionados para o presente estudo. Belo Horizonte, 2013	35
QUADRO 5 - Classificação dos níveis de evidências. Belo Horizonte, 2013	36
QUADRO 6 - Caracterização dos estudos quanto ao desenho e nível de evidência. Belo Horizonte, 2013.....	37
QUADRO 7 - Síntese dos objetivos, metodologia, resultados e conclusão dos estudos da amostra. Belo Horizonte. 2013	38
QUADRO 8 - Recomendações para prevenção da DAI. Belo Horizonte, 2013	41
QUADRO 9 - Recomendações para tratamento da DAI. Belo Horizonte, 2013.....	41
QUADRO 10 - Recomendações para prevenção e tratamento da DAI. Belo Horizonte, 2013	41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADITI	<i>Incontinence Associated Dermatitis, Intervention Tool</i> [Escala de Intervenção para Dermatite Associada à Incontinência]
BDENF	Base de dados de Enfermagem
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS Enfermagem	Rede Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DAI	Dermatite Associada à Incontinência
DCB	Distribuidora Cirúrgica Brasileira
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIT	Dermatite Intertriginosa
EBE	Enfermagem Baseada em Evidências
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
EUA	Estados Unidos da América
IADS	<i>Incontinence Associated Dermatitis and it's Severity Instrument</i>
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
JWOCN	<i>Journal of Wound Ostomy & Continence Nurses</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NLM	<i>National Library of Medicine</i>
NPUP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
PAT	<i>Perineal Assessment Tool</i>
PBE	Prática Baseada em Evidências
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem
PSAT	<i>Perineal Skin Assessment Tool</i> [Instrumento de Avaliação da Pele Perineal]
PSF	Programa de Saúde da Família
PTEA	Perda Transepidérmica de Água
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UP	Úlcera por Pressão

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	11
2	INTRODUÇÃO.....	12
3	OBJETIVOS	15
3.1	<i>Objetivo geral.....</i>	<i>15</i>
3.2	<i>Objetivos específicos</i>	<i>15</i>
4	REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1	<i>Epidemiologia da dermatite associada à incontinência.....</i>	<i>16</i>
4.2	<i>Definição da dermatite associada à incontinência</i>	<i>16</i>
4.3	<i>Formação da dermatite associada à incontinência.....</i>	<i>17</i>
4.4	<i>Sinais e sintomas da dermatite associada à incontinência</i>	<i>20</i>
4.5	<i>Fatores de risco da dermatite associada à incontinência.....</i>	<i>20</i>
4.6	<i>Instrumentos de avaliação da dermatite associada à incontinência.....</i>	<i>21</i>
4.7	<i>Prevenção e tratamento da dermatite associada à incontinência.....</i>	<i>22</i>
5	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	25
5.1	<i>Prática baseada em evidências.....</i>	<i>25</i>
5.2	<i>Revisão integrativa</i>	<i>27</i>
6	PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
6.1	<i>Primeira fase: identificação do tema e definição da questão de pesquisa.....</i>	<i>29</i>
6.2	<i>Segunda fase: amostragem ou busca na literatura</i>	<i>30</i>
6.2.1	<i>Bases de dados pesquisadas</i>	<i>30</i>
6.2.2	<i>Descritores utilizados.....</i>	<i>32</i>
6.2.3	<i>Critérios de inclusão e exclusão.....</i>	<i>33</i>
6.2.4	<i>População e amostra</i>	<i>34</i>
6.3	<i>Terceira fase: coleta de dados.....</i>	<i>35</i>
6.4	<i>Quarta fase: análise crítica dos estudos incluídos.....</i>	<i>35</i>
6.5	<i>Quinta fase: discussão dos resultados.....</i>	<i>36</i>
6.6	<i>Sexta fase: apresentação da revisão integrativa</i>	<i>36</i>
7	RESULTADOS	37
8	DISCUSSÃO	42
9	CONCLUSÃO.....	49
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICE - Instrumento para coleta de dados.....	55

1 APRESENTAÇÃO

O interesse em atuar na área de enfermagem surgiu a partir de uma oportunidade de vaga de trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF) na cidade de Salinas/MG e por meio de um convite para realização do curso de auxiliar de enfermagem pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem (PROFAE).

Durante esse período, adquiri habilidades e conhecimentos que me impulsionaram na continuidade de atuação na área, levando-me ao desejo de obter mais entendimento e aprofundamento neste campo. Por tal motivo, optei em fazer Curso de Graduação em Enfermagem. Nessa nova etapa tive a oportunidade de realizar um estágio extracurricular no setor de medicina do trabalho dos Correios e logo após o término do curso de graduação, em dezembro de 2010, optei em realizar uma especialização em Enfermagem do Trabalho.

Nesse mesmo ano, iniciei minhas atividades profissionais, atuando como enfermeira consultora técnica de uma distribuidora de material médico hospitalar, mais especificamente representando uma linha de coberturas especiais para tratamento de lesão no estado de Minas Gerais.

A assistência prestada aos pacientes com ferida, somente no período de desenvolvimento das minhas atividades laborais, era insuficiente para mim, por isso iniciei alguns trabalhos de atendimento domiciliar. Diante da necessidade de adquirir conhecimento e atualização, optei em fazer uma especialização voltada para a área de cuidados escolhendo o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* “Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade” na área de concentração “Enfermagem em Estomaterapia” da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), uma vez que esta área específica da enfermagem está em crescente desenvolvimento no mundo.

Na medida em que o curso foi se desenvolvendo o meu interesse aumentou, por meio das aulas teóricas, práticas e dos trabalhos de campo, tive a compreensão da importância do meu trabalho para sociedade e a relevância do profissional estomaterapeuta quanto à assistência direta, quanto ao ensino, a pesquisa, e a assessoria e consultoria, contribuindo assim, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Com o intuito de colaborar na obtenção do melhor cuidado aos pacientes com incontinência, neste trabalho recomendo a adoção de estratégias e dispositivos baseados em evidências científicas para a prevenção e tratamento de dermatite associada à incontinência (DAI).

2 INTRODUÇÃO

A Dermatite Associada à Incontinência (DAI) é um problema comum em doentes que sofrem de incontinência, seja ela urinária, fecal ou mista, destacando a incontinência fecal como principal fator desencadeador da DAI (BEECKMAN *et al.*, 2011). A incontinência fecal pode deteriorar rapidamente o tecido cutâneo, causando o aparecimento da dermatite entre seis e quarenta e dois dias após o contato (BIANCHI; SEGOVIA-GÓMEZ, 2012).

A DAI é frequentemente caracterizada por erupções, vermelhidão ou vesiculação na pele, além de sintomas como coceira, ardor e dor. Acomete especialmente pessoas mais idosas incontinentes e principalmente se inseridas em instituições de longa permanência, destacando esta população como grupo de risco para o desenvolvimento da DAI. Esses dois grupos apresentam incidência distintas, sendo 5,7% para o primeiro e 42% para o segundo grupo (BLACK *et al.*, 2011).

A DAI é uma forma de dermatite irritante que se desenvolve a partir da exposição crônica da pele a urina, fezes, ou ambas. Sua incidência e prevalência estão diretamente relacionadas à incontinência e limitada a essa população de risco. A prevalência da DAI pode variar de 5,6% à 50% e sua incidência de 3,4% à 25% (GRAY *et al.*, 2007). Afeta cerca de 50% dos bebês, sendo a afecção cutânea mais frequente na infância (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2008).

Adultos incontinentes também estão predispostos a desenvolver o quadro de DAI. A principal orientação descrita na literatura para essa afecção cutânea é a prevenção, que consiste na escolha adequada da fralda, frequência de trocas, limpeza e uso de produtos de barreira (vaselina, lanolina e óxido de zinco) a fim de reduzir o contato da pele com a urina e fezes (ZANINI *et al.*, 2003).

A prevenção atual da DAI consiste na limpeza, aplicação de protetores da pele ou barreiras de umidade, já o seu tratamento pode ser estabelecido por meio de proteção da pele da exposição a substâncias irritantes e erradicação das infecções de pele. Assim como adoção de protocolos para uso de produtos de limpeza, hidratantes, barreiras de umidade, protetores da pele e absorventes (BEECKMAN *et al.*, 2009).

Destaca-se que a DAI aumenta o risco de um paciente desenvolver úlceras por pressão, embora sejam condições de etiologias diferentes (LACKE; PHILBIN; HARGREAVES, 2010). A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) conceitua a úlcera por pressão como “uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre

uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento” (SCARLATTI *et al.*, 2011). A DAI, no entanto, é uma inflamação da pele que resulta de contato com urina, fezes ou ambas. Os fatores relacionados ao desenvolvimento da úlcera por pressão incluem a má condição da pele devido a oxigenação pobre do tecido cutâneo, desnutrição, comprometimento da mobilidade ou limitação do paciente (LACKE; PHILBIN; HARGREAVES, 2010).

A DAI combina danos a pele que podem ser agravados pela pressão e cisalhamento, dificultando o profissional de saúde na sua avaliação e identificação da etiologia e diagnóstico da mesma. A correta distinção entre úlcera por pressão e DAI é importante para a prática em saúde, pois as medidas de prevenção são distintas. Enquanto a prevenção da DAI visa a proteção e higienização da pele, a prevenção da úlcera por pressão visa a redução da pressão, atrito e cisalhamento nas proeminências ósseas, além da preservação da tolerância tecidual e o fornecimento de oxigênio para o tecido (BEECKMAN *et al.*, 2009).

O excesso de umidade na pele causando a DAI torna a pele macerada. Essa pele macia não desliza contra lençóis ou roupas e é, portanto, mais vulnerável a lesões de atrito. Destaca-se também, que essa pele apresenta intolerância a fricção e pressão resultando em maior risco para o desenvolvimento das lesões de pele, dessa forma, a prevenção da DAI se torna necessária para reduzir a taxa de úlcera por pressão no intuito de preservar a integridade física do paciente e proporcionar um atendimento de qualidade (BLACK *et al.*, 2011).

A lesão de pele, atualmente, é considerada uma indicação de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados durante o período de internação e acompanhamento deste paciente na instituições de saúde, seu risco de progressão para uma forma mais severa e os altos custos para tratamento, torna primordial o investimento em prevenção das DAI (LACKE; PHILBIN; HARGREAVES, 2010). Por esse motivo, a pesquisa se faz necessária no intuito de manter a busca de conhecimento e atualização a respeito das novas tendências e procedimentos baseados em evidências científicas para a melhoria do atendimento de enfermagem ao paciente de risco para DAI.

Portanto, realizar análise dos produtos preconizados pela literatura, estabelecendo os principais para prevenção e tratamento da DAI é de suma importância para a prática clínica de toda a equipe multidisciplinar que acompanha o paciente, sobretudo para os enfermeiros, pois a atuação deste profissional se inicia no momento em que o paciente é admitido na instituição de saúde, continuando durante o tratamento e alta hospitalar.

Sabe-se que o tema abordado neste estudo é de grande relevância para comunidade científica, uma vez que a DAI afeta uma grande parcela da população, confirmada pela alta

incidência e prevalência do agravo, cujo tratamento demanda um alto custo para as instituições de saúde. Em um artigo recente de revisão sistemática, Beeckman *et al.* (2009) apresentam medidas para prevenção e tratamento da DAI, porém os mesmos autores apresentam algumas fragilidades do estudo, por exemplo, utilizar como critério de inclusão somente estudos com pacientes com idade acima de 18 anos, uma vez que a incidência de DAI em bebês chega a 50%. Assim como outro estudo de revisão de autoria de Gray *et al.* (2007), no qual discorrem sobre as estratégias e dispositivos utilizados na prevenção e no tratamento da DAI, porém não estabelecem recomendações e não classificam os níveis de evidências dos métodos encontrados.

A partir do estudo em questão, espera-se: colaborar na instrumentalização dos profissionais de saúde e cuidadores na adoção de condutas, tendo como subsídios os achados obtidos de estudos científicos; contribuir para tomada de decisão em instituições de saúde que lidam com a problemática da falta de uma padronização específica para a prevenção e tratamento da DAI, no sentido de melhorar a assistência prestada ao paciente; e fornecer informações para novos estudos e novas investigações sobre o tema, agregando, assim, conhecimento científico.

3 OBJETIVOS

3.1 *Objetivo geral*

- Estabelecer recomendações baseadas em evidências para prevenção e tratamento de dermatite associada à incontinência.

3.2 *Objetivos específicos*

- Identificar estratégias e dispositivos na literatura para prevenção e o tratamento de dermatite associada à incontinência.
- Estabelecer recomendações para adoção de estratégias e uso de dispositivos.
- Classificar o nível de evidências das recomendações para prevenção e tratamento de dermatite associada à incontinência

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 *Epidemiologia da dermatite associada à incontinência*

A prevalência da DAI foi apontada como responsável por 7% das lesões de pele em pacientes incontinentes internados em casas de repouso (BLISS *et al.*, 2007) e 42,7% em pacientes incontinentes hospitalizados em ambiente de cuidados agudos (JUNKIN; SELEKOF, 2007).

