



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Jéssica Costa Maia

**Adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do instrumento
“*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*” para enfermeiros brasileiros**

Florianópolis

2025

Jéssica Costa Maia

**Adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do instrumento
“*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*” para enfermeiros brasileiros**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Doutora em Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologias e Gestão em Educação, Saúde, Enfermagem

Orientadora: Prof.(a) Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Dr.(a).

Florianópolis

2025

Maia, Jéssica Costa

Adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do instrumento "Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)" para enfermeiros brasileiros / Jéssica Costa Maia ; orientadora, Kátia Cilene Godinho Bertoncello, 2025.
255 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2025.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Lesão por Fricção. 3. Conhecimento do Enfermeiro. 4. Adaptação Transcultural. 5. Estudo de Validação. I. Bertoncello, Kátia Cilene Godinho. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Jéssica Costa Maia

**Adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do instrumento
“*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*” para enfermeiros brasileiros**

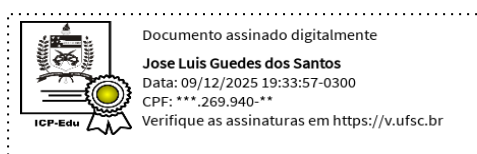
O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 20 de Outubro de 2025, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Maria Elena Echevarría Guanilo Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

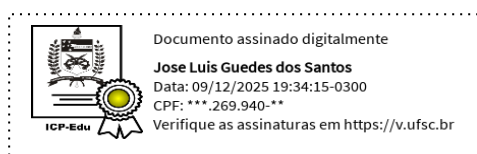
Prof. Nuno Damásio de Carvalho Félix Dr.
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Prof.(a) Rita de Cássia Teixeira Rangel Dr.(a)
Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Prof.(a) Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2025

Dedico este trabalho...

...ao Francisco,
que sempre está ao meu lado em todas as conquistas,
que compartilha sua vida comigo e que me encoraja a buscar meus sonhos.

...à minha família,
os alicerces da minha vida, principalmente, ao meu pai Carlos (*in memoriam*) e
minha mãe Ivonete.

...aos profissionais da enfermagem,
que fortalecem o cuidado e transformam a vida de tantas pessoas.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força e sabedoria necessárias para concluir esta jornada.

Agradeço especialmente a mim, por persistir, acreditar e não desistir, mesmo nos momentos mais desafiadores.

Ao Francisco Rodrigues Neto, seu apoio foi essencial para a realização desta etapa, sobretudo seu amor e companhia, obrigada por sempre acreditar em mim.

À minha família, especialmente minha mãe Ivonete, meus irmãos Maurício e Gustavo, meu padrasto Roberto, minha avó Nair, meus sobrinhos e afilhados, que me lembram da simplicidade e alegria da vida.

Ao meu pai, Carlos Alberto Maia (*in memoriam*), que segue comigo em cada passo, inspirando minha coragem e resiliência.

À minha orientadora, Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello, pelas contribuições que enriqueceram minha formação acadêmica.

À minha terapeuta, que me auxiliou a ressignificar desafios e a encontrar clareza nessa jornada de autoconhecimento e crescimento.

Ao corpo técnico e docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

Aos colegas do Doutorado, pelas trocas enriquecedoras e parcerias.

Aos membros da banca examinadora, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos e pelo rigor que elevou a qualidade deste trabalho.

Aos participantes da pesquisa, que dedicaram tempo e experiências para tornar este estudo possível, este trabalho é também fruto da sua colaboração.

Aos meus colegas de trabalho, pela leveza, profissionalismo e confiança que transformaram o cotidiano em um ambiente acolhedor.

Aos meus amigos, que me proporcionaram momentos de calma e descontração.

Enfim, a todos que, de alguma forma, cruzaram meu caminho e contribuíram para esta conquista, minha eterna gratidão.

“Existem muitas coisas que tentam nos forçar, nos arrastar, nos seduzir para longe dos sapatos feitos à mão, que aparentam ser simples como quando dizemos: numa outra hora, eu danço, planto, abraço, procuro, planejo, aprendo, faço as pazes, limpo... numa outra hora. Só armadilhas.

A recuperação do instinto perdido começa... Acender a fogueira criativa e cozinhar ideias num ritmo sistemático e especialmente cozinhar muito para alimentar o relacionamento entre nós mesmos e a natureza selvagem.” (Clarissa Pinkola Estés, 2018)

RESUMO

Introdução: As lesões por fricção são lesões traumáticas na pele que resultam de forças mecânicas, como cisalhamento, fricção, remoção de adesivos ou manuseio inadequado de pacientes. Essas lesões são relevantes na prática de enfermagem para prevenção e tratamento, destacando a necessidade de avaliar o conhecimento dos profissionais sobre esta temática. O instrumento OASES (*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument*), composto por 20 itens organizados em seis domínios, surge como ferramenta válida e confiável para esta finalidade, permitindo identificar lacunas no conhecimento e direcionar intervenções educacionais específicas. **Objetivo:** Desenvolver a versão brasileira e a validação das propriedades psicométricas do instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES)”, para a avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de lesões por fricção. **Método:** A pesquisa seguiu duas etapas principais, a adaptação transcultural baseada no referencial de Beaton *et al.* (2000): tradução inicial, síntese das traduções, retrotraduções, avaliação por comitê de especialistas (n=8), pré-teste com 38 enfermeiros e submissão ao autor original. O estudo foi conduzido entre outubro de 2024 e abril de 2025. Na validação de conteúdo os juízes avaliaram as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento e utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). No pré-teste, avaliaram a clareza e relevância do instrumento e empregou-se a análise descritiva por proporção. Na segunda etapa, um estudo transversal foi conduzido com 214 enfermeiros no Brasil entre abril e junho de 2025 para testar as propriedades psicométricas do OASES-B. A validade do teste de múltipla escolha foi analisada pela dificuldade do item (valor p), índice de discriminação (valor D) e qualidade das alternativas de respostas (valor-a) e para a validade do construto utilizou-se a técnica de grupos conhecidos. A confiabilidade foi avaliada pelo Kuder-Richardson (KR-20) e teste-reteste, com intervalo de 14 dias, utilizando o coeficiente de correlação intraclasse (ICC) e Spearman. **Resultados:** A versão brasileira do OASES-B demonstrou excelente equivalência transcultural, com um IVC total de 0,97. No pré-teste, os enfermeiros avaliaram a clareza e relevância dos itens e do instrumento como excelente. Na validação psicométrica 214 participantes responderam ao instrumento, na análise de itens o valor médio de p foi de 0,57 (0,17 - 0,96), o valor D= 0,38 (0,10 - 0,66) e o valor-a= 0,20 (0,01 a 0,97). A técnica de grupos conhecidos demonstrou excelente validade de construto com significância estatística entre grupos predefinidos ($p<0,001$). A consistência interna KR-20 foi de 0,63. Para a confiabilidade teste-reteste (n=46), o ICC do instrumento foi de 0,81 (0,69-0,89) e o Spearman de 0,82. **Considerações finais:** A versão brasileira do OASES-B foi considerada transculturalmente adaptada e psicometricamente válida para avaliar o conhecimento de enfermeiros brasileiros sobre lesões por fricção. Os resultados reforçam a importância do uso de instrumentos validados para avaliação precisa do conhecimento profissional e direcionamento de estratégias educacionais. As propriedades de medidas adequadas do instrumento OASES-B permitem sua aplicação em contextos educacionais, de pesquisa e prática clínica, contribuindo para o aprimoramento da qualidade do cuidado a pacientes em risco ou com lesões por fricção no Brasil.

Palavras-chave: Lesão por fricção; Conhecimento do Enfermeiro; Adaptação transcultural; Estudo de validação; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Skin tears are traumatic skin injuries resulting from mechanical forces such as shearing, friction, adhesive removal, or improper patient handling. These injuries are relevant in nursing practice for prevention and treatment, highlighting the need to assess professionals' knowledge on this topic. The Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES), composed of 20 items organized into six domains, emerges as a valid and reliable tool for this purpose, allowing the identification of knowledge gaps and targeting specific educational interventions. **Objective:** To develop the Brazilian version and validate the psychometric properties of the Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES) to assess nurses' knowledge about the prevention, assessment, and management of skin tears. **Method:** The research followed two main stages: cross-cultural adaptation based on the framework of Beaton et al. (2000): initial translation, synthesis of translations, back-translations, evaluation by an expert committee (n=8), pre-testing with 38 nurses, and submission to the original author. The study was conducted between October 2024 and April 2025. For content validation, the judges assessed the semantic, idiomatic, cultural, and conceptual equivalence of the instrument, using the Content Validity Index (CVI). In the pre-test, they assessed the clarity and relevance of the instrument, and descriptive analysis by proportion was employed. In the second stage, a cross-sectional study was conducted with 214 nurses in Brazil between April and June 2025 to test the psychometric properties of the OASES-B. The validity of the multiple-choice test was analyzed by item difficulty (p-value), discrimination index (D-value), and quality of the response alternatives (a-value). For construct validity, the known-groups technique was used. Reliability was assessed by the Kuder-Richardson (KR-20) and test-retest, with a 14-day interval, using the intraclass correlation coefficient (ICC) and Spearman's rank correlation. **Results:** The Brazilian version of the OASES-B demonstrated excellent cross-cultural equivalence, with a total CVI of 0.97. In the pre-test, the nurses evaluated the clarity and relevance of the items and the instrument as excellent. In the psychometric validation, 214 participants responded to the instrument. In the item analysis, the mean p-value was 0.57 (0.17 - 0.96), the D-value = 0.38 (0.10 - 0.66), and the a-value = 0.20 (0.01 to 0.97). The known-groups technique demonstrated excellent construct validity, with statistical significance between predefined groups ($p < 0.001$). The KR-20 internal consistency was 0.63. For test-retest reliability (n = 46), the ICC of the instrument was 0.81 (0.69 - 0.89) and the Spearman was 0.82. **Final considerations:** The Brazilian version of the OASES-B was considered cross-culturally adapted and psychometrically valid for assessing Brazilian nurses' knowledge of skin tears. The results reinforce the importance of using validated instruments for accurately assessing professional knowledge and guiding educational strategies. The OASES-B's adequate measurement properties allow its application in educational, research, and clinical practice settings, contributing to improving the quality of care for patients at risk for or with skin tears in Brazil.

Keywords: Skin tear; Knowledge; Cultural adaptation; Validation Study; Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação Payne-Martin de lesões por fricção.	28
Figura 2 – Sistema de Classificação STAR.....	29
Figura 3 – Classificação ISTAP.	30
Figura 4 – Algoritmo de decisão relacionada às lesões por fricção.	40
Figura 5 – Ilustração indicando a direção correta para a remoção do curativo para promover a viabilidade do retalho cutâneo.....	43
Figura 6 – Protocolo para avaliação de risco de lesão por fricção.	45
Figura 7 – Mapa conceitual das etapas do processo de adaptação transcultural do OASES. ..	68
Figura 8 – Mapa conceitual da análise psicométrica do OASES-B.	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definição de lesão por fricção na literatura.....	25
Quadro 2 – Guia para seleção de produtos para o tratamento de lesões por fricção.	42
Quadro 3 – Protocolo de redução de risco de desenvolvimento de lesão por fricção.	46
Quadro 4 – Grupos pré-definidos com base no nível de conhecimento teoricamente esperado – técnica de grupos.	79
Quadro 5 – Síntese das traduções, versão pós-avaliação dos juízes especialistas e versão final do instrumento OASES.	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise dos dados das etapas 4 e 5.	90
Tabela 2 – Estatística descritiva dos dados obtidos nos testes de conhecimento do instrumento OASES-B. Foram estimadas as frequências absolutas e relativas (%) das variáveis qualitativas.	116
Tabela 3 – Representação dos índices de proporção de respondentes em cada alternativa de resposta (valor-a), de dificuldade (valor p), e discriminação (valor D) estimados para investigação de validade dos itens. Números com asteriscos indicam a alternativa com resposta correta (P).	117
Tabela 4 – Comparações dos escores dos grupos A e B de acordo com diferentes níveis de conhecimento (superior-S e inferior-I). Valores com asteriscos indicam significância estatística $p<0,05$	118
Tabela 5 – Estatística descritiva (Média e desvio padrão-SD) e os índices de correlação de Spearman (R) e Intraclass (ICC) calculados por domínios nos dois ciclos de aplicação do questionário OASES-B. Valores com asteriscos indicam significância estatística.	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APA	<i>American Psychological Association</i>
ATC	Adaptação Transcultural
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde
COSMIN	<i>Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments</i>
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
ICC	Coefficiente de Correlação Intraclasse
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de Massa Corporal
ISTAP	<i>International Skin Tear Advisory Panel</i>
ITC	<i>International Test Commission</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
KR-20	Kuder-Richardson-20
LF	Lesão por Fricção
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OASES	<i>Skin Tear Knowledge Assessment Instrument</i>
OASES-B	Instrumento de Avaliação do Conhecimento de Enfermeiros sobre Lesão por Fricção
OMS	Organização Mundial da Saúde
SC	Santa Catarina
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia
SP	São Paulo
STAR	<i>Skin Tear Audit Research</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVO GERAL	22
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
3.1	LESÃO POR FRICÇÃO	23
3.1.1	Definição e terminologia	23
3.1.2	Instrumentos de classificação de Lesão por fricção	27
3.1.3	Prevalência e incidência	30
3.1.4	A pele e os fatores associados ao desenvolvimento de lesão por fricção	33
3.1.5	Avaliação e Tratamento	39
3.1.6	Prevenção	44
3.2	CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE LESÃO POR FRICÇÃO.....	50
3.2.1	<i>Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)</i>	52
4	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	53
4.1	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA EM SAÚDE.....	53
4.1.1	Adaptação transcultural segundo Beaton <i>et al.</i> (2000).....	54
4.1.1.1	<i>Etapa I: Tradução inicial</i>	54
4.1.1.2	<i>Etapa II: Síntese das traduções</i>	55
4.1.1.3	<i>Etapa III: Retrotradução</i>	55
4.1.1.4	<i>Etapa IV: Comitê de especialistas</i>	55
4.1.1.5	<i>Etapa V: Pré-teste</i>	56
4.1.1.6	<i>Etapa VI: Submissão do instrumento final</i>	57
4.2	VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS	57
4.2.1	Confiabilidade	58
4.2.2	Validade.....	60
4.2.2.1	<i>Validade de conteúdo</i>	61
4.2.2.2	<i>Validade de critério</i>	62
4.2.2.3	<i>Validade de construto</i>	62
4.2.2.3.1	Análise de itens.....	65
5	MÉTODO	67
5.1	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	68

5.1.1	Etapa 1 e 2: Tradução inicial e síntese das traduções	69
5.1.2	Etapa 3: Retrotradução.....	69
5.1.3	Etapa 4: Comitê de especialistas	70
5.1.4	Etapa 5: Pré-teste.....	72
5.1.5	Etapa 6: Aprovação e submissão do instrumento final.....	74
5.2	ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO INSTRUMENTO	74
5.2.1	População e amostra.....	75
5.2.2	Instrumento e coleta de dados	76
5.2.3	Análise dos dados.....	77
5.2.3.1	Validade dos itens do teste de múltipla escolha.....	78
5.2.3.2	Validade do construto.....	79
5.2.3.3	Confiabilidade	80
5.3	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	81
6	RESULTADOS	82
6.1	MANUSCRITO 2 – VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO <i>SKIN TEAR KNOWLEDGE ASSESSMENT INSTRUMENT</i> (OASES).....	83
6.2	MANUSCRITO 3: VALIDAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DO <i>SKIN TEAR KNOWLEDGE ASSESSMENT INSTRUMENT</i> (OASES-B).....	110
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
	REFERÊNCIAS.....	128
	APÊNDICE A – ETAPAS 1 E 2 DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	145
	APÊNDICE B – ETAPA 3 RETROTRADUÇÃO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL.....	171
	APÊNDICE C – ETAPAS 4 E 5 DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	196
	APÊNDICE D – VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE LESÃO POR FRICÇÃO (OASES-B)	221
	APÊNDICE E – CARTA-CONVITE	229
	APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO COMITÊ ESPECIALISTA PARA VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO	230

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO.....	233
APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO ESTUDO TRANSVERSAL.....	236
ANEXO A – SKIN TEAR KNOWLEDGE ASSESSMENT INSTRUMENT (OASES)	239
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA VALIDAÇÃO transcultural DO INSTRUMENTO <i>SKIN TEAR KNOWLEDGE ASSESSMENT INSTRUMENT</i> (OASES) NO BRASIL.....	246
ANEXO C – PRODUÇÃO CIENTÍFICA 1.....	247
ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	251

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das principais discussões globais de saúde, com implicações significativas para os sistemas de saúde. De acordo com a pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS), a proporção da população global de idosos com ou mais de 60 anos, entre 2015 e 2050, aumentará de 12% para 22%. O envelhecimento da população cresce significativamente a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representaram 73,9% das mortes globais em 2019. À medida que a expectativa média de vida aumenta, as doenças de pele relacionadas à idade se tornam cada vez mais comuns (United Nations, 2023; World Health Organization, 2024; Liang; Su; Wang, 2023).

As lesões por fricção são feridas traumáticas ocorridas na pele, principalmente nas extremidades, em decorrência de forças mecânicas, como a fricção, o cisalhamento, incluindo a remoção de adesivos e o manuseio do paciente. Os fatores de risco para o seu desenvolvimento são multifacetados, o que inclui fatores intrínsecos do ser humano (idade, comprometimento cognitivo, desnutrição) e fatores extrínsecos (quedas, adesivos médicos) (Leblanc, 2019; Leblanc *et al.*, 2018^a; Nokaneng *et al.* 2025).

Embora possam afetar indivíduos de qualquer idade, as lesões por fricção são mais frequentes em idosos. O envelhecimento é um fator determinante, uma vez que ocorrem diversas alterações anatômicas e fisiológicas na pele como: o achatamento da junção dermoepidérmica, a redução de colágeno, a perda da matriz extracelular, especialmente do ácido hialurônico, e a diminuição do tecido subcutâneo, que tornam a pele mais frágil e menos elástica, aumentando a sua vulnerabilidade a forças de fricção e cisalhamento. Essa perda da função mecânica protetora resulta em fragilidade acentuada, além de tornar a pele mais suscetível a infecções devido à redução no número e na funcionalidade das células de *langerhans* (Solovev *et al.*, 2024; Konstantinou; Longange; Kaya, 2024).

O envelhecimento da pele é um processo inevitável também influenciado por fatores externos, como a exposição ao sol, tabagismo, estresses ambientais, condições sistêmicas crônicas e polifarmácia. Assim, essas mudanças intrínsecas e extrínsecas do processo de envelhecimento não apenas aumentam a suscetibilidade a condições como xerose cutânea, dermatites, infecções fúngicas, como também favorecem a ruptura da pele (Solovev *et al.*, 2024; Kottner *et al.*, 2024; Konstantinou; Longange; Kaya, 2024).

As lesões por fricção têm impacto direto na saúde geral dos indivíduos, podem causar desconforto significativo, afetar o bem-estar mental e físico e comprometer a qualidade de vida.

A prevalência de lesão por fricção em idosos é de 6,5%, sendo significativamente maior em lares de longa permanência (10,5%), casas de repouso (11%) e hospitais (2,2%). Fatores como o histórico de lesões por fricção, presença de púrpura e risco de lesão por pressão estão associados a um maior risco de desenvolvimento dessas lesões (Yang *et al.*, 2024).

A gravidade dessas lesões é determinada pela extensão da perda do retalho cutâneo, que pode ser classificada pelo *International Skin Tear Advisory Panel* (ISTAP) em três categorias que varia do tipo 1 (sem perda de pele/retalho) ao tipo 3 (perda total de pele/retalho). As lesões por fricção prolongam o tempo de hospitalização, aumentam o risco de infecções secundárias e limitam as atividades da vida diária, o que retarda a cicatrização das feridas e gera enormes encargos para cuidadores e sistemas de saúde (Leblanc, 2019; Leblanc *et al.*, 2018a; Kacmaz *et al.*, 2024a).

Apesar de representarem um desafio clínico abrangente e comprometerem a segurança do paciente, as lesões por fricção podem ser prevenidas e tratadas por meio de estratégias de intervenção adequadas. A identificação precoce dos fatores de risco é fundamental para a implementação de intervenções direcionadas (Kacmaz *et al.*, 2024a; Yang *et al.*, 2024).

Diante disso, em 2011, um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde, reconhecendo a urgência e importância do tema das lesões por fricção, fundou o Painel Consultivo Internacional para Lesões por Fricção (*International Skin Tear Advisory Panel* – ISTAP). O principal objetivo do painel é promover a conscientização internacional sobre previsão, avaliação, prevenção e gerenciamento de lesões por fricção (*Skin Tear*) (ISTAP, 2025; Leblanc *et al.*, 2018a).

O ISTAP vem desenvolvendo e disponibilizando ferramentas e diretrizes baseadas em evidências que auxiliam profissionais de saúde na avaliação, prevenção e tratamento de lesões por fricção, visando por meio da educação e pesquisa melhorar os resultados às pessoas que estão sob o risco ou que apresentam lesão por fricção. Essas ferramentas potencializam o conhecimento e as habilidades, principalmente, dos enfermeiros sobre esta temática (ISTAP, 2025).

Os enfermeiros são conhecidos como membros essenciais da equipe interdisciplinar e desempenham um papel fundamental na prevenção e tratamento de lesões por fricção. Estudos mostram que, o conhecimento do enfermeiro pode prever os riscos de avançar para o desenvolvimento de lesões por fricção, como também, é o profissional de saúde com maior conhecimento prático e de investigação, para promover e implementar estratégias de prevenção de lesões por fricção (Beeckman *et al.*, 2020; Jiang *et al.*, 2024).

Entretanto, infelizmente, na prática profissional ainda é comum que pessoas com lesões por fricção sejam frequentemente diagnosticadas de maneira equivocada. Estudos que avaliam o conhecimento de enfermeiros em diferentes ambientes de saúde evidenciam que há um baixo nível de conhecimento teórico e prático sobre lesões por fricção. Essa falta de conhecimento pode desencadear uma série de interpretações incorretas nos cuidados com a pele e subnotificações (Jiang *et al.*, 2024; Hu *et al.*, 2024; Wang *et al.*, 2024).

Todavia, ainda existe uma lacuna de conhecimento, entre as melhores evidências e a prática clínica sobre pessoas com lesões por fricção. As razões para esta lacuna de conhecimento são complexas e incluem principalmente o equívoco diagnóstico sobre essas lesões, como também, ausência de programas de treinamento, falta de ferramentas de classificação uniformes, registros documentais inconsistentes e falta de familiaridade com as diretrizes clínicas (Jiang *et al.*, 2024; Hu *et al.*, 2024).

Frente ao exposto, entende-se que é urgente medir o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre o cuidado às pessoas com lesões por fricção e fornecer apoio educacional específico para os seus cuidados diagnósticos, classificatórios, preventivos e prático clínico, objetivando a melhora do conhecimento e de desfechos de diminuição da prevalência de lesões (Hu *et al.*, 2024; Wang *et al.*, 2024).

Para tanto, é necessária uma ferramenta de medição específica e validada, voltada para esta temática, para avaliar com precisão o conhecimento básico e a eficácia do treinamento entre os enfermeiros e sua equipe de enfermagem. Assim, uma busca prévia na literatura por instrumentos atuais e validados cientificamente foi realizada, e o instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*” encontrado (Van Tiggelen *et al.*, 2020).

O instrumento OASES (*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument*), desenvolvido por Van Tiggelen *et al.* (2020) com base em uma revisão da literatura e consulta de especialistas, é composto por 20 itens que avaliam o conhecimento de enfermeiros sobre lesões por fricção. O instrumento foi validado psicometricamente com uma amostra de 387 enfermeiros de 37 países, demonstrando confiabilidade e validade (Van Tiggelen *et al.*, 2020).

Este instrumento já foi traduzido e adaptado transculturalmente para as versões chinesa e turca, sendo amplamente utilizado em pesquisas para avaliar o conhecimento de enfermeiros sobre lesão por fricção. Seu objetivo é aumentar a conscientização, o conhecimento, sensibilizar e facilitar o gerenciamento eficaz de lesões por fricção, além de servir como base para o desenvolvimento de programas educacionais voltados ao aprimoramento das habilidades dos enfermeiros (Kaçmaz *et al.*, 2024b; Feng *et al.*, 2023; Luo *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2024).

No entanto, até o momento, nenhum estudo relatou as propriedades psicométricas do OASES para enfermeiros no contexto cultural brasileiro. No Brasil, as lesões por fricção continuam a ser uma lesão subestimada (Tristão *et al.*, 2020). Logo, emergiu este projeto de pesquisa, para traduzir e adaptar transculturalmente o instrumento OASES para o Brasil e avaliar sua validade e confiabilidade na população de enfermeiros brasileiros. Assim, este estudo fornece uma perspectiva inédita sobre o tema, explorando uma nova hipótese, abordando tópicos ainda não explorados na área e trazendo resultados que contribuem para o conhecimento científico (Vagarinho, 2019).

Além disso, torna-se essencial destacar a relevância social deste estudo no cenário brasileiro. A utilização de instrumentos validados para mensurar o conhecimento de enfermeiros possui impacto direto na qualidade assistencial, na segurança do paciente e na implementação de políticas públicas de cuidado. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Primária à Saúde e nos serviços públicos de média e alta complexidade, a padronização de práticas clínicas voltadas à prevenção e manejo de lesões por fricção pode contribuir significativamente para a redução de complicações, hospitalizações evitáveis e custos assistenciais.

A adoção de um instrumento traduzido, adaptado e validado como o OASES fortalece processos de tomada de decisão baseados em evidências, qualifica programas de educação permanente e orienta gestores e instituições na criação de protocolos assistenciais mais seguros, humanizados e alinhados às necessidades reais da população idosa brasileira. Assim, este estudo também se justifica por seu potencial de contribuir para melhorias estruturais no cuidado em saúde, ampliando a capacidade das equipes de enfermagem de atuar de forma padronizada, competente e efetiva.

Esta pesquisa se alinha à minha trajetória acadêmica e prática profissional como enfermeira. Sou graduada pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), com especialização em Urgência e Emergência pela residência multiprofissional em saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mestre em enfermagem pela UFSC, e especialista em Estomaterapia pelo Albert Einstein. Através da minha experiência há nove anos trabalhando em emergências, clínica médica e cirúrgica e atualmente na Atenção Primária em Saúde, tenho a oportunidade de cuidar de pessoas de todas as idades, desde bebês até idosos. O cuidado de pessoas idosas sempre foi repleto de ensinamentos e contribuições. Cada idoso carrega em si uma história única, marcada por desafios, conquistas e memórias que moldam gerações. Reconhecer e valorizar essa trajetória sempre foi importante para mim para oferecer

um cuidado humanizado e atencioso com o objetivo de preservar sua autonomia e promover, sempre que possível, a manutenção da sua saúde física e bem-estar emocional. Sabemos que o envelhecimento traz consigo fragilidades, e as lesões na pele estão entre as condições de saúde que os afetam. Desta forma, a estomaterapia entrou na minha vida, com a necessidade urgente de aprimorar meu conhecimento e habilidades no manejo de lesões de pele, compreendendo a complexidade da cicatrização e o papel do enfermeiro na sua otimização, prevenção e tratamento. Afinal, todos nós, inevitavelmente, se o caminho nos permitir, seremos idosos um dia.

A partir disso, esta pesquisa respondeu a seguinte pergunta: **a adaptação transcultural do instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*” é adequada, em termos de validade e confiabilidade, para a avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de pessoas com lesões por fricção?**

2 OBJETIVO GERAL

Desenvolver a versão brasileira e a validação das propriedades psicométricas do instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*”, para a avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de lesões por fricção.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Traduzir o instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*”, para o português do Brasil.

Analisar o alcance da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual, da versão brasileira do instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*”, por um Comitê de Juízes Especialistas.

Testar a confiabilidade, validade de conteúdo, validade dos itens do teste de múltipla escolha e de construto da versão brasileira do instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*”, para enfermeiros brasileiros.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta seção apresenta uma revisão da literatura sobre o tema investigado. Para sua construção, foi realizada uma busca em bases de dados vinculadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED). A pesquisa utilizou descritores e palavras-chave em português e inglês relacionados à lesão por fricção e às intervenções de enfermagem no cuidado a pacientes acometidos por essa condição, sem delimitação temporal.

A seção está organizada em dois tópicos principais: (1) Lesão por fricção, abordando sua definição, classificação, incidência e prevalência, fatores de risco, características da pele e aspectos associados ao seu desenvolvimento, além de estratégias de tratamento e prevenção; e (2) Conhecimento dos enfermeiros sobre lesão por fricção explorando o instrumento de análise.

A partir dessa revisão, elaboramos a primeira produção científica intitulada “Lesão por Fricção em Pacientes Internados na Terapia Intensiva”, publicada em 2024 no PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem pela editora Artmed (Anexo C).

3.1 LESÃO POR FRICÇÃO

3.1.1 Definição e terminologia

Na literatura, não há consenso na definição do termo “Lesão por Fricção”. O termo “*Skin Tear*”, que significa pele (*Skin*) e rasgo ou rompimento (*Tear*), é mais comumente citado na literatura inglesa, não sendo universalmente adotado em toda a literatura. Posto que, os termos “*Skin Tearing*”, “*Skin Laceration*”, “*Geri tear*”, “*Pretibial*” e “*Epidermal tear*” também foram identificados (Rayner *et al.*, 2015). A nomenclatura utilizada atualmente no Brasil, Lesão por Fricção (LF), foi validada por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).

As lesões por fricção foram primeiramente mencionadas e definidas na literatura por Payne e Martin (1990). Em 1993, após identificar limitações nos termos utilizados, os autores alteraram sua definição. A definição revisada forneceu uma perspectiva histórica sobre lesões por fricção, se tornando a mais citada na literatura (Payne; Martin, 1993).

A definição atualizada de Payne e Martin (1993) foi posteriormente adaptada por Carville *et al.* (2007) e adaptado transculturalmente para o Brasil por Pulido (2010, p. 113) como: “Lesão por fricção ferida traumática que ocorre principalmente nas extremidades de

idosos, resultante de fricção ou de uma combinação de fricção e cisalhamento, levando à separação da epiderme da derme (ferida de espessura parcial) ou separando totalmente a epiderme e a derme das estruturas subjacentes (ferida de espessura total)”.

Em 2008, Leblanc *et al.* (2008, p. 15) revisou esta definição e, consequentemente, definiram Lesão por Fricção como “uma lesão causada por cisalhamento, fricção ou trauma corto-contuso, resultando na separação das camadas da pele. As lesões podem ser de espessura parcial (separação da epiderme da derme) ou de espessura total (separação da epiderme e da derme das estruturas subjacentes) dependendo do grau de dano tissular”.

O Painel Consultivo Internacional para Lesões por Fricção (*International Skin Tear Advisory Panel – ISTAP*), criado em 2011, composto por um painel de profissionais de saúde multidisciplinares, que tem como objetivo aumentar a conscientização internacional sobre lesão por fricção, apresentou em 2018 uma definição atualizada de lesão por fricção como: “Lesão por fricção é uma lesão traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos. A gravidade pode variar em profundidade (não se estendendo pela camada subcutânea)” (Leblanc *et al.*, 2018a, p. 4).

Rayner; Carville e Leslie (2019) examinaram todas as definições publicadas sobre Lesão por Fricção na literatura inglesa, conforme Quadro 1. Com base nas descobertas e dos critérios estabelecidos na pesquisa, apresentaram uma definição: “As lesões por fricção são definidas como feridas de espessura parcial ou total induzidas por trauma (causa) que ocorrem principalmente nas extremidades (local da lesão) de pessoas idosas (população) com alterações relacionadas à idade nas propriedades estruturais e de suporte mecânico da pele (patologia da pele) e são comumente associadas à elastose e/ou equimoses” (Rayner; Carville; Leslie, 2019, p. 141).

Em 2025, com a atualização das recomendações de melhores práticas para prevenção e gerenciamento do cuidado de lesões por fricção em pele envelhecida (2ª edição), a definição foi atualizada para: “Uma lesão por fricção é uma lesão traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos e o manuseio do paciente, a profundidade pode variar (não se estendendo pela camada subcutânea)” (Nokaneng *et al.* 2025).

Quadro 1 – Definição de lesão por fricção na literatura.

AUTOR	DEFINIÇÃO ORIGINAL	DEFINIÇÃO TRADUZIDA
Payne e Martin (1990)	<i>A skin tear is a traumatic injury occurring on the extremities of older adults as a result of shearing or friction forces which separate the epidermis from the dermis.</i>	Uma lesão por fricção é uma lesão traumática que ocorre nas extremidades de adultos mais velhos como resultado de forças de cisalhamento ou fricção que separam a epiderme da derme (Tradução literal).
Malone et al. (1991)	<i>A laceration of the epidermis, most often associated with minor trauma and involving a separation of the epidermis from the underlying tissue so that a “flap” of skin is created. Skin tears are often jagged or angular in nature and usually do not require suturing.</i>	Laceração da epiderme, mais frequentemente associada a traumas leves, envolvendo a separação da epiderme do tecido subjacente, criando um “retalho” de pele. As lacerações cutâneas costumam ser em formato angulares e geralmente não requerem sutura (Tradução literal).
Camp-Sorrell (1991)	<i>Often the least movement of a patient who is elderly, such as when bathing or turning, can cause a skin tear. A fluid-filled blister, resulting from friction, eventually ruptures and leaves an open area. Skin tears represent a separation of the epidermis from the dermis at the level where the layers join. Usually tears are located on the dorsum of the hands, on the forearms, or on the legs.</i>	Muitas vezes, o menor movimento de um paciente idoso, como ao tomar banho ou se virar, pode causar uma lesão por fricção. Uma bolha cheia de líquido, resultante do atrito, eventualmente se rompe e deixa uma área aberta. As lesões por fricção representam uma separação da epiderme da derme no nível em que as camadas se unem. Normalmente, as lesões estão localizadas no dorso das mãos, nos antebraços ou nas pernas (Tradução literal).
Payne e Martin (1993)	<i>A skin tear is a traumatic wound occurring principally on the extremities of older adults, as a result of friction alone or shearing and friction forces which separate the epidermis from the dermis (partial thickness wound) or which separate both the epidermis and the dermis from underlying structures (full thickness wound).</i>	Lesão por fricção ferida traumática que ocorre principalmente nas extremidades de idosos, resultante de fricção ou de uma combinação de fricção e cisalhamento, levando à separação da epiderme da derme (ferida de espessura parcial) ou separando totalmente a epiderme e a derme das estruturas subjacentes (ferida de espessura total) (Adaptada por: Pulido, 2010).
White; Karam e Cowell (1994)	<i>Separation of the dermis from the epidermis because of rubbing or shearing. Included in the definition were lacerations involving several layers of skin — linear or with flaps, superficial or those requiring sutures — and abrasions involving only the first layer of skin.</i>	Separação da derme da epiderme por fricção ou cisalhamento. Incluídos na definição estavam lacerações envolvendo várias camadas de pele - lineares ou com retalhos, superficiais ou que requerem suturas - e abrasões envolvendo apenas a primeira camada de pele (Tradução literal).
Everett e Powell (1994)	<i>Superficial laceration or jagged wound caused by trauma and limited to injury involving the epidermis and/ or dermis of the skin.</i>	Laceração superficial ou ferida irregular causada por trauma e limitada a lesão envolvendo a epiderme e/ou derme da pele (Tradução literal).
Fleck (2007)	<i>Skin tears are traumatic wounds that result from a separation of the two major layers of human skin, the epidermis and the dermis.</i>	As lesões por fricção são feridas traumáticas que resultam da separação das duas principais camadas da pele humana, a epiderme e a derme (Tradução literal).
Leblanc et al. (2008)	<i>The result of shearing, friction, or blunt trauma that causes separation of skin layers. The subsequent wounds are partial</i>	O resultado de cisalhamento, fricção ou trauma contuso que causa a separação das camadas da pele. As feridas subsequentes são de espessura parcial ou

	<i>or full thickness depending upon the degree of tissue damage.</i>	total, dependendo do grau de dano tecidual (Tradução literal).
Xu <i>et al.</i> (2009)	<i>A skin tear is a separation of the epidermis and dermis secondary to friction or a shearing force. It is a problem that affects all people but is especially common in the elderly and chronically ill individuals.</i>	Uma lesão por fricção é uma separação da epiderme e da derme secundária ao atrito ou a uma força de cisalhamento. É um problema que afeta todas as pessoas, mas é especialmente comum em idosos e doentes crônicos (Tradução literal).
Leblanc; Baranoski e Skin Tear Consensus Panel Members (2011)	<i>The result of shearing, friction, or blunt trauma that causes separation of skin layers. The subsequent wounds are partial or full thickness depending upon the degree of tissue damage.</i>	O resultado de cisalhamento, fricção ou trauma contuso que causa a separação das camadas da pele. As feridas subsequentes são de espessura parcial ou total, dependendo do grau de dano tecidual (Tradução literal).
Carville <i>et al.</i> (2014)	<i>Skin tears are defined as partial or full thickness skin injuries that result from shearing, friction or blunt trauma.</i>	As lesões por fricção são definidas como lesões cutâneas de espessura parcial ou total que resultam de cisalhamento, fricção ou trauma contuso (Tradução literal).
Centers for Medicare e Medicaid Services (2018)	<i>Skin tears are a result of shearing, friction or trauma to the skin that causes a separation of the skin layers. They can be partial or full thickness.</i>	As lesões por fricção são resultado de cisalhamento, fricção ou trauma na pele que causa uma separação das camadas da pele. Eles podem ser de espessura parcial ou total (Tradução literal).
International Skin Tear Advisory Panel (2018)	<i>A skin tear is a traumatic wound caused by mechanical forces, including removal of adhesives. Severity may vary by depth (not extending through the subcutaneous layer).</i>	Lesão por fricção é uma lesão traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos. A gravidade pode variar em profundidade (não se estendendo pela camada subcutânea) (Leblanc <i>et al.</i> , 2018a).
Rayner; Carville e Leslie (2019)	<i>Skin tears are defined as trauma-induced partial or full thickness wounds which primarily occur on the extremities of older persons with age-related changes to the skin's structural and mechanical support properties, and are commonly associated with elastosis and/or ecchymosis.</i>	As lesões por fricção são definidas como feridas de espessura parcial ou total induzidas por trauma que ocorrem principalmente nas extremidades de idosos com alterações relacionadas à idade nas propriedades estruturais e de suporte mecânico da pele e são comumente associadas à elastose e/ou equimose (Tradução literal).
Nokaneng <i>et al.</i> (2025)	<i>A skin tear is a traumatic wound caused by mechanical forces, including removal of adhesives and patient handling, the depth of which may vary (not extending through the subcutaneous layer).</i>	Uma lesão por fricção é uma lesão traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos e o manuseio do paciente, a profundidade pode variar (não se estendendo pela camada subcutânea) (Tradução literal).

Fonte: Adaptado de Rayner; Carville e Leslie (2019).

A falta de consenso sobre o conceito de lesão por fricção pode explicar a ausência de uma categoria específica para codificar lesões por fricção na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID). A ausência de um código específico pode, em parte, demonstrar a insignificância percebida e o potencial de subnotificação destas lesões pelos profissionais de saúde. Na 11ª edição do CID, podemos encontrar em “Doenças da pele”, e “Distúrbios de pele provocados por fatores externos”, que há o código “EH92 Dermatoses

provocadas por fricção ou estresse mecânico” e o código “EH92.Y Outros danos cutâneos especificados devido a fricção repetitiva e trauma mecânico”. No entanto, não há um código específico para Lesão por Fricção, como há para lesões por pressão (World Health Organization, 2023; Leblanc *et al.*, 2018a; Rayner *et al.*, 2015).

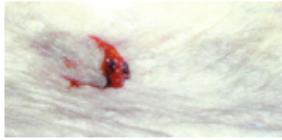
3.1.2 Instrumentos de classificação de Lesão por fricção

Os sistemas de classificação são ferramentas valiosas para auxiliar e padronizar o processo de diagnóstico, fornecendo descrições comuns da gravidade das lesões por fricção com base na extensão da perda de tecido. A quantidade de perda de tecido (retalho cutâneo) é importante para informar as decisões de tratamento. Além disso, a utilização de um sistema de classificação comum permite a comunicação clínica e científica e promove a uniformidade da documentação para fins de prática clínica, auditoria e investigação (Leblanc; Baranoski, 2017; Kottner *et al.*, 2020a; Leblanc *et al.*, 2018b).

Os sistemas de classificação devem ser válidos e confiáveis para avaliar as lesões por fricção com precisão e consistência (Polit; Beck, 2008). Em uma revisão sistemática, foram encontradas cinco classificações de lesões por fricção (Van Tiggelen *et al.*, 2020b).

A primeira classificação foi proposta por Payne e Martin (1990) e ligeiramente revisada em 1993. O Sistema de Classificação Payne-Martin (Figura 1) diferencia três categorias e quatro subcategorias com base na extensão da perda tecidual medida em porcentagem. O sistema nunca foi avaliado nas suas propriedades psicométricas e tem sido criticado pela sua complexidade, ambiguidade e baixa aceitação internacional (Payne; Martin, 1990; Payne; Martin, 1993; Carville *et al.*, 2007; Leblanc; Baranoski; Skin Tear Consensus Panel Members, 2011; Leblanc *et al.*, 2018a).

Figura 1 – Classificação Payne-Martin de lesões por fricção.

Skin Tear Category	Sub-Category and Description	Photograph
Category 1*: Skin tears without tissue loss	1A – Linear: Full thickness or flap partial thickness	
	1B – Flap Type: - Partial thickness - Epidermis and dermis are separated - Flap can be completely approximated or approximated to expose no more than 1mm of the dermis	
Category 2*: Skin tears with partial tissue loss	2A – Scant Category II Skin Tear: 25% or less of the epidermal flap is lost	
	2B – Moderate Category II Skin Tear: More than 25% of the epidermal flap is lost	
Category 3: Skin tears with complete tissue loss	Epidermal flap is absent	

Fonte: Payne e Martin (1993).

Em 2007, Carville *et al.* (2007) estabeleceram e testaram psicometricamente o sistema de classificação *Skin Tear Audit Research* (STAR), que foi desenvolvido como uma versão modificada da classificação de Payne-Martin, incluindo adicionalmente a distinção de cor de pele/retalho. Essa classificação foi adaptada transculturalmente para o português brasileiro e validado psicometricamente por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015) (Figura 2 – Sistema de Classificação STAR). A classificação STAR avalia a pele e qualquer retalho remanescente em busca de hematoma e isquemia, o que pode afetar a viabilidade tecidual e as decisões de tratamento. À semelhança da classificação de Payne-Martin, a classificação STAR revelou-se subjetiva e complexa para utilização na prática clínica, o que pode reduzir a consistência da documentação (Carville *et al.*, 2007; Skiveren *et al.*, 2015; Chaplain *et al.*, 2018; Leblanc *et al.*, 2018a).

Figura 2 – Sistema de Classificação STAR.

Sistema de Classificação STAR - Lesão por Fricção

Diretrizes do Sistema de Classificação STAR - Lesão por Fricção

1. Controlar o sangramento e limpar a ferida de acordo com o protocolo institucional.
2. Realinhar (se possível) qualquer segmento de pele ou retalho.
3. Avaliar o grau de perda tissular e a cor da pele ou do retalho utilizando o Sistema de Classificação STAR - Lesões por Fricção.
4. Avaliar as condições da pele adjacente à ferida quanto a fragilidade, edema, descoloração e arroxeamento (aspecto de equimose).
5. Avaliar a pessoa, a(s) ferida(s) e a cicatrização de acordo com o protocolo institucional.
6. Se a pele ou o retalho estiver pálido, opaco ou escurecido, reavaliar em 24-48 horas ou na primeira troca de curativo.



Fonte: Pulido (2010).

Em 2010, foi realizado um estudo transversal internacional que incluiu 1.127 profissionais de saúde de 16 países para explorar as práticas atuais na avaliação, prevenção e tratamento de lesões por fricção. Setenta por cento dos entrevistados relataram problemas com a avaliação e documentação atuais de lesões por fricção nos seus ambientes de prática, com uma esmagadora maioria (90%) a favor de um método simplificado. Oitenta e um por cento dos entrevistados indicaram que não usaram nenhuma ferramenta ou sistema de classificação para avaliar e documentar lesões por fricção, apesar de realizarem uma avaliação semanal das lesões por fricção. Dez por cento de todos os entrevistados usaram o Sistema de Classificação Payne-Martin e 5,8% usaram o Sistema de Classificação STAR (Leblanc *et al.*, 2014).

Num esforço para satisfazer a necessidade de uma ferramenta de classificação simples e fácil de usar, o painel de consenso de especialistas internacionais desenvolveu e testou psicometricamente o Sistema de Classificação ISTAP, que categoriza as lesões por fricção como tipo 1 (sem perda de pele/retalho), tipo 2 (parcial perda de pele/retalho) ou tipo 3 (total perda de pele/retalho). A presença ou ausência de hematoma e isquemia não foi incorporada na classificação ISTAP, pois parece ser prescritiva (por exemplo, previsibilidade do risco potencial de lesão por fricção e tempo de cicatrização) em vez de descritiva, diminuindo a simplicidade da ferramenta (Leblanc *et al.*, 2013a; Skiveren *et al.*, 2015; Leblanc, 2017).

Embora a classificação ISTAP classifique as lesões por fricção com base na gravidade da perda do “retalho cutâneo”, ela não fornecia uma definição de “retalho cutâneo”. Em 2020,

Van Tiggelen *et al.* (2020, p. 149) em seu estudo definiu “retalho” como: “Uma porção da pele (epiderme/derme) que é separada involuntariamente (parcial ou totalmente) de seu local original devido a cisalhamento, fricção e/ou força contundente. Este conceito não deve ser confundido com tecido que é intencionalmente retirado do seu local de origem para uso terapêutico, por ex. enxerto cirúrgico de pele”.

O painel ISTAP indica a necessidade de terminologia e definições padronizadas, a fim de evitar confusão. Desde o seu desenvolvimento em 2013, a classificação ISTAP foi traduzida/adaptada para vários idiomas em vários países, inclusive no Brasil (Figura 3) (Silva *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2020; Leblanc, 2017; Leblanc *et al.*, 2018a).

Figura 3 – Classificação ISTAP.



Fonte: Leblanc *et al.* (2018a).

3.1.3 Prevalência e incidência

Atualmente na literatura ainda possui um número reduzido de estudos que investigou a prevalência e a incidência de lesões por fricção em diferentes populações, ambientes de saúde e países. No entanto, as lesões por fricção são consideradas feridas comuns, com taxas de prevalência e incidência que se assemelham muito às lesões por pressão. Ressalta-se que o conhecimento da prevalência e incidência é essencial para compreender a magnitude do problema e poder ajudar na alocação de recursos, permitir o estabelecimento de metas e apoiar programas de prevenção. Além disso, as taxas de prevalência e incidência podem ser utilizadas para avaliar a eficácia de medidas preventivas, estratégias de tratamento e intervenções educativas na prática clínica e na investigação (Noordzij *et al.*, 2010; Koyano *et al.*, 2016;

Leblanc; Baranoski, 2017; Woo; Leblanc, 2018; White, 2001; Carville *et al.*, 2007; Leblanc *et al.*, 2016).

A prevalência de lesões por fricção é estimada entre 3,9% e 41,2% em instituições de longa permanência medidas em uma amostra que varia de 34 a 1.253 residentes (Leblanc *et al.*, 2013b; Koyano *et al.*, 2016; Woo; Leblanc, 2018; Ayello, 2017; Edwards *et al.*, 2017; Hahnel *et al.*, 2017; Leblanc, 2017; Hawk; Shannon, 2018; Skiveren; Wahlers; Bermark 2017; Woo *et al.*, 2017; Leblanc *et al.*, 2020). Em ambientes de cuidados intensivos, a prevalência de lesões por fricção é ligeiramente inferior, variando de 2,92% a 14,8% (Mclane *et al.*, 2004; Santamaria; Carville; Prentice, 2009; Werth; Justice, 2024).

Carville e Lewin (1998) e Carville e Smith (2004) documentaram taxas de prevalência de lesões por fricção de, respectivamente, 5,5% e 19,5% entre 1.638 pacientes Australianos em atendimento domiciliar. Um estudo foi realizado no ambiente de cuidados paliativos, relatando uma prevalência de 16,1% (Maida; Ennis; Corban, 2012). Hahnel *et al.* (2017) estudaram a prevalência de lesões por fricção em 223 residentes de 10 lares de idosos na Alemanha e encontraram uma prevalência pontual de 6,3%. O estudo de Skiveren, Wahlers e Bermark (2017) mostrou uma prevalência de 4,6% em 128 residentes de um lar de idosos dinamarquês. Bermark *et al.* (2018) relataram uma prevalência de 11,4% em 202 pacientes de cuidados agudos e críticos de um hospital na Dinamarca. Nos dois estudos dinamarqueses, assim como em alguns outros estudos, foram observadas apenas as extremidades do corpo, o que pode resultar na omissão e subnotificação de lesões por fricção. Volzer *et al.* (2023) encontraram uma prevalência de 10,5% em idosos residentes em casas de repouso na Alemanha.

Em uma revisão sistemática de Yang *et al.* (2024), fornece uma análise conjunta da prevalência e incidência de LF em idosos em todo o mundo. A prevalência combinada foi de 6% e a incidência 11%. A prevalência combinada de LF na Europa foi de 5% e 4% na Ásia, 11% em instituições de cuidados de longa permanência e 5% em estudos usando o sistema de classificação ISTAP. A incidência de LF em instituições de cuidados de longa permanência foi de 15% no Japão e 4% no Canadá. A prevalência de LF foi de 7% para o sistema de classificação STAR, 5% para o sistema ISTAP e 20% para o sistema de classificação Payne e Martin. No estudo, concluíram que faltam estudos sobre prevalência e incidência de LF em países de baixa e média-baixa renda, necessitando de pesquisas futuras.

As taxas de incidência de lesões por fricção variam entre 2,2% e 62,0%, com maior incidência em ambientes de reabilitação e cuidados intensivos (Bajwa *et al.*, 2010; Groom *et al.*, 2010). Everett e Powell (1994) e Finch *et al.* (2018) relataram taxas de incidência de lesões por fricção de, respectivamente, 6,3% e 8,8% entre 1.524 pacientes australianos de cuidados intensivos durante um período de acompanhamento de um mês. O estudo de Kennedy e Kerse (2011) mostrou uma incidência de 5% em 2.401 pacientes ambulatoriais de uma unidade de saúde de atenção primária na Nova Zelândia durante um período de acompanhamento de dois anos. Em instituições de cuidados de longa permanência, foram encontradas taxas de incidência entre 2,2% e 44,8%, medidas em uma amostra que variava de 29 a 1.567 residentes (Payne; Martin, 1990; Malone *et al.*, 1991; Birch; Coggins, 2003; Carville *et al.*, 2014; Sanada *et al.*, 2015; Koyano *et al.*, 2016; Leblanc, 2017; Furukawa, 2019; Kapoor *et al.*, 2019; Leblanc *et al.*, 2020).

Koyano *et al.* (2016) levantaram a hipótese de que as diferenças na prevalência de lesão por fricção entre países podem estar associadas a fatores culturais, como os hábitos de exposição ao sol de uma sociedade. Essa ideia é sustentada pela crença de que as áreas do corpo que recebem mais sol sofrem danos mais intensos, levando a alterações na pele relacionadas ao envelhecimento e, conseqüentemente, a um maior número de LF. Kaya e Saurat (2007) sugeriram que as mãos, braços e pernas são regiões do corpo que apresentam um aumento significativo de LF relacionadas à idade devido à exposição frequente ao sol. Os resultados do estudo de Leblanc *et al.* (2020) corroboram essa afirmação, mostrando que 42,4% das LF ocorreram nas extremidades superiores e 51,6% nas extremidades inferiores. Embora seja possível que LF apareçam em qualquer parte do corpo.

A grande variedade nas taxas de prevalência e incidência pode ser atribuída, em parte, às diferentes populações de pacientes e às diferenças na concepção metodológica, nas práticas de prevenção e gestão, na equipe de enfermagem, no conhecimento, na atitude e no equipamento. Outra explicação para esta variabilidade pode ser a complexidade de diagnosticar corretamente as lesões por fricção e distingui-la de outras lesões cutâneas, como lesões por pressão superficiais (Leblanc *et al.*, 2016; Leblanc *et al.*, 2014; Leblanc *et al.*, 2018a).

3.1.4 A pele e os fatores associados ao desenvolvimento de lesão por fricção

A pele, maior órgão do corpo humano, recobre toda a sua superfície externa, mede cerca de 2m² de área e representa cerca de 15% da massa corporal. A sua espessura varia de acordo com a região do corpo e é influenciada pela espessura das camadas epidérmica e dérmica. É arquitetada por estruturas microanatômicas e uma variedade de tipos celulares que formam a base para o seu adequado funcionamento (Liang; Su; Wang, 2023).

A pele é composta por três camadas: a epiderme, derme e a hipoderme (tecido subcutâneo). A epiderme, camada mais externa, é constituída pela camada basal, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea. Tem como principal célula os queratinócitos. O estrato córneo compreende múltiplas camadas de queratinócitos suspensos por uma matriz lipídica extracelular, que previne da perda excessiva de água transepidérmica e protege da entrada de agentes externos. As células epidérmicas incluem também os melanócitos, células de Langerhans e de Merkel. A epiderme é uma camada dinâmica que está em contínua renovação (Yousef *et al.*, 2024; Liang; Su; Wang, 2023; Kolarsick; Kolarsick; Goodwin, 2011).

A derme, camada intermediária, é conectada à epiderme pela membrana basal, junção dermoepidérmica, e consiste em duas camadas de tecido conjuntivo, o papilar e o reticular. É uma camada espessa que contém fibroblastos e matriz extracelular complexa. É composta por fibras de elastina e feixes de fibras de colágeno, que proporcionam flexibilidade, elasticidade e resistência à tração. A derme abriga as glândulas sudoríparas, folículos capilares, músculos, neurônios sensoriais e vasos sanguíneos (Liang; Su; Wang, 2023; Yousef *et al.*, 2024).

A camada mais profunda, a hipoderme (ou tecido subcutâneo), está localizada abaixo da derme e acima da fáscia muscular, fornece amortecimento mecânico, isolamento térmico e funciona como reserva energética. Esta camada contém lóbulos adiposos, neurônios sensoriais, tecidos conjuntivos e vasos sanguíneos (Liang; Su; Wang, 2023; Yousef *et al.*, 2024).

A pele é multifuncional, sua principal característica é agir como uma barreira contra agentes químicos, físicos e mecânicos, como também proteger contra a invasão de microrganismos e alérgenos. A pele possui função regulatória capaz de manter a temperatura corporal através da modulação da umidade. É desenvolvida para coletar sinais sensoriais por meio de terminações nervosas; secretar suor, sebo, hormônios e enzimas; e excretar produtos metabólicos prejudiciais aos órgãos internos. Em indivíduos saudáveis, a pele é resistente, resiliente e com uma capacidade extraordinária de reparo (Proksch; Brandner; Jensen, 2008; Liang; Su; Wang, 2023).