Em todo mundo mais de 200 milhões de pessoas são acometidas pela forma grave da incontinência urinária, fecal ou ambas. Em mulheres acima de 60 anos a prevalência chega a mais de 42% (BEGUIN *et al.*, 2010).

Em um estudo realizado em três instituições de cuidados agudos, a exposição da pele teve relação com uma maior prevalência de lesões na pele (45,8%) do que foi a exposição à urina (29,7%). A prevalência da DAI pode variar de 5,6% a 50% em pacientes incontinentes internados em casa de repouso, sua taxa de incidência, durante um período de 04 semanas pode variar de 3,4% a 25% (GRAY *et al.*, 2007).

A prevalência da DAI pode ser subestimada devido à falta de critérios diagnósticos e ausência de instrumentos de avaliação de sua presença e da sua gravidade. Nos últimos anos, foram desenvolvidos algumas ferramentas e instrumentos para avaliação e classificação da DAI, mas estes, ainda são pouco utilizados na prática clínica. Tais instrumentos seriam fundamentais para a distinção entre DAI e outros tipos de lesões de pele, para o direcionamento de intervenções apropriadas, bem como para avaliação de sua efetividade (BEECKMAN *et al.*, 2009; BEECKAMAN *et al.*, 2010).

4.2 *Definição da dermatite associada à incontinência*

Durante muito tempo a DAI, amplamente reconhecida como uma complicação da incontinência urinária, fecal ou ambas, foi pouco investigada quanto à sua etiologia e patofisiologia, ao diagnóstico e gestão. Para chamar a atenção sobre o tema e identificar pesquisas existentes e lacunas de evidências clínicas sobre esse agravo, um grupo de enfermeiros especialistas se reuniu em julho de 2005, em Chicago, quando foram discutidos temas referentes a feridas e incontinência. A condição comumente conhecida como “assaduras” foi renomeada como “dermatite associada à incontinência” (DAI). Deste encontro nasceu o primeiro Consenso sobre a DAI, publicado em 2007, no *Journal of Wound Ostomy*

& *Continence Nurses* (JWOCN), da Sociedade Norte-Americana de Enfermeiros Estomaterapeutas (GRAY *et al.*, 2007).

DAI é uma expressão definida para descrever a condição de uma manifestação clínica de lesões de pele associadas à umidade, comum em pacientes com incontinência urinária, fecal ou ambas. Trata-se de uma inflamação e eritema com ou sem erosão ou denudação da pele que ocorre em consequência do contato da pele perineal, perigenital, perianal e adjacências com a exposição crônica a urina, fezes ou ambas (GRAY *et al.*, 2007).

Segundo Gray *et al.* (2007), para estabelecer a denominação correta da DAI foi necessário definir a área do períneo, que é a área de pele entre a vulva e o ânus nas mulheres e entre o escroto e o ânus em homens, ou seja, uma área menor que a área geralmente afetada por problemas de pele associados à incontinência. O termo dermatite também foi amplamente discutido, por se tratar de uma inflamação de pele que pode ocorrer e estar relacionada com outras etiologias (atópica, de contato, seborreica e outras). A expressão “dermatite associada à incontinência” foi então estabelecida por descrever adequadamente a resposta à pele a exposição crônica a materiais urinários, fecais ou ambos; identificar a fonte da irritação e informar que uma área maior que o períneo pode ser afetada (GRAY *et al.*, 2007).

Em 2010, um novo grupo de nove enfermeiros especialistas na área, de várias partes do mundo, se reuniu em Minneapolis para rever o conhecimento atual dos danos à pele associado à umidade e estabelecer recomendações para a prevenção e tratamento da DAI. Neste novo consenso ainda foi apresentado outro tipo de lesão por umidade, denominada como dermatite intertriginosa (DIT), que ocorre em dobras cutâneas que também ainda é pouco estudada (BLACK *et al.*, 2011; COLWELL *et al.*, 2011; DOUGHTY *et al.*, 2012).

Em 2011, o JWOCN publicou uma nova versão do consenso sobre DAI composto por três artigos, o primeiro artigo publicado em julho de 2011 apresenta a etiologia e fisiopatologia, prevenção e tratamento da DAI, no segundo artigo, publicado em setembro de 2011, é apresentado o conhecimento clínico essencial relacionado com DAI e DIT. O terceiro artigo, publicado em maio de 2012, é um resumo das diretrizes baseadas em evidências para a prevenção e gestão da DAI. Aborda os desafios atuais na sua avaliação e analisa implicações para prática e pesquisa (BLACK *et al.*, 2011; COLWELL *et al.*, 2011; DOUGHTY *et al.*, 2012).

4.3 Formação da dermatite associada à incontinência

A pele é o maior órgão do corpo humano, formada por três camadas: epiderme, derme e tecido adiposo. A pele tem muitas funções, tais como regular a temperatura do corpo e

proteger contra elementos externos. A camada externa (superficial) da epiderme, o estrato córneo, é a estrutura funcional que ajuda o corpo a responder ao meio ambiente, que mantém a pele saudável, e que desempenha a função de barreira. O estrato córneo é composto de corneócitos e lipídeos que estão ligados por proteínas desmossomos (GHADIALLY *et al.*, 1995).

O estrato córneo, forma no organismo uma barreira crítica capaz de proibir a invasão de microrganismos. O estrato córneo é constituído por 70% de proteína (corneócitos), 15% de lipídios e 15% água. Lipídios e água são componentes importantes na função de barreira da pele. Em pacientes mais idosos, o volume de água diminui a menos 10% (BEECKMAN *et al.*, 2009).

O entendimento da DAI é baseado na compreensão da função de barreira da pele à umidade. O estrato córneo normal regula os níveis de perda de água pela pele. Uma vez alterada essa função de barreira, o organismo fica exposto a vários fatores. O contato prolongado da pele com a umidade de qualquer tipo, por exemplo, água, solução salina, urina, fezes, pode atuar como um fator irritante e provocar a DAI. A exposição ocasional a urina por si só pode não ser deletéria, mas a exposição repetida, especialmente na presença de material fecal na oclusão da pele, coloca a pele em alto risco (GRAY *et al.*, 2007; BLACK *et al.*, 2011).

O rompimento da barreira protetora da pele leva ao estímulo da emissão de citocinas, desencadeando um processo inflamatório localizado da pele caracterizado pelo aumento da produção de colesterol, ceramidas e ácidos graxos, e pela inibição da função da enzima hidrolíticas reduzindo o ciclo normal de rompimento do lipídio até que a função de barreira da pele seja totalmente restaurada. A liberação de citocina e a inflamação promovem síntese de DNA e hiperplasia epidérmica, na tentativa de restaurar os elementos que constituem a função de barreira da pele. Quando a pele permanece exposta a um agente irritante por períodos prolongados ou é exposta diversas vezes ao irritante antes de poder recuperar-se, estabelece-se um ciclo vicioso caracterizado por reparação incompleta e aumento da inflamação das lesões (GHADIALLY, 1998).

Por muitos anos acreditou-se que a ureia proveniente da urina transforma-se em amônia (substância alcalina) em reação química com enzima, era responsável pelo dano à pele, mas estudos mostraram que o dano resulta do pH alcalino da pele, que naturalmente é ligeiramente ácido. O pH alcalino nos pacientes com incontinência dupla é responsável pela ativação de lípases e proteases. As lípases e proteases são também produzidas por uma variedade de

bactérias fecais. Essas enzimas quebram proteínas e contribuem para erosão da epiderme (BLACK *et al.*, 2011; JUNKIN; SELEKOF, 2007).

A incontinência fecal instalada de forma independente também é prejudicial à pele. Enzimas e bactérias intestinais podem enfraquecer a integridade do tecido e causar dano. As fezes líquidas estão associadas a maior teor de irritantes para a pele, má absorção de nutrientes, comprometimento da nutrição do paciente e maior probabilidade de DAI, principalmente em pacientes internados (BLACK *et al.*, 2011).

Efeitos secundários do contato da pele com a incontinência também predispõe ao surgimento da DAI, eles podem apresentar-se por hiper-hidratação e maceração do tecido, elevação da temperatura na região, devido aos dispositivos de contenção (fraldas), penetração dos irritantes e excessivas fricções na região acometida (LEYDEN *et al.*, 1977).

Outro efeito secundário de comprometimento da pele é a perda transepidérmica de água (PTEA), caracterizada pelo desequilíbrio do movimento da água no estrato córneo. Baixos valores de PTEA indicam movimento lento através do extrato córneo e umidade eficiente, e valores altos indicam movimento rápido por perturbação natural de hidratação da integridade dos lipídios (GRAY, 2010). As evidências sugerem que uma resposta inflamatória aos irritantes na epiderme seja o fator que desencadeia o início da PTEA, o que compromete a função de barreira, aumenta o pH da superfície e compromete o manto ácido protetor da pele, levando ao rompimento do estrato córneo (LEYDEN *et al.*, 1977; BLACK *et al.*, 2011).

O rompimento da epiderme também pode desencadear um processo de infecção na pele por invasão de bactérias fecais ou outros agentes oportunistas. As lesões por umidade estão, em geral, associadas à alteração na microbiota da pele, que podem acabar em infecção por *Staphylococcus* coagulase negativos, bactérias coliformes, *Candida albicans* e *Clostridium difficile*, sendo a invasão mais comum, aquela causada por *C. albicans*, considerando-se que em 48 a 72 horas uma pele comprometida por hiperemia e umidade, em geral, já está colonizada por esse microrganismo (FARANGE *et al.*, 2007).

A frequência e qualidade da higienização da pele acometida também contribuem para dano tecidual. Poucas trocas diárias expõem o paciente a umidade excessiva e a ação das enzimas, e várias trocas que demandam excesso de força (fricção) para higienização e uso de produtos alcalinos expõem o paciente a danos mecânico, químico ou ambas levando a alterações no pH (BEGUIN *et al.*, 2010). O pH da pele sadia é levemente ácido, oscila entre 5,0 e 5,9, podendo variar conforme a alimentação e a região do corpo monitorada. Quanto mais alcalino for o pH, maiores serão a hidratação e a maceração da pele, o que dificulta a reparação do dano causado (NIX; ERMER-SELTUN, 2004).

4.4 Sinais e sintomas da dermatite associada à incontinência

Os sinais de DAI podem variar de acordo com sua gravidade, podendo haver na área afetada um eritema brilhante de diferentes intensidades, com menor ou maior perda de exsudado claro, edema, fissuras, pápulas, vesículas, ligeira descamação, erosão, ulceração e até aparecimento de crostas. A dimensão da área afetada varia, podendo abranger o períneo, os grandes lábios e o escroto, glúteos, a face interna anterior e posterior das coxas e as regiões suprapúbica e infraumbilical. Os sinais são característicos da resposta inflamatória que ocorre por causa da exposição contínua aos irritantes (GRAY *et al.*, 2007).

A DAI causa desconforto e dor, podendo ser comparada a dor de uma queimadura. Para o indivíduo incontinente, cada episódio de eliminação é traumático, pois o incômodo causado pela dor aguda vem acompanhado da sensação de queimadura crônica nos intervalos de cada eliminação (JUNKIN; SELEKOF, 2008).

Especialistas alegam que as lesões provocadas por umidade causam uma tolerância menor a fricção e pressão, resultando em maior risco de ulceração (DEFLOOR *et al.*, 2005).

4.5 Fatores de risco da dermatite associada à incontinência

A partir da definição da DAI publicada no consenso de 2007 pelo JWOCN, especialistas citam a incontinência como principal fator de risco. Por esse motivo, podemos afirmar que indivíduo de qualquer faixa etária incontinente poderá desenvolver DAI, independentemente do sexo, etnia ou da condição social (GRAY *et al.*, 2007).

Segundo Junkin e Selekof (2007), os indivíduos incontinentes não institucionalizados, em situação de saúde equilibrada, tem menor risco de desenvolver DAI, se receberem um conjunto de cuidados específicos para pele. Já o indivíduo incontinente em situação de doença, hospitalização ou ambos, estará exposto a vários fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são inerentes ao paciente, tais como a idade, o nível de consciência, oxigenação, mobilidade, sensibilidade, estado nutricional, estado imunológico, morbidades e doenças associadas. Os fatores extrínsecos são aqueles derivados do ambiente, externos ao paciente, sendo os mais importantes à exposição à incontinência, umidade e fricção, a frequência e qualidade das higienizações. Há ainda relatos de que antibioticoterapia, e nutrição enteral e parenteral aumentam o risco de desenvolvimento de lesões de pele nos pacientes incontinentes, por alterarem a microbiota intestinal e o pH das fezes.

4.6 Instrumentos de avaliação da dermatite associada à incontinência

Especialistas sugerem a necessidade de elaboração e utilização de uma ferramenta ou instrumento que auxilie na mensuração da incidência e prevalência de DAI e que possa captar e administrar dados de diferentes pacientes, principalmente em unidades de cuidados intensivos, unidades de internação de curta e longa permanência e em instituições de cuidados extra-hospitalares (GRAY *et al.*, 2007).