A lesão por fricção é causada por múltiplos fatores relacionados às forças mecânicas, como cisalhamento, fricção. Isso inclui traumatismos contusos, quedas, técnicas inadequadas de posicionamento ou transferência, uso de equipamentos ou remoção de curativos aderentes. O resultado pode ser a separação da epiderme da derme (lesão de espessura parcial) ou a separação tanto da epiderme quanto da derme das estruturas subjacentes (lesão de espessura total), não se estendendo para a camada subcutânea (Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc; Baranoski; Skin Tear Consensus Panel Members, 2011; Holmes *et al.*, 2013; Nokaneng *et al.* 2025).

Os neonatos e pessoas com idade avançada são particularmente mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesões por fricção em função das alterações fisiológicas da pele relacionadas à idade (Leblanc; Baranoski; Skin Tear Consensus Panel Members, 2011; Kottner *et al.*, 2020b). Os neonatos têm menos camadas de estrato córneo, menos fibras colágenas e elásticas, maior perda de água transepidérmica e menor ligação entre a epiderme e a derme. Como a pele dos neonatos ainda não está totalmente desenvolvida, ela é mais frágil e menos resistente ao estresse mecânico, como fricção e forças de cisalhamento (Leblanc; Baranoski; Skin Tear Consensus Panel Members, 2011; Kottner *et al.*, 2020b).

O processo de envelhecimento é natural, gradativo, progressivo e irreversível. Está conectado a fatores biológicos, psíquicos e sociais, que acometem todos os seres humanos. Em decorrência da ação do tempo, ocorrem modificações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, das quais a pele é o principal sinal desse resultado (Kottner *et al.*, 2020b). Nesse processo, acontece a perda progressiva da sua função, menor eficiência das respostas imunológicas e, por consequência, aumenta a suscetibilidade a infecções e doenças (Russell-Goldman; Murphy, 2020).

O envelhecimento da pele é um mecanismo complexo em que ocorrem simultaneamente mudanças intrínsecas (envelhecimento, problemas de pele, fatores genéticos ou doenças preexistentes) e extrínsecas (dano ambiental, exposição ultravioleta), podendo ter fatores modificáveis ou não modificáveis. Com o envelhecimento, a epiderme e a membrana basal tornam-se finas, há perda de colágeno, elastina e glicosaminoglicanos, a pele deixa de ser uma barreira mecânica efetiva, aumenta a queratinização da epiderme e o achatamento da junção epidérmica, atrofia e contração da derme e, consequentemente, o sistema de ancoragem derme-epiderme torna-se menos resistente às forças mecânicas de fricção e cisalhamento (Leblanc; Baranoski; Skin Tear Consensus Panel Members, 2011; Kottner *et al.*, 2020b).

Outras alterações cutâneas associadas ao processo normal de envelhecimento incluem o aumento do pH da superfície da pele, diminuição da percepção sensorial e redução do suprimento sanguíneo. Os vasos sanguíneos tornam-se mais delgados e frágeis, rompendo-se com facilidade, podendo levar ao aparecimento de hemorragia subcutânea conhecida como púrpura senil e equimoses (Holmes *et al.*, 2013; Lichterfeld *et al.*, 2014).

Rayner; Carville e Leslie (2019) observaram que o aumento da idade está relacionado a uma maior suscetibilidade de apresentar púrpura na pele, principalmente se em uso de terapia antiplaquetária. Em uma pesquisa conduzida em um Hospital de Câncer no Brasil, o uso de anticoagulantes, bem como a presença de equimoses, teve maior probabilidade de desenvolver lesões por fricção. Sabemos que pacientes diagnosticados com câncer são particularmente suscetíveis ao desenvolvimento de infecções de pele devido a diversas alterações intrínsecas e fatores externos que são específicos a esse grupo (Bandeira *et al.*, 2022). No entanto, outra pesquisa envolvendo uma população de idosos de uma unidade médica de longa permanência, relatou que a ocorrência de hematoma e púrpura estava associada à presença de lesão por fricção em idosos (Peres *et al.*, 2022). Outros estudos também encontraram uma relação entre lesão por fricção e problemas de pele como equimoses, hematomas, púrpuras e edema (Lewin *et al.*, 2016; Bermark *et al.*, 2018; Kaçmaz *et al.*, 2022).

A púrpura senil refere-se ao aparecimento de pequenas manchas roxas com bordas definidas, enquanto a equimose é caracterizada por descolorações avermelhadas ou azuladas maiores que um centímetro com bordas mais difusas. Estas lesões não devem ser confundidas com um hematoma, que é geralmente definido como uma contusão palpável ou coleção localizada de sangue nos tecidos causada por trauma num vaso sanguíneo subjacente. A rigidez da pele resultante da formação de hematoma pode tornar a pele mais vulnerável a rupturas causadas por qualquer trauma adicional. O sangramento sob a epiderme permite que a pele se descole mais facilmente quando são aplicadas forças de fricção ou cisalhamento (Lewin *et al.*, 2016; Rayner *et al.*, 2015; Mahajan; Handa, 2020; Leblanc, 2017; Dyer; Miller, 2018).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões por fricção incluem além das mudanças na pele associadas ao envelhecimento, equimoses e hematomas, as atividades de vida diária como vestir-se, tomar banho, usar cadeira de rodas, bater em móveis ou objetos, realizar transferências e sofrer quedas. Alguns estudos mostraram que a mobilidade reduzida, o comportamento agressivo e/ou comprometimento cognitivo, ou seja, o nível de dependência para as atividades de vida diária são fatores de risco importantes associados à prevalência de

lesões por fricção (Beeckman *et al.*, 2020; Kottner *et al.*, 2020b; Levine, 2020; Leblanc *et al.*, 2021; Kaçmaz *et al.*, 2022).

A pele de indivíduos com dermatoporose apresenta função mecânica protetora reduzida e tolerância diminuída às forças de fricção e cisalhamento. Como consequência desta fragilidade da pele, estes indivíduos correm um risco aumentado de ruptura da pele, mesmo devido a pequenas forças ou traumas (Leblanc *et al.*, 2018a; Levine, 2020; Rayner *et al.*, 2015).

Em linhas de cuidado, nos estudos de prevalência de LF em idosos residentes de casas de repouso, as LF foram associadas à idade avançada, menor IMC (Índice de Massa Corporal), demência, deficiências físicas e cognitivas, mobilidade e transferências prejudicadas (Volzer *et al.*, 2023). Em um hospital de cuidados intensivos, a maioria das lesões por fricção foi encontrada nas extremidades, adquiridas no hospital, classificadas de acordo com o sistema de classificação Payne-Martin como categoria III, e como principais fatores de risco a fragilidade da pele, idade avançada e mobilidade prejudicada (Werth; Justice, 2024). Outro estudo de cuidados agudos, que avaliou ao longo de 10 anos a prevalência de LF, os fatores de risco encontrados foram a idade avançada e lesão por fricção prévia (Miles; Fulbrook; Williams, 2022).

Vale destacar, que em um estudo para determinar os fatores de risco associados à lesão por fricção em paciente com lesão medular durante atividades de reabilitação, a idade média dos participantes era de 39,2 anos. Os pacientes que desenvolveram LF, a maioria foi devido ao uso de equipamentos, seguida das transferências. Àqueles que precisavam de assistência para comer ou se movimentar tiveram mais probabilidade de desenvolver LF (Catania; Morgan; Martin, 2018).

As pesquisas também encontraram uma relação estatisticamente significativa entre lesão por fricção e desnutrição (Kaçmaz *et al.*, 2022; Munro *et al.*, 2018). Soh *et al.* (2019) mostraram que o IMC é um importante preditor do risco de LF e que, à medida que o IMC diminui, o risco de LF aumenta. A identificação de fatores de risco modificáveis, como a desnutrição, é importante para destacar a necessidade de implementação de estratégias para diminuir o risco, prevenir, gerenciar e tratar as lesões por fricção (Munro *et al.*, 2018).

O processo de envelhecimento é determinado geneticamente, mas pode ser amplamente influenciado por fatores ambientais, como exposição prolongada aos raios UV (ultravioleta), fotoenvelhecimento, exposição ocupacional, como poluição do ar e tabagismo e sensibilidade ao sol correlacionada à raça/cor da pele (Koyano *et al.*, 2016; Wollina *et al.*, 2019; Kluger; Impivaara, 2019; Chanca *et al.*, 2021; Kaçmaz *et al.*, 2022). Koyano *et al.* (2016)

relatam que os pacientes idosos caucasianos podem ter propriedades específicas da pele ou estar expostos a fatores ambientais que os predispõem a LF em comparação com pacientes idosos japoneses. As respostas a esses estresses ambientais (radiação UV) podem refletir diferenças fotoprotetoras da melanina em diferentes fenótipos de pele em diversos grupos raciais/étnicos.

As comorbidades podem influenciar significativamente no desenvolvimento de LF (Leblanc *et al.*, 2021; Kaçmaz *et al.*, 2022). A imunossupressão presente em condições como câncer, diabetes, e doenças autoimunes, pode tornar a pele mais suscetível a lesões e comprometer a capacidade de cicatrização. Alterações na pele, como ressecamento e fragilidade, em casos de insuficiência renal e diabetes aumentam o risco de lesões. A mobilidade reduzida, como doenças neuromusculares, aumenta a probabilidade de traumas e lesões. Problemas circulatórios, comuns em condições como hipertensão e doenças cardiovasculares, podem prejudicar a integridade da pele e sua capacidade de recuperação. A desnutrição, que pode levar a deficiências nutricionais que aumentam o risco de lesões. Além disso, a polifarmácia, vários estudos identificaram a terapia anticoagulante e uso prolongado de corticosteróides tópicos e sistêmicos como fatores de risco adicionais significativos para dermatoporose (Wollina *et al.*, 2019; Kluger; Impivaara, 2019; Chanca *et al.*, 2021). O uso crônico de corticosteroides inibe a síntese de colágeno, reduz a resistência à tração e a viabilidade das células tendíneas (Kaçmaz *et al.*, 2022).

Em uma revisão sistemática, examinaram quais intervenções de enfermagem aumentam o risco de lesões por fricção, e descreveram que o risco está associado às intervenções realizadas nas atividades de vida diária. As intervenções que influenciam no aparecimento de LF que estão associadas à higiene da pele, são tanto pela lavagem quanto pela aplicação de cremes ou outros produtos emolientes. A lavagem excessiva com sabonete alcalino, por exemplo, provoca um aumento significativo no pH da pele e na remoção de óleos naturais do estrato córneo, resultando numa ruptura da barreira epidérmica e pele mais ressecada. A pele seca, ou xerose cutânea, é suscetível à fricção e ao cisalhamento (Beeckman *et al.*, 2020; Kottner *et al.*, 2020b; Levine, 2020). Já a aplicação de produtos *leave-on* tem demonstrado uma barreira cutânea protetora em comparação ao não uso de produtos hidratantes (Cilluffo *et al.*, 2023).

As intervenções de enfermagem associadas às vestimentas incluem as manobras bruscas, diante dos problemas de mobilidade, equilíbrio e flexibilidade do paciente que podem aumentar o risco de apresentar LF (Cilluffo *et al.*, 2023). Além do uso de roupas curtas, Strazzieri-Pulido *et al.* (2017) relatam que a incidência de LF foi maior no verão do que no

inverno relacionando ao uso de roupas curtas que aumentam a exposição das extremidades durante a parte mais quente do ano no verão. Leblanc *et al.* (2014) destaca que as LF estão relacionadas às atividades de vestir e à dependência de outras pessoas para se vestir.

Outra intervenção de enfermagem que é fator de risco para LF é o uso de curativos adesivos. A remoção de um curativo adesivo pode resultar em lesões por fricção devido à força aplicada à superfície da pele. Quando um curativo é removido, a força aplicada à pele pode ser especialmente prejudicial em pele sensível, podendo até remover inadvertidamente a camada mais externa da epiderme junto com o curativo. Essa força de atrito não está apenas associada aos curativos, mas também à aplicação de adesivos ou bandagens, que podem causar lesões na pele durante a remoção, especialmente em pessoas com pele sensível e em idosos (Cilluffo *et al.*, 2023; Van Tiggelen *et al.*, 2019).

Bem como, as intervenções relacionadas à transferência e mobilização do paciente. Em um estudo demonstraram que os momentos de maiores atividades e/ou intervenções com os pacientes foram os que mais causaram lesões por fricção (Leblanc *et al.*, 2014). As quedas, seguidas pelo uso de cadeira de rodas, e outros fatores mais associados incluíam a mobilidade limitada, lesões acidentais e dependência de transferências. Outros fatores de risco citados incluem a dependência nas atividades da vida diária, paciente acamados, com incapacidade de mudar de posição (Cilluffo *et al.*, 2023).

As populações com maior risco de lesões por fricção também apresentam risco aumentado de complicações, como infecção e atraso na cicatrização de feridas, o que pode fazer com que as lesões por fricção evoluam para feridas crônicas complexas (Leblanc; Baranoski; Skin Tear Consensus Panel Members, 2011; Leblanc *et al.*, 2018b).

Embora as lesões por fricção sejam resultantes de uma combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos, é fundamental identificar a causa exata da lesão para assegurar uma documentação e registro precisos no prontuário do paciente. Uma vez que, o reconhecimento precoce de pessoas com risco de desenvolver a lesão por fricção, minimiza a incidência dessas lesões, considerado em muitos casos como evitáveis (Vanzi; Leblanc, 2018).

3.1.5 Avaliação e Tratamento

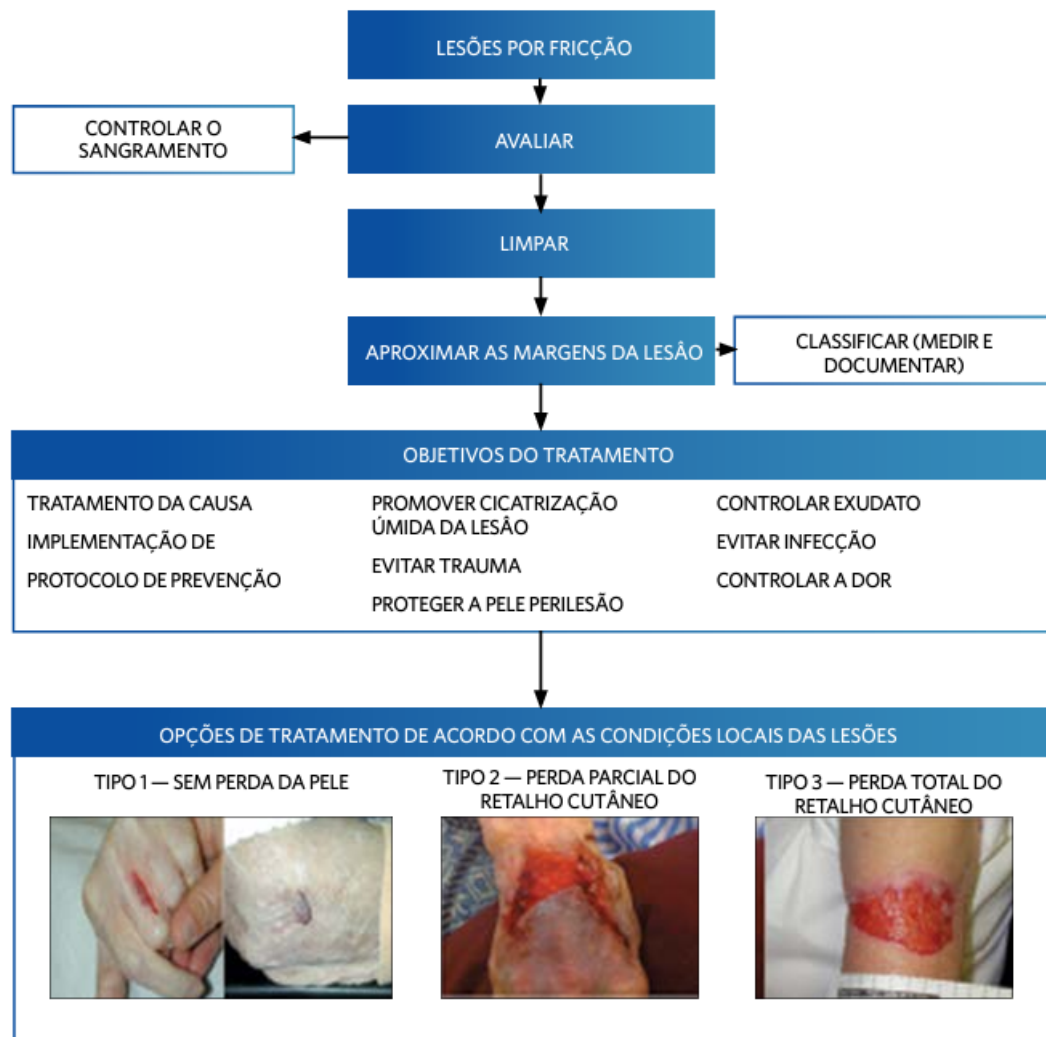
Os cuidados prestados a pessoa com lesão por fricção devem ser baseados em evidências, orientando adequadamente a avaliação, classificação e tratamento. O ISTAP desenvolveu ferramentas para apoiar e guiar profissionais e pacientes na avaliação de risco, prevenção e tratamento de lesões por fricção. As estratégias de gerenciamento para avaliação e tratamento baseiam-se na identificação e tratamento da causa, na abordagem das preocupações/sentimentos centradas no paciente e na oferta de cuidados adequados para a cicatrização da ferida (Leblanc *et al.*, 2016; Nokaneng *et al.* 2025).

O tratamento eficaz de feridas e outros cuidados preventivos adaptados a cada paciente, à sua pele e à sua ferida dependem de uma avaliação abrangente da ferida, bem como do paciente. A avaliação holística do paciente deve incluir: histórico de saúde geral, histórico de lesões por fricção, comorbidades, medicamentos, problemas de saúde mental, fatores socioeconômicos e biopsicossociais, potencial de autocuidado, dependência das atividades de vida diária, mobilidade, nutrição e hidratação (Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc *et al.*, 2018b).

Com base na avaliação holística minuciosa, um plano de cuidados individualizado que mantenha uma ligação contínua entre prevenção, avaliação e tratamento deve ser desenvolvido em colaboração com o paciente, sua família e a equipe multidisciplinar. A participação dos pacientes e de suas famílias em um plano de cuidados colaborativo é fundamental para definir metas adequadas, garantir a adesão às intervenções propostas, melhorar a qualidade de vida e maximizar os resultados clínicos e financeiros. O plano de cuidados deve incluir metas realistas, tendo em conta as necessidades, capacidades e preferências do paciente, e potenciais barreiras à gestão contínua (Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc *et al.*, 2018b).

A primeira etapa no processo de avaliação de uma ferida é identificar sua etiologia, determinando os fatores causadores, sejam eles intrínsecos e/ou extrínsecos, como também avaliar: sua localização anatômica, duração da lesão, dimensões, extensão do dano tecidual, características da ferida, tom da pele do paciente, dor associada, realizar o registro fotográfico e, a partir dessa avaliação implementar estratégias de prevenção e tratamento com documentação completa e precisa (Nokaneng *et al.* 2025). A Figura 4 apresenta um algoritmo de decisão que auxilia no processo de avaliação e tratamento das lesões por fricção (Sibbald, *et al.*, 2021; Leblanc *et al.*, 2013c; Leblanc *et al.*, 2018a).

Figura 4 – Algoritmo de decisão relacionada às lesões por fricção.



Fonte: Leblanc *et al.* (2013c); Leblanc *et al.* (2018a).

Quando ocorre uma lesão por fricção, a ação inicial pode ser a necessidade de controlar o sangramento local. Nesses casos, deve-se aplicar uma pressão na ferida, se possível, elevar o membro afetado e, caso necessário, podem ser usados curativos homeostáticos que auxiliam na hemostasia. Em pacientes que utilizam anticoagulantes ou aspirina, o tratamento precisa ser cuidadosamente monitorado, uma vez que possuem maior predisposição a sangramentos e/ou hematomas (Leblanc *et al.*, 2014; Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc *et al.*, 2018b).

As lesões por fricção podem ser dolorosas, por isso é essencial monitorar a dor durante todo o tratamento e controlá-la conforme necessário. Além disso, as lesões por fricção podem ser, ou se tornar, angustiantes para o paciente, tornando crucial a redução da ansiedade e a garantia de que o paciente se sinta confortável (Leblanc *et al.*, 2014; Leblanc *et al.*, 2018a).

Após controlar o sangramento, o próximo passo é limpar a ferida e remover quaisquer detritos residuais. O preparo do leito da ferida consiste em uma abordagem sistematizada. O acrônimo TIMERS é uma estrutura focada no gerenciamento de parâmetros específicos e importantes de uma ferida, que abrange seis aspectos de avaliação para auxiliar nas intervenções adequadas para promover a cicatrização da ferida, sendo eles: T (*Tissue*), tecido inviável, a presença de tecido desvitalizado pode exigir a utilização de soluções para limpeza e desbridamento; I (*Inflammation/Infection*), inflamação ou infecção, a infecção pode resultar em dor e diminuição na cicatrização da ferida, o tratamento da infecção local ou sistêmica deve ser garantido; M (*Moisture*), exsudato, o equilíbrio da umidade é essencial para promover um ambiente propício para a cicatrização da ferida; E (*Edges*), borda da ferida, a pele circundante deve ser avaliada para eliminar as complicações e proporcionar um ambiente que estimule o avanço da ferida; R (*Repair*), reparo tecidual e S (*Social factors*), fatores sociais relacionados ao paciente, é importante verificar o ritmo da cicatrização e como a ferida está sendo afetada pelos fatores sociais em que o paciente se encontra (Atkin *et al.*, 2019).

O tratamento das lesões por fricção deve ter como objetivo preservar o retalho cutâneo, reaproximar as bordas da ferida, manter o tecido circundante e minimizar o risco de infecção e lesões adicionais. Se viável, o retalho cutâneo deve ser reaproximado para cobrir a superfície da ferida tanto quanto possível (sem esticar a pele). O retalho pode ser recolocado no lugar usando uma ponta de algodão umedecida, um dedo enluvado, uma pinça ou uma tira de silicone (Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc *et al.*, 2018b).

Uma vez colocado o retalho cutâneo, deve ser aplicado uma cobertura não aderente e atraumática que otimize o ambiente de cicatrização e proteja a pele frágil de novas lesões. Se possível, o curativo deve ser deixado por pelo menos 5-7 dias, o uso prolongado de coberturas pode resultar em benefícios como evitar a perda do retalho cutâneo, reduzir o risco de contaminação, e também na economia de custos e redução do tempo profissional (Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc *et al.*, 2018b; Nokaneng *et al.*, 2025).

O curativo ideal deve ser fácil de aplicar e remover, evitar trauma no leito da ferida, no retalho cutâneo e na pele perilesão durante a remoção/troca do curativo, deve fornecer uma barreira protetora, manter o equilíbrio da umidade e permitir um tempo de uso prolongado. As coberturas devem ser selecionadas de acordo com as condições locais da ferida, fatores relacionados aos pacientes e objetivos do tratamento. Vários tratamentos foram propostos para fornecer proteção e facilitar a cura de lesões por fricção que incluem gazes não aderentes,

hidrogéis, filmes transparentes, espumas, hidrocolóides, entre outros, conforme pode ser visualizado no Quadro 2 (Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc *et al.*, 2018b).

Quadro 2 – Guia para seleção de produtos para o tratamento de lesões por fricção.

Categoria de produtos	Indicações	Tipo de lesão por fricção	Considerações
Cobertura de malha não aderente (por exemplo, malha lipícolóide, malha de gaze impregnada, malha de silicone, petrolato)	Lesão seca ou exsudativa	1,2,3	Manutenção do equilíbrio de umidade para vários níveis de exsudato da lesão; remoção atraumática; cobertura secundária pode ser necessária.
Cobertura de espuma	Exsudato moderado, maior tempo de uso (2 a 7 dias, dependendo do volume de exsudado)	2,3	Cuidado com espumas de borda adesiva: usar versões não adesivas quando possível para evitar trauma perilesão (não aplicável a produtos com borda de silicone).
Hidrogel	Libera umidade para lesões secas	2,3	Manutenção do equilíbrio de umidade para volumes variados de exsudato da lesão; remoção atraumática; cobertura secundária pode ser necessária.
Adesivo à base de cianoacrilato (2 octil ou n-butil) - cola para pele	Para aproximação da margem e reparação da lesão	1,2,3	Uso similar às suturas nas primeiras 24 horas após a lesão. É cola cirúrgica, relativamente cara e pode depender de prescrição/protocolo médico.
Protetor de pele à base de cianoacrilato livre de solventes	Proteção contra danos causados por umidade e fricção. Proteção de até 7 dias. Não requer cobertura secundária.	1,2,3	Uso como um protetor de pele. Liga-se quimicamente à superfície da pele e, portanto, não pode ser removido depois de aplicado, desprendendo-se com o tempo.
Alginato de cálcio	Exsudato moderado a intenso. Hemostático para sangramento de menor intensidade.	1,2,3	Pode desidratar o leito da lesão se houver exsudato inadequado; cobertura secundária é necessária.
Fibra gelificante	Exsudato moderado a intenso.	2,3	Sem propriedades hemostáticas, pode desidratar o leito da lesão se houver exsudato inadequado; cobertura secundária é necessária.
Cobertura acrílica	Exsudato leve a moderado, sem qualquer evidência de sangramento; pode permanecer no local por um período prolongado.	1,2,3	Remoção cuidadosa; deve ser usado apenas como indicado e pode ser deixado por maior tempo de uso.
Considerações especiais para a Lesão por Fricção Infectada			
Cobertura à base de azul de metileno e violeta genciana	Ação antimicrobiana de amplo espectro, incluindo organismos resistentes a antibióticos.	1,2,3	Não traumático ao leito da lesão; uso em caso de suspeita ou confirmação de infecção tecidual ou profunda cobertura secundária é necessária.

Fonte: Leblanc *et al.* (2016); Leblanc *et al.* (2018).

Quando há suspeita ou confirmação de infecção local ou sistêmica dos tecidos, o uso de coberturas antimicrobianas atraumáticas deve ser considerado. As infecções de feridas podem aumentar os custos de saúde, atrasar a cicatrização, causar complicações e afetar significativamente a vida diária dos pacientes (Dissemond *et al.*, 2020; Leblanc *et al.*, 2018a).

O exsudato deve ser manejado de forma eficaz para proporcionar um ambiente úmido ideal necessário para a cicatrização de feridas e para proteger a pele perilesão dos riscos de maceração e escoriação. Se uma lesão por fricção estiver com grande quantidade de exsudato, uma cobertura absorvente (por exemplo, espuma, hidrofibras) e um produto de barreira cutânea para proteger a pele circundante pode ser benéfico. Os curativos precisam ser trocados com mais frequência se houver sinais de infecção ou exsudato elevado. A cada troca de curativo, o curativo deve ser retirado lentamente, afastando-se do retalho cutâneo aderido (Figura 5) (Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc *et al.*, 2018b).

Figura 5 – Ilustração indicando a direção correta para a remoção do curativo para promover a viabilidade do retalho cutâneo.



Fonte: Idensohn *et al.* (2019a).

Legenda: a. Lesão por fricção sem curativo. b. Lesão por fricção com curativo indicando a direção correta da sua remoção na próxima troca.

As bordas da lesão devem ser acompanhadas e monitoradas quando à sua evolução. As lesões por fricção são lesões agudas que normalmente fecham entre 14 e 21 dias. Todos os fatores de risco que podem dificultar o processo de cicatrização de feridas, como diabetes, tabagismo, desnutrição, medicamentos anticancerígenos, edema periférico, devem ser tratados sempre que possível. O processo de avaliação e o plano de cuidados devem ser claramente documentados, incluindo as datas para reavaliação e a justificativa para as intervenções escolhidas (Leblanc *et al.*, 2018a; Ousey; Cook, 2012; Hardie; Wick, 2020).