Esses instrumentos de avaliação de risco, que classificação e intervém já foram desenvolvidos, porém ainda existe certa dificuldade dos profissionais de saúde em identificar corretamente a DAI, classificando esta afecção como úlcera por pressão (UP), nos seus estágios iniciais. Esta confusão chamou a atenção da NPUAP e da *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), que em 2009 estabeleceram em suas diretrizes que a DAI deve ser bem diferenciada da UP e não classificada em estágios I e II. Desde então, vive-se uma nova fase de reconhecimento da DAI como um evento adverso distinto, o que faz com que sua prevenção ganhe destaque nas instituições (GRAY *et al.*, 2007; BEECKMAN *et al.*, 2009; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2009).

A classificação da DAI deve ser avaliada a partir de um instrumento, ferramenta confiável ou ambos. A partir da década de 1990, foram propostos os primeiros instrumentos, desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA) para facilitar a identificação, classificação, avaliação, gravidade e gerenciamento da DAI. As publicações científicas citam cinco ferramentas ou instrumentos para avaliar a DAI (BIANCHI; SEGOVIA-GÓMEZ, 2012).

Em 1993, Brown e Sears propuseram o primeiro instrumento intitulado *Perineal Skin Assessment Tool* [Instrumento de Avaliação da Pele Perineal] (PSAT), desenvolvido para se classificar a DAI e mensurar o grau de perda tecidual em pacientes com câncer, sob protocolo de cuidados para a pele. É composto de quatro constructos: coloração da pele; integridade da pele; tamanho da área afetada medida em centímetros; e sintomas do paciente (BROWN, 1993; BROWN; SEARS, 1993).

Em 1997, Lutz, Leighton e Kennedy, publicaram o instrumento para avaliação da pele, idealizado para avaliação da gravidade da DAI, composto de três constructos: a área de ruptura da derme, medida em centímetros; coloração da lesão; e profundidade da erosão (LUTZ; LEIGHTON; KENNEDY, 1997).

Em 2002, Nix apresentou a *Perineal Assessment Tool* (PAT), um instrumento que avalia a pele perineal quanto ao risco de DAI, composta por quatro constructos: tipo e intensidade do agente irritante; duração do contato com o agente irritante; condições da pele perineal; e a quantidade de fatores que contribuem, inclusive o uso de antibióticos, diarreia (*Clostridium difficile*), dieta por cateter enteral e hipoalbuminemia. Houve validação posterior deste instrumento, com confiabilidade entre avaliadores relatada de 87% (NIX, 2002).

Em 2008, Junkin e Selekof propuseram a *Incontinence Associated Dermatitis, Intervention Tool* [Escala de Intervenção para Dermatite Associada à Incontinência] (ADITI). Esta escala é composta de três etapas, sendo o primeiro a orientação acerca do cuidado a ser prestado à pessoa incontinente; o segundo uma orientação quanto à identificação dos pacientes de risco e fotografias de casos de DAI para classificação nas fases leve, moderada, grave e fúngica; o terceiro propõe intervenções para diferentes fases. Este instrumento está em processo de validação nos EUA e na Áustria, onde é comparado ao PAT (JUNKIN; SELEKOF, 2008).

Em 2010, Borchert *et al.*, publicaram o *Incontinence Associated Dermatitis and it's Severity Instrument* (IADS), instrumento que propõe que se identifique a presença de DAI e sua gravidade. A construção e validação foram realizadas a partir da opinião de enfermeiros especialistas, inicialmente dois e depois sete. Em 2007, esse instrumento foi testado também por 247 especialistas na reunião da Sociedade Norte-Americana de Estomaterapia. O IADS é composto por quatro constructos: o primeiro avalia a localização em 13 áreas de ocorrência por meio de visualização fotográfica; o segundo, a coloração da pele, para a qual o avaliar se orienta por uma fita contendo três opções de cores; o terceiro avalia a perda de tecido, por meio de visualização fotográfica; e o quarto avalia se há presença de fungos, também por meio de visualização fotográfica. Para avaliação do terceiro e quarto construtos são utilizadas fotografias (BORCHERT *et al.*, 2010).

Apesar da existência dessas ferramentas planejadas especificamente para avaliar a DAI, no Brasil não foi identificada publicação referente à validação de instrumento ou ferramenta específica. As dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam para diagnosticar as afecções de pele, e diferenciar a DAI da UP, podem acarretar atrasos desnecessários na adoção das medidas de prevenção e no tratamento do paciente (BLACK *et al.*, 2011).

4.7 Prevenção e tratamento da dermatite associada à incontinência

A Prevenção da DAI é centrada em propostas de remoção dos irritantes a pele, combinada com a aplicação de regime de cuidados. A adesão a um cuidado da pele

consistente é a melhor maneira de remover irritantes e restaurar sua barreira protetora (BLACK *et al.*, 2011).

Identificar e tratar a causa da incontinência é a melhor maneira de prevenir e melhorar a qualidade de vida de uma pessoa com incontinência. As medidas de cuidado devem determinar o que está provocando a ocorrência da incontinência no paciente e avaliar seu risco para DAI, esse cuidado pode ser trabalhado a partir da inspeção diária da pele (JUNKIN; SELEKOF, 2008).

A limpeza da pele perineal deve ocorrer logo que possível, para limitar o contato com a urina, fezes ou ambos. Essa limpeza deve envolver produtos com pH próximo ao manto ácido da pele saudável (PH de 5,4-5,9). Aumentar o pH da pele pode aumentar o risco de colonização por microrganismos patógenos, a invasão a pele compromete sua função de barreira. Os produtos de limpeza devem combinar ingredientes detergentes e surfactantes para soltar e remover a sujeira ou substâncias irritantes. Alguns produtos ainda contêm emolientes, hidratantes ou umectantes para restaurar e preservar a função de barreira ideal (BEECKMAN *et al.*, 2011).

Destaca-se que a hidratação deve ser realizada para que haja reparação da barreira da pele, para reter e aumentar o teor de água, e reduzir a perda de água transepidermica, restaurando a capacidade da barreira lipídica e assegurando a redistribuição de água. Os hidratantes contêm combinações variadas de emolientes, umectantes e hidratantes para atingir os seus efeitos benéficos. Os hidratantes hidratam a pele e proporcionam proteção, melhorado a reparação e a permeabilidade. Os umectantes aumentam a absorção de água a partir da derme e da epiderme. Na evidência de hiper-hidratação ou maceração, um emoliente hidratante com baixo teor de água deve ser usado (BEECKMAN *et al.*, 2011).

Para estabelecer um regime de tratamento específico para DAI, as etapas de limpeza e hidratação abordadas na prevenção devem ser respeitadas. Contudo, a proposta estabelecida para o tratamento da DAI ainda deve incluir a proteção da pele a partir de qualquer exposição a irritantes, por meio de um protetor cutâneo, assim como, a erradicação das infecções da pele (BEECKMAN *et al.*, 2009).

O protetor cutâneo evita o colapso da pele devido à umidade e fatores irritantes. Os protetores mais usados atualmente são as pomadas à base de petrolato, dimeticona, cremes de óxido de zinco e os acrilatos líquidos de formação de película. Evidências sugerem que protetores da pele disponíveis comercialmente variam na sua capacidade de proteger a pele contra irritantes, prevenir a maceração, e manter a pele saudável. O que pode levar o profissional

de saúde a se confundir ao escolher a melhor opção para a composição de protocolo de prevenção (BEECKMAN *et al.*, 2011).

Algumas intervenções de apoio são necessárias para o tratamento da DAI. Essas incluem utilização de produtos de absorção ou confinamento e utilização de dispositivo de habitação, por exemplo, cateter urinário interno e externo ou sistema de desvio de fezes, a fim de restaurar ou manter a integridade da pele. O tratamento dependerá do tipo de incontinência, e também da gestão comportamental, como treinamento muscular do assoalho pélvico ou programas de treinamento da bexiga, da gestão farmacológica ou uso de cateterismo intermitente ou realização de intervenções cirúrgicas (BEECKMAN *et al.*, 2011).

Os cuidados para estabelecimento dos regimes de prevenção e tratamento a serem seguidos, devem ser analisados de forma criteriosa. Atualmente, estão disponíveis no mercado, várias alternativas, produtos e dispositivos para prevenção e tratamento da DAI. Essa diversidade pode levar o profissional de saúde a se confundir na hora de escolher a melhor opção para a composição de protocolo de prevenção. A escolha dos produtos utilizados padronizados em protocolo baseia-se primeiramente em evidências científicas, e é seguida de análise do custo do produto e da disponibilidade deste no mercado e ressarcimento pelas pagadoras de saúde (GRAY *et al.*, 2007).

5 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Para a elaboração dessa pesquisa será adotado como referencial teórico a prática baseada em evidências (PBE) e como referencial metodológico, a Revisão Integrativa.

5.1 *Prática baseada em evidências*

A PBE teve origem no trabalho do epidemiologista britânico Archie Cochrane, sendo uma abordagem para o cuidado e para o ensino (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004). Fundamenta-se no conhecimento e na qualidade da evidência com a finalidade de promover a melhoria dos serviços de saúde e diminuição dos custos operacionais. Ela surgiu como um elo entre os resultados da pesquisa e sua aplicação prática, uma vez que permite a tomada de decisão amparada no consenso das informações mais relevantes para o melhor cuidar (PEDROLO *et al.*, 2009).

A PBE envolve diversas ações que podem ser resumidas em seis etapas: apresentação e definição do problema clínico; identificação das informações necessárias; condução da busca de estudos na literatura; avaliação crítica da literatura; identificação da aplicabilidade dos dados oriundos dos estudos e a determinação de sua utilização para o paciente (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003; GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004). Ela também compreende sistemas de classificação do nível de evidências das recomendações propostas para a prática. Geralmente, esses sistemas são caracterizados de forma hierárquica, dependendo do delineamento da pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento do estudo (GALVÃO, 2006).

A enfermagem baseada em evidências (EBE) originou-se no movimento da medicina baseada em evidências. Seu pilar de sustentação, como a PBE, é a utilização de resultados de pesquisas na prática profissional. Também, pode ser definida como o uso consciente, explícito e criterioso de informações derivadas de teorias e pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupo de pacientes, levando em consideração as necessidades individuais e preferências dos mesmos (PEDROLO *et al.*, 2009). A EBE requer habilidades dos profissionais que não são tradicionais na prática clínica, pois exige que sejam identificadas questões essenciais na tomada de decisão, a busca de informações científicas pertinentes à pergunta e avaliação da validade das informações (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Para o desenvolvimento da EBE é preciso que o enfermeiro tenha conhecimento e competência para interpretar os resultados das pesquisas; haja cultura gerencial e

organizacional da instituição que favoreça a utilização de pesquisas; existência de recursos humanos e financeiros compatíveis com o necessário e os achados da pesquisa a ser implementada estejam de acordo com a preferência dos pacientes e de seus familiares (PEDROLO *et al.*, 2009).

O termo baseado em evidência implica o uso e aplicação de pesquisas como base para a tomada de decisões sobre a assistência à saúde, sendo a qualidade da evidência um aspecto crucial na prática baseada em evidências. Para avaliar a qualidade das evidências, o profissional de saúde deve compreender a abordagem metodológica na qual a pesquisa está inserida. Compreender as diferentes abordagens metodológicas é essencial e a escolha da abordagem quantitativa ou qualitativa é guiada pela questão da pesquisa. Faz-se importante esclarecer que o termo evidência é “algo” que fornece provas, e a evidência pode ser categorizada em níveis (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Questões de pesquisa orientadas para a causa, prognóstico, diagnóstico, prevenção, tratamento ou custos sobre problemas de saúde são melhores respondidas utilizando a abordagem quantitativa, enquanto que questões sobre o significado ou experiência de doença e compreensão dos sentimentos do paciente sobre os efeitos de uma intervenção são melhores respondidas utilizando a abordagem qualitativa (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

As melhores evidências de pesquisas provêm de estudos clínicos sobre a acurácia e a precisão dos exames diagnósticos. A qualidade da evidência é atribuída pela sua validade e relevância. Isso quer dizer que, antes de se usar uma informação numa decisão clínica, ela deve ser avaliada quanto a sua acurácia, relevância e aplicabilidade na situação em questão (CRUZ; PIMENTA, 2005).

O ensaio clínico controlado randomizado é a abordagem quantitativa que fornece a melhor evidência possível para avaliar a eficácia de intervenções de saúde. Outras metodologias empregadas para formação de evidências científicas são a revisão sistemática e a revisão integrativa de literatura, que consiste em revisões de literatura que empregam um método criterioso de seleção dos artigos e compilação dos dados sobre um assunto específico. A identificação desta hierarquia auxilia a análise crítica das evidências realizadas pelo enfermeiro para aplicação ou não na prática profissional (PEDROLO *et al.*, 2009).

A revisão sistemática é um método de pesquisa que tem como princípio geral a exaustão na busca dos estudos relacionados à questão clínica formulada, seguindo método rigoroso de seleção, avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas, já a revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem

como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa) (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

5.2 *Revisão integrativa*

A revisão narrativa, também denominada de revisão de literatura tradicional recebe várias críticas por parte dos pesquisadores, uma vez que o método de busca bibliográfica e seleção dos estudos não são padronizados e explicitados. Os resultados obtidos com tais revisões são tendenciosos, não esgotam toda a literatura disponível sobre o tema pesquisado, portanto, são inconclusivos.