Uma avaliação da ferida deve considerar e documentar os seguintes aspectos: causa da ferida, duração da lesão, localização anatômica, dimensões (comprimento, largura, profundidade), características do leito da ferida, porcentagem de tecido viável/não viável, extensão da perda do retalho cutâneo (classificação conforme o sistema ISTAP), tipo e quantidade de exsudato, presença de sangramento ou hematoma, integridade da pele perilesão, sinais e sintomas de infecção, dor associada e o tratamento (terapia tópica) utilizada (Ousey; Cook, 2012; Hardie; Wick, 2020).

Todos os pacientes devem ter a oportunidade de compreender sua condição, participar das decisões de prevenção e tratamento, e assumir a responsabilidade pelo cuidado de sua ferida sempre que possível. O nível de envolvimento varia de acordo com a disposição e a capacidade de cada paciente em se envolver no seu próprio cuidado, definição de metas e tomada de decisões. A participação ativa no autocuidado pode incluir atividades como a limpeza de feridas, a aplicação de um produto de barreira cutânea e a otimização da nutrição e hidratação (Idensohn *et al.*, 2019a).

3.1.6 Prevenção

A pele frágil é uma questão complexa e multifacetada, exigindo uma abordagem holística para prevenir das lesões de pele. Para manter a integridade da pele, é essencial considerar as necessidades e preferências do indivíduo, identificar e abordar fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, realizar avaliações e análises contínuas, e fornecer cuidados baseados em evidências centrados na pessoa (Leblanc *et al.*, 2018a; Beeckman *et al.*, 2020; Leblanc; Baranoski; Skin Tear Consensus Panel Members, 2011).

A prevenção de lesões por fricção, especialmente em idosos com pele frágil, representa um desafio significativo para os profissionais de saúde. Mesmo movimentos simples podem causar danos à pele. A rotação ou o levantamento de pacientes pode gerar forças de fricção e cisalhamento que ferem a pele. Além disso, a pele delicada pode romper-se na remoção de adesivos ou fitas. Até mesmo a deambulação ou a transferência de paciente apresentam riscos de estes colidirem com objetos como cadeiras, camas ou mesas (Leblanc; Baranoski; Skin Tear Consensus Panel Members, 2011; Baranoski, 2003; Powell *et al.*, 2017).

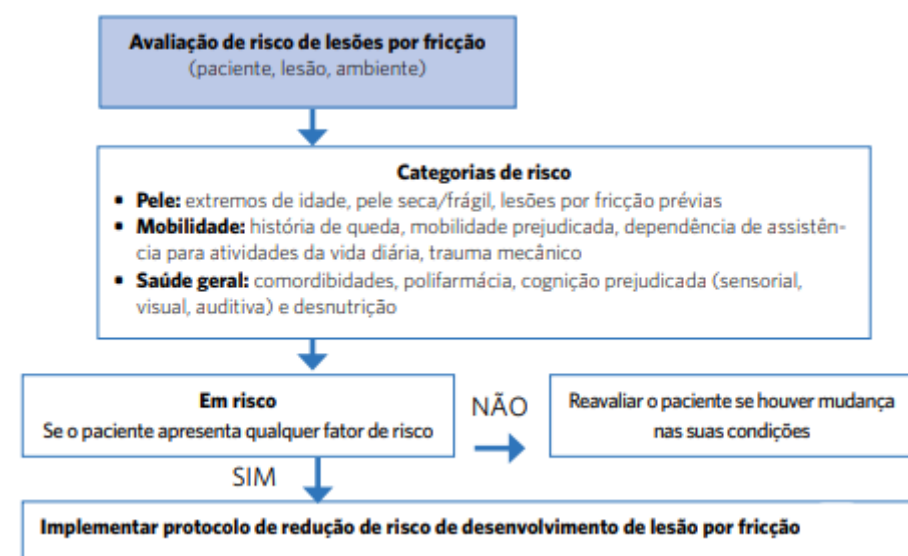
Na admissão do paciente nos serviços de saúde, recomenda-se uma avaliação holística da pele e a sua inspeção contínua/diária para garantir que as alterações do estado de saúde e da integridade da pele sejam identificadas e registradas precocemente. A identificação cuidadosa

e oportuna de pacientes em risco de lesões por fricção é uma parte essencial da prevenção. Uma vez que o risco de fragilidade da pele e, portanto, de lesões por fricção, pode mudar para diferentes indivíduos em momentos diferentes, é vital avaliar e reavaliar os indivíduos regularmente (Leblanc *et al.*, 2018a; Beeckman *et al.*, 2020; Leblanc; Baranoski; Skin Tear Consensus Panel Members, 2011).

Com a evolução da medicina personalizada e orientada para riscos gerou um aumento no interesse por modelos preditivos, que analisam a probabilidade de resultados específicos ao integrar diversos fatores relevantes. Em uma pesquisa, os autores realizaram uma revisão sistemática e metanálise de oito modelos publicados de previsão de lesão por fricção em idosos. Os principais fatores preditivos foram: história de lesão por fricção na pele, idade, presença de púrpura senil, hematoma, e incapacidade de reposicionamento independente. O estudo salienta que, embora promissores, os modelos de previsão publicados até o momento sofrem de alto viés e deficiências metodológicas, e que novos estudos com rigor metodológico precisam ser realizados (Fan *et al.*, 2024).

Para avaliar o risco de lesões por fricção em pacientes, recomenda-se aplicar o Protocolo para Avaliação de Risco de Lesão por Fricção, conforme apresentado na Figura 6. Se o risco for identificado, o Protocolo de Redução de Risco para o desenvolvimento de Lesões por Fricção pode ser aplicado, conforme descrito no Quadro 3 (Leblanc *et al.*, 2013c; Leblanc *et al.*, 2018a).

Figura 6 – Protocolo para avaliação de risco de lesão por fricção.



Fonte: Leblanc *et al.* (2013c); Leblanc *et al.* (2018a).

Quadro 3 – Protocolo de redução de risco de desenvolvimento de lesão por fricção.

FATOR DE RISCO	AÇÃO
Pele	- Inspecionar a pele e investigar o histórico de lesões por fricção; - Avaliar risco de trauma accidental se o paciente apresenta pele seca, frágil e vulnerável; - Controlar a pele seca usando emoliente para reidratar os membros inferiores, conforme necessário; - Implementar plano individualizado de cuidados da pele usando produto adequado de limpeza da pele (não usar sabão/sabonete tradicional) e água morna (não quente); - Evitar traumas cutâneos causados por adesivos, coberturas e fitas (usar fitas de silicone e ataduras de contenção autoaderentes); - Considerar medicamentos que podem afetar diretamente a pele (por exemplo, esteróides tópicos e sistêmicos); - Estar ciente do risco aumentado devido a extremos de idade; - Considerar o uso de roupas de proteção (por exemplo, caneleiras, mangas compridas ou bandagens); - Evitar unhas compridas e uso de adornos quando em contato com o paciente.
Mobilidade	- Incentivar o envolvimento ativo/exercícios físicos se a função física estiver comprometida; - Evitar fricção e cisalhamento (por exemplo, usar planadores, guindastes), usando técnicas adequadas de manuseio manual de acordo com os protocolos institucionais; - Avaliar risco de quedas; - Proporcionar uso de sapatos adequados e confortáveis; - Usar produtos compressivos com cuidado (roupas, meias, ataduras); - Garantir ambiente seguro - iluminação adequada e remoção de obstáculos; - Usar acolchoamento para equipamentos e móveis; - Avaliar risco de possíveis danos à pele causados por animais de estimação.
Saúde geral	- Orientar pacientes e cuidadores sobre o risco e a prevenção de lesões por fricção; - Envolver ativamente o paciente/cuidador nas decisões de cuidados, quando apropriado; - Otimizar a nutrição e a hidratação, consultando uma nutricionista, se necessário; - Consultar especialista quando a percepção sensorial comprometida é prejudicial (por exemplo, diabetes); - Considerar possíveis efeitos de medicamentos e polifarmácia na pele do paciente.

Fonte: Adaptado de Leblanc *et al.* (2013c); Leblanc *et al.* (2018a).

Quando um indivíduo é considerado em risco, devem ser prestados cuidados preventivos personalizados, seguindo as diretrizes internacionais baseadas em evidências. Atualmente, têm disponíveis três diretrizes de melhores práticas para orientar os profissionais de saúde na avaliação, classificação, tratamento e prevenção de lesões por fricção. Essas diretrizes incluem: as Recomendações de Melhores Práticas da ISTAP para a Prevenção e Gerenciamento do Cuidado de Lesões por Fricção em Pele Envelhecida Edição 1 e 2 (Leblanc *et al.*, 2018a; Nokaneng *et al.*, 2025), as Recomendações de Melhores Práticas para a Prevenção e Tratamento de Lesões por Fricção (Leblanc *et al.*, 2018b) e as Recomendações de Melhores Práticas do ISTAP para Estratégias Holísticas para a Promoção e Manutenção da Integridade da Pele (Beeckman *et al.*, 2020).

As estratégias de prevenção de lesões por fricção iniciam com uma abordagem multidisciplinar capaz de planejar e implementar ações de cuidados. Os membros da equipe podem incluir, entre outros, enfermeiros, médicos, especialistas em feridas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas e farmacêuticos. Os pacientes, seus familiares e cuidadores também devem ser envolvidos e educados sempre que possível, e suas necessidades e preferências devem ser priorizadas (Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc *et al.*, 2018b; Beeckman *et al.*, 2020).

As estratégias adequadas de cuidados com a pele são um método eficaz para manter e melhorar a saúde e integridade da pele e restaurar a função de barreira cutânea em indivíduos com pele vulnerável. Recomenda-se um cuidado com a pele estruturado e individualizado (Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc *et al.*, 2018b; Beeckman *et al.*, 2020).

A pele deve ser avaliada sempre quando em contato com o paciente (ex. durante o banho, nas mudanças de decúbito, nas transferências, entre outros cuidados diários), e inspecionada quanto a ressecamento, equimoses (hematomas), edema, eritema, prurido e dor. As extremidades, onde ocorrem as maiores incidência de LF, devem ser examinadas quanto à coloração, calor, inchaço, edema e ulcerações. As roupas devem ser inspecionadas quanto a aperto ou fricção. Ou seja, todas as áreas da pele necessitam ser avaliadas cuidadosamente e sistematicamente para detectar áreas com potencial de ruptura (Ratliff; Fletcher, 2007; Maella-Rius; Torra-Bou; Martinez-Rodriguez, 2024).

No banho, a lavagem tradicional com água e sabonete alcalino compromete a integridade da barreira cutânea e aumenta o pH da pele. O uso de produtos de limpeza sem enxágue ou produtos de lavagem líquidos sem sabão, refletindo a faixa de pH do manto ácido da pele saudável (pH 4,5-6,5), como substitutos do sabonete, podem ajudar a hidratar e proteger a pele vulnerável contra lesões. A limpeza excessiva e o uso de sabonetes não emolientes devem ser evitados, pois podem causar ressecamento e irritação da pele. A frequência do banho deve ser minimizada sempre que possível, a temperatura da água deve ser morna (não quente) e a pele deve ser seca suavemente com uma toalha macia, uma vez que secar a pele por fricção causa fricção adicional (Moncrieff *et al.*, 2015; Lichterfeld-Kottner *et al.*, 2020; Lichterfeld *et al.*, 2015; Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc *et al.*, 2018b; Beeckman *et al.*, 2020).

A limpeza é frequentemente seguida pela aplicação de produtos sem enxágue com propriedades hidratantes, como loções, cremes ou pomadas. Os hidratantes cutâneos visam reparar ou fortalecer a barreira cutânea, reter ou aumentar o seu teor de água, e restaurar ou melhorar a estrutura lipídica intercelular (Moncrieff *et al.*, 2015; Beeckman *et al.*, 2020;

Lichterfeld *et al.*, 2015). As loções são suspensões de produtos químicos oleosos em álcool e água e contêm dois ingredientes principais: umectantes como glicerina que atraem umidade para a superfície da pele e ingredientes de barreira (por exemplo, óleo mineral) que retêm umidade na pele (Ratliff; Fletcher, 2007).

A terapia emoliente é considerada uma parte vital do cuidado diário da pele em indivíduos com pele seca e frágil, a fim de promover a saúde geral da pele e reduzir o risco de danos. Foi relatado que a pele seca, ou xerose cutânea, afeta entre 30% e 100% dos residentes em lares de idosos e é um importante fator de risco para o desenvolvimento de lesões por fricção. Um ensaio australiano descobriu que a aplicação duas vezes ao dia de um hidratante sem perfume e com pH neutro nas extremidades de residentes de lares de idosos reduziu a incidência de lesões por fricção em quase 50% (Lichterfeld-Kottner *et al.*, 2020; Beeckman *et al.*, 2020).

Os emolientes estão disponíveis em uma ampla gama de formulações, incluindo hidratantes tópicos (pomadas, cremes, loções, géis e sprays), bem como produtos líquidos para lavagem corporal, e devem ter pH balanceado, sem fragrância e não sensibilizantes. Muitos emolientes contêm umectantes, como ureia, glicerol ou miristato de isopropila. Enquanto os emolientes simples funcionam “aprisionando” a umidade na pele, o que retarda a evaporação da água (oclusão), os emolientes umectantes extraem ativamente a água da derme para a epiderme, compensando o nível reduzido de hidratantes naturais no estrato córneo. Os emolientes simples devem ser usados como substitutos do sabonete, enquanto emolientes umectantes mais sofisticados devem ser a escolha para tratamentos sem enxágue (Moncrieff *et al.*, 2015; Beeckman *et al.*, 2020; Leblanc *et al.*, 2018a).

Para serem eficazes, os emolientes devem ser aplicados generosamente, dando tapinhas suaves e espalhando para deixar uma camada fina na pele. Deve-se evitar o uso de quantidades excessivas, principalmente nas dobras cutâneas, para evitar o amolecimento da pele e a maceração. O autocuidado com a pele deve ser incentivado sempre que possível, pois pode ser uma ferramenta poderosa como parte de um regime de cuidados com a pele para aumentar o envolvimento e melhorar os resultados (Moncrieff *et al.*, 2015; Beeckman *et al.*, 2020).

Os pacientes idosos, principalmente àqueles que dependem de outras pessoas para realizar as atividades de vida diária ou que têm mobilidade prejudicada, apresentam risco aumentado de lesões por fricção. Esses pacientes necessitam de atenção e cuidado durante atividades rotineiras, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, no reposicionamento e transferências. Algumas medidas adicionais podem ser utilizadas para auxiliar nesse cuidado,

como o uso de travesseiros ou almofadas de apoio para pernas e braços, o uso de roupas com mangas compridas e calças leves e confortáveis. Os quartos e corredores com iluminação adequada para reduzir o risco de esbarrar em móveis ou outros objetos. O acolchoamento de grades de cama e braços de cadeira de rodas. Os exercícios de mobilidade e o envolvimento ativo nas atividades de vida diária devem ser incentivados sempre que possível, nesse caso o encaminhamento para um terapeuta ocupacional e/ou fisioterapeuta pode ser considerado (Leblanc *et al.*, 2013c; Idensohn *et al.*, 2019b; Beeckman *et al.*, 2020; Leblanc *et al.*, 2018b; Maella-Rius; Torra-Bou; Martinez-Rodriguez, 2024; Powell *et al.*, 2017).

A nutrição e hidratação adequadas desempenham papéis importantes na manutenção da integridade e saúde da pele. Um inadequado estado nutricional diminui a tolerância dos tecidos, o que aumenta a probabilidade de desenvolver lesões por fricção. Além disso, a desnutrição e a desidratação podem causar atraso na cicatrização de feridas e infecções, aumentando o risco de lesões por fricção evoluírem para feridas crônicas complexas. O monitoramento deve ser contínuo e, quando necessário, um nutricionista pode ser consultado para otimizar a nutrição e hidratação do paciente (Leblanc *et al.*, 2013c; Idensohn *et al.*, 2019a; Beeckman *et al.*, 2020; Leblanc *et al.*, 2018b).

Uma variedade de medicamentos pode causar alterações na pele que precisam ser tratadas de forma adequada. Os corticosteróides, por exemplo, inibem a síntese de colágeno, diminuem a proliferação de queratinócitos e reduzem a força e a elasticidade da pele. O uso de anticoagulantes pode causar alterações dermatológicas como púrpura senil e equimoses, que têm sido identificadas como fatores contribuintes para o desenvolvimento de lesões por fricção. Os antidepressivos, medicamentos dopaminérgicos e antipsicóticos, podem causar tonturas, marcha instável e confusão, podendo levar a quedas e, por consequência, o desenvolvimento de lesões por fricção. Os efeitos dos medicamentos e da polifarmácia na pele do paciente e na cicatrização de feridas devem ser monitorados continuamente e eventualmente discutidos com o prescritor ou farmacêutico (Leblanc *et al.*, 2013c; Idensohn *et al.*, 2019b; Beeckman *et al.*, 2020; Leblanc *et al.*, 2018b).

Em um estudo sobre os efeitos da implementação de estratégias preventivas de cuidados com a pele em um centro de enfermagem e reabilitação com 209 leitos, descobriram que o número de lesões por fricção caiu de uma média mensal de 18,7 pré-intervenção para uma média mensal de 8,73 pós-intervenção. A redução média mensal de lesões por fricção nosocomiais pode reduzir os custos de curativos e mãos de obra para o tratamento dessas feridas (Bank; Nix, 2006).

Estratégias de implementação de um programa educacional sobre prevenção e tratamento de lesões por fricção para pacientes e profissionais de saúde vêm trazendo resultados benéficos para a prevenção e redução do número de lesões por fricção em idosos. Por isso, é importante envolver pacientes, familiares e cuidadores em seu plano de cuidados (Al Khaleefa *et al.*, 2022).

3.2 CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE LESÃO POR FRICÇÃO

O conhecimento de LF entre enfermeiros é geralmente deficiente. Em um estudo realizado na China com 1293 enfermeiros de 32 hospitais, examinou o conhecimento dos enfermeiros sobre lesão por fricção e os fatores que influenciam esse conhecimento. O estudo evidenciou que o conhecimento sobre prevenção de LF entre os enfermeiros era baixo, principalmente àqueles de hospitais de baixa complexidade. Ainda, identificaram vários fatores como influenciadores independentes do nível de conhecimento sobre LF, como o nível de complexidade hospitalar, a especialidade, o treinamento em outros tipos de lesões de pele, a autoavaliação da nota, a intenção de realizar treinamentos/capacitações e a ênfase e administração da gerência, a qual se presume ser a causa principal (Jiang *et al.*, 2024).

Outro estudo realizado com enfermeiros registrados em um hospital de reabilitação geriátrica em Malta, que examinou os níveis de conhecimento em relação à identificação, classificação, prevenção, avaliação e gerenciamento de LF em pacientes idosos, revelam lacunas de conhecimento dos enfermeiros, especialmente na avaliação do risco, prevenção e tratamento das LF (Formosa; Grech; Holloway, 2023).

Para aumentar a conscientização e aprimorar os resultados clínicos e financeiros, os profissionais de saúde precisam ter um entendimento profundo e atualizado sobre a etiologia, fatores de risco, avaliação, classificação, prevenção e tratamento das lesões por fricção. Estudos indicam que um maior conhecimento sobre essas lesões está relacionado a menos erros, uma avaliação e documentação mais precisas, um aumento na adoção de estratégias de prevenção e gestão fundamentadas em evidências, além de uma redução na incidência e gravidade das lesões por fricção (Mctigue *et al.*, 2009; Edwards *et al.*, 2017; Stephen-Haynes, 2012; Leblanc *et al.*, 2018b; Hsu *et al.*, 2009).

Para poder identificar lacunas de conhecimento e determinar necessidades e prioridades educacionais, é necessário um instrumento válido e confiável para avaliar o conhecimento sobre lesões por fricção. Além de apoiar o desenvolvimento de programas educacionais, tal

instrumento também pode ser útil para avaliar a sua eficácia através de um desenho pré-teste-pós-teste (White, 2001).

Uma busca na literatura foi realizada para identificar os instrumentos que avaliam o conhecimento sobre o tema lesões por fricção. As bases de dados eletrônicas MEDLINE (PubMed), Embase, CINAHL (EBSCO), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Google Scholar foram pesquisadas em um único momento. Os seguintes descritores e palavras-chave foram combinados: “*Skin Tear*”, “Lesão por fricção”, “*Knowledge*”, “Conhecimento”, “*Instrument*”, “Instrumento”, “*Tool*”, “Ferramenta” e “*Questionnaire*”, “Questionário”. A busca revelou cinco instrumentos. Cabe ressaltar que nenhum instrumento foi encontrado no Brasil ou na língua portuguesa.

White (2001) desenvolveu um questionário para obter informações sobre as opiniões, práticas atuais e base de conhecimento dos enfermeiros em relação às lesões por fricção. O teste de conhecimento foi elaborado após uma revisão da literatura e continha sete questões abertas relacionadas à definição de Payne-Martin de lesão por fricção, envelhecimento da pele, fatores de risco, sistema de classificação de Payne-Martin e estratégias de prevenção (Payne; Martin, 1993; White, 2001).

Baranoski e Ayello (2004) desenvolveram um instrumento de avaliação do conhecimento sobre lesões por fricção que consiste em sete itens de múltipla escolha relacionados à etiologia, avaliação, fatores de risco, classificação de Payne-Martin e tratamento. Como parte de um estudo de intervenção educacional, um teste de conhecimento sobre lesões por fricção foi elaborado por McTigue *et al.* (2009), o instrumento incluiu 12 itens de múltipla escolha abrangendo os domínios “identificação e avaliação”, “classificação de Payne-Martin” e “tratamento de lesões por fricção”. Seguindo o desenvolvimento das ferramentas ISTAP para auxiliar na avaliação, prevenção e tratamento de lesões por fricção, Leblanc e Baranoski (2014) desenvolveram um teste de conhecimento composto por 35 itens de múltipla escolha relacionado à etiologia das lesões por fricção, avaliação, fatores de risco, classificação ISTAP, prevenção e tratamento.

Nenhum dos instrumentos mencionados acima foi submetido a testes psicométricos e nenhuma informação sobre seus processos de desenvolvimento foi fornecida. Além disso, esses instrumentos estão desatualizados, considerando que novas diretrizes de melhores práticas foram publicadas (Leblanc *et al.*, 2018a; Leblanc *et al.*, 2018b; Beeckman *et al.*, 2020; White, 2001).

Assim, diante dessa necessidade Van Tiggelen *et al.* (2020) desenvolveu o instrumento *Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES) (Anexo A), para avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre lesões por fricção com base nas três novas diretrizes da ISTAP baseadas em evidências.

3.2.1 *Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES)

O instrumento OASES é um teste de múltipla escolha com 20 itens cobrindo seis domínios de conhecimento, nomeadamente Etiologia (três itens), Classificação e Observação (quatro itens), Avaliação de Risco (dois itens), Prevenção (seis itens), Tratamento (quatro itens), e Grupos Especiais de Pacientes (um item) (Van Tiggelen *et al.*, 2020).

Para cada item do instrumento (20 itens), tem cinco alternativas de resposta, que pode ser classificado como resposta certa (1 ponto) ou resposta errada (0 ponto). Com a opção “E” sendo “Não sei a resposta”. A pontuação total varia de no mínimo 0 a no máximo 20 pontos, com pontuação mais alta indicando maior conhecimento do enfermeiro sobre as lesões por fricção (Van Tiggelen *et al.*, 2020).

O OASES foi testado psicometricamente em 16 instituições, por 387 participantes, em 37 países, um processo completo de validação garantiu uma boa confiabilidade de teste-reteste, validade de conteúdo, validade dos itens de múltipla escolha e validade de construto. A pesquisa conclui que o OASES pode ser utilizado na prática, na educação e na pesquisa em enfermagem para identificar as lacunas de conhecimento e otimizar nas estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados das lesões por fricção (Van Tiggelen *et al.*, 2020).

O instrumento OASES já foi traduzido transculturalmente para a versão chinesa e validado em um estudo psicométrico nacional, que provou confiabilidade e validade na avaliação do conhecimento sobre lesões por fricção em enfermeiros de língua chinesa (Feng *et al.*, 2023; Luo *et al.*, 2023). O instrumento também foi traduzido e validado na versão turca com propriedades psicométricas aceitáveis, podendo ser aplicado na educação, pesquisa e prática de enfermagem para avaliar o conhecimento de enfermeiros de língua turca sobre lesões por fricção (Kaçmaz *et al.*, 2024). Ainda, o instrumento OASES já vem sendo utilizado em pesquisas para avaliar o conhecimento de enfermeiros na prática clínica (Formosa; Grech; Holloway, 2023; Kaçmaz *et al.*, 2023; Jiang *et al.*, 2024). Não foi encontrada na literatura a validade transcultural do instrumento OASES para o português brasileiro.

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

De acordo com Bertonecello (2004), quando não há instrumentos adequados para medir o que se propõe, é possível adotar duas estratégias: desenvolver novos instrumentos ou adaptar um já existente em outra cultura para que se ajuste ao contexto cultural em que será utilizado.

4.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA EM SAÚDE

Após evidenciar que não há instrumentos no idioma nativo que contemple o que se pretende investigar, os pesquisadores podem optar pelo processo de tradução e adaptação transcultural de um instrumento já existente em outro idioma. A adaptação transcultural (ATC) é um procedimento metodológico de investigação que visa assegurar que o processo de tradução linguística e adaptação cultural de um instrumento para ser utilizado em um novo cenário contrário daquele para o qual ele foi criado, seja equivalente ao propósito original quando traduzido para outro idioma (Beaton *et al.*, 2000; Beaton *et al.*, 2007; Fortes; Araujo, 2019).

Como a cultura exerce um impacto significativo na mensuração entre diferentes populações, o principal objetivo do processo de ATC é elaborar uma versão que apresente equivalência ao instrumento original. A equivalência cultural pode ser entendida como a garantia de que uma medida não apresenta vieses entre dois instrumentos traduzidos. Dessa forma, qualquer diferença detectada deve refletir variações reais entre os grupos avaliados, e não discrepâncias resultantes da adaptação do instrumento de aferição (Fortes; Araujo, 2019).

O processo de ATC de um instrumento exige um modelo metodológico a ser adotado para o adequado desenvolvimento da pesquisa. Atualmente, ainda não há na literatura um consenso sobre qual o melhor modelo metodológico a ser seguido. É recomendado que os pesquisadores conheçam a metodologia do instrumento que se pretende traduzir, avaliando o conteúdo e critérios de análise utilizados, e a partir disso, optem pela escolha do método que mais se alinhe com o contexto da pesquisa, garantindo que as propriedades do instrumento original sejam mantidas, e que a versão adaptada seja equivalente com o original (Beaton *et al.*, 2000).

Há na literatura referenciais metodológicos que orientam a condução de pesquisas no processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos (Pasquali, 2007; Machado *et al.*, 2018; Beaton *et al.*, 2000). Dentre eles, destacam-se na área da enfermagem: Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), Beaton *et al.* (2000; 2007), Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998), Reichenheim e Moraes (2007), entre outros.

No presente estudo, optou-se pela utilização do referencial teórico metodológico de Beaton *et al.* (2000). Visto que, este método serve de base para outros modelos propostos e tem sido o mais utilizado nas pesquisas na área da enfermagem.

4.1.1 Adaptação transcultural segundo Beaton *et al.* (2000)

A metodologia de Beaton *et al.* (2000), descreve o processo de adaptação transcultural composto por seis etapas: 1) tradução inicial; 2) síntese das traduções; 3) retrotradução; 4) comitê de especialistas; 5) pré-teste e verificação das propriedades psicométricas; 6) aprovação e submissão do instrumento final.