A premissa para a obtenção de evidência é a adequada definição da pergunta de pesquisa e criação de estrutura lógica para a busca bibliográfica de evidências na literatura, que facilitam e maximizam o alcance dos resultados. Um método de pesquisa que tem como princípio geral a exaustão na busca dos estudos relacionados à questão clínica formulada, seguindo método rigoroso de seleção, avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas é a revisão sistemática. Tem sido recomendado que os estudos incluídos neste tipo de revisão tenham delineamento de pesquisa experimental, ou seja, que se caracterizem como ensaios clínicos randomizados controlados (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

Quando os estudos incluídos na revisão sistemática apresentam a mesma questão clínica, a mesma população e o mesmo delineamento de pesquisa, implementam e mensuram a intervenção de uma mesma forma, lança-se mão da metanálise como método de pesquisa. Neste método, utiliza-se a estatística para combinar e reunir os resultados de múltiplos estudos primários, melhorando a objetividade e validade dos resultados (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Outro método de revisão usado pelos pesquisadores é a revisão integrativa também tem como finalidade reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para atingir o objetivo proposto neste estudo, optou-se pela revisão integrativa como método de revisão de literatura. A escolha é justificada devido ao fato de ser este um método que possibilita a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A revisão integrativa reúne e sintetiza os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão a partir dos resultados evidenciados em cada estudo.

Estes são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento preexistente sobre o tema investigado. É um método que permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática. A construção da revisão integrativa deve seguir padrões de rigor metodológico, os quais possibilitarão identificar as características dos estudos analisados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem (POMPEO; GALVÃO; ROSSI, 2009).

A revisão integrativa tem o potencial de construir um conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade. Torna os resultados de pesquisa mais acessíveis, uma vez que em um único estudo o leitor tem acesso a diversas pesquisas realizadas, ou seja, o método permite agilidade na divulgação do conhecimento, na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Uma das vantagens no uso de revisões integrativas é a habilidade de reunir dados de diferentes tipos de delineamentos de pesquisas, abrangendo literatura teórica empírica. Embora a inclusão de múltiplos delineamentos de pesquisas possa complicar a análise, uma vez que uma maior variedade no processo de amostragem tem o potencial de aumentar a profundidade e abrangência das conclusões. A riqueza do processo de amostragem também pode contribuir para um retrato compreensivo do tópico de interesse (WHITTEMORE, 2005).

Portanto, a revisão integrativa é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, pois facilita a utilização desses na prática clínica, proporcionando uma síntese do conhecimento produzido e fornecendo subsídios para a melhoria da assistência à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

6 PERCURSO METODOLÓGICO

Para elaborar uma revisão integrativa capaz de subsidiar a implementação de intervenções eficazes no cuidado aos pacientes, é necessário que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas. O processo de elaboração da revisão integrativa encontra-se bem definido na literatura; entretanto, diferentes autores adotam formas distintas de subdivisão de tal processo, com pequenas modificações. No geral, para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, similares à pesquisa primária (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração deste estudo foram percorridas seis fases propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010), Mendes, Silveira e Galvão (2008).

6.1 *Primeira fase: identificação do tema e definição da questão de pesquisa*

Nessa fase define-se a pergunta norteadora, a mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O assunto deve ser definido de maneira clara e específica, sendo que a objetividade inicial predispõe todo o processo a uma análise direcionada e completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A PBE propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e organizados por meio da estratégia PICO, que representa um acrônimo para *Paciente*, *Intervenção*, *Comparação* e *Outcomes* e na língua inglesa significa desfecho. A estratégia PICO pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas, entre outras. Uma pergunta de pesquisa elaborada adequadamente, isso é, bem construída, possibilita a definição correta de quais informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, maximizando a recuperação de evidências nas bases de dados, focando o escopo da pesquisa e evitando a realização de buscas desnecessárias (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Considerando que esta pesquisa é baseada em evidências, utilizou-se como processo para encontrar a resposta apropriada à dúvida a estratégia PICO demonstrada no Quadro 1.

QUADRO 1 - Descrição da estratégia de PICO para elaboração da pergunta de pesquisa. Belo Horizonte, 2013

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou População	Paciente com incontinência urinária, fecal ou mista.
I	Intervenção	Uso de estratégias ou dispositivos para prevenção ou tratamento da DAI.
C	Controle ou comparação	A comparação poderá ser com nenhuma estratégia ou dispositivo, entre estratégias ou dispositivos diferentes.
O	Outcomes/Desfecho Clínico	Prevenção: DAI Tratamento: cura da DAI, classificação da DAI (mudança na área de dermatite).

Sendo assim, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: quais estratégias e dispositivos são eficazes para prevenção e tratamento da dermatite associada à incontinência?

Prevenir significa preparar, conhecer antecipadamente, prever, evitar ou impedir que se realize um dano, um mal ou um perigo. Desse modo, o objetivo da prevenção é a ausência da doença. A prevenção se baseia no conhecimento do funcionamento das doenças e dos mecanismos para o seu controle, dessa forma evitamos a necessidade do tratamento (PENTEADO; SERVILHA, 2010).

A DAI pode ser classificada em três níveis distintos como *Leve*: vermelhidão leve, pele intacta, ligeiro desconforto; *Moderada*: vermelhidão médio, presença de descamação da pele ou descamação de pequenas áreas de pele ou pequenas bolhas; e *Grave*: vermelhidão escuro ou intensa presença de erupção mais profunda da pele, descamação ou erosão, grandes bolhas e dor (BIANCHI; SEGOVIA-GÓMEZ, 2012).

6.2 Segunda fase: amostragem ou busca na literatura

Essa fase está intrinsecamente relacionada à fase anterior. Ocorre à busca em base de dados que deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não publicado (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

A inclusão e exclusão de artigos foram conduzidas de maneira criteriosa e transparente, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

6.2.1 Bases de dados pesquisadas

Nesta revisão optou-se pela utilização de sete bases de dados para o levantamento do estudo, sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

(LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Base de dados de Enfermagem (BDENF) e a Biblioteca Cochrane. A escolha foi feita a partir da necessidade de se investigar a produção em saúde de forma geral sobre o tema da pesquisa.

A base de dados LILACS, engloba referências indexadas desde 1982. É base cooperativa da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), que compreende a literatura relativa às ciências da saúde publicada nos países latino-americanos e região. O seu acesso é gratuito pela Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME que é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) estabelecido no Brasil desde 1967 em colaboração com o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, a Secretária da Saúde do Estado de São Paulo e a Universidade Federal de São Paulo. O seu acesso pode se dar por meio eletrônico no endereço <http://www.bireme.br> (GARBIN, 2010).

A MEDLINE é base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine* (NLM) dos EUA. Contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. O seu acervo consiste de referências de artigos publicados desde 1966 até o momento, que cobrem as áreas de medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é mensal. O acesso às citações bibliográficas e aos resumos é gratuito por meio do PubMed, sendo disponível no endereço eletrônico <http://www.usp.br/sibi> (GARBIN, 2010).

A base de dados CINAHL consiste em uma base de dados para enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, emergência e tratamentos alternativos. Sua versão computadorizada iniciou-se em 1982 e inclui referências bibliográficas de mais de 250.000 artigos oriundos de mais de 650 periódicos de língua inglesa (GALVÃO, 2002); o acesso é gratuito para instituições conveniadas com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no endereço: <http://www.periodicos.capes.gov.br> (PEDERSOLI, 2009).

A IBECS é produzido pela *Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo de España* (<http://www.isciii.es/>). Contém referências bibliográficas de artigos científicos publicados em revistas de Ciências da Saúde editadas na Espanha, abrangendo áreas como Medicina (incluindo Saúde Pública,

Epidemiologia e Administração Sanitária), Farmácia, Veterinária, Psicologia, Odontologia e Enfermagem (GARBIN, 2010).

O SCIELO é um projeto consolidado de publicação eletrônica de periódicos científicos, seguindo o modelo de Open Access, que disponibiliza de modo gratuito, na internet, textos completos dos artigos de mais de 290 revistas científicas do Brasil, Chile, Cuba, Espanha, Venezuela e outros países da América Latina. Além da publicação eletrônica dos artigos, a SCIELO provê enlaces de saída e chegada por meio de nomes de autores e de referências bibliográficas. Também publica relatórios e indicadores de uso e impacto das revistas, sendo disponível no endereço eletrônico <http://www.scielo.org> (PEDERSOLI, 2009).

A BDENF é uma fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem. Sua operação, manutenção e atualização são coordenadas pela Escola de Enfermagem da UFMG e Centros Cooperantes da Rede Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem (BVS Enfermagem). Contém artigos das revistas mais conceituadas da área de Enfermagem, e outros documentos, por exemplo, teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais, o seu acesso é gratuito pela BVS da BIREME, que é um Centro especializado da Organização Pan-Americana de Saúde. Em 1967 foi criada no Brasil em colaboração com o Ministério da saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo. É acessada por meio eletrônico no endereço <http://www.bireme.br> (PEDERSOLI, 2009).

A Biblioteca Cochrane tem coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde, em inglês. Inclui texto completo das revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane, além de ensaios clínicos, estudos de avaliação econômica em saúde, informações de avaliação de tecnologias em saúde e revisões sistemáticas resumidas criticamente. O seu acesso é gratuito pela BVS BIREME (PEDERSOLI, 2009).

6.2.2 Descritores utilizados

Para a busca bibliográfica dessa pesquisa foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BIREME, que possuem vocabulário estruturado, trilingue (português, inglês e espanhol), baseado em coleções de termos organizados para facilitar o acesso à informação (PELLIZZON, 2004).

Foram utilizados os seguintes descritores controlados: Dermatite Irritante (Dermatitis, Irritant, Dermatitis Irritante), Dermatite de Contato (Dermatitis, Contact, Dermatitis por

Contacto), Dermatite das Fraldas (Diaper Rash, Dermatitis del Pañal), Incontinência Urinária (Urinary Incontinence, Incontinencia Urinaria) e Incontinência Fecal (Fecal Incontinence, Incontinencia Fecal).

De acordo com os DeCS, *Dermatite Irritante* é uma dermatite de contato não alérgica causada pela exposição prolongada a agentes irritantes e não explicada por mecanismos de hipersensibilidade tardia. A *Dermatite de Contato* é definida como um tipo de reação cutânea crônica ou aguda, na qual a sensibilidade é manifestada pela reatividade a materiais ou substâncias mantidos em contato com a pele. Pode envolver mecanismos alérgicos ou não alérgicos. O descritor *Dermatite das Fraldas* é um tipo de dermatite irritante localizada na área de contato com uma fralda e ocorrendo principalmente como uma reação ao contato prolongado com urina, fezes, ou sabão ou detergente retido.

O descritor *Incontinência Urinária* é definido por perda involuntária da urina, como um vazamento de urina. É um sintoma de vários processos patológicos básicos e o descritor *Incontinência Fecal* é a incapacidade de controle voluntário dos esfíncteres anais com passagem involuntária de fezes e flatos.

6.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão dos artigos selecionados na revisão integrativa foram os seguintes:

- artigos publicados em inglês, espanhol e português;
- artigos publicados em periódicos que relatavam a prevenção e / ou tratamento da DAI;
- artigos publicados no período de 2005 a 2012;
- estudo primário cuja amostra seja composta por pessoas, independente da idade, com risco para ou DAI já instalada e a intervenção realizada teve objetivo de prevenir ou tratar a DAI e o resultado avaliado foi a ocorrência ou regressão desse agravo.

Os critérios de exclusão adotados estão elencados a seguir:

- artigos que não estejam na íntegra;
- artigos que tratem de dermatite que não seja por incontinência;
- publicações que não sejam estudos primários, por exemplo, revisões narrativas da literatura, editoriais, carta-resposta e publicações de diretrizes.

6.2.4 População e amostra

No mês de dezembro de 2012, foi realizada a busca nas bases de dados descritas anteriormente, utilizando estratégias com os cinco descritores selecionados e limites relacionados aos critérios de inclusão e exclusão.

A estratégia de busca e o número de estudos identificados em cada base estão sintetizados no Quadro 2.

QUADRO 2 - Estratégia, identificação e seleção dos estudos para composição da amostra. Belo Horizonte, 2013

Estratégia de busca	Bases de dados	Estudos identificados
(dermatitis, irritant OR dermatitis, contact OR diaper rash) AND (urinary incontinence OR fecal incontinence)	MEDLINE	36
(dermatitis, irritant OR dermatitis, contact OR diaper rash) AND (urinary incontinence OR fecal incontinence)	CINAHL	22
(dermatitis, irritant OR dermatitis, contact OR diaper rash) AND (urinary incontinence OR fecal incontinence)	Biblioteca Cochrane	0
(dermatitis, irritant OR dermatitis, contact OR diaper rash) AND (urinary incontinence OR fecal incontinence)	SCIELO	0
(dermatitis, irritant OR dermatitis, contact OR diaper rash) AND (urinary incontinence OR fecal incontinence)	IBECS	0
(dermatitis, irritant OR dermatitis, contact OR diaper rash) AND (urinary incontinence OR fecal incontinence)	BEDNF	0
(dermatitis, irritant OR dermatitis, contact OR diaper rash) AND (urinary incontinence OR fecal incontinence)	LILACS	0
TOTAL		58

Após a adoção dos critérios de inclusão e exclusão, leitura do título, do ano de publicação, do resumo ou dos artigos pré-selecionados na íntegra, alguns artigos foram excluídos, sendo mantido um número bem menor, conforme apresentado no Quadro 3.