4.1.1.1 Etapa I: Tradução inicial

A primeira etapa da adaptação é a tradução direta do instrumento original para o idioma de destino por pelo menos dois tradutores bilíngues (T1 e T2), cuja língua materna é a língua-alvo. Os tradutores devem produzir duas traduções independentes, com comentários adicionais para destacar as frases ou palavras desafiadoras ou incertas. Desta forma, cada tradutor produz um relatório escrito sobre apontamentos que foram verificados a partir da tradução. Os dois tradutores devem possuir perfis diferentes, sendo o primeiro informado sobre o objeto de estudo (Beaton *et al.*, 2000):

Tradutor 1 (T1) – estar ciente dos conceitos a serem examinados no instrumento que está sendo traduzido. As suas adaptações visam à equivalência mais próxima de uma perspectiva clínica e pode produzir uma tradução proporcionando uma equivalência mais confiável, a partir de uma perspectiva mensurável (Beaton *et al.*, 2000);

Tradutor 2 (T2) – não deve ser informado quanto aos conceitos e, preferencialmente, não ser da área médica. É considerado tradutor ingênuo, uma vez que, pode detectar diferentes significados do que o primeiro tradutor. Este tradutor sofrerá menos influência dos objetivos

acadêmicos e oferecerá uma tradução que reflete o uso da linguagem popular que, muitas vezes, destaca significados ambíguos do instrumento original (Beaton *et al.*, 2000).

A primeira etapa tem como objetivo obter versões que preserve o significado de cada item da língua de origem para a língua na qual se deseja aplicar o instrumento. No final dessa etapa, obtêm-se duas traduções, sendo elas descritas como T1 e T2.

4.1.1.2 Etapa II: Síntese das traduções

Os dois tradutores, juntamente com o pesquisador, sintetizam os resultados das traduções. Em consenso, é elaborado um relatório documentando o processo de síntese, destacando as possíveis divergências de tradução e explicando como foram resolvidas as diferenças das versões do primeiro e do segundo tradutor. Depois de concluído esse processo, origina-se a primeira versão do instrumento traduzido (T-12) (Beaton *et al.*, 2000).

4.1.1.3 Etapa III: Retrotradução

Nesta etapa, a primeira versão do instrumento traduzido (T-12) retorna para a versão do idioma original. As retrotraduções são realizadas por dois tradutores (RT1 e RT2) que possuem como língua materna o idioma de origem. Esses tradutores não devem ter conhecimento prévio sobre o instrumento de pesquisa e, preferencialmente, não devem ter formação na área médica. O objetivo desse processo é verificar se a versão traduzida mantém o conteúdo da versão original, funcionando como uma forma de validação, em que são identificadas inconsistências ou erros conceituais da tradução (Beaton *et al.*, 2000).

4.1.1.4 Etapa IV: Comitê de especialistas

A formação do comitê de especialistas é crucial para garantir a equivalência transcultural. Ele deve ser composto, no mínimo, por metodologistas, profissionais de saúde, especialistas em linguagem/idiomas e os tradutores envolvidos no processo. O pesquisador deve manter contato próximo com o comitê de especialistas durante esta parte do processo (Beaton *et al.*, 2000).

O objetivo do comitê de especialistas é integrar todas as versões do instrumento (T1, T2, T-12, RT1 e RT2) e elaborar a versão pré-final. Os especialistas devem ter acesso ao instrumento original, bem como a todas as versões traduzidas e retrotraduzidas das etapas anteriores, além dos relatórios teóricos produzidos por cada tradutor durante os processos de tradução e retrotradução. Todos os documentos serão analisados pelos juízes, que deverão chegar a um consenso sobre qualquer divergência. O comitê buscará equivalências semânticas, idiomática, experienciais e conceituais entre o instrumento traduzido e o original, que são definidas por Beaton *et al.* (2000) como:

- a) Equivalência semântica: as palavras utilizadas na versão final do instrumento devem preservar o mesmo conteúdo, ideia e mensagem do texto original, garantindo que o conceito transmitido na língua original seja entendido de forma semelhante na língua traduzida, sem perda de significado ou alteração da ideia principal;
- b) Equivalência idiomática: diz respeito ao uso de expressões (coloquiais, culturais ou idiomáticas) que possuam o mesmo sentido e significado entre as duas culturas. O objetivo é encontrar uma expressão ou estrutura que, embora possa ser diferente em termos de palavras, transmita a mesma ideia de maneira natural e equivalente na língua de destino, ajudando a manter a fluidez e a compressão cultural do texto;
- c) Equivalência experiencial: busca equivaler as experiências da vida cotidiana entre as duas diferentes culturas. Ou seja, garantir que as situações descritas no texto original sejam compreendidas e vivenciadas da mesma forma na cultura alvo, levando em conta as diferenças culturais e contextuais;
- d) Equivalência conceitual: diz respeito ao uso de conceitos comuns nos dois idiomas do instrumento. O comitê deve assegurar que o conceito original seja compreendido e aplicado da mesma forma no contexto da língua de destino.

4.1.1.5 Etapa V: Pré-teste

A quinta etapa do processo de adaptação é o pré-teste da versão pré-final do instrumento com o público-alvo da pesquisa. Recomenda-se aplicar o pré-teste entre 30 e 40 pessoas. Cada participante preenche o instrumento e, em seguida, é avaliado o entendimento de cada item do instrumento e as respostas escolhidas. Tanto o significado dos itens quanto o das respostas são analisados para assegurar que a versão adaptada mantenha sua equivalência em uma situação real de aplicação. Essa etapa fornece uma medida de qualidade relacionada à validade de

conteúdo. Testes adicionais para avaliar as propriedades psicométricas do instrumento são recomendados (Beaton *et al.*, 2000).

4.1.1.6 Etapa VI: Submissão do instrumento final

A etapa final do processo da adaptação transcultural consiste na submissão de todos os relatórios e do instrumento ao desenvolvedor original ou ao comitê responsável pela versão traduzida. Trata-se de uma auditoria do processo de adaptação, com o objetivo de verificar se os estágios recomendados foram seguidos e se os relatórios documentam adequadamente esse processo. Esse comitê ou órgão não deve alterar o conteúdo, pois presume-se que, ao seguir esse processo, uma tradução adequada tenha sido alcançada (Beaton *et al.*, 2000).

É altamente recomendável que, após a tradução e o processo de adaptação de um instrumento, os pesquisadores garantam que a versão adaptada transculturalmente tenha capacidade de demonstrar as propriedades de medição necessárias para a aplicação pretendida. A partir disso, é possível utilizar alguns testes de confiabilidade e validade do instrumento, podendo testar a sua psicomетria em comparação com a versão original (Beaton *et al.*, 2000).

4.2 VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

A construção de instrumentos de medida na psicologia é explicada pela Psicometria, que segundo Pasquali (2010), a Psicometria é um ramo da psicologia que se relaciona com a estatística. A Psicometria proporciona o itinerário metodológico indispensável para a construção de instrumento de medida com qualidade válida ao que se espera. A medida busca responder questões sobre quem, quando, onde e como, em relação ao universo de estudo (Pasquali, 2010).

A qualidade de um instrumento deve ser avaliada antes da sua utilização no cenário de atendimento e, depende, em parte, de suas propriedades psicométricas. É necessário conhecer o instrumento detalhadamente, seus itens, domínios, forma de avaliação e as suas propriedades de medida. Para isso são considerados os critérios de confiabilidade e validade, que devem fornecer resultados cientificamente robustos (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017). A seguir, serão apresentados os aspectos principais da avaliação da confiabilidade e validade de instrumentos de medida, bem como os métodos estatísticos mais utilizados para avaliar cada um desses critérios.

4.2.1 Confiabilidade

A confiabilidade (ou fidedignidade) é a capacidade de um instrumento em gerar resultados consistentes ao longo do tempo e em diferentes contextos. Avalia o quão estável, consistente e preciso é o instrumento. Os critérios de confiabilidade mais amplamente reconhecidos na literatura incluem (Devon *et al.*, 2007; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017):

a) Estabilidade:

A estabilidade de uma medida refere-se ao grau em que resultados semelhantes são obtidos em dois momentos diferentes, ou seja, é a avaliação da consistência das medições ao longo do tempo. A estabilidade pode ser avaliada pelo método de teste-reteste, que consiste em aplicar o mesmo instrumento ao mesmo grupo de participantes em momentos distintos. A correlação entre as pontuações obtidas nas duas aplicações reflete a estabilidade do instrumento (Devon *et al.*, 2007; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

O intervalo entre o teste e o reteste deve ser suficiente para que os participantes não se recordem das respostas dadas na primeira aplicação, e para que seu conhecimento sobre o conteúdo estudado não tenha mudado. Isso porque, quanto maior o intervalo, menor a confiabilidade, aumentando a probabilidade de alterações no conhecimento sobre o tema. Recomenda-se, portanto, um intervalo de 10 a 14 dias entre o teste e o reteste (Devon *et al.*, 2007; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

O Coeficiente de Correlação Intraclass (*Intraclass Correlation Coefficient*, ICC) é um índice de confiabilidade que mede tanto o grau de correlação quanto a concordância entre as medições. O ICC é calculado a partir de quadrados médios, que são estimativas das variâncias populacionais baseadas na variabilidade entre um conjunto específico de medições, obtidas através da análise de variância. O ICC tem sido amplamente utilizado para avaliar a confiabilidade interavaliador, teste-reteste e a confiabilidade intraavaliador (Koo; Li, 2016).

O valor de um ICC baixo pode refletir o baixo grau de concordância do avaliador ou da medição, mas também a falta de variabilidade entre os sujeitos da amostra. Com isso, recomenda-se obter pelo menos 30 a 50 amostras heterogêneas para conduzir um estudo de confiabilidade. Nessas condições, valores menores que 0,5 são indicativos de baixa confiabilidade, valores entre 0,5 e 0,75 indicam confiabilidade moderada, valores entre 0,75 e 0,90 indicam boa confiabilidade e valores maiores que 0,90 indicam confiabilidade excelente (Koo; Li, 2016; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

b) Consistência interna

A consistência interna (ou homogeneidade) refere-se à capacidade das subpartes de um instrumento medir a mesma característica, ou seja, o quanto os itens de um mesmo instrumento estão alinhados conceitualmente. Essa é uma propriedade importante para instrumentos que avaliam um único construto, utilizando uma variedade de itens para isso (Devon *et al.*, 2007; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

A consistência interna de instrumentos com itens em escala contínuas ou ordinais é geralmente avaliada pelos pesquisadores por meio do coeficiente Alfa de Cronbach. O Alfa de Cronbach mede as correlações entre os itens de um instrumento e examina a consistência interna de cada dimensão, verificando a uniformidade de cada item do instrumento em comparação com o restante dos itens do mesmo instrumento. Assim, valores altos de alfa de Cronbach indicam maior concordância entre os itens, por outro lado, valores baixos indicam que o conjunto de itens não mede de forma confiável o mesmo construto (Pasquali, 2013; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

Para obter o coeficiente de Alfa de Cronbach é necessário o cálculo de três parâmetros: variância de cada item (s_i^2), soma das variâncias destes itens (Σ), variância total do instrumento (s_T^2). Sendo sua fórmula expressada da seguinte maneira, onde “n” representa o número de itens (Hora; Monteiro; Arica, 2010):

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

Embora o coeficiente Alfa de Cronbach seja o mais utilizado na avaliação da consistência interna, ainda não há consenso quanto a sua interpretação. Os valores α variam de 0 a 1,0, quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade entre os indicadores. Alguns estudos determinam que valores superiores a 0,7 sejam ideais, e outros consideram valores abaixo de 0,70, mas próximos a 0,60, como satisfatórios (Devon *et al.*, 2007; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

Já a fórmula Kuder-Richardson (KR-20) é uma medida de confiabilidade interna para testes com variáveis binárias (ou seja, respostas certas ou erradas). As pontuações do KR-20 variam de 0 a 1, onde 0 representa nenhuma confiabilidade e 1 alta confiabilidade. Quanto mais próximo de 1 a pontuações, mais confiável é o teste. Os valores de KR-20 podem ser

categorizados da seguinte maneira: maior que 0,70 (desejável), entre 0,70 e 0,50 (aceitável) e abaixo de 0,5 (inaceitável) (Sadeghi *et al.*, 2025; Del Ponte *et al.*, 2022).

c) Equivalência

A equivalência refere-se à consistência dos resultados de um instrumento entre diferentes versões do mesmo instrumento (equivalência de formas paralelas) ou entre diferentes avaliadores (equivalência interavaliador). A equivalência assegura que as medições feitas de diferentes formas ou por diferentes avaliadores produzam resultados semelhantes, ou seja, que todos medem o mesmo construto de maneira similar (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017; Echevarria-Guanilo; Gonçalves; Romanoski, 2017).

O coeficiente Kappa é uma medida utilizada para avaliação interavaliadores, aplicado a variáveis categóricas, que avalia a dimensão da concordância que ultrapassa a coincidência de avaliações que ocorrem ao acaso. Trata-se de uma medida de concordância entre os avaliadores e assume valor máximo igual a 1,00. Quanto maior o valor de Kappa, maior a concordância entre os observadores: valores de Kappa $<0,00$ = ruim, $0,00 - 0,20$ = leve, $0,21 - 0,40$ = regular, $0,41 - 0,60$ = moderado, $0,61 - 0,80$ = substancial, $0,81 - 1,00$ = quase perfeito (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017; Mandrekar, 2011).

4.2.2 Validade

A validade refere-se à capacidade de um instrumento de medir com precisão aquilo a que se propõe medir, sem distorções ou interferências externas. É importante destacar que a validade não é uma propriedade inerente ao instrumento, mas sim uma característica que deve ser analisada em relação a um contexto específico, considerando a população para qual o instrumento foi desenvolvido (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

As propriedades de medida, validade e confiabilidade, estão interligadas e não são completamente independentes. Pesquisadores afirmam que um instrumento que não é confiável não pode ser válido. No entanto, um instrumento confiável pode, em algumas situações, não ser válido. Assim, uma confiabilidade elevada não garante, por si só, a validade de um instrumento. Dessa forma, a validade é um aspecto essencial na construção e avaliação de instrumentos de medida para garantir que os resultados obtidos sejam precisos e confiáveis e que representem o fenômeno estudado (Roach, 2006; Polit; Beck, 2011).

A seguir serão abordados os três principais tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto:

4.2.2.1 Validade de conteúdo

A validade de conteúdo refere-se ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido, ou seja, é a avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa de um universo definido ou domínio de um conteúdo. Como não existe um teste estatístico específico para avaliação da validade de conteúdo, geralmente utiliza-se uma abordagem qualitativa, por meio da avaliação de um comitê de especialistas, e após uma abordagem quantitativa com utilização do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (Lynn, 1986; Roach, 2006; Polit; Beck, 2011).

O IVC mede a proporção de concordâncias de itens de um instrumento avaliado por dois ou mais juízes de maneira independente. Além de permitir analisar cada item individualmente, também permite analisar o instrumento como um todo (Wynd; Schmidt; Schaefer, 2003; Coluci; Alexandre; Milani, 2015).

O IVC é calculado com a utilização de uma escala tipo *Likert* com pontuações de um a quatro com o objetivo de avaliar a relevância/concordância dos itens construídos. O cálculo do índice de concordância considera o conteúdo inválido os itens classificados na escala do tipo *Likert* pelos juízes de 1 ou 2. Por outro lado, considera-se o conteúdo válido/relevante as classificações assinaladas em 3 ou 4 (Lynn, 1986; Wynd; Schmidt; Schaefer, 2003). A seguir a fórmula para avaliar cada item individualmente:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "3" ou "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para avaliar o instrumento como um todo, Borges (2012) descreve o seguinte cálculo: deve-se realizar a média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, soma-se todos os IVC calculados separadamente e divide-se pelo número de itens considerados na avaliação.

Diante disso, para que uma escala seja validada como excelente, entre os itens o cálculo IVC individualmente deve ser superior a 0,78 e a média do IVC do instrumento deve haver uma concordância mínima de 0,80 e, preferencialmente, superior a 0,90 (Coluci; Alexandre; Milani, 2015).

4.2.2.2 Validade de critério

A validade de critério refere-se à comprovação de uma relação entre os atributos de uma ferramenta de medição e o seu desempenho em uma variável de referência. Esse critério deve estar associado a uma medida amplamente reconhecida e validada, que compartilhe as mesmas características do instrumento avaliado, ou seja, um instrumento ou critério considerado “padrão-ouro” para a avaliação (Devon *et al.*, 2007; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

A validade de critério pode ser classificada em dois tipos principais: validade preditiva e validade concorrente. Quando o critério de comparação é avaliado em um momento futuro em relação à aplicação do instrumento, tem-se a validade preditiva. Por outro lado, quando tanto o instrumento quanto o critério são aplicados simultaneamente, tem-se a validade concorrente (Devon *et al.*, 2007; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

Os pesquisadores verificam a validade de um instrumento comparando seus resultados com os de uma medida considerada padrão-ouro por meio de um coeficiente de correlação. As pontuações dos instrumentos são correlacionadas, e esse coeficiente indica o grau de relação entre as medidas: valores próximos a 1,00 representam uma forte correlação, enquanto valores próximos de 0,00 indicam uma correlação baixa (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

4.2.2.3 Validade de construto

A validade de construto refere-se a extensão em que um instrumento mede, de fato, o conceito teórico que se pretende medir. Um instrumento pode ter o “construto válido”, mas não ser capaz de medir o construto pretendido. Dessa forma, esse tipo de validade verifica se a estrutura teórica do construto está refletida nos itens do instrumento, garantindo que ele avalie a característica desejada e não outro conceito (Devon *et al.*, 2007; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

Para estabelecer a validade de construto, geram-se previsões com base na construção de hipóteses, e essas previsões são testadas para dar apoio à validade do instrumento. Existem várias maneiras de avaliar a validade de construto de um instrumento, pesquisadores subdividem em três tipos: teste de hipóteses, validade estrutural ou fatorial e validade transcultural (Polit, 2015; Mokkink *et al.*, 2010; Devon *et al.*, 2007):

a) Teste de hipóteses

O teste de hipótese baseia-se em um referencial teórico e orienta a direção esperada das pontuações na medida. A validade de construto é estabelecida quando as pontuações refletem a estrutura previamente hipotetizada (Devon *et al.*, 2007).

A técnica de grupos é uma das estratégias para confirmação da validade de construto. Nesse método, diferentes grupos com características distintas respondem ao instrumento de pesquisa e, em seguida, seus resultados são comparados. Uma vez que, um grupo possua maior conhecimento sobre o construto em estudo, espera-se que os escores sejam significativamente diferentes, demonstrando a capacidade do instrumento de captar tais variações (Kimberlin; Winterstein, 2008; Polit, 2015).

Além da técnica de grupos conhecidos, a validade de construto também pode ser verificada por meio da validade convergente e da validade discriminante, que analisam a relação do instrumento com outras medidas correlacionadas ou não correlacionadas, respectivamente (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

b) Análise estrutural ou fatorial

A análise fatorial é um método estatístico comumente utilizado durante o desenvolvimento de instrumentos que investiga se os itens de um instrumento se agrupam de acordo com a estrutura teórica esperada. Um fator é uma combinação de itens de teste que se acredita pertencerem um ao outro. Existem dois tipos principais de análise: a Análise Fatorial Exploratória (AFE), utilizada quando não há uma estrutura teórica previamente estabelecida; e a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), usada quando já se tem uma estrutura teórica definida, ou seja, testa se os dados realmente se ajustam ao modelo teórico proposto (Devon *et al.*, 2007; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

c) Validade transcultural

A validade transcultural refere-se à medida em que as evidências sustentam a inferência de que o instrumento original e a sua versão culturalmente adaptada são equivalentes (Polit, 2015; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

Como o campo da pesquisa metodológica de tradução e adaptação de instrumentos tem avançado nos últimos anos, houve-se a necessidade de avanços técnicos de avaliação em cada etapa do processo para incluir métodos que estabeleçam padrões éticos e técnicos que visam

garantir que os instrumentos sejam aplicados de forma válida e confiável, respeitando as diferenças culturais e linguísticas de diferentes países (International Test Commission, 2017).

Os *checklists* de verificação do processo de adaptação transcultural auxiliam os pesquisadores na operacionalização da construção e adaptação de instrumentos. As diretrizes da *American Psychological Association* (APA) estabelecem um conjunto de princípios e recomendações que visam assegurar a validade, confiabilidade e ética na pesquisa metodológica. Essas diretrizes enfatizam a necessidade de construir instrumentos que sejam claros e objetivos, respeitando os preceitos éticos, e que sejam capazes de possibilitar a comparação de resultados entre diferentes populações, considerando o contexto cultural e social dos participantes. Além disso, destacam a necessidade de revisar e atualizar os instrumentos para preservar sua relevância, assim como verificar os diferentes tipos de validade e confiabilidade (American Educational Research Association, 2014).

O grupo *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN) composto por uma equipe multidisciplinar internacional, tem como objetivo promover a pesquisa e a utilização de instrumentos de medição em saúde. As principais funções e objetivos do COSMIN incluem o desenvolvimento de diretrizes para a avaliação de instrumentos de saúde; a disponibilidade de ferramentas para avaliar a qualidade psicométrica desses instrumentos, incluindo a validade e a confiabilidade; o estabelecimento de padrões para facilitar a comparação entre diferentes instrumentos; e a melhoria da qualidade dos dados coletados, contribuindo para resultados mais válidos e confiáveis (Mokkink *et al.*, 2010; Mokkink *et al.*, 2019).

O *International Test Commission* (ITC) fornece diretrizes para a condução e avaliação de adaptação ou desenvolvimento de testes para uso em diferentes populações. O ITC disponibiliza 18 diretrizes organizadas em seis categorias: Pré-condição, desenvolvimento de teste, confirmação, administração, pontuação e interpretação e documentação. Para cada orientação, uma explicação é fornecida junto com sugestões de prática (International Test Commission, 2017).

No Brasil, existe uma proposta de *checklist* para a ATC de questionários em saúde, elaborada por Fortes e Araujo (2019), que se baseia em recomendações internacionais já publicadas e bem estabelecidas na comunidade científica (Fortes; Araujo, 2019).

4.2.2.3.1 Análise de itens

A psicometria moderna tem duas vertentes: a Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI). A TRI é uma teoria do traço latente aplicada a testes de habilidade ou de desempenho. Essa teoria procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamada de itens. Ou seja, é um modelo estatístico utilizado para analisar as respostas de indivíduos a itens de um teste, como por exemplo as perguntas de múltipla escolha (Pasquali, 2009).

As perguntas de múltipla escolha são comumente usadas em avaliações de exames de graduação e pós-graduação no Brasil e no mundo, porque são eficientes, confiáveis, objetivas e possuem menor viés do avaliador. A qualidade das perguntas é importante devido ao seu efeito no nível geral de competência dos participantes durante a sua avaliação. Quando bem construídas permitem a avaliação de habilidades cognitivas, como interpretação, pensamento analítico e crítico (Kumar *et al.*, 2021).

Assim, para poder estimar, a partir da resposta dada pelo sujeito, o seu nível no traço latente, é preciso hipotetizar nas relações entre as respostas observadas do sujeito e o seu nível neste mesmo traço latente. Quando estas relações são expressas numa equação matemática, constando de variáveis e de constantes, temos um modelo ou teoria do traço latente (Pasquali, 2009).

A TRI procura representar a probabilidade de um indivíduo dar uma resposta certa a um item como função dos parâmetros do item e da habilidade (ou habilidades) do respondente. Essa relação é sempre expressa de tal forma que quanto maior a habilidade, maior a probabilidade de acerto no item, e isso é avaliado a partir da natureza do item (dados dicotômicos ou não dicotômicos); do número de populações envolvidas; e da quantidade de traços latentes que está sendo medida (Pasquali; Primi, 2003).

A análise de itens de múltipla escolha fornece informações sobre a validade e confiabilidade do item. Essa análise consiste em avaliar a dificuldade dos itens, a proporção dos participantes que responderam corretamente ao item (valor p); o índice de discriminação, a capacidade de distinguir as pessoas com alto desempenho e sem desempenho (valor D); e a qualidade das alternativas de respostas ou eficácia do distrator, se os itens estão bem construídos (valor a) (Mcalpine, 2002; Haladyna, 2004; Sabbe *et al.*, 2007; Manderlier *et al.*, 2017).

Assim, a TRI é uma ferramenta que também pode ser utilizada para verificação da validade de construtos, uma vez que permite avaliar a precisão, o comportamento dos itens e a estrutura do instrumento (Pasquali, 2009).

5 MÉTODO

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico de adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES)” para enfermeiros brasileiros.

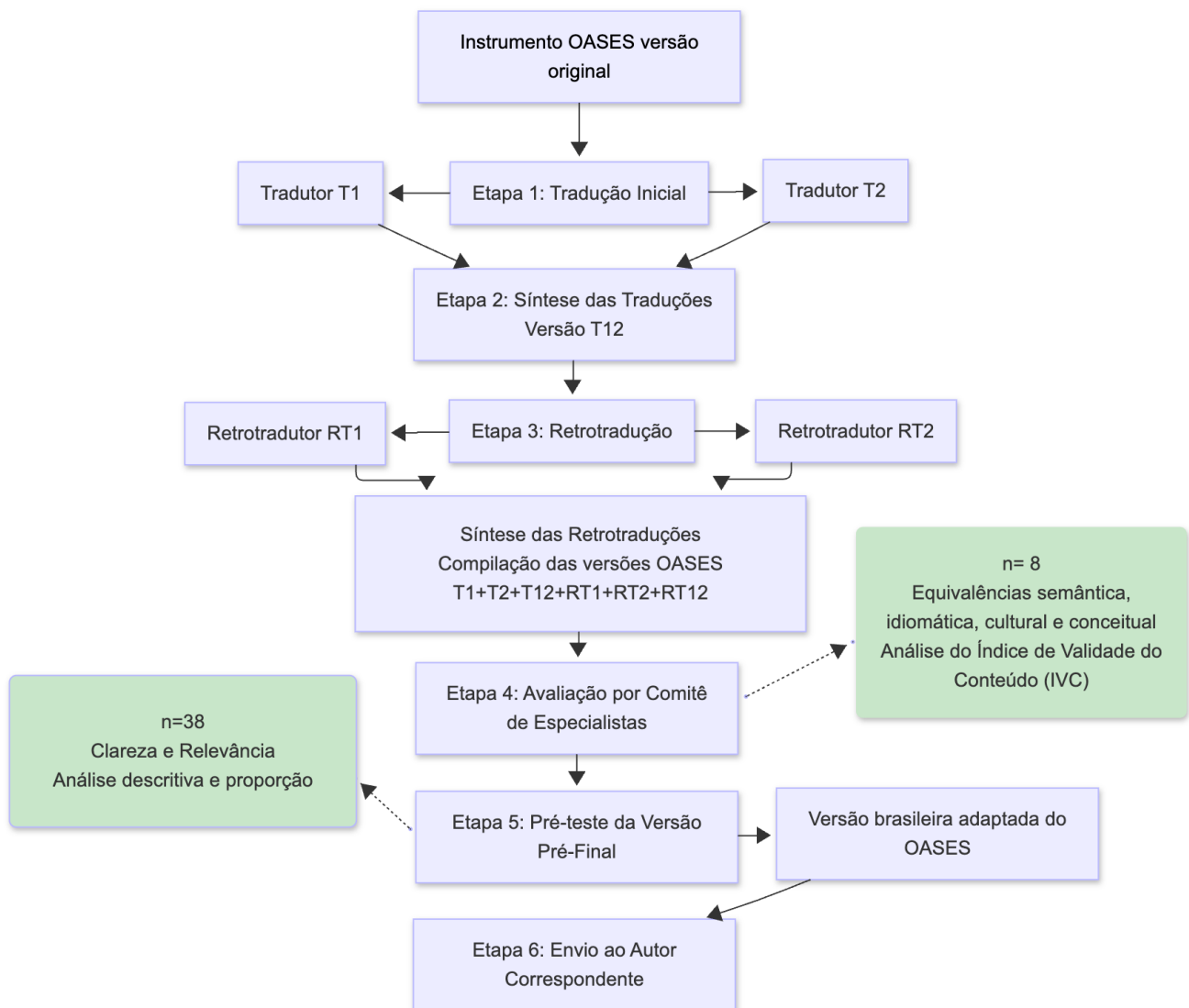
Os estudos metodológicos têm como objetivo desenvolver, validar e avaliar instrumentos de coleta de dados, escalas e técnicas sobre conceitos ou fenômenos de uma área de conhecimento atribuída. Além disso, apresenta rigor científico na forma de investigar os métodos, de obter e organizar os dados, sendo definida como uma importante ferramenta de pesquisa (Lima, 2011).

Após a autorização dos desenvolvedores do instrumento OASES (Anexo B) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo D), foi realizada a adaptação transcultural do OASES para o português brasileiro, seguindo a metodologia de seis etapas propostas por Beaton *et al.* (2000). Por conseguinte, com o instrumento adaptado transculturalmente para o português, foi realizada a validação psicométrica do instrumento no Brasil, com avaliação da validade dos itens do teste de múltipla escolha (dificuldade dos itens, índice de discriminação e qualidade das alternativas de respostas), a validade de construto (técnica de grupos conhecidos) e a confiabilidade interna e teste-reteste (estabilidade).

5.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Esta primeira etapa da pesquisa foi realizada entre outubro de 2024 e abril de 2025, estruturada de acordo com o modelo proposto por Beaton *et al.* (2000): 1) tradução, 2) síntese, 3) retrotradução, 4) avaliação por um comitê de especialistas, 5) pré-teste e 6) avaliação da versão final pelo autor do instrumento original (Figura 7).

Figura 7 – Mapa conceitual das etapas do processo de adaptação transcultural do OASES.



Fonte: Produção do próprio autor (2025).

5.1.1 Etapa 1 e 2: Tradução inicial e síntese das traduções

Na primeira etapa, realizou-se a tradução direta do instrumento original “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*” para o português brasileiro por dois tradutores bilíngues, cuja língua materna era o português brasileiro e a língua de fluência o inglês. Os dois tradutores possuíam perfis diferentes:

Tradutor 1 (T1) – contratado através de uma empresa especializada em traduções, estava ciente dos conceitos a serem examinados no instrumento que estava sendo traduzido. Possuía formação acadêmica na área da saúde e vasta experiência em traduções de instrumentos, as suas adaptações visavam à equivalência mais próxima de uma perspectiva clínica.

Tradutor 2 (T2) – não foi informado quanto aos conceitos a serem examinados no instrumento e não possuía formação na área da saúde.

Os tradutores produziram duas traduções independentes, cada tradutor pontuou em uma escala do tipo *Likert* o grau de dificuldade para traduzir o item (1 - Muito difícil; 2 – Difícil; 3 - Nem fácil, nem difícil; 4 – Fácil; 5 - Muito fácil), àquelas pontuadas entre um e três, solicitava-se a descrição da dificuldade encontrada para tradução, com comentários adicionais para destacar as frases ou palavras desafiadoras ou incertas. Assim, produziu-se um relatório escrito sobre apontamentos que foram verificados a partir da tradução, as versões traduzidas foram identificadas como T1 e T2.

Na segunda etapa, a síntese das traduções foi realizada pelos dois tradutores, juntamente com o pesquisador, através de uma reunião online via *Google Meet*, em que sintetizaram os resultados das traduções T1 e T2. Em consenso, um relatório foi elaborado documentando o processo de síntese, destacando as possíveis divergências de tradução e explicando como foram resolvidas as diferenças das versões do primeiro e do segundo tradutor. Depois de concluído esse processo, originou-se a primeira versão do instrumento traduzido (T-12) (Apêndice A).

5.1.2 Etapa 3: Retrotradução

Nesta etapa, a primeira versão do instrumento traduzido (T-12) retornou para a versão do idioma original, o inglês. As retrotraduções foram realizadas de maneira independente por dois tradutores bilíngues (RT1 e RT2), contratados através de uma empresa especializada em traduções, que possuíam como língua materna o inglês e eram fluentes em português. Esses retrotradutores não apresentavam conhecimento prévio sobre o instrumento de pesquisa e não tinham formação na área da saúde.

Os retrotradutores pontuaram em uma escala do tipo *Likert* o grau de dificuldade para retrotraduzir cada item (1 - Muito difícil; 2 – Difícil; 3 - Nem fácil, nem difícil; 4 – Fácil; 5 - Muito fácil). Para as retrotraduções avaliadas com notas entre um e três, solicitava-se a descrição das dificuldades encontradas, incluindo também os comentários para destacar frases ou palavras consideradas desafiadoras ou de interpretação incerta. Com base nessas observações, foi produzido um relatório escrito detalhado da retrotradução. As versões retrotraduzidas foram identificadas como RT1 e RT2.

A síntese das retrotraduções foi realizada pelo pesquisador principal e pelos dois retrotradutores. Por meio de uma reunião online via *Google Meet*, sintetizaram e resolveram em consenso as discrepâncias das retrotraduções. Um relatório foi elaborado documentando o processo de síntese e explicando como foram resolvidas as diferenças das versões do primeiro e do segundo retrotradutor (Apêndice B).

5.1.3 Etapa 4: Comitê de especialistas

Na quarta etapa do processo de validação transcultural, formou-se um comitê de juízes especialistas, com rigor técnico e científico, para assegurar maior precisão metodológica do instrumento. O comitê foi composto por um metodologista, três enfermeiros especialistas em tratamento de feridas, um profissional especialista em linguagem e três tradutores envolvidos em todas as etapas de tradução e retrotradução (sendo um nativo da língua portuguesa e dois da língua inglesa). Os juízes foram selecionados de forma intencional. Os critérios para inclusão dos enfermeiros especialistas foram ter formação mínima em mestrado, estar trabalhando ativamente em hospital ou unidade básica de saúde ou instituição de ensino superior, ser especializado na área de tratamento de feridas e ser capaz de participar ativamente deste estudo. O pesquisador principal manteve estreito contato com o comitê de especialistas durante todo o processo.

Os especialistas receberam o convite via e-mail (Apêndice E) com um *link* de acesso à plataforma *Google Forms*®, que incluía o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F) para leitura. Após concordarem em participar voluntariamente da pesquisa, os juízes tiveram acesso à primeira etapa de coleta de dados. Essa etapa visava coletar informações sociodemográficas, como sexo, idade, escolaridade e experiência profissional, além de responder a duas perguntas específicas: 1. Como você avalia sua capacidade de compreender, ler e interpretar textos em português? 2. Como você avalia sua capacidade de compreender, ler e interpretar textos em inglês? As respostas eram obtidas através de uma

escala do tipo *Likert* com quatro alternativas (1= Muito fraca - tenho grande dificuldade para compreender e interpretar textos; 2= Fraca - consigo compreender apenas partes simples ou trechos específicos de um texto; 3= Boa - consigo compreender textos de dificuldade média, mas posso ter problemas com palavras menos comuns ou ideias complexas; 4= Excelente - compreendo e interpreto textos de qualquer nível de complexidade sem dificuldades).

Na etapa seguinte, apresentava-se as orientações de avaliação aos juízes, bem como o acesso ao instrumento original e as versões traduzidas e retrotraduzidas, além dos relatórios teóricos produzidos por cada tradutor durante os processos de tradução e retrotradução.

Todos os itens do instrumento foram analisados pelos juízes buscando as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre o instrumento original e o instrumento traduzido (versão T12) e retrotraduzido (versão RT12), por meio de uma escala do tipo *Likert* com quatro alternativas de respostas para cada tipo de equivalência (1= Nada equivalente; 2= Quase equivalente; 3= Equivalente; 4= Totalmente equivalente). Ao final de cada item, havia um espaço destinado a sugestões, onde o juiz poderia propor reformulações para o item, uma frase ou palavras específicas.

As respostas dos juízes foram exportadas para o *Microsoft Excel®*, versão 2019, e os dados analisados pelo software estatístico *R* (*R Core Team* 2023). Os dados sociodemográficos foram caracterizados pela análise descritiva, os dados categóricos foram expressos como números e porcentagens (%), para validação do conteúdo foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

O IVC é uma medida amplamente utilizada na área da saúde, com o objetivo de demonstrar a proporção de avaliadores/juízes que concordam entre si sobre aspectos específicos de um instrumento e seus itens. Dessa forma, permite analisar tanto cada item individualmente (I-IVC) quanto o instrumento em sua totalidade (S-IVC) (Lynn, 1986; Wynd; Schmidt; Schaefer, 2003). Para tanto, foi aplicada a seguinte fórmula para o cálculo do I-IVC:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "3" ou "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para avaliar o instrumento como um todo, utilizou-se o cálculo descrito por Borges (2012), que consiste em calcular a média dos valores dos itens avaliados individualmente, isto é, somam-se todos os IVC calculados separadamente e divide-se o resultado pelo número total de itens considerados na avaliação.

Diante disso, para que o instrumento seja validado como excelente, entre os itens o cálculo do I-IVC deve ser superior a 0,78 e a média do S-IVC deve haver uma concordância mínima de 0,80 e, preferencialmente, superior a 0,90 (Coluci; Alexandre; Milani, 2015; Polit; Beck, 2008). Os itens do instrumento que apresentassem IVC menor que 0,80 seriam discutidos e analisados pelos pesquisadores. Para esta pesquisa, foram adotados como medida quantitativa para validação do instrumento o $IVC-I \geq 0,80$ e $IVC-S \geq 0,90$.

Por fim, nesta etapa, o objetivo do comitê de especialistas foi integrar todas as versões do instrumento (T1, T2, T-12, RT1 e RT2) analisando suas equivalências e elaborar a versão pré-final conforme Apêndice C.

5.1.4 Etapa 5: Pré-teste

O pré-teste do instrumento consistiu na aplicação da versão pré-final, estabelecida em consenso com o comitê de juízes especialistas, à população-alvo do estudo. Recomenda-se que o pré-teste seja realizado com uma amostra de 30 a 40 pessoas (Beaton *et al.*, 2000). Neste estudo, o pré-teste foi aplicado a uma amostra de 38 enfermeiros, seguindo o mesmo número utilizado no pré-teste do instrumento traduzido transculturalmente para a versão chinesa (Feng *et al.*, 2023). Os enfermeiros foram recrutados em uma amostragem por conveniência. Como critérios de inclusão foram profissionais com formação acadêmica em Enfermagem e experiência prática mínima de 12 meses na área. Os critérios de exclusão foram profissionais sem vivência clínica direta com pacientes. O convite (Apêndice E) aos participantes foi realizado através do contato via *e-mail* e *WhatsApp*, contendo um *link* de acesso à plataforma *Google Forms®*, onde podiam acessar diretamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice G).

Após aceitarem participar de forma voluntária na pesquisa, os participantes tiveram acesso à fase inicial de coleta de dados sociodemográficos, como idade, sexo, escolaridade, especialização, tempo de experiência profissional, unidade atual de trabalho, além de responder a quatro perguntas: 1. Já realizou curso de capacitação ou treinamento em tratamento de feridas? (alternativas de resposta: Sim ou Não); 2. Já participou de treinamento sobre lesões por fricção? (alternativas de resposta: Sim ou Não); 3. Como você considera seu conhecimento/prática sobre lesões por fricção? (alternativas de resposta: iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente, especialista); 4. Precisa de treinamento sobre lesões por fricção? (alternativas de resposta: Sim ou Não).

Na fase subsequente, com base no conhecimento teórico-científico e na experiência profissional dos participantes, todos os itens do instrumento foram avaliados quanto à clareza e relevância, utilizando uma escala do tipo *Likert* com quatro opções de respostas (1= Nada claro/relevante; 2= Quase claro/relevante; 3= Claro/relevante; 4= Totalmente claro/relevante). Ao final de cada item, caso detectado possíveis erros não observados até o momento, que dificultasse a sua compreensão, o participante poderia propor reformulações para o item, uma frase ou palavras específicas, com o objetivo de assegurar que a versão adaptada do instrumento esteja mantendo a sua equivalência operacional, ou seja, a sua eficácia de aplicação em uma situação real (Beaton, 2020).

Em seguida, o instrumento foi avaliado em sua totalidade com base nas seguintes perguntas: 1. A fonte e o tamanho da letra do instrumento são adequados? (1= Discordo totalmente; 2= Discordo; 3. Concordo; 4= Concordo totalmente); 2. A organização dos domínios e itens do instrumento está adequada? (1= Discordo totalmente; 2= Discordo; 3. Concordo; 4= Concordo totalmente); 3. As opções de resposta de cada item são claras e corretas? (1= Discordo totalmente; 2= Discordo; 3. Concordo; 4= Concordo totalmente); 4. As imagens utilizadas no instrumento têm resolução adequada e são de fácil visualização? (1= Discordo totalmente; 2= Discordo; 3. Concordo; 4= Concordo totalmente); 5. As instruções de resposta do teste, presentes nas últimas duas linhas do instrumento, são compreensíveis? (1= Nada claro; 2= Quase claro; 3= Claro; 4= Totalmente claro); 6. Como você avalia a clareza e a compreensibilidade do instrumento como um todo? (1= Nada claro/compreensível; 2= Quase claro/compreensível; 3= Claro/compreensível; 4= Totalmente claro/compreensível) 7. Como você avalia a relevância do instrumento para medir o conhecimento de enfermeiros sobre lesão por fricção? (1= Nada relevante; 2= Quase relevante; 3= Relevante; 4= Totalmente relevante).

Os dados obtidos na etapa do pré-teste foram organizados em uma planilha do *Microsoft Excel®* versão 2019 e analisados pelo software estatístico *R* (*R Core Team* 2023). A análise sociodemográfica foi caracterizada pela análise descritiva, os dados contínuos foram expressos como média e desvio padrão e os dados categóricos como números e porcentagens (%). A validade aparente foi caracterizada pela análise de proporção, as sugestões dos enfermeiros foram analisadas visando garantir a compreensão adequada dos itens (Apêndice C). Após análise, elaborou-se a versão final do instrumento OASES adaptado para o contexto brasileiro (Apêndice D).

5.1.5 Etapa 6: Aprovação e submissão do instrumento final

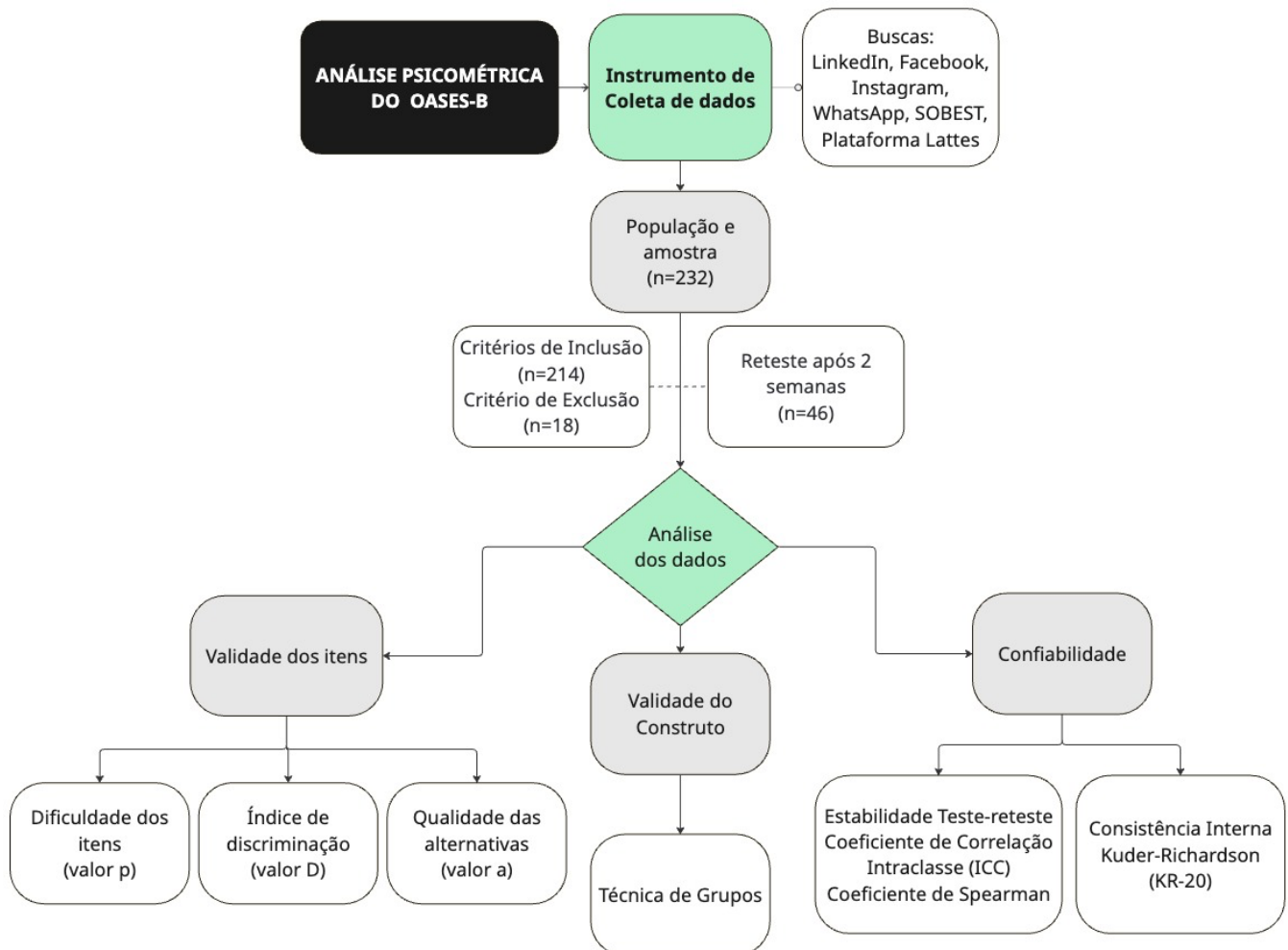
A etapa final do processo de ATC do instrumento OASES envolveu a submissão da versão final traduzida e adaptada para o português brasileiro, acompanhada de todos os relatórios produzidos ao longo das etapas, ao desenvolvedor original do instrumento. O objetivo foi assegurar que as etapas recomendadas pelo referencial teórico foram devidamente seguidas e que os relatórios documentaram adequadamente todo esse processo.

5.2 ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO INSTRUMENTO

Na segunda etapa, um estudo metodológico, de corte transversal, direcionado a enfermeiros, foi conduzido no Brasil para testar as propriedades psicométricas do instrumento OASES-B traduzido e adaptado transculturalmente para o português brasileiro. O estudo foi conduzido conforme Figura 8.

As diretrizes do “*Consensus-based standards for the selection of health measurement instruments* (COSMIN)”, foram utilizadas para garantir uma avaliação rigorosa e sistemática das propriedades psicométricas do instrumento, incluindo validade, confiabilidade e responsividade. O COSMIN é uma lista (*checklist*) de verificação, baseada em consenso, que permite aos pesquisadores uma análise abrangente baseada em evidências, assegurando que o instrumento atenda aos critérios necessários para sua aplicação em contextos clínicos e de pesquisa (Mokkink *et al.*, 2010; Mokkink *et al.*, 2019).

Figura 8 – Mapa conceitual da análise psicométrica do OASES-B.



Fonte: Produção do próprio autor (2025).

5.2.1 População e amostra

A população-alvo deste estudo é composta por enfermeiros atuantes em setores públicos e privados do Brasil que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: (1) ser brasileiro e estar trabalhando no Brasil; (2) ser Enfermeiro e estar atuando diretamente na assistência ao paciente; (3) ter no mínimo um ano de experiência profissional na área. Os critérios de exclusão foram: (1) enfermeiros em cargos administrativos ou gerenciais; (2) profissionais afastados de suas funções no momento da coleta de dados; (3) estudantes ou estagiários de enfermagem.

O tamanho amostral seguiu a regra prática de 10 entrevistados por item, um mínimo amostral de 200 foi estabelecido devido ao instrumento OASES conter 20 itens (Polit; Beck, 2008; Van Tiggelen *et al.*, 2020).

A amostra deste estudo foi composta por 232 enfermeiros, selecionados de forma não probabilística e por conveniência, a partir da técnica de amostragem em bola de neve pelas redes sociais (LinkedIn, Facebook, Instagram, WhatsApp), organizações de tratamento de feridas como a Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e o *Currículo Lattes*. Na plataforma Lattes, os participantes foram identificados a partir dos seguintes critérios: a) Assunto: Enfermeiros; b) Nas bases: Doutores e demais pesquisadores; c) Nacionalidade: Brasileira; d) Tipo de filtro: Atuação profissional (grande área de atuação ciências da saúde, área enfermagem, subárea Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso); e) Preferências: tempo de atualização do currículo: 24 meses (Brasil, 2020).

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, 18 participantes foram excluídos da pesquisa, assim o tamanho amostral final foi composto por 214 participantes.

5.2.2 Instrumento e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário *online* desenvolvido na plataforma *Google Forms*. Essa ferramenta tecnológica é multifuncional e possibilita a elaboração e organização de questionários de acordo com a intencionalidade da pesquisa. Além disso, essas tecnologias possuem algumas vantagens de utilização: 1) facilidade para a organização dos itens do instrumento e, posteriormente, a fácil e automática importação dos resultados para tabulação; 2) alternativas de preenchimento obrigatório para o avanço dos itens possibilitando menores chances de perdas das respostas; 3) o rápido preenchimento, entendimento e manejo da tecnologia online pelos juízes (Heidemann; Oliveira; Veit, 2010).

O formulário *online* foi estruturado em três seções: (1) orientações sobre a pesquisa e disponibilidade do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice H) para leitura, em que a concordância da participação na pesquisa condicionava para o prosseguimento da próxima seção; (2) informações sociodemográficas, como idade, sexo, escolaridade, especialização, tempo de experiência profissional, unidade atual de trabalho, além de responder a quatro perguntas: 1. Já realizou curso de capacitação ou treinamento em tratamento de feridas? (alternativas de resposta: Sim ou Não); 2. Já participou de treinamento sobre lesões por fricção? (alternativas de resposta: Sim ou Não); 3. Como você considera seu conhecimento/prática sobre lesões por fricção? (alternativas de resposta: iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente, especialista); 4. Precisa de treinamento sobre lesões por fricção? (alternativas de resposta: Sim ou Não) e; (3) domínios e itens do instrumento OASES adaptado transculturalmente para o contexto brasileiro (Apêndice D), sendo solicitado o preenchimento

do instrumento de maneira individual e sem consultar nenhum recurso (por exemplo: livros, *internet*).

O *link* do formulário foi divulgado por *e-mail*, redes sociais (LinkedIn, Facebook, Instagram, WhatsApp) e grupos profissionais de enfermeiros, com um texto explicativo sobre os objetivos da pesquisa e a garantia de confidencialidade dos dados. A coleta ocorreu entre abril e junho de 2025, com envio de lembretes semanais para aumentar a adesão de participação.

Após duas semanas da participação na pesquisa, um segundo *link* foi enviado aos mesmos 214 enfermeiros participantes para avaliar a estabilidade do instrumento, destes somente 46 participantes responderam ao reteste. O reteste incluiu o instrumento de avaliação de conhecimento idêntico, os participantes não foram previamente informados sobre esse procedimento de teste-reteste e nenhum *feedback* sobre a pesquisa foi dado entre o teste e o reteste.

5.2.3 Análise dos dados

Os dados coletados através dos formulários foram inseridos automaticamente em uma planilha eletrônica do *Google*, assim, foram exportados para uma planilha da *Microsoft Excel®* versão 2019 e, posteriormente, analisados por um estatístico contratado utilizando o *software R* (*R Core Team* 2023).

As respostas do instrumento OASES foram recodificadas em variáveis dicotômicas (0= resposta incorreta; 1= resposta correto). A opção “e. Não sei a resposta” foi considerada “resposta incorreta”. A pontuação total do instrumento foi calculada como a soma dos acertos das respostas dadas aos 20 itens (pontuação máxima= 20 e mínima= 0).

As características gerais dos participantes foram descritas por meio da estatística descritiva, os dados contínuos foram expressos como média e desvio padrão, e os dados categóricos como números e porcentagem (%). A estatística descritiva permite resumir, organizar e descrever as características principais dos dados coletados, podendo ser apresentada por meio de tabelas para facilitar a compreensão e visualização dos dados (Siqueira; Tibúrcio, 2011).

Para avaliar as propriedades psicométricas do instrumento, foram conduzidas análises de validade dos itens do teste de múltipla escolha (dificuldade dos itens, índice de discriminação e qualidade das alternativas de respostas), a validade de construto (técnica de grupos conhecidos) e a confiabilidade interna e teste-reteste (estabilidade). Todos os testes estatísticos foram bicaudais e um valor de $p \leq 0,05$ foi estatisticamente significativo.

5.2.3.1 Validade dos itens do teste de múltipla escolha

A validade dos itens do OASES-B adaptado foi avaliada utilizando a dificuldade dos itens (valor p), o índice discriminatório (valor D) e a qualidade das alternativas de respostas (valor-a).

1. Dificuldade dos itens: o nível de dificuldade de um item (valor p) é calculado pela porcentagem de respondentes que responderam corretamente ao item (Haladyna, 2004; Mcalpine, 2002). O valor p varia de 0,10 a 0,90. Uma dificuldade de item de $p = 0,70$ é ideal para itens com cinco opções de resposta (Sabbe *et al.*, 2007). Os itens com valor p superior a 0,90 são considerados muito fáceis e os itens com valor p inferior a 0,10 são considerados muito difíceis (Manderlier *et al.*, 2017).
2. Índice de discriminação: para calcular o índice de discriminação (valor D) dos itens, os respondentes são divididos em dois grupos extremos: os 27% respondentes com melhor desempenho e os 27% respondentes com pior desempenho (pontuação total alta vs. pontuação total baixa) (Haladyna, 2004; Manderlier *et al.*, 2017). Para cada item, a porcentagem de acertos no grupo de 27% de pior desempenho é subtraída da porcentagem de acertos no grupo de 27% de melhor desempenho. O valor D pode variar de -1 (sugere que há uma correlação inversa, participantes do grupo de pior desempenho acertam mais que os de melhor desempenho) a +1 (sugere que há uma correlação perfeita entre aqueles que responderam corretamente ao item e aqueles que obtiveram notas altas no teste geral) e valores próximos de 0 indica que o item não discrimina bem. O valor D abaixo de 0,10 é considerado baixo, entre 0,10 e 0,20 aceitável, entre 0,20 e 0,30 moderado e acima de 0,30 excelente. O valor D minimamente recomendado é maior que 0,20 (Mcalpine, 2002; Sabbe *et al.*, 2007).
3. Qualidade das alternativas de respostas: a qualidade das alternativas de resposta (valor-a) é avaliada pela proporção de entrevistados que escolhem cada alternativa (letra a, b, c, d, e). A distribuição de respostas incorretas nas alternativas de resposta é definida para avaliar a qualidade dessas alternativas. O valor-a ideal para cada item com cinco alternativas de resposta (uma correta e quatro incorretas) é 0,10 e espera-se que seja menor que o índice de acerto (P) do item. Um valor-a consistente para cada item é ideal, o que significa que cada alternativa de resposta tem o mesmo efeito de distração (Sabbe *et al.*, 2007).

5.2.3.2 Validade do construto

Para medir a validade do construto foi utilizada a técnica de grupos, com o objetivo de avaliar a capacidade do instrumento em diferenciar grupos com diferentes níveis de conhecimento teoricamente esperados em relação às lesões por fricção. Foram predefinidos 12 grupos de enfermeiros com hipóteses de diferirem no nível de conhecimento devido à sua função, nível de escolaridade, especialização e treinamento obtido em lesão por fricção. Os enfermeiros participantes foram divididos em grupos A e B de acordo com as características profissionais identificadas durante a pesquisa.