QUADRO 3 - Artigos selecionados para o presente estudo de acordo com cada base de dados pesquisada. Belo Horizonte, 2013

Base de dados	Total de artigos
MEDLINE	2
CINAHL	0
Biblioteca Cochrane	0
SCIELO	0
IBECS	0
BEDNF	0
LILACS	0
TOTAL	2

Na base de dados MEDLINE, do total de 36 artigos pré-selecionados, 34 não tratavam de estudos primários, sendo então, selecionados dois artigos para inclusão no estudo. Na base CINAHL havia dois artigos repetidos e os outros 20 eram estudos secundários. Nas bases de dados LILACS, SCIELO, BDEF, IBICS e na Biblioteca Cochrane não foram identificados publicações com as estratégias usadas. Portanto, inicialmente, foi obtida para o presente trabalho uma amostra composta de dois estudos, apresentados no Quadro 4.

QUADRO 4 - Artigos selecionados para o presente estudo. Belo Horizonte, 2013

Código	Título do artigo	Ano	Base de dados
01	An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention	2007	MEDLINE
02	A 3-in-1 Perineal Care Washcloth Impregnated With Dimethicone 3% Versus Water and pH Neutral Soap to Prevent and Treat Incontinence-Associated Dermatitis. A Randomized, Controlled Clinical Trial	2010	MEDLINE

6.3 Terceira fase: coleta de dados

Para extrair os dados dos artigos selecionados faz-se necessário a utilização de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro. Os dados devem incluir: definição dos sujeitos, metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos embasadores empregados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a definição das informações a serem extraídas dos estudos que compuseram a amostra foi utilizado um instrumento para coleta de dados elaborado e validado por Ursi e Galvão (2005) e adaptado para o presente estudo (APÊNDICE).

6.4 Quarta fase: análise crítica dos estudos incluídos

Essa fase é análoga à análise dos dados das pesquisas convencionais, demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. A experiência clínica do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e resultados, além de auxiliar na determinação de sua utilidade na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Essa fase inclui a apresentação dos resultados e a classificação hierárquica das evidências. Para essa pesquisa adotou-se a categorização descrita por Pompeo, Rossi e Galvão (2009), apresentada no Quadro 5.

QUADRO 5 - Classificação dos níveis de evidências. Belo Horizonte, 2013

Nível de evidência	Classificação das evidências
Nível I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados.
Nível II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado.
Nível III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização.
Nível IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.
Nível V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
Nível VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.
Nível VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Fonte: Pompeu, Rossi, Galvão (2009).

A força da evidência nessa classificação é definida por características das fontes em que foram geradas. As pesquisas clínicas são as fontes de evidências fortes e, quanto mais bem delineadas, mais forte a evidência (MENDES; SIQUEIRA; GALVÃO, 2008).

Os dados foram analisados pelo pesquisador de forma descritiva, uma vez que os estudos obtidos apresentam diferentes delineamentos, metodologias e desfechos avaliados. E para facilitar o entendimento, os principais resultados foram apresentados em tabelas, quadros sinópticos e gráficos.

6.5 Quinta fase: discussão dos resultados

Esta fase corresponde ao item de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

6.6 Sexta fase: apresentação da revisão integrativa

A apresentação da revisão integrativa deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações pertinentes e detalhadas baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Destaca-se que a quarta, quinta e sexta fases serão apresentadas nos itens “Resultados” e “Discussão” da presente monografia.

7 RESULTADOS

Os dois estudos da amostra eram publicações em inglês, ambos publicados no periódico de enfermagem, intitulado *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, classificado pelo Qualis/Capes em A1. Ao considerar o país de origem das pesquisas que geraram os estudos, tem-se que uma é de origem americana e a outra, de origem belga e foram realizadas em instituições hospitalares vinculadas a universidades. Os dois estudos tinham um total de dez autores, sendo cinco em cada. Todos eram enfermeiros com pós-graduação na área da temática da pesquisa.

Quanto à área de atuação dos dez autores, essa informação estava presente nas duas (100%) publicações. Desses, 60% eram docentes e 40% atuavam em outras áreas, como por exemplo, na área de pesquisa exclusivamente.

No que diz respeito ao período das publicações, estas foram realizadas nos anos de 2007 e 2011, compreendendo um intervalo de quatro anos entre elas.

O Quadro 6 apresenta a caracterização dos artigos de acordo com o desenho do estudo e o respectivo nível de evidência.

QUADRO 6 - Caracterização dos estudos quanto ao desenho e nível de evidência. Belo Horizonte, 2013

Código	Data da publicação	Título do artigo	Autoria	Tipo de estudo	Nível de evidência
E01	2007	An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention	Bliss D. Z.; Zehrer, C.; Savik, K.; Smith, G.; Hedlom, E.	Ensaio clínico sem randomização controlado	III
E02	2011	A 3-in-1 Perineal Care Washcloth Impregnated With Dimethicone 3% Versus Water and pH Neutral Soap to Prevent and Treat Incontinence-Associated Dermatitis. A Randomized, Controlled Clinical Trial	Beeckman, D.; Verhaeghe, S.; Defloor, T.; Schoonhoven, L.; Vanderwee, K.	Ensaio clínico randomizado controlado	II

Os estudos são resultados de pesquisa clínica controlada com seleção randômica (E01) e não randômica (E02), classificados com nível de evidência em II e III, respectivamente. Observou-se que o artigo de nível II foi realizado na Bélgica e o outro artigo de nível III foi realizado nos Estados Unidos.

A síntese dos objetivos, da metodologia, dos resultados e conclusão dos estudos da amostra estão apresentados no Quadro 7.

QUADRO 7 - Síntese dos objetivos, metodologia, resultados e conclusão dos estudos da amostra. Belo Horizonte. 2013

Código	Objetivo	Metodologia			Resultado	Conclusão
		Amostra	Intervenção	Desfecho		
E01	Determinar o custo e a eficácia de quatro diferentes regimes de prevenção de DAI em residentes de casas de repouso.	981 pessoas residentes em casa de repouso (51% da população) com incontinência urinária e/ou fecal sem lesões na pele perineal. Tempo de tratamento: seis semanas	<p>1- Regime W: Filme formador de barreira a base de polímero de acrilato aplicado 3 vezes por semana.</p> <p>2- Regime X: Unguento de petrolato a 43% aplicado após cada episódio de incontinência.</p> <p>3- Regime Y: Combinação de óxido de zinco 12% com creme dimeticona 1% aplicado após cada episódio de incontinência</p> <p>4- Regime Z: Unguento de petrolato 98% aplicado após cada episódio de incontinência</p>	1- Custo 2- DAI.	<p>1- Custo: Custo do produto de limpeza: W: \$ 0,06 / Z: \$ 0,06 / Y: \$ 0,08 / X: \$ 0,09 Custo dos regimes (produto + trabalho): W: \$ 0,05 / Y: \$ 0,34 / Z: \$ 0,39 / X: \$ 0,40 O custo total do regime W foi menor comparado com os outros regimes (X, Y, Z). Economia do custo total variou de US\$ 0,40 a US\$ 0,85 por episódio de incontinência.</p> <p>2- DAI: Desenvolvimento da DAI em 3,4% da amostra estudada (33/981). Prevalência da DAI: W = 3,5%, X = 2,1%, Y = 4,0%, Z = 4,1%.</p>	Uso de um regime definido de cuidado da pele e de produtos de qualidade está associado à menor incidência da DAI na população de alto risco.
E02	Comparar a eficácia de uma toalha três em um de cuidado perineal contra o atendimento padrão de (água e sabão pH neutro) para prevenir e tratar DAI.	141 pessoas residentes em casa de repouso (32,9% da população) que estavam em risco ou afetados pela DAI decorrente da incontinência urinária, fecal ou ambas, ou os idosos apresentavam eritema da pele perineal não causada por uma pressão ou corte, ou pele edematosa na área genital.	<p>Grupo experimental: aplicado pano macio composto de fibra de poliéster / celulose (pH 3,5-5,0) impregnada com 3% dimeticona, durante a rotina diária de higiene da pele perineal e após cada troca de fralda.</p> <p>Grupo controle: aplicado pano macio, água e um sabão neutro (pH, 6,5-7,5), durante a rotina de higiene da pele, após cada período de incontinência fecal/urinária e após cada troca de fralda.</p>	1- Prevalência da DAI. 2- Gravidade de DAI.	<p>1- Prevalência: DAI: grupo experimental: 22,3% (1º dia: 22,3% / 120 dias: 8,1%) / grupo controle: 22,8% (1º dia: 22,8% / 120 dias: 27,1%). Descoloração da pele perineal: grupo experimental: 27,9% / grupo controle: 25,0%. Hiper-hidratação presente: grupo experimental: 17,7% / grupo controle 14%. 2- Gravidade: Gravidade da DAI Escore acumulativo (pontuação máxima = 10 pontos) com base na área da pele afetada, o grau de vermelhidão e profundidade (ferramenta utilizada pelos autores): grupo experimental (dia 1: 6,9/10; 120 dias: 3,9/10) / grupo controle (dia 1: 7,3/10; 120 dias: 6,4/10) Nenhum paciente de ambos os grupos desenvolveu sinais clínicos de infecção bacteriana ou fúngica.</p>	Um regime de cuidados definido (estruturado) da pele, incluindo o uso de uma toalha três em um de cuidado perineal impregnado com dimeticona 3%, resultou em uma significativa redução na prevalência de DAI e uma tendência de diminuição de lesões mais graves.

Dos dois objetivos descritos nos estudos, o do E01 determina o custo e a eficácia de quatro diferentes regimes de prevenção da DAI em residentes de casas de repouso, e o do E02 compara a eficácia de dois cuidados para prevenção e tratamento da DAI, utilizando uma toalha três em um e o padrão de atendimento (água e sabão pH neutro). As intervenções

descritas no artigo 01 têm por desfecho a prevenção da DAI e no artigo 02 os desfechos avaliados referem à prevenção e tratamento da DAI.

A amostra dos estudos foi calculada *a priori*, composta por idosos. No E01, os 981 idosos apresentavam incontinência urinária, fecal ou ambas, sem lesão na pele perineal e provenientes de 16 lares de idosos estratificados por localização de quatro regiões dos Estados Unidos. No E02, os 141 idosos estavam em risco ou afetados pela DAI decorrente da incontinência urinária, fecal ou ambas, ou os idosos apresentavam eritema da pele perineal não causada por uma pressão ou corte, ou pele edematosa na área genital. Essas pessoas estavam em 11 enfermarias de quatro lares de idosos na Bélgica. Os critérios de inclusão e exclusão foram bem estabelecidos em cada estudo e os dados avaliados sofreram tratamento estatístico. O E01 apresentou um nível de significância estipulado *de* $P < 0,001$ e o E02 o nível de significância estipulado foi de $P > 0,05$.

No E01 a maioria (78,6%) dos idosos era incontinente de fezes e urina, mas, 19,6% eram incontinentes de urina e 1,8 % incontinentes de fezes, no E02 60% dos idosos eram incontinentes de urina, 30% incontinentes de fezes e 10% incontinentes de fezes e urina. A prevalência média de incontinentes fecais, representada pelos dois estudos, considerando incontinentes fecais e incontinentes misto é de 60,20%.

Os dois estudos desta pesquisa avaliaram mais de um resultado, no E01 o desfecho avaliado foi o custo do regime utilizado para prevenção da DAI e a prevalência da DAI com a utilização das terapias utilizadas nos regimes. No E02 o desfecho avaliado foi a prevalência da DAI e o desenvolvimento da gravidade da DAI a partir das propostas de cuidados avaliados.

O tempo de acompanhamento do E01 foi de seis semanas e do E02 de 120 dias. No E01 os autores comparam a eficácia de quatro regimes para o cuidado da pele para prevenir a DAI. Os regimes incluíram um filme formador de barreira à base de polímero de acrilato aplicado três vezes por semana (Regime W), um unguento de petrolato 43% aplicado após cada episódio de incontinência (Regime X), uma combinação com 12% de óxido de zinco e creme de dimeticona 1% aplicado após cada episódio de incontinência (Regime Y) e um unguento contendo 98% de petrolato que foi aplicado após cada episódio de incontinência (Regime Z). No E02 os autores compararam a eficácia de um tratamento de uma toalhinha perineal denominada três em um (toalha macia, impregnada com dimeticona 3%, com limpeza, hidratação, proteção e propriedades de barreira) contra padrão de cuidados (água e sabão pH neutro) para evitar e tratar a incontinência urinária associada à DAI.

No E01 não houve diferença significativa no desenvolvimento de novos casos de DAI comparando os quatro regimes usados. A incidência geral de DAI entre idosos foi de 3,4% e a incidência de qualquer lesão na pele perineal, inclusive úlceras por pressão, foi de 4,6%. Os resultados sugerem que o uso de um regime definido de cuidado da pele e do uso de produtos de qualidade está associado a menor incidência da DAI numa população de alto risco.

No E02, a prevalência da DAI foi semelhante nos grupos experimental e controle (22,3% e 22,8%). O efeito da aplicação da toalhinha perineal três em um foi significativa na redução da taxa de prevalência da DAI, pois no grupo experimental encontrou-se 8,1% e no grupo controle, 27,1%. A severidade da DAI foi avaliada diariamente por enfermeiros, a partir da condição da pele (superfície da lesão da região perineal em cm², profundidade e vermelhidão) Para isso, utilizou-se uma ferramenta própria, com escore acumulativo, cuja pontuação máxima é igual a 10. Nos grupos experimental e controle foram obtidos 6,9 e 7,3 pontos, respectivamente e com a aplicação da toalhinha perineal três em um, também foi observado uma diminuição na gravidade dos efeitos da DAI. No grupo experimental a pontuação reduziu para 3,8 e no controle para 6,9. Os resultados fornecem indícios para a utilização de toalhinhas perineal três em um para o cuidado perineal eficaz comparados com a utilização de água e um sabão neutro de pH para prevenir e tratar a DAI.

Observou-se que os autores dos estudos não utilizaram instrumento específico para classificação prévia da DAI. No E02 os autores optaram por utilizar um instrumento durante a seleção da amostra para diferenciar a DAI da úlcera por pressão. O instrumento aplicado foi elaborado pelo EPUAP e NPUAP.

Em ambos os estudos há descrição das limitações e vieses identificados pelos autores. No E01 destacaram que o índice de massa corporal dos idosos não foi calculado, assim como o índice da necessidade de cuidados e o curto período de tempo para vigilância prospectiva das taxas de incontinência (três dias). No E02, as limitações mais importantes foram a ausência de uma ferramenta apropriada para avaliar e classificar a gravidade da DAI, a não conclusão dos testes de confiabilidade do instrumento proposto, não padronização do uso de cuecas de contenção e fraldas, assim como a utilização de sabões de pH neutro utilizado pelo grupo controle. Destaca-se que essas limitações e fragilidades não inviabilizaram o estabelecimento de recomendações para prevenção e tratamento da DAI.

A análise dos estudos permitiu o estabelecimento de recomendações sobre os principais cuidados com a pele de pessoas incontinentes e a adoção de estratégias e uso de dispositivos para prevenção e tratamento da DAI, apresentadas nos quadros 8 e 9.

QUADRO 8 - Recomendações para prevenção da DAI. Belo Horizonte, 2013

Recomendações	Nível de evidência
Utilizar regularmente emolientes e protetores para a pele.	Nível III
Estabelecer um regime para prevenção da DAI que incluiu um pH equilibrado, limpeza e hidratação da pele e uma barreira à umidade.	Nível III
Aplicar três vezes por semana filme formador de barreira a base de polímero de acrilato.	Nível III
Aplicar suavemente após cada episódio de incontinência um regime de cuidado contendo 12% de óxido de zinco + creme dimeticona ou unguento de petrolato (43% ou 98%).	Nível III

QUADRO 9 - Recomendações para tratamento da DAI. Belo Horizonte, 2013

Recomendações	Nível de evidência
Usar fraldas absorventes para manter a pele afastada da umidade.	Nível II
Utilizar toalhas macias compostas de fibra de poliéster / celulose (pH 3,5-5,0) impregnada com 3% dimeticona, durante a rotina diária de higiene da pele perineal e depois de cada troca de fralda.	Nível II

Foram elaboradas seis recomendações, quatro sobre a prevenção da DAI, classificadas em nível de evidência III e duas sobre o tratamento, classificadas em nível II. Os cuidados referentes à prevenção da DAI envolvem higienização e proteção da pele e para o tratamento preconiza uso de dispositivo (fralda) e aplicação de produto na área lesada.

Destaca-se que foram elaboradas seis recomendações comuns à prevenção e tratamento da DAI, descritas no Quadro 10.

QUADRO 10 - Recomendações para prevenção e tratamento da DAI. Belo Horizonte, 2013

Recomendações	Nível de evidência
Estabelecer um protocolo de cuidados para prevenção e tratamento da pele do incontinente.	Nível II
Capacitar toda equipe assistencial sobre a DAI.	Nível II
Avaliar diariamente a pele do paciente sob o risco da DAI e do paciente incontinente.	Nível II
Minimizar o contato de irritantes sobre a pele dos pacientes sob risco ou incontinentes.	Nível II
Realizar os procedimentos de higienização de forma suave, reduzindo os danos da fricção.	Nível II
Utilizar produtos que tenham o pH neutro durante a rotina de higienização da pele.	Nível II

Todas as recomendações comuns aos dois temas trabalhados (prevenção e tratamento) apresentam nível de evidência II e preconizam a elaboração de protocolo, capacitação, avaliação do paciente incontinente, minimização de contato com agente irritantes e a forma de se higienizar a pele.

8 DISCUSSÃO

A DAI engloba uma manifestação clínica de danos à pele, associada à umidade frequente, podendo apresentar-se como uma inflamação da pele, que ocorre com ou sem erosão ou infecção cutânea secundária. Muitas vezes, é detectada até que a inflamação significativa, maceração, ou erosão da pele ocorre (BLACK *et al.*, 2011).

A preocupação dos profissionais da prática clínica em relação à prevenção e tratamento da DAI extrapola o Brasil. Esse fato pode ser confirmado pelos estudos da amostra. Verificou-se, assim, uma pesquisa norte-americana e uma pesquisa europeia, porém ambas publicadas em periódico americano de impacto e circulação internacional. Marques (2011) afirma que os artigos não publicados em inglês diluem o impacto médio das publicações. Isso acontece particularmente em campos aplicados, como a medicina clínica e a engenharia e também, com as ciências sociais e as humanas.

Os autores do E01 e E02 são enfermeiros que se destacam no mundo acadêmico, responsáveis pela elaboração de vários consensos e diretrizes internacionais sobre o tema abordado, além de ser docentes de instituições renomadas. De modo geral, as instituições são centros de ensino, de pesquisa e de atendimento ao público. Conforme Galvão, Sawada e Mendes (2003), as instituições prestadoras de serviços de saúde devem proporcionar suporte organizacional para que o enfermeiro e outros profissionais de saúde fundamentem suas ações em conhecimento científico, e os órgãos formadores devem direcionar esforços para o preparo destes profissionais frente a pesquisa.

Destaca-se, que as publicações de E01 e E02 ocorreram nas mesmas datas das publicações de consensos sobre a DAI e no mesmo periódico – JWOCN. Observa-se ainda, que os autores dos artigos selecionados também estão presentes nas publicações dos consensos.

Os estudos selecionados eram de nível de evidência II e III. De acordo com Galvão, Sawada e Mendes (2003), o conhecimento da hierarquia das evidências fornece diretrizes que podem auxiliar o enfermeiro na avaliação crítica das pesquisas, ou seja, conhecer a abordagem metodológica na qual a pesquisa está inserida consiste em aspecto crucial para a utilização dos resultados na prática profissional e, conseqüentemente, a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem.

Os resultados de uma pesquisa baseada em evidências científicas fortes garantem recomendações de cuidados e aprimora a assistência prestada pela equipe de saúde nas

instituições, por esse motivo é recomendado a criação de um protocolo de cuidados da pele do incontinente, assim como a capacitação de toda equipe assistencial sobre a DAI (Nível de evidência II).

A avaliação da pele do paciente sob risco da DAI e do paciente incontinente deve ser diária (Nível de evidência II), para que desta forma o cuidado para prevenção e tratamento possa ser estabelecido respeitando as particularidades de cada processo a ser trabalhado.

A prevenção da DAI deve ser centrada na remoção imediata de irritantes da pele, combinada com a aplicação de uma barreira protetora da pele. A adesão a um definido regime de cuidado consistente da pele é a melhor maneira de remover irritantes e restaurar a sua barreira protetora. No consenso de 2011, os autores concordaram em dois princípios para qualquer regime de cuidados da pele definidos: (1) a limpeza e hidratação são aconselhados para qualquer paciente e, (2) a limpeza, hidratação e a aplicação de uma barreira protetora são aconselhados para qualquer paciente com incontinência urinária, fecal ou ambas, por causa do risco aumentado para DAI (BLACK *et al.*, 2011).

Embora os protocolos para limpeza da pele variem no que diz respeito aos produtos escolhidos e ao número de etapas, cada um deles inclui limpeza com sabão e água ou um limpador da pele perineal, com ou sem a aplicação de umidificador e/ou protetor de pele. O sabão é feito de uma mistura de álcalis e ácidos graxos. Sua aptidão para limpar a pele requer sua decomposição em água liberando álcalis livres e sais ácidos insolúveis que removem a sujeira e as substâncias irritantes da pele. Os limpadores perineais combinam detergentes e ingredientes surfactantes para soltar e remover sujeira e agentes irritantes; podem também conter umectantes, emolientes ou ambos para restaurar ou preservar, em condições ótimas, a função de barreira da pele. Por conterem álcalis, o pH tende a ficar mais alto que o da pele normal. Por outro lado, muitos limpadores da pele perineal possuem “pH equilibrado” para garantir que o pH fique mais próximo ao da pele sadia, que varia de 5,0 a 5,9 (GRAY *et al.*, 2007).

A análise dos estudos da amostra possibilitou estabelecer recomendações a respeito do cuidado com a pele, uma orienta a utilização de produtos que tenham o pH neutro durante a rotina de higienização da pele (Nível de evidência II), e outra estabelece um regime para prevenção da DAI que incluiu um pH equilibrado, limpeza e hidratação da pele e uma barreira à umidade (Nível de evidência III). Após a higienização da pele de forma suave, para redução dos danos a pele pela fricção, recomenda-se também a utilização regular de emolientes e protetores para a pele (Nível de evidência III).

Os umectantes atraem água para o estrato córneo e os emolientes são compostos para substituir os lipídios intercelulares, suavizar a pele e prevenir falhas na função de barreira. Segundo especialistas, os emolientes podem ser aplicados como produto separado, ou incorporado aos agentes higienizadores específicos para incontinência e garantem melhores benefícios para as lesões causadas por umidade, visto que as condições desta estão associadas a uma hidratação ou uma hiper-hidratação da pele (GRAY *et al.*, 2007; VOEGELI, 2008).

Para proporcionar uma proteção completa à pele, deve-se criar sobre esta uma barreira oclusiva que seja capaz de impedir a passagem de líquido de dentro para fora do estrato córneo e prevenir os efeitos indesejáveis do contato com a urina, fezes e microrganismos oportunistas (HOGGARTH *et al.*, 2005). Para atender essa demanda pode-se utilizar o protetor de pele. Esse é um produto que isola a pele exposta das substâncias nocivas. Num contexto de cuidado da pele contra a DAI, os protetores de pele são capazes de isolar a pele da umidade excessiva, da urina e das fezes (GRAY *et al.*, 2007).

Por esse motivo, recomenda-se aplicar três vezes por semana filme formador de barreira à base de polímero de acrilato (Nível de evidência III). Desta maneira o protetor cutâneo minimiza o contato de irritantes sobre a pele do paciente (Nível de evidência II) e garante sua proteção.

A película líquida a base de polímero de acrilato é uma combinação do copolímero acrílico com plastificante cutâneo e solvente de secagem rápida, sem álcool. Quando é aplicado sobre a pele, o solvente se evapora e o polímero reduz a agressão enzimática, da umidade e da fricção sobre a pele (GRAY, 2010).

Além do forte nível de evidência da recomendação, a utilização de um regime de cuidados para pele utilizando o filme formador de barreira a base de polímero de acrilato aplicado três vezes por semana, representa um menor custo para instituições de saúde (US\$ 0,05) se comparados com outros regimes que utilizam unguento de petrolato a 43% aplicado após cada episódio de incontinência (US\$ 0,40); combinação de óxido de zinco 12% com creme dimeticona 1% aplicado após cada episódio de incontinência (US\$ 0,34); e unguento de petrolato 98% aplicado após cada episódio de incontinência (US\$ 0,39). O custo total do regime com o filme formador de barreira a base de polímero de acrilato aplicado três vezes por semana, foi menor comparado com os outros regimes mencionados. A economia do custo total variou de US\$ 0,40 a US\$ 0,85 por episódio de incontinência.

Outras substâncias também podem ser utilizadas com a finalidade de proteger a pele contra os agentes irritantes. Para atender este cuidado recomendamos aplicar suavemente após

cada episódio de incontinência um regime de cuidado contendo 12% de óxido de zinco + creme dimeticona ou unguento de petrolato (43% ou 98%) (Nível de evidência III).

Segundo Hoggarth *et al.* (2005), os agentes protetores mais comuns encontrados para prevenção da DAI são a base de petrolato e óxido de zinco e unguentos a base de dimeticona. Esse fato pode justificar o possível interesse na escolha dos produtos propostos e avaliados no E1.