O Quadro 4 diferencia o grupo A, que se presume teoricamente ter um nível de conhecimento mais alto sobre lesões por fricção e, o grupo B, que se presume ter um nível de conhecimento teoricamente mais baixo sobre lesões por fricção. Como exemplo, levantamos a hipótese de que enfermeiros especialistas teriam pontuações OASES mais altas do que enfermeiros não especialistas. Para testar a hipótese, comparações entre grupos predefinidos com pontuações altas e baixas esperadas foram feitas pelo teste *T de student* (Polit; Beck, 2008).

Quadro 4 – Grupos pré-definidos com base no nível de conhecimento teoricamente esperado – técnica de grupos.

GRUPO A	GRUPO B
Mestrado e doutorado	Graduação
Enfermeiros com pós-graduação em enfermagem estomaterapia ou dermatológica	Enfermeiros sem pós-graduação em enfermagem estomaterapia ou dermatológica
>10 anos de experiência profissional	<10 anos de experiência profissional
Enfermeiros competentes e especialistas no conhecimento prático de lesões por fricção	Enfermeiros iniciantes e iniciantes avançados no conhecimento prático de lesões por fricção
Treinamento obtido em tratamento de feridas	Sem treinamento no tratamento de feridas
Treinamento obtido em lesão por fricção	Sem treinamento em lesão por fricção

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

O teste *t* para amostras independentes foi empregado para comparar as médias dos escores totais entre os grupos predefinidos, com o objetivo de testar a hipótese de que enfermeiros com maior formação acadêmica no tratamento de feridas possuem um conhecimento mais amplo sobre lesões por fricção. Caso o valor-p seja $\leq \alpha$ (geralmente 0,05), rejeita-se a hipótese nula (H_0) e conclui-se que há uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Por outro lado, se o valor-p for $> \alpha$, não se rejeita a H_0 , indicando que não há evidências suficientes para afirmar que existe uma diferença significativa (Polit; Beck, 2008).

5.2.3.3 Confiabilidade

A consistência interna foi calculada por meio do Kuder-Richardson (KR-20). Os resultados foram interpretados categorizando da seguinte forma: maior que 0,70 (desejável), entre 0,70 e 0,50 (aceitável) e abaixo de 0,5 (inaceitável) (Sadeghi *et al.*, 2025; Del Ponte *et al.*, 2022).

A estabilidade do instrumento foi examinada utilizando o procedimento teste-reteste. Um intervalo de 14 dias foi respeitado entre o teste e o reteste, os participantes não foram avisados previamente (Devon *et al.*, 2007). O Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) foi calculado como índice de confiabilidade. O valor de um ICC baixo pode refletir o baixo grau de concordância do avaliador ou da medição, mas também a falta de variabilidade entre os sujeitos da amostra. Com isso, recomenda-se obter pelo menos 30 a 50 amostras heterogêneas para conduzir um estudo de confiabilidade. Nessas condições, valores menores que 0,5 são indicativos de baixa confiabilidade, valores entre 0,5 e 0,75 indicam confiabilidade moderada, valores entre 0,75 e 0,90 indicam boa confiabilidade e valores maiores que 0,90 indicam confiabilidade excelente (Koo; Li, 2016; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017). O valor do ICC para o instrumento maior que 0,75 foi considerado boa confiabilidade (Polit; Beck, 2008; Koo; Li, 2016; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

Para análise complementar, o coeficiente de Spearman (ρ) é um teste de correlação não paramétrico empregado para avaliar a correlação entre duas variáveis quantitativas. Avalia se há uma relação monotônica (não necessariamente linear) entre pontuações de teste e reteste. De forma geral, para o coeficiente ρ de Spearman, valores entre 0 e 0,3 (ou 0 e -0,3) são baixas; entre 0,31 e 0,5 (ou -0,31 e -0,5) são correlações fracas; entre 0,51 e 0,7 (ou -0,51 e -0,7) são moderadas; entre 0,71 e 0,9 (ou -0,71 e 0,9) são correlações fortes; e $> 0,9$ (ou $< -0,9$) são consideradas muito fortes (Miot, 2018).

5.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em 08 de maio de 2023, foi obtida a autorização por escrito (Anexo B) do autor do instrumento OASES, Dr. Dimitri Beeckman, professor da Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde do Departamento de Saúde Pública e Cuidados Primários da Universidade de Ghent, na Bélgica, para a realização da adaptação transcultural do instrumento OASES para o contexto brasileiro.

Este projeto foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), via Plataforma Brasil, sob parecer nº 6.851.727 e CAAE: 78535124.2.0000.0121 (Anexo D). Todos os preceitos éticos de pesquisa foram respeitados de acordo com a Resolução nº. 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução nº. 510/2016, que dispõe sobre as Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (Brasil, 2012; Brasil, 2016).

Aos participantes da pesquisa foram encaminhados por e-mail: a carta-convite de participação do estudo (Apêndice E) esclarecendo os objetivos e a importância da pesquisa para a prática do enfermeiro na prevenção e cuidado de lesões por fricção; e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para juízes especialistas (Apêndice F), para os participantes do pré-teste do instrumento (Apêndice G) e para os participantes do estudo metodológico de corte transversal (Apêndice H).

6 RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo seguiram os critérios para elaboração e formato de apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Curso dos cursos de mestrado e doutorado da Instrução Normativa 02/PEN/2021 do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da UFSC, de 06 de dezembro de 2021. Os resultados serão apresentados nos manuscritos a seguir:

MANUSCRITO 2 – Versão brasileira do instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES)”.

MANUSCRITO 3 – Validação das propriedades psicométricas da versão brasileira do “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES-B)”.

6.1 MANUSCRITO 2 – VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO *SKIN TEAR KNOWLEDGE ASSESSMENT INSTRUMENT* (OASES)

Jéssica Costa Maia

Kátia Cilene Godinho Bertoncello

RESUMO

Objetivo: Adaptar transculturalmente o instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES)” para o contexto brasileiro, a fim de avaliar o conhecimento de enfermeiros sobre prevenção, avaliação e gestão de lesões por fricção. **Método:** Pesquisa metodológica seguindo seis etapas da adaptação transcultural: tradução inicial, síntese das traduções, retrotraduções, comitê de especialistas, pré-teste e submissão para o autor correspondente. O estudo foi conduzido entre outubro de 2024 e abril de 2025. Na validação de conteúdo por juízes especialistas (n=8), avaliaram as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento e utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) em nível de item e de escala. No pré-teste, empregou-se a análise descritiva por proporção, com a participação de 38 enfermeiros que avaliaram a clareza e relevância do instrumento. **Resultados:** A versão adaptada do OASES alcançou satisfatórias equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, com um IVC total de 0,97. No pré-teste, os enfermeiros avaliaram a clareza e relevância dos itens e do instrumento como excelente. **Conclusão:** A versão brasileira do OASES-B foi considerada transculturalmente adaptada, demonstrando excelente validade de conteúdo e aparente.

Palavras-chave: Enfermagem; Conhecimento do Enfermeiro; Lesão por fricção; Comparação transcultural; Estudos de validação.

INTRODUÇÃO

As lesões por fricção são consideradas lesões agudas, causadas pela ação de forças mecânicas, como fricção, cisalhamento, remoção de adesivos e manuseio do paciente, que apresentam danos visíveis à pele e até mesmo a remoção de suas camadas, não se estendendo para a camada subcutânea. Essas lesões são comumente relatadas em pessoas gravemente enfermas, neonatos prematuros e, principalmente, na população idosa. O envelhecimento constitui o principal fator de risco, uma vez que ocorrem mudanças estruturais e funcionais na

pele, tornando-a mais frágil e vulnerável a lesões (Leblanc *et al.*, 2018; Leblanc, 2019; Leblanc *et al.*, 2020; Kottner *et al.*, 2020; Nokaneng *et al.* 2025).

A vulnerabilidade inerente ao envelhecimento também está associada ao comprometimento cognitivo, afetando a capacidade de julgamento e a percepção de riscos; e à redução da mobilidade, resultando em fraqueza muscular, desequilíbrio e dificuldades de coordenação. Esses fatores contribuem para um maior risco de quedas, dificuldades em transferências (como mudar da cama para a cadeira) e dependência para realizar as atividades de vida diária, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se. Essas limitações não apenas impactam a qualidade de vida do idoso, mas também aumentam a suscetibilidade para lesões por fricção e suas complicações (Beeckman *et al.*, 2020; Kaçmaz *et al.*, 2022)

Em uma revisão sistemática e meta-análise, a prevalência de lesão por fricção em idosos foi de 6,5%. A prevalência foi maior em casas de repouso (11%), seguida de instituições de longa permanência (10,5%) e hospitais (2,2%) (Xu *et al.*, 2025). Com o aumento da população idosa, essas lesões têm se tornado cada vez mais frequentes e relevantes, representando um desafio significativo para a saúde global (Beeckman *et al.*, 2020; Kottner *et al.*, 2020; Levine, 2020; Leblanc *et al.*, 2021; Kaçmaz *et al.*, 2022).

Assim, em 2011, um grupo multidisciplinar fundou o Painel Consultivo Internacional para Lesões por Fricção (*International Skin Tear Advisory Panel – ISTAP*) com o objetivo de promover a conscientização internacional sobre avaliação, prevenção e gerenciamento de lesões por fricção. O ISTAP desenvolve e disponibiliza ferramentas e diretrizes baseadas em evidências para auxiliar profissionais de saúde na avaliação, prevenção e tratamento de lesões por fricção (ISTAP, 2025; Beeckman *et al.*, 2020; Leblanc *et al.*, 2018; Nokaneng *et al.* 2025).

Essas ferramentas potencializam o conhecimento e as habilidades, especialmente dos enfermeiros, sobre essa temática. Isso porque muitas das variáveis relacionadas aos fatores que influenciam o risco de lesões por fricção estão integradas às práticas de cuidados dos enfermeiros. Dessa forma, as necessidades identificadas e as intervenções implementadas pelos enfermeiros são essenciais para garantir e preservar a integridade da pele. Pesquisas mostram que o enfermeiro é capaz de prever os riscos para o desenvolvimento de lesões por fricção, além de ser o profissional de saúde com maior expertise e habilidade investigativa para propor e aplicar estratégias eficazes de prevenção de lesões por fricção (Beeckman *et al.*, 2020; Jiang *et al.*, 2024).

No entanto, na prática profissional, ainda é comum que lesões por fricção sejam frequentemente diagnosticadas de forma incorreta, muitas vezes sendo confundidas com lesões por pressão. As razões para isso podem estar relacionadas há uma deficiência tanto teórica

quanto prática em relação ao reconhecimento e manejo dessas lesões, como também a falta de programas de treinamento, registros incompletos e a não familiaridade com as diretrizes clínicas. Essa carência de conhecimento pode levar a interpretações equivocadas no cuidado com a pele e à subnotificação desses casos, comprometendo a qualidade da assistência prestada (Jiang *et al.*, 2024; Hu *et al.*, 2024; Wang *et al.*, 2024).

Frente ao exposto, Van Tiggelen *et al.* (2020) desenvolveram o instrumento *Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES) que avalia o conhecimento de enfermeiros sobre lesões por fricção. O instrumento foi validado psicometricamente, demonstrando confiabilidade e validade, e também foi traduzido e adaptado transculturalmente para as versões chinesa e turca. Desde então, o OASES tem sido amplamente utilizado em pesquisas para avaliar o conhecimento de enfermeiros sobre lesão por fricção (Van Tiggelen *et al.*, 2020; Kaçmaz *et al.*, 2024; Feng *et al.*, 2023; Luo *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2024).

No Brasil, há uma escassez de estudos que avaliem o conhecimento dos enfermeiros sobre lesões por fricção. Embora uma pesquisa tenha introduzido o uso da ferramenta OASES para essa finalidade, ela não detalha o processo de adaptação transcultural do instrumento para o contexto brasileiro (Silva; Beeckman; Santos, 2025).

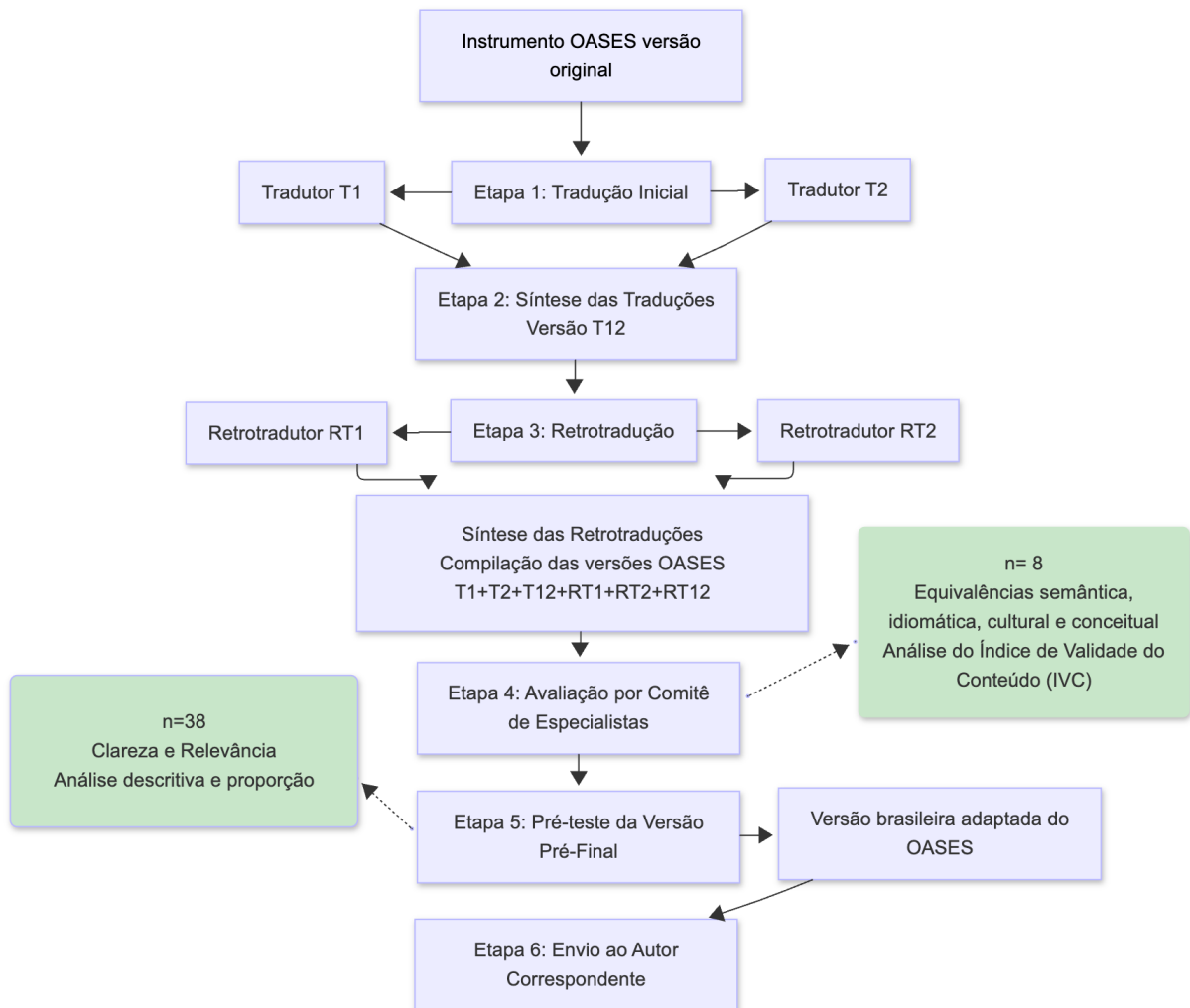
A partir disso, esta pesquisa respondeu a seguinte pergunta: a adaptação transcultural do instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES)” é adequada, em termos de validade para a avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de pessoas com lesões por fricção?

Este estudo teve como objetivo adaptar transculturalmente para o contexto brasileiro o instrumento *Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES) para medir o conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de lesões por fricção.

MÉTODO

Estudo metodológico, realizado entre outubro de 2024 e abril de 2025, estruturado de acordo com o modelo proposto por Beaton *et al.* (2000): 1) tradução, 2) síntese, 3) retrotradução, 4) avaliação por um comitê de especialistas, 5) pré-teste e 6) avaliação da versão final pelo autor do instrumento original (Figura 1). A adaptação transcultural do instrumento OASES foi realizada após a autorização do autor do instrumento original e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), CAAE: 78535124.2.0000.0121.

Figura 1 – Fluxograma das etapas de adaptação transcultural do instrumento OASES.



Fonte: Produção do próprio autor (2025).

Na primeira etapa, realizou-se a tradução direta do instrumento OASES para o português brasileiro de maneira independente por dois tradutores brasileiros com fluência no inglês. Somente um tradutor estava ciente dos conceitos a serem examinados no instrumento e possuía formação acadêmica na área da saúde. Ao final desta etapa, cada tradutor produziu um relatório escrito sobre as versões traduzidas e foram identificadas como T1 e T2.

Na segunda etapa, a síntese das traduções foi realizada pelos dois tradutores, juntamente com o pesquisador, através de uma reunião online via Plataforma do *Google Meet*, em que sintetizaram os resultados das traduções T1 e T2 originando a primeira versão do instrumento traduzido (T-12).

Na terceira etapa, a versão T-12 do instrumento retornou para a versão do idioma original. As retrotraduções foram realizadas de maneira independente por dois tradutores ingleses (RT1 e RT2), fluentes em português, que não apresentavam conhecimento prévio sobre o instrumento de pesquisa e não tinham formação na área da saúde. Após, realizou-se um consenso das retrotraduções através de uma reunião via Plataforma *Google Meet*.

Na quarta etapa, após o consentimento livre e esclarecido, formou-se um comitê de juízes especialistas de maneira intencional, composto por um metodologista, três enfermeiros especialistas em tratamento de feridas, um profissional especialista em linguagem e três tradutores envolvidos em todas as etapas de tradução e retrotradução (sendo um nativo da língua portuguesa e dois da língua inglesa). Os critérios para inclusão dos enfermeiros especialistas foram formação mínima em mestrado, estar trabalhando ativamente em hospital ou unidade básica de saúde ou instituição de ensino superior, ser especializado na área de tratamento de feridas e ser capaz de participar ativamente deste estudo.

Através do formulário Google[®] encaminhado via correio eletrônico, todos os itens do instrumento foram analisados pelos juízes buscando as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre o instrumento original e o instrumento traduzido (versão T12) e retrotraduzido (versão RT12), por meio de uma escala do tipo *Likert* com quatro alternativas de respostas para cada tipo de equivalência (1= Nada equivalente; 2= Quase equivalente; 3= Equivalente; 4= Totalmente equivalente).

Após a análise dos juízes especialistas, foi iniciada uma etapa quantitativa utilizando o *software* estatístico *R* (*R Core Team* 2023), com o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo para cada item (I-IVC) e para o conjunto de itens (S-IVC). Foram considerados aceitáveis valores de I-IVC $\geq 0,80$ e S-IVC $\geq 0,90$ (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017; Mandrekar, 2011). Caso o item não alcançasse o valor estipulado seria readequado. Em seguida, foi iniciada uma etapa qualitativa, na qual foram analisadas as sugestões dadas pelo comitê acerca dos itens, e alterações foram realizadas em consenso.

Na quinta etapa, foi realizado o pré-teste do instrumento com a população-alvo. Os participantes foram selecionados através da amostragem por conveniência. Como critérios de inclusão foram profissionais com formação acadêmica em Enfermagem e experiência prática mínima de 12 meses na área. Os critérios de exclusão foram profissionais sem vivência clínica direta com pacientes. O instrumento e todos os seus itens foram avaliados quanto à clareza e relevância, utilizando uma escala do tipo *Likert* com quatro opções de respostas (1= Nada claro/relevante; 2= Quase claro/relevante; 3= Claro/relevante; 4= Totalmente claro/relevante). As sugestões dos participantes foram analisadas pelos pesquisadores principais. Utilizou-se a

análise descritiva e por proporção/frequência para a validade aparente do instrumento (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017; Hair *et al.*, 2010).

Na sexta e última etapa, a versão brasileira do instrumento foi encaminhada para o autor do instrumento original para aprovação do processo realizado.

RESULTADOS

Na primeira etapa, o Tradutor 1 (especialista) não encontrou dificuldades significativas ao traduzir o instrumento original para o português, exceto pelo item cinco (5. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação do Painel Consultivo Internacional de Lesões por fricção (ISTAP) (2019)), no qual relatou que não encontrou uma tradução consolidada em português, ou amplamente adotada por autoridades da área, para o nome do sistema de classificação em questão. Já o Tradutor 2 (leigo) enfrentou mais desafios durante o processo de tradução, principalmente pela falta de familiaridade com termos técnicos da área da saúde. Houve destaque em palavras e expressões que não faziam parte do seu vocabulário cotidiano e que algumas traduções literais não eram de seu conhecimento, como as palavras etiologia, junção dermoepidérmica, elastina, hidrocoloide e filme transparente.

Na etapa de síntese das traduções, foram realizados ajustes semânticos nos itens do instrumento para garantir precisão e clareza. Identificou-se que alguns termos em inglês não possuíam equivalentes diretos em português, como: “*Skin Tear*”, inicialmente traduzido como “laceração cutânea” e “ruptura da pele”, foi padronizado para “Lesão por fricção”, seguindo a validação brasileira. Além disso, observaram-se divergências técnicas entre as versões do especialista e do leigo, por exemplo: “glândulas sudoríparas” (especialista) e “glândula de suor” (leigo), “exsudato” (especialista) e “suor” (leigo), termos revisados por não representarem adequadamente o conceito científico do instrumento original.

Ainda, para refinar a semântica, foram feitas outras adaptações: no item oito, substituiu-se “eles têm” por “eles possuem”, que transmite maior formalidade e precisão, alinhando-se a contextos acadêmicos ou técnicos. A palavra “pendurados” foi substituída por “pendentes”, que descreve com mais exatidão a posição de membros não apoiados. No item 19, ajustou-se o termo “fibrina” para “esfacelo”, pois esfacelo refere-se ao tecido desvitalizado no leito da ferida, com aspecto amarelado, úmido e solto.

A etapa de retrotradução e a síntese das versões retrotraduzidas foram concluídas sem dificuldades. Durante esse processo, realizaram-se ajustes semânticos nos itens do instrumento,

como a revisão de termos, adequação da linguagem e padronização de expressões técnicas, visando otimizar a qualidade e a fidelidade da tradução em relação ao instrumento original.

Na quarta etapa do processo de validação, conduziu-se uma avaliação criteriosa do instrumento por um comitê de oito juízes especialistas. Quanto à composição do comitê, observou-se equilíbrio de gênero, com igual representatividade entre homens e mulheres (n=4; 50%). A distribuição etária revelou predominância de profissionais na faixa dos 30 aos 50 anos (n=6; 75%), complementada por dois especialistas (25%) com mais de 50 anos. A qualificação acadêmica dos membros demonstrou elevado padrão técnico: o metodologista possuía titulação de doutorado, o especialista em linguística mestrado, enquanto os tradutores e retrotradutores apresentavam formação em nível de graduação. Particularmente no grupo de especialistas em feridas, destacaram-se dois doutores e um mestre, configurando um quadro altamente capacitado para a avaliação do instrumento.

A análise da proficiência linguística dos juízes revelou resultados significativos. Em relação ao domínio do português, a maioria (n=5; 62,5%) autoavaliou sua capacidade de compreensão, leitura e interpretação de textos como excelente, enquanto os demais (n=3; 37,5%) classificaram como boa. No que concerne à língua inglesa, os dados mostraram maior variação: 25% (n=2) relataram excelente domínio, 62,5% (n=5) boa capacidade e um juiz (12,5%) avaliou seu conhecimento como fraco.

Na validação do instrumento OASES, foi possível observar que a validade de conteúdo por item (I-IVC) variou de 0,80-1,0 e a validade de conteúdo em nível de escala (S-IVC) foi de 0,97, como podem ser observados na Tabela 1. Apenas o item 2 esteve mais baixo na análise semântica (0,80) e conceitual (0,90), devido ao uso do termo técnico “junção dermoepidérmica”. O termo foi mantido, uma vez que essa discrepância sugere a necessidade de capacitação na área para garantir melhor compreensão.

Tabela 1 – Análise dos dados das etapas 4 e 5.

Título	ETAPA 4 (n=8)				ETAPA 5 (n=38)	
	Semântica I-IVC*	Idiomática I-IVC*	Cultural I-IVC*	Conceitual I-IVC*	Clareza n (%)	Relevância n (%)
Domínio 1	1	1	1	1	38 (100%)	38 (100%)
Item 1	0,92	0,99	0,99	0,94	95%	96%
Item 2	0,98	0,98	0,98	0,95	37 (97%)	37 (97%)
Item 3	0,80	1	1	0,90	35 (92%)	36 (95%)
Item 4	0,98	0,98	0,98	0,98	37 (97%)	37 (97%)
Domínio 2	0,99	1	1	0,99	95%	98%
Item 5	0,98	0,98	0,98	0,97	36 (95%)	38 (100%)
Item 6	0,98	1	1	1	37 (97%)	37 (97%)
Item 7	1	1	1	1	36 (95%)	37 (97%)
Item 8	0,98	1	1	1	36 (95%)	37 (97%)
Domínio 3	0,97	0,97	0,97	0,97	89%	88%
Item 9	0,95	0,95	0,95	0,95	34 (89%)	32 (84%)
Item 10	0,98	0,98	0,98	0,98	34 (89%)	35 (92%)
Domínio 4	0,99	0,99	0,99	1	96%	97%
Item 11	0,98	0,95	0,95	0,98	37 (97%)	38 (100%)
Item 12	1	0,98	1	1	37 (97%)	38 (100%)
Item 13	0,98	0,98	1	1	38 (100%)	38 (100%)
Item 14	1	1	1	1	38 (100%)	38 (100%)
Item 15	1	1	1	1	35 (92%)	35 (92%)
Item 16	1	1	0,98	1	34 (89%)	36 (95%)
Domínio 5	0,98	0,96	0,98	0,99	96%	96%
Item 17	1	0,9	1	1	37 (97%)	37 (97%)
Item 18	1	1	1	1	37 (97%)	38 (100%)
Item 19	1	1	1	1	37 (97%)	37 (97%)
Item 20	0,93	0,93	0,93	0,94	35 (92%)	35 (92%)
Domínio 6	1	1	1	1	97%	97%
Item 21	1	1	1	1	37 (97%)	37 (97%)
Orientações	1	1	1	1	34 (89%)	34 (89%)
TOTAL	0,98	0,98	0,99	0,98		
S-IVC*	0,97					

Fonte: Produção do próprio autor (2025).
 Legenda: *I-IVC – Índice de Validade de Conteúdo por item
 *S-IVC – Índice de Valide de Conteúdo do instrumento

Após a análise das sugestões dos juízes, mesmo o instrumento mostrando alta validade de conteúdo, resultou em algumas modificações em três eixos principais: adequação linguística, adaptação cultural e refinamento técnico. A palavra “ferida” foi substituída por “lesão”, um termo mais abrangente e alinhado com a literatura especializada. A substituição de “secar gentilmente a sua pele com leves batidinhas” por “secar suavemente a sua pele com leves toques”, descrição mais precisa e menos subjetiva.

Para assegurar a relevância cultural e técnica, no item 10 a frase “Limpar a pele com sabão detergente” foi substituída por “Higienizar a pele com sabonete em barra”, uma vez que culturalmente está mais associado ao cuidado e higiene pessoal. No item 12, foi realizada a substituição de “casa de repouso” por “Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)”, termo oficialmente contemplado nos documentos de política nacional e amplamente reconhecido pelos profissionais de saúde, e acrescentado a informação de “incontinência” para “incontinência urinária e fecal” deixando mais claro e preciso.