Outro produto avaliado em um dos estudos da amostra foi o unguento de petrolato a 43% aplicado após cada episódio de incontinência. Com esse produto, a prevalência foi menor para o desenvolvimento da DAI em incontinentes (2,1%), se comparado ao filme formador de barreira a base de polímero de acrilato aplicado três vezes por semana (3,5%), à combinação de óxido de zinco 12% com creme dimeticona 1% aplicado após cada episódio de incontinência (4,0%); e ao próprio unguento de petrolato a 98% aplicado após cada episódio de incontinência (4,1%).

Um estudo realizado por Beeckman *et al.* (2009), incluiu 36 publicações, compreendendo 25 diferentes estudos. Os resultados sugeriram a implementação de um programa estruturado de cuidados da pele incluindo limpeza e a utilização de um hidratante, o protetor de pele foi recomendado para pacientes considerados em risco de desenvolvimento da DAI e os limpadores de pele preferíveis ao uso de água e sabão. Foi recomendado cuidados com a pele após cada episódio de incontinência, principalmente na presença de fezes.

Fica evidente a necessidade de se estipular um regime de cuidados eficientes e bem organizados para que os profissionais de saúde na assistência se orientem e se norteiem durante o cuidado. A DAI pode ser prevenida e tratada com limpeza oportuna e adequada da pele e proteção, além do uso adequado dos dispositivos para o controle da incontinência.

Segundo Black *et al.* (2011) existem estratégias para recomendação com base em evidências científicas para o tratamento da DAI. Neste consenso, os autores concordaram em três princípios para qualquer regime de cuidados da pele definidos: (1) remover irritantes e controlar a exposição da pele a urina, fezes ou ambos, (2) erradicar infecções cutâneas, e (3) transitoriamente desviar a urina ou fezes, quando indicado.

Um estudo realizado por Lewis-Byers e Thayler (2002) comparou os resultados da realização da limpeza com sabão e água e produtos de limpeza perineal sem enxágue. Observaram-se sintomas menos acentuados nos sujeitos tratados com regime combinado de limpador de baixo pH (sem enxágue) e umidificador.

O uso de limpadores industrializados sem enxágue reduz o tempo de enfermagem gasto no cuidado perineal, garantindo agilidade no processo de assistência e proporcionando

conforto ao incontinente. Recomenda-se utilizar toalhas macias compostas de fibra de poliéster/celulose (pH 3,5-5,0) impregnada com 3% dimeticona, durante a rotina diária de higiene da pele perineal e depois de cada troca de fralda (Nível de evidência II).

As toalhas de banho sem enxague são uma proposta que combinam as três fases de cuidados em um único produto (limpa, umecta e protege). Mas, segundo Voegeli (2008), as toalhas de banho sem enxague podem comprometer a função da barreira da pele devido ao dano mecânico que podem causar, por fricção e aspereza das fibras. O ideal é a utilização de tecidos de fibras macias e que não agriam a epiderme para secagem da área de incontinência.

Em um dos estudos da amostra comprovou-se que toalhas de banho industrializadas sem enxague utilizadas de maneira contínua garantem em longo prazo uma menor taxa de prevalência da DAI, se comparadas a um regime de cuidados utilizando água e sabão neutro. Porém devem ser utilizadas observando e avaliando a pele diariamente, pois essas toalhas podem causar hiper-hidratação e uma descoloração da pele perineal se comparadas ao uso de água e sabão neutro (BEECKMAN *et al.*, 2011).

Destaca-se que o coeficiente de atrito da pele aumenta com a umidade, a pele fica mais susceptível a danos principalmente em pacientes mais idosos, cuja pele é mais fraca devido à idade avançada. A utilização de produtos absorventes oclusivos promove este fenômeno, assim como resulta em um maior risco de úlcera de pressão (BLACK *et al.*, 2011).

No estudo de revisão realizado por Gray *et al.* (2007) identificou-se que a utilização de produtos absorventes oclusivos é um fator contribuinte para o aparecimento da DAI. A oclusão prolongada sob o produto absorvente aumenta a produção de suor, comprometendo a função de barreira, o que causa o aumento de perdas de água transepidermica, emissão de CO₂ e pH. Além disso, há aumento acentuado de *Staphylococcus coagulase* negativo na microbiota da pele.

Recomenda-se o uso de fraldas absorventes para manter a pele afastada da umidade (Nível de evidência II). Entretanto, o uso de fraldas absorventes não deve inibir a transpiração e não deve ser oclusiva, para manter a pele livre da umidade decorrente da perspiração, de resíduos de urinas e fezes, evitando-se assim a sua maceração.

Outro cuidado relacionado com o uso de fraldas é a frequência de troca, a fim de que a capacidade de absorção não seja extrapolada, diminuindo o tempo de contato da urina com a pele. Fraldas com fezes devem ser trocadas imediatamente após cada episódio de evacuação devido à ação de degradação da pele causada pelas enzimas digestivas (GRAY *et al.*, 2007; GRAY, 2010).

Alguns dispositivos podem ser utilizados a fim de conter a incontinência fecal e promover dignidade ao paciente durante o tratamento da DAI, como o anel retal (curativos colocados entre as nádegas para pequeno volume vazamentos) e os *plugs* anais (dispositivos pequenos de espuma que se expandem quando inserido no ânus e atuam como uma barreira física para vazamento de fezes) (BLACK *et al.*, 2011).

Outros dispositivos ainda podem ser utilizados, para desviar o fluxo transitório de urina ou fezes, e podem envolver a inserção de um cateter urinário ou um sistema de drenagem fecal. Um estudo revelou que, o desvio das fezes reduziu a incidência dos danos da pele de 43,0% para 12,5% em incontinentes fecais de uma unidade de terapia intensiva. No entanto, o uso de qualquer dispositivo deve ser cuidadosamente ponderados contra o risco de infecção do trato urinário adquirida no hospital ou erosão da mucosa e sangramento a partir de um uso prolongado sistema de drenagem fecal (BENOIT; WATTS, 2007).

A presença e gravidade da DAI deve ser determinada por um instrumento confiável que avalie a pele e a área lesada em pessoas que são incontinentes (JUNKIN; SELEKOF, 2008). Instrumentos validados não foram usados pelos autores dos estudos da amostra. No E02 usou-se instrumento elaborado pelos pesquisadores.

Beeckman *et al.* (2009) relatam que a NPUAP e a EPUAP em 2009, estabeleceram em suas diretrizes que a DAI deve ser bem diferenciada da úlcera por pressão e não classificada em estágios I e II, a DAI passou a ser reconhecida como efeito adverso distinto em 2008, nos EUA, fazendo a prevenção ganhar destaque nas instituições de saúde.

Uma vez que o sistema de estágios da NPUAP foi idealizado para medir a extensão de tecido destruído pela pressão, os consensos sobre o tema não recomenda o seu uso para classificar DAI (GRAY *et al.*, 2007). O risco de ulceração da pele a partir da pressão é reduzido pela descompressão, por esse motivo a mudança de decúbito ainda é o melhor cuidado da assistência de enfermagem. Apesar da importância de um bom regime de cuidado para o tratamento da DAI, a limpeza da pele e a utilização de produtos específicos para incontinência, raramente são adequados por causa do curto período de tempo gasto em movimentar o paciente durante o regime de limpeza (BLACK *et al.*, 2011).

Outros estudos ainda avaliam a eficácia terapêutica de outras substâncias, cujo efeito terapêutico tem uma proposta de cuidado da pele. Uma revisão integrativa comparou o uso do extrato etanólico das flores de camomila em base cremosa, o uso de pomada à base de óxido de zinco 5%, o uso de dexapantenol 5% pomada à base de parafina e cera de abelha e o uso do hidrogel na formulação de cremes barreira/ reparo, neste estudo o uso dessas formulações para prevenção ou para o tratamento da DAI não foram recomendados. Os autores concluíram

serem necessários mais estudos com níveis de evidência a fim de demonstrar sua eficácia (RIBEIRO; BORGES, 2010).

Os produtos apresentados nos artigos da amostra desta pesquisa vêm sendo amplamente utilizados nos Estados Unidos da América e na Europa, e foram desenvolvidos e formulados para promover o cuidado suave com a pele dos pacientes sob risco da DAI. Geralmente, dispensam enxague, não contem agentes irritantes, perfumes, ou corantes, e têm pH compatível com o pH fisiológico da pele. Esses produtos possuem diversas formulações, que contemplam várias etapas da higienização.

Para a escolha das formulações possíveis para o tratamento da DAI deve-se levar em consideração o paciente, o custo-benefício e a efetividade do tratamento. Os resultados demonstram que quando são realizadas medidas preventivas adequadas e um monitoramento constante através de avaliação da pele, a prevalência da DAI é diminuída.

Neste estudo foi possível verificar que para a prevenção e para o tratamento da DAI alguns produtos e estratégias são importantes e fortemente recomendados pelos resultados, sendo esses corroborados por especialistas por meio dos consensos publicados em 2007, 2010 e 2012. Porém, a ausência de ensaios clínicos encontrados sobre o problema pesquisado, em crianças, demonstra a necessidade de serem realizados estudos com delineamentos que podem colaborar no fornecimento das evidências encontradas e recomendadas para prevenção e tratamento da DAI nessa população.

9 CONCLUSÃO

A revisão integrativa permitiu constatar o interesse da comunidade científica em preencher as lacunas sobre o tema central desta pesquisa, a DAI.

A DAI é um problema mundial importante. O atendimento ao paciente incontinente deve ser focado na prevenção, porém a falta de habilidade em se diagnosticar a DAI, principalmente em diferenciar a DAI da úlcera por pressão, faz com que o cuidado seja voltado para o tratamento com a utilização de medidas para controlar a incontinência e minimizar os seus efeitos sobre a pele do paciente.

O uso de instrumento ou ferramentas para classificar, diagnosticar e avaliar a DAI deve ser ampliado. Há carência no conhecimento e na utilização dessas ferramentas dificultando o fornecimento de dados estatísticos confiáveis para a divulgação deste agravo.

Por esse motivo, a capacitação de toda equipe assistencial de saúde sobre a DAI, se faz necessário, com o objetivo de melhorar sua avaliação. A retirada dos fatores irritantes sobre a pele com a utilização de um regime que incluiu um pH equilibrado próximo ao manto ácido da pele saudável, limpeza, hidratação da pele e uma barreira à umidade, também está recomendado. Assim como o uso de algumas substâncias que combinam óxido de zinco, dimeticona e petrolato.

A prevalência da DAI é menor quando se utiliza um regime de cuidados bem definido, assim como o seu desenvolvimento e a sua gravidade também pode diminuir. O uso de um regime bem estabelecido pode representar uma economia de até US\$ 0,45 por episódio de incontinência. Cabe ao profissional de saúde envolvido no processo de padronização e criação dos protocolos assistenciais, estabelecer critérios para sua escolha.

O objetivo deste estudo foi alcançado, para prevenção e para o tratamento da DAI, recomendações foram estabelecidas para adoção de estratégias e uso de dispositivos, assim como a classificação do nível de evidência das mesmas.

Este estudo fornece evidências nível III para a prevenção da DAI, sendo recomendado: utilizar regularmente emolientes e protetores para a pele; estabelecer um regime para prevenção da DAI que incluiu um pH equilibrado, limpeza e hidratação da pele e uma barreira à umidade; aplicar três vezes por semana filme formador de barreira a base de polímero de acrilato; aplicar suavemente após cada episódio de incontinência um regime de cuidado contendo 12% de óxido de zinco + creme dimeticona ou unguento de petrolato (43% ou 98%).

O estudo também fornece evidências fortes, nível II, para o tratamento da DAI, sendo recomendado: usar fraldas absorventes para manter a pele afastada da umidade; utilizar toalhas macias compostas de fibra de poliéster / celulose (pH 3,5-5,0) impregnada com 3% dimeticona, durante a rotina diária de higiene da pele perineal e depois de cada troca de fralda.

Este estudo também fornece evidências fortes, nível II para alguns cuidados que devem ser utilizadas no incontinente tanto para prevenção quanto para o tratamento, sendo recomendado: estabelecer um protocolo de cuidados para prevenção e tratamento da pele do incontinente; capacitar toda equipe assistencial sobre a DAI; avaliar diariamente a pele do paciente sob o risco da DAI e do paciente incontinente; minimizar o contato de irritantes sobre a pele dos pacientes sob risco ou incontinentes; realizar os procedimentos de higienização de forma suave, reduzindo os danos da fricção; utilizar produtos que tenham o pH neutro durante a rotina de higienização da pele.

Recomenda-se que os pesquisadores desenvolvam outras pesquisas sobre o tema, incluindo a população infantil, com propostas metodológicas factíveis e que permitam a estabelecer recomendações com nível de evidências alto. A ausência de ensaios clínicos randomizados controlados sobre o problema pesquisado, em crianças, jovens e adultos, demonstra a necessidade de serem realizados estudos com delineamentos que possam corroborar no fornecimento de evidências para prevenção e tratamento da DAI nessa população.