Além disso, recomendações práticas foram detalhadas para melhor aplicabilidade. A instrução “usar roupas de proteção” foi enriquecida com exemplos como “calças e mangas compridas”, enquanto orientações sobre o “ambiente seguro” foi incluído mais um exemplo “remoção de tapetes do domicílio”, refletindo as práticas locais.

A pesquisa prosseguiu com a etapa de pré-teste do instrumento, que foi aplicado a uma amostra de 38 enfermeiros. Na análise dos dados, observou-se uma predominância feminina dos participantes com 86,8% (n=33), enquanto do sexo masculino 13,2% (n=5). A média de idade foi de 34,4 anos (desvio-padrão= 5,75). Quanto a formação acadêmica 34,2% (n=13) possuíam título de mestre, 31,6% (n=12) tinham graduação como formação máxima e 18,4% (n=7) haviam alcançado o doutorado, indicando um perfil altamente qualificado dos participantes.

No que diz respeito às especializações profissionais, 34,2% (n=13) apresentavam pós-graduação na área de cuidados intensivos, 28,9% (n=11) em saúde da família e comunidade, 21,1% (n=8) em urgência e emergência, e 5,3% (n=2) possuíam especialização em enfermagem dermatológica. A experiência profissional mostrou-se consolidada, com 42,1% (n=16) dos enfermeiros apresentando entre 5 e 10 anos de atuação, 31,6% (n=12) com 11 a 15 anos de experiência, e 13,2% (n=5) com menos de 5 anos na profissão.

Quanto ao cenário atual de trabalho, 42% (n=16) atuavam na área hospitalar, destes 10,5% (n=4) em unidades de terapia intensiva, 34% (n=13) em centros de saúde, 18% (n=7) em cargos de gestão pública e 5% (n=2) professores de universidade. A análise da capacitação profissional revelou que 89,5% (n=34) dos participantes já haviam realizado algum curso ou treinamento em tratamento de feridas, sendo que 52,6% (n=20) receberam formação específica sobre lesões por fricção. A autoavaliação do conhecimento e prática em relação às lesões por fricção mostrou que 39,5% (n=15) se consideravam competentes, 36,8% (n=14) se autoclassificaram como iniciantes e 15,8% (n=6) como iniciantes avançados. Notavelmente, 89,5% (n=34) dos enfermeiros participantes manifestaram a necessidade de receber

treinamentos adicionais sobre o tema, indicando uma lacuna formativa relevante nesta área específica do cuidado.

No pré-teste, os participantes avaliaram a clareza e relevância dos itens e do instrumento como um todo. Os itens foram considerados claros e relevantes, com uma concordância entre 84% e 100% dos participantes (Tabela 1). Todos os participantes (100%) concordaram que o instrumento é relevante para medir o conhecimento de enfermeiros sobre lesão por fricção. Além disso, os participantes destacaram: fonte e tamanho da letra adequados; organização clara dos domínios e itens; imagens com boa resolução e fácil visualização; e opções de respostas claras e compreensíveis. Esses resultados reforçam que o instrumento apresenta boa usabilidade e adequação ao contexto clínico, atendendo aos critérios de validade aparente.

Com as sugestões dos enfermeiros do pré-teste, a expressão na Tradução T12 “coesão reduzida” foi inicialmente adaptada após a avaliação dos juízes para “coesão celular”, sendo posteriormente ao pré-teste reformulada para “adesão reduzida”. Esta modificação visou simplificar o termo técnico, tornando-o mais acessível a profissionais com diferentes níveis de formação, sem comprometer o rigor científico do conteúdo.

No item 4, a expressão “medicação” foi substituída por “medicação em uso”, proporcionando maior precisão ao contexto clínico abordado. O item 18 recebeu a adição da especificação “da região afetada” na descrição “Ser flexível e moldar-se aos contornos”, tornando a orientação mais clara e aplicável à prática clínica. O nome do personagem fictício “Sr. Scott” foi substituído por “Sr. João”, alteração que buscou aproximar o instrumento da realidade sociocultural brasileira, facilitando a identificação e engajamento dos profissionais durante a aplicação. As etapas 4 e 5 podem ser visualizadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Síntese das traduções, versão pós-avaliação dos juízes especialistas e versão final do instrumento OASES.

	OASES VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO T12	VERSÃO PÓS-AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	VERSÃO FINAL (após pré-teste, apenas modificações)
Título	<i>Skin tear knowledge assessment instrument (OASES)</i>	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre lesão por fricção (OASES)	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre lesão por fricção (OASES)	Instrumento de avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre lesão por fricção (OASES-B)
Domínio	DOMAIN 1: AETIOLOGY	DOMÍNIO 1: ETIOLOGIA	DOMÍNIO 1: ETIOLOGIA	
Item 1	1. What is a skin tear?	1. O que é uma lesão por fricção?	1. O que é uma lesão por fricção?	
	<i>a. A traumatic wound caused by mechanical forces, including removal of adhesives*</i>	a. Uma ferida traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos.*	a. Uma lesão traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos.*	
	<i>b. traumatic wound caused by chemical/biological irritants.</i>	b. Uma ferida traumática causada por irritantes químicos/biológicos.	b. Uma lesão traumática causada por agentes químicos/biológicos.	
	<i>c. A chronic wound caused by moisture, friction and shear.</i>	c. Uma ferida crônica causada por umidade, fricção e cisalhamento.	c. Uma lesão crônica causada por umidade, fricção e cisalhamento.	
	<i>d. A chronic wound caused by pressure or pressure in combination with shear.</i>	d. Uma ferida crônica causada por pressão ou pela combinação entre pressão e cisalhamento.	d. Uma lesão crônica causada por pressão ou pela combinação entre pressão e cisalhamento.	
Item 2	2. How does the ageing process affect the physiology of the skin?	2. Como o processo de envelhecimento afeta a fisiologia da pele?	2. Como o processo de envelhecimento afeta a fisiologia da pele?	
	<i>a. Increased sweat gland function.</i>	a. Causa o aumento da função das glândulas sudoríparas.	a. Causa o aumento da função das glândulas sudoríparas.	
	<i>b. Increased skin elasticity.</i>	b. Causa o aumento da elasticidade da pele.	b. Causa o aumento da elasticidade da pele.	
	<i>c. Increased amount of subcutaneous fat.</i>	c. Causa o aumento da quantidade de gordura subcutânea.	c. Causa o aumento da quantidade de gordura subcutânea.	
	<i>d. Flattening of the dermo-epidermal junction*</i>	d. Causa o achatamento da junção dermoepidérmica.*	d. Causa o achatamento da junção dermoepidérmica.*	
Item 3	3. Which factor is associated with dry skin in an elderly population?	3. Qual fator está associado à pele seca em uma população idosa?	3. Qual fator está associado à pele seca em uma população idosa?	

	<i>a. Increased activity of sweat glands.</i>	a. O aumento da atividade das glândulas sudoríparas.	a. O aumento da atividade das glândulas sudoríparas.	
	<i>b. Decreased activity of sebaceous glands.*</i>	b. A diminuição da atividade das glândulas sebáceas.*	b. A diminuição da atividade das glândulas sebáceas.*	
	<i>c. Increased collagen synthesis.</i>	c. O aumento da síntese de colágeno.	c. O aumento da síntese de colágeno.	
	<i>d. Decreased production of elastin.</i>	d. A diminuição da produção de elastina.	d. A diminuição da produção de elastina.	
Domínio	DOMAIN 2: CLASSIFICATION AND OBSERVATION	DOMÍNIO 2: CLASSIFICAÇÃO E OBSERVAÇÃO	DOMÍNIO 2: CLASSIFICAÇÃO E OBSERVAÇÃO	
Item 4	4. Which information should be documented when doing the assessment of skin tears?	4. Quais informações devem ser documentadas ao avaliar lesões por fricção?	4. Quais informações devem ser documentadas ao avaliar lesões por fricção?	
	<i>1. Cause, length, width, depth and pain.</i>	1. Causa, comprimento, largura, profundidade e dor.	1. Causa, comprimento, largura, profundidade e dor.	
	<i>2. Type and amount of exudate, integrity of surrounding skin, and medication.</i>	2. Tipo e quantidade de exsudato, integridade da pele circundante e medicação.	2. Tipo e quantidade de exsudato, integridade da pele circundante e medicação.	2. Tipo e quantidade de exsudato, integridade da pele circundante e medicação em uso.
	<i>3. General health status, nutrition, and mental health status.</i>	3. Estado geral de saúde, nutrição e estado de saúde mental.	3. Estado geral de saúde, nutrição e saúde mental.	
	<i>a. 1 & 2</i>	a. 1 e 2	a. 1 e 2	
	<i>b. 2 & 3</i>	b. 2 e 3	b. 2 e 3	
	<i>c. 1 & 3</i>	c. 1 e 3	c. 1 e 3	
	<i>d. 1, 2 & 3*</i>	d. 1, 2 e 3*	d. 1, 2 e 3*	
Item 5	5. Classify this skin tear using the International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) Classification System (2019).	5. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação do Painel Consultivo Internacional de Lesões por fricção (ISTAP) (2019).	5. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação do Painel Consultivo Internacional de Lesões por fricção (ISTAP) (2019).	
	<i>a. Type 1 skin tear – No skin loss</i>	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.	
	<i>b. Type 2 skin tear – Partial flap loss</i>	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.	
	<i>c. Type 3 skin tear – Total flap loss*</i>	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo*	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo*	
	<i>d. Unstageable</i>	d. Não classificável.	d. Não classificável.	
Item 6	6. Which picture is a type 1 skin tear according to the	6. Qual imagem é uma lesão por fricção tipo 1 de acordo com o	6. Qual imagem é uma lesão por fricção tipo 1 de acordo com o	

	ISTAP Classification System (2019)?	Sistema de Classificação ISTAP (2019)?	Sistema de Classificação ISTAP (2019)?	
Item 7	7. Classify this skin tear using the ISTAP Classification System (2019).	7. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação ISTAP (2019).	7. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação ISTAP (2019).	
	<i>a. Type 1 skin tear – No skin loss</i>	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.	
	<i>b. Type 2 skin tear – Partial flap loss*</i>	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.*	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.*	
	<i>c. Type 3 skin tear – Total flap loss</i>	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo.	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo.	
	<i>d. Unstageable</i>	d. Não classificável.	d. Não classificável.	
Domínio	DOMAIN 3: RISK ASSESSMENT	DOMÍNIO 3 - AVALIAÇÃO DE RISCO	DOMÍNIO 3 - AVALIAÇÃO DE RISCO	
Item 8	8. Why are neonates at risk of developing a skin tear?	8. Por que os neonatos correm o risco de desenvolver uma lesão por fricção?	8. Por que os neonatos correm o risco de desenvolver uma lesão por fricção?	
	<i>a. They have a limited blood supply to the extremities.</i>	a. Eles possuem um suprimento sanguíneo limitado para as extremidades.	a. Eles possuem um suprimento sanguíneo limitado para as extremidades.	
	<i>b. They have a decreased cohesion between the epidermis and the dermis. *</i>	b. Eles possuem uma coesão reduzida entre a epiderme e a derme.*	b. Eles possuem uma coesão celular reduzida entre a epiderme e a derme.*	b. Eles possuem uma adesão reduzida entre a epiderme e a derme.*
	<i>c. They have an increased number of anchoring fibrils at the dermo-epidermal junction.</i>	c. Eles possuem um número maior de fibrilas de ancoragem na junção dermoepidérmica.	c. Eles possuem um número maior de fibrilas de ancoragem na junção dermoepidérmica.	
	<i>d. They have an increased number of elastic fibers in the dermis.</i>	d. Eles possuem um número maior de fibras elásticas na derme.	d. Eles possuem um número maior de fibras elásticas na derme.	
Item 9	9. Why is the long-term use of corticosteroids a risk factor for developing a skin tear?	9. Por que o uso prolongado de corticosteroides é um fator de risco para o desenvolvimento de uma lesão por fricção?	9. Por que o uso prolongado de corticosteroides é um fator de risco para o desenvolvimento de uma lesão por fricção?	
	<i>a. They are associated with skin atrophy. *</i>	a. Eles estão associados à atrofia da pele.*	a. Eles estão associados à atrofia da pele.*	
	<i>b. They are associated with an increase in collagen production.</i>	b. Eles estão associados a um aumento da	b. Eles estão associados a um aumento da	

		produção de colágeno.	produção de colágeno.	
	<i>c. They are associated with an increased risk of bleeding.</i>	c. Eles estão associados a um aumento do risco de sangramento.	c. Eles estão associados a um aumento do risco de sangramento.	
	<i>d. They are associated with a reduced immune system.</i>	d. Eles estão associados a um sistema imunológico reduzido.	d. Eles estão associados a um sistema imunológico comprometido.	
Domínio	DOMAIN 4: PREVENTION	DOMÍNIO 4: PREVENÇÃO	DOMÍNIO 4: PREVENÇÃO	
Item 10	10. Which of the following preventive measures is appropriate for a patient in a wheelchair with a skin tear on the lower limb?	10. Qual das seguintes medidas preventivas é apropriada para um paciente em cadeira de rodas com uma lesão por fricção no membro inferior?	10. Qual das seguintes medidas preventivas é apropriada para um paciente em cadeira de rodas com uma lesão por fricção no membro inferior?	
	<i>a. Pad the wheelchair leg supports. *</i>	a. Acolchoar os apoios das pernas da cadeira de rodas.*	a. Acolchoar os apoios das pernas da cadeira de rodas.*	
	<i>b. Clean the skin with a detergent soap.</i>	b. Limpar a pele com sabão detergente.	b. Higienizar a pele com sabonete em barra.	
	<i>c. Rub the skin dry to increase circulation.</i>	c. Esfregar a pele seca para aumentar a circulação.	c. Esfregar a pele seca para aumentar a circulação sanguínea.	
	<i>d. Apply an iodine-based dressing.</i>	d. Aplicar um curativo à base de iodo.	d. Aplicar um curativo à base de iodo.	
Item 11	11. Why are skin moisturisers applied to prevent skin tears?	11. Por que os hidratantes para a pele são aplicados para prevenir as lesões por fricção?	11. Por que os hidratantes para a pele são aplicados para prevenir as lesões por fricção?	
	<i>a. They prevent the skin from cracking and fissuring.</i>	a. Eles previnem que a pele rache e fissure.	a. Eles previnem que a pele rache e fissure.	
	<i>b. They replenish natural skin moisture. *</i>	b. Eles repõem a umidade natural da pele.*	b. Eles repõem a umidade natural da pele.*	
	<i>c. They act as a barrier against microbial invasion and physical injuries.</i>	c. Eles agem como uma barreira contra invasão microbiana e lesões físicas.	c. Eles agem como uma barreira contra invasão microbiana e lesões físicas.	
	<i>d. They accelerate skin cell turnover.</i>	d. Eles aceleram a renovação celular da pele.	d. Eles aceleram a renovação celular da pele.	
Item 12	12. CASE: Mr. Scott, 85 years old, nursing home resident. Medical history: Incontinence, dementia, multiple falls, dependence for activities of daily living (ADLs).	12. CASO: Sr. Scott, 85 anos, residente de uma casa de repouso. Histórico médico: incontinência, demência, múltiplas quedas, dependência para atividades da vida diária (AVDs).	12. CASO: Sr. Scott, 85 anos, residente de uma Instituição de Longa Permanência (ILPI). Histórico médico: incontinência urinária e fecal, demência, múltiplas	12. CASO: Sr. João, 85 anos, residente de uma Instituição de Longa Permanência (ILPI). Histórico médico: incontinência urinária e fecal, demência, múltiplas

	<i>Multiple small skin tears on both legs and senile purpura on both arms are observed. Which of the following interventions should be part of his care plan to prevent occurrence of new skin tears?</i>	Observou-se a presença de lesões por fricção em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços. Qual das seguintes intervenções deve fazer parte do seu plano de cuidados para prevenir a ocorrência de novas lesões por fricção?	quedas, dependência para atividades da vida diária (AVDs). Observou-se a presença de lesões por fricção em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços. Qual das seguintes intervenções deve fazer parte do seu plano de cuidados para prevenir a ocorrência de novas lesões por fricção?	quedas, dependência para atividades da vida diária (AVDs). Observou-se a presença de lesões por fricção em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços. Qual das seguintes intervenções deve fazer parte do seu plano de cuidados para prevenir a ocorrência de novas lesões por fricção?
	<i>a. Encouraging active involvement in ADLs, daily bathing using soap, moisturising the skin.</i>	a. Incentivar o envolvimento ativo nas AVDs, o banho diário com uso de sabão, e a hidratação da pele.	a. Incentivar o envolvimento ativo nas AVDs, o banho diário com uso de sabonete, e a hidratação da pele.	
	<i>b. Ensuring a safe environment (e.g. adequate lighting), daily bathing, non-adherent dressings with silicone coating on skin tears.</i>	b. Proporcionar um ambiente seguro (por exemplo, iluminação adequada), banho diário, e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone nas lesões por fricção.	b. Proporcionar um ambiente seguro (por exemplo, iluminação adequada, remoção de tapetes do domicílio), banho diário, e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone nas lesões por fricção.	
	<i>c. Wearing protective clothing, moisturising the skin, non-adherent dressings with silicone coating on skin tears.*</i>	c. Usar roupas de proteção, hidratar a pele e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone em lesões por fricção.*	c. Usar roupas de proteção (por exemplo: calças e mangas compridas), hidratar a pele e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone em lesões por fricção.*	
	<i>d. Applying padding on furniture (e.g. table edges), daily bathing, hydrocolloid dressings on skin tears.</i>	d. Instalar proteção nos móveis (por exemplo: quinas de mesas), banho diário, e aplicar curativos hidrocoloides nas lesões por fricção.	d. Instalar proteção nos móveis (por exemplo: quinas de mesas), banho diário, e aplicar curativos hidrocoloides nas lesões por fricção.	
Item 13	<i>13. A humectant (e.g. urea) supports skin hydration. Why?</i>	13. Um umectante (por exemplo: ureia) auxilia na hidratação da pele. Por quê?	13. Um umectante (por exemplo: ureia) auxilia na hidratação da pele. Por quê?	
	<i>a. It draws water from the epidermis to the dermis to increase the levels of moisturisation in the</i>	a. Ele atrai a água da epiderme para a derme para aumentar os níveis de	a. Ele atrai a água da epiderme para a derme para aumentar os níveis de	

	<i>dermo-epidermal junction.</i>	hidratação na junção dermoepidérmica.	hidratação na junção dermoepidérmica.	
	<i>b. It draws water from the dermis to the epidermis and compensates for the reduced levels of natural moisturisers in the skin. *</i>	b. Ele atrai a água da derme para a epiderme e compensa os níveis reduzidos de hidratantes naturais na pele.*	b. Ele atrai a água da derme para a epiderme e compensa os níveis reduzidos de hidratantes naturais na pele.*	
	<i>c. It traps moisture into the skin and reduces water loss by evaporation.</i>	c. Ele retém a umidade na pele e reduz a perda de água por evaporação.	c. Ele retém a umidade na pele e reduz a perda de água por evaporação.	
	<i>d. It softens the skin to aid absorption of moisture.</i>	d. Ele amacia a pele para auxiliar na absorção de umidade.	d. Ele amacia a pele para auxiliar na absorção de umidade.	
Item 14	14. What is NOT an effective intervention to prevent skin tears?	O que NÃO é uma intervenção eficaz para prevenir lesões por fricção?	14. O que NÃO é uma intervenção eficaz para prevenir lesões por fricção?	
	<i>a. The use of soap to cleanse the skin. *</i>	a. O uso de sabão para limpar a pele.*	a. O uso de sabonete para limpar a pele.*	
	<i>b. The use of long sleeves and trousers to add a layer of protection to the extremities.</i>	b. O uso de mangas compridas e calças para adicionar uma camada de proteção às extremidades.	b. O uso de mangas compridas e calças para adicionar uma camada de proteção às extremidades.	
	<i>c. The use of padding on bed rails, wheelchair arm/leg supports and other equipment to minimise the risk of potential trauma.</i>	c. O uso de acolchoamento nas grades da cama, nos apoios para braços/pernas da cadeira de rodas e outros equipamentos para minimizar o risco de possível trauma.	c. O uso de acolchoamento nas grades da cama, nos apoios para braços/pernas da cadeira de rodas e outros equipamentos para minimizar o risco de possível trauma.	
	<i>d. The use of pillows and blankets to support dangling arms and legs.</i>	d. O uso de travesseiros e cobertores para apoiar braços e pernas pendentes.	d. O uso de travesseiros e cobertores para apoiar braços e pernas pendentes.	
Item 15	15. What is effective to reduce the risk of developing a skin tear?	O que é eficaz para reduzir o risco de desenvolver uma lesão por fricção?	15. O que é eficaz para reduzir o risco de desenvolver uma lesão por fricção?	
	<i>a. Rub the patient's skin to ensure it is dry after bathing.</i>	a. Esfregar a pele do paciente para garantir que esteja seca após o banho.	a. Esfregar a pele do paciente para garantir que esteja seca após o banho.	
	<i>b. Bath the patient every day and pat the patient's skin dry.</i>	b. Dar banho no paciente todos os dias e secar gentilmente a sua pele com leves batidinhas.	b. Realizar banho diário no paciente e secar suavemente a sua pele com leves toques.	
	<i>c. Bath the patient every day and use soft cloths and towels.</i>	c. Dar banho no paciente todos os	c. Realizar banho diário no paciente e	

		dias e usar panos e toalhas macios.	usar panos e toalhas macios.	
	<i>d. Minimise the frequency of bathing, if possible. *</i>	d. Diminuir a frequência dos banhos, se possível.*	d. Diminuir a frequência dos banhos, se possível.*	
Domínio	DOMAIN 5: TREATMENT	DOMÍNIO 5: TRATAMENTO	DOMÍNIO 5: TRATAMENTO	
Item 16	16. CASE: A nurse removes an intravenous catheter. A skin tear is caused as a result of this action. What do you consider to be appropriate care for this patient?	16. CASO: Uma enfermeira remove um cateter intravenoso. Uma lesão por fricção é causada como resultado dessa ação. O que você considera ser o tratamento apropriado para esse paciente?	16. CASO: Uma enfermeira remove um cateter intravenoso. Uma lesão por fricção é causada como resultado dessa ação. O que você considera ser o tratamento apropriado para esse paciente?	
	<i>a. Control bleeding, cleanse the wound, re-approximate the skin edges with adhesive strips, manage infection/inflammation and exudate, and apply a gauze dressing and re-assess in 24 hours.</i>	a. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar as bordas da pele com tiras adesivas, controlar a infecção/inflamação e o exsudato, aplicar um curativo de gaze e reavaliar em 24 horas.	a. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar as bordas da pele com tiras adesivas, controlar a infecção/inflamação e o exsudato, aplicar um curativo de gaze e reavaliar em 24 horas.	
	<i>b. Control bleeding, cleanse the wound, re-approximate the remaining viable flap using a dampened cotton tip, manage infection/inflammation and exudate, and apply a non-adhesive dressing. *</i>	b. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando uma ponta de algodão umedecida, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo não adesivo.*	b. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando uma ponta de algodão umedecida, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo não adesivo.*	
	<i>c. Control bleeding by applying pressure firmly, cleanse the wound, debride the skin flap, manage infection/inflammation and exudate, and apply a film dressing.</i>	c. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, desbridar o retalho cutâneo, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo de filme.	c. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, desbridar o retalho cutâneo, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo de filme.	c. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, desbridar o retalho cutâneo, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo de filme transparente.
	<i>d. Control bleeding by applying pressure firmly, cleanse the wound, re-approximate the remaining viable flap</i>	d. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável	d. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável	

	<i>using a gloved finger, manage infection/inflammation and exudate, and apply an iodine-based dressing.</i>	remanescente usando um dedo enluvado, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo à base de iodo.	remanescente usando um dedo enluvado, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo à base de iodo.	
Item 17	17. Which of the following products is recommended for use in skin tears?	17. Qual dos seguintes produtos é recomendado para tratamento de lesões por fricção?	17. Qual dos seguintes produtos é recomendado para tratamento de lesões por fricção?	
	<i>a. Hydrocolloid dressings.</i>	a. Curativos hidrocoloides.	a. Curativos hidrocoloides.	
	<i>b. Skin closure strips.</i>	b. Tiras adesivas de fechamento de pele.	b. Tiras adesivas de fechamento de pele.	
	<i>c. Paraffin gauze.</i>	c. Gaze de parafina.	c. Gaze de parafina.	
Item 18	18. The ideal dressing for managing skin tears has to:	18. O curativo ideal para o tratamento de lesões por fricção deve:	18. O curativo ideal para o tratamento de lesões por fricção deve:	
	<i>1. Create a moist wound healing environment.</i>	1. Criar um ambiente úmido para a cicatrização da ferida.	1. Criar um ambiente úmido para a cicatrização da ferida.	
	<i>2. Afford extended wear time.</i>	2. Permitir um tempo de uso prolongado.	2. Permitir um tempo de uso prolongado.	
	<i>3. Be flexible and mould to contours.</i>	3. Ser flexível e moldar-se aos contornos.	3. Ser flexível e moldar-se aos contornos.	3. Ser flexível e moldar-se aos contornos da região afetada.
	<i>a. 1 & 2</i>	a. 1 e 2	a. 1 e 2	
	<i>b. 2 & 3</i>	b. 2 e 3	b. 2 e 3	
	<i>c. 1 & 3</i>	c. 1 e 3	c. 1 e 3	
	<i>d. 1, 2 & 3*</i>	d. 1, 2 e 3*	d. 1, 2 e 3*	
Item 19	19. CASE: Type 2 skin tear (partial flap loss). After cleansing the wound bed, the following observations can be made:	19. CASO: Lesão por fricção tipo 2 (perda parcial do retalho cutâneo). Após a limpeza do leito da ferida, foi possível observar o seguinte:	19. CASO: Lesão por fricção tipo 2 (perda parcial do retalho cutâneo). Após a limpeza do leito da ferida, foi possível observar o seguinte:	
	<i>T : Thin fibrin layer</i>	T: Camada fina de esfacelo.	T: Camada fina de esfacelo.	
	<i>I : No signs of local infection</i>	I: Sem sinais de infecção local.	I: Sem sinais de infecção local.	
	<i>M : Dry wound, no exudate</i>	M: Ferida seca, sem exsudato.	M: Ferida seca, sem exsudato.	
	<i>E : Fragile surrounding skin</i>	E: Pele circundante frágil.	E: Pele circundante frágil.	
	<i>Which treatment do you recommend after cleansing the wound bed?</i>	Qual tratamento você recomendaria após a limpeza do leito da ferida?	Qual tratamento você recomendaria após a limpeza do leito da ferida?	

	<i>a. Apply a non-adherent dressing with silicone coating and cover with a secondary dressing. Replace the dressings every 2-3 days and cleanse the wound thoroughly during dressing changes.</i>	a. Aplicar um curativo não aderente com revestimento de silicone e cobrir com um curativo secundário. Trocar os curativos a cada 2–3 dias e limpar bem a ferida durante as trocas de curativo.	a. Aplicar um curativo não aderente com revestimento de silicone e cobrir com um curativo secundário. Trocar os curativos a cada 2–3 dias e limpar bem a ferida durante as trocas de curativo.	
	<i>b. Apply a silicone mesh dressing and keep in place for 6-7 days. Cover with a secondary dressing. Cleanse the wound daily without removing the silicone mesh dressing and apply a hydrogel. *</i>	b. Aplicar um curativo de malha de silicone e mantê-lo no lugar por 6–7 