Outra lacuna que ampara a realização de novos estudos com temas específicos para aprofundamento do conhecimento é a falta do uso de uma ferramenta ou instrumento, para identificar, avaliar e classificar a DAI, além de acompanhar a evolução da dermatite com adoção de intervenções para prevenção e tratamento, validada no Brasil, para que seja possível sua recomendação e utilização.

Por fim, fica evidenciada a necessidade de ser estabelecido critérios para avaliação e classificação sobre o tema abordado, na tentativa de se mensurar e registrar esse evento adverso que tem alta taxa de incidência e se tornou um problema importante para a população mundial.

REFERÊNCIAS

- BEECKMAN, D. *et al.* A 3-in-1 perineal care washcloth impregnated with dimethicone 3% versus water and pH neutral soap to prevent and treat incontinence-associated dermatitis: a randomized, controlled clinical trial. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 38, n. 6, p. 1-8. Nov./Dec. 2011.
- BEECKMAN, D. *et al.* Clinical challenges of preventing incontinence-associated dermatitis. **British Journal of Nursing**, v. 20, n. 13, p. 784-790, June 2011.
- BEECKMAN, D. *et al.* Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 6, p. 1141-1154, Jan. 2009.
- BEGUIN, A. M. *et al.* Improving diaper design to address incontinence associated dermatitis. **BMC Geriatrics**, v. 10, n. 86, Nov. 2010.
- BENOIT, R. A.; WATTS, C. The effect of a pressure ulcer prevention program and the bowel management system in reducing pressure ulcer prevalence in ICU setting. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 34, n. 2, p. 163-175, Mar./Apr. 2007.
- BIANCHI, J.; SEGOVIA-GÓMEZ, T. The dangers of faecal incontinence in the at-risk patient. **Wounds International**, v. 3, n. 3, p. 15-21. Aug. 2012.
- BLACK, J. M. *et al.* MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing**, v. 38, n. 4, p. 359-370, July/Aug. 2011.
- BLISS, D. Z. *et al.* An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 34, n. 2, p. 143-151, Mar./Apr. 2007.
- BORCHERT, K. *et al.* The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument: development and validation. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 37, n. 5, p. 527-535, Sep./Oct. 2010.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio/ago. 2011. Disponível em: <www.ges.face.ufmg.br>. Acesso em: 20 jun. 2012.
- BROWN, D. S. Perineal dermatitis: can we measure it? **Ostomy Wound Manage**, v. 39, n. 7, p. 28-30, 32, Sep. 1993.
- BROWN, D. S.; SEARS, M. Perineal dermatitis: a conceptual framework. **Ostomy Wound Manage**, v. 39, n. 7, p. 20-22, 24-25, Sept. 1993.
- COLWELL, J. C. *et al.* MASD part 3: peristomal moisture- associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing**, v. 38, n. 5, p. 541-553, Sept./Oct. 2011.
- CRUZ, D. A. L. M; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13,

n. 3, p. 415-422, maio/jun. 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

DEFLOOR, T. *et al.* Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel--pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing**, v. 32, n. 5, p. 302-306, Sept./Oct. 2005.

DOUGHTY, D. *et al.* Incontinence-associated dermatitis: consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing**, v. 39, n. 3, p. 303-315, May/Jun. 2012.

EUROPEN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**: Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

FARANGE, M. A. *et al.* Incontinence in the aged: contact dermatitis and other cutaneous consequences. **American Journal of Contact Dermatitis**, v. 57, n. 4, p. 211-217, Oct. 2007.

FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C. R.; OLIVEIRA, Z. N. P. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas - Parte II. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 6, p. 567-571, nov. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n1/a07v84n1.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2012.

GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória**. 2002. 114f. Tese (Livre-docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2006.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2012.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVISAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2012.

GARBIN, L. M. **Medidas utilizadas na prevenção de infecção em transplante de células-tronco hematopoiéticas: evidências para a prática**. 2010. 163f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GHADIALLY, R. Aging and the epidermal permeability barrier: implications for contact dermatitis. **American Journal Contact Dermatitis**, v. 9, n. 3, p. 162-169, Sept. 1998.

GHADIALLY, R. *et al.* The aged epidermal permeability barrier. Structural, functional, and lipid biochemical abnormalities in humans and a senescent murine model. **Journal of Clinical Investigation**, v. 95, n. 5, p. 2281-2290, May 1995.

GRAY, M. *et al.* Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing**, v. 34, n. 1, p. 45-54, Jan./Feb. 2007.

GRAY, M. Skin protectants in the treatment of irritant dermatitis associated with exposure to the body's effluents. **Advances in Wound Care**, v. 1, n. 0, p. 114-119, 2010.

HOGGARTH, A. *et al.* A controlled, three-part trial to investigate the barrier function and skin hydration properties of six skin protectants. **Ostomy Wound Manage**, v. 51, n. 12, p. 30-42, Dec. 2005.

JUNKIN, J.; SELEKOF, J. L. Beyond "diaper rash": Incontinence-associated dermatitis: does it have you seeing red? **Nursing**, v. 38, n. 11, p. 56hn1-56hn10, Nov. 2008.

JUNKIN, J.; SELEKOF, J. L. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing**, v. 34, n. 3, p. 260-269, May/June 2007.

LACKE, L; PHILBIN, S.; HARGREAVES, T. Use of barrier-impregnated cloths to treat severe incontinence-associated dermatitis: a case study. In: JOINT CONFERENCE WOUND, OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY & WORLD COUNCIL OF ENTEROSTOMAL THERAPISTS, 42., 2010, Phoenix. **Conference Proceedings...** Phoenix: Health First, June 2010.

LEWIS-BYERS, K; THAYER, D. An evaluation of two incontinence skin care protocols in long-term care setting. **Ostomy Wound Manage**, v. 48, n. 12, p. 44-51, Dec. 2002.

LEYDEN, J. J. *et al.* Urinary ammonia and ammonia-producing microorganisms in infants with and without diaper dermatitis. **Archives of Dermatology**, v. 113, n.12, p. 1678-1680, Dec. 1977.

LUTZ, L.; LEIGHTON, B.; KENNEDY, K. L. Comparison of the efficacy and cost-effectiveness of three skin protectants in the management of incontinence dermatitis. In: EUROPEAN CONFERENCE ON ADVANCES IN WOUND MANAGEMENT, 6. 1996, Amsterdam. **Proceedings...** Amsterdam: MacMillan Magazines, 1997.

MARQUES, F. Estudo mostra que pesquisadores da França e da Alemanha também perdem influência quando não publicam em inglês. **Revista FAPESP**, v. 181, n. 1, p. 31-33, mar. 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

NIX, D. H. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. **Ostomy Wound Manage**, v. 48, n. 2, p. 43-46, 48-49, Feb. 2002.

NIX, D.; ERMER-SELTUN, J. A review of perineal skin care protocols and skin barrier products use. **Ostomy Wound Manage**, v. 50, n. 12, p. 59-67, Dec. 2004.

PEDERSOLI, C. E. **O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar**: revisão integrativa da literatura. 2009. 122f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PEDROLO, E. *et al.* A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 760-763, out./dez. 2009.

PELLIZZON, R. F. Pesquisa na área da saúde. 1. Base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 19, n. 2, p. 153-163, 2004.

PENTEADO, R. Z; SERVILHA, E. A. M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 107-116, abr. 2004.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2012.

RIBEIRO, J. U.; BORGES, E. L. Revisão integrativa do tratamento de dermatite associada à incontinência. **Revista Estima**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 30-39, abr. 2010.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, maio/jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2012.

SCARLATT, K. C. *et al.* Pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 6, n. 45, p. 1372-1379, 11 jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a14.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jun. 2010.

URSI, E. S., GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14 n. 1, p. 124-31, jan./fev., 2005.

VOEGELI, D. The effect of washing and drying practices on skin barrier function. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 35, n. 1, p. 84-90, Jan./Feb. 2008.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5 p. 546-553, nov. 2005.

ZANINI, M. *et al.* Erupção pápulo-ulcerativa na região da fralda: relato de um caso de dermatite de Jacquet. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 3, p. 355-359, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v78n3/16384.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2012.

APÊNDICE - Instrumento para coleta de dados

Instrumento para Coleta de Dados

Esse instrumento é uma adaptação do instrumento elaborado e validado por Ursi em 2005. (Fonte: URSI, E. S., GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14 n.1, p.124-31, jan./fev, 2005.)

BARROS, AS. Recomendações baseadas em evidências para prevenção e tratamento de dermatite associada à incontinência – DAI. Monografia. Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade – Área Estomaterapia da Escola de Enfermagem da UFMG. 2013.

Código: _____

1- Identificação

Título do artigo	
Ano de publicação	
Idioma	1 <input type="checkbox"/> Inglês 2 <input type="checkbox"/> Espanhol 3 <input type="checkbox"/> Português

2- Autores

Nome dos Autores	
Número de Autores	
Profissão do autor (primeiro autor, se mais de um)	1 <input type="checkbox"/> Enfermeiro 2 <input type="checkbox"/> Médico 3 <input type="checkbox"/> Não informado 4 <input type="checkbox"/> Outro _____
Qualificação do autor (primeiro autor, se mais de um)	1 <input type="checkbox"/> Pós-doutorado 2 <input type="checkbox"/> Doutorado 3 <input type="checkbox"/> Mestrado 4 <input type="checkbox"/> Especialista 5 <input type="checkbox"/> Graduado 6 <input type="checkbox"/> Acadêmico 7 <input type="checkbox"/> Não informado

3- Periódico

Nome	
Tipo de revista científica	<input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem <input type="checkbox"/> Publicação Médica <input type="checkbox"/> Publicação de outra área da saúde Qual? _____
Classificação do periódico (Qualis/Capes)	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4 <input type="checkbox"/> B5 <input type="checkbox"/> C
Base de dados	<input type="checkbox"/> MEDLINE <input type="checkbox"/> CINAHL

4- Identificação da Pesquisa

País onde foi desenvolvido o estudo	
Desenho do estudo	<input type="checkbox"/> Estudo - ensaio clínico randomizado controlado Estudos primários: <input type="checkbox"/> Estudo – ensaio clínico sem randomização controlado <input type="checkbox"/> Estudo – coorte <input type="checkbox"/> Estudo – caso controle <input type="checkbox"/> Estudo descritivo
Objetivo(s) do estudo	
Desenho da pesquisa	1 <input type="checkbox"/> Randomizado controlado 2 <input type="checkbox"/> Não randomizado controlado
Objetivo da Intervenção	1 <input type="checkbox"/> Prevenção 2 <input type="checkbox"/> Tratamento 3 <input type="checkbox"/> Prevenção/Tratamento
Amostra	Agravo principal: 1 <input type="checkbox"/> Incontinência urinária 2 <input type="checkbox"/> Incontinência fecal 3 <input type="checkbox"/> Incontinência mista
	Seleção: 1 <input type="checkbox"/> Randômica 2 <input type="checkbox"/> Conveniência 3 <input type="checkbox"/> Sem informação
	Cálculo amostral: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
	Critérios de inclusão: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 Não 3 <input type="checkbox"/> Não informado
	Critérios de exclusão: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não informado

Amostra	Tamanho (n): <input type="checkbox"/> Inicial: _____ <input type="checkbox"/> Final: _____ Justificativa para perdas, caso tenha ocorrido: _____		
	Grupo controle: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não informado		
	Nº de Grupos: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Outro: _____		
	Amostra por grupo: 1 _____ 2 _____ 3 _____		
	Características: 1 <input type="checkbox"/> Crianças 2 <input type="checkbox"/> Adultos 3 <input type="checkbox"/> Idosos 4 <input type="checkbox"/> Mista		
	Instrumento de classificação prévia da DAI: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não informado Se sim. Descrita por qual autor? _____ Nome do instrumento? _____		
Intervenção	1- _____	Controle	1- _____
	2- _____		2- _____
	3- _____		3- _____
	4- _____		4- _____
	5- _____		5- _____
Análise	Tratamento estatístico: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não informado Nível de significância: _____		

5- Desfechos avaliados

Tempo de acompanhamento do paciente / desfecho	
Estudo de Prevenção	DAI 1 <input type="checkbox"/> preveniu 2 <input type="checkbox"/> não preveniu 3 <input type="checkbox"/> não informado
Estudo de Tratamento	DAI 1 <input type="checkbox"/> melhora completa 2 <input type="checkbox"/> melhora parcial 3 <input type="checkbox"/> piora 4 <input type="checkbox"/> sem alteração 5 <input type="checkbox"/> não informado
Classificação da DAI ao término do estudo	1 <input type="checkbox"/> leve 2 <input type="checkbox"/> moderada 3 <input type="checkbox"/> grave 4 <input type="checkbox"/> não informado

6- Resultados

Resultados da pesquisa	
Recomendações após análise dos resultados	
Implicações para a prática das recomendações	

7- Avaliação do rigor metodológico

Clareza na identificação da trajetória metodológica	Método: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Sujeitos participantes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Cálculo amostral: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Critérios de inclusão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Critérios de exclusão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Intervenção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Resultados: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Identificação de limitações ou vieses	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Descrever quando presente: _____
Nível de evidência	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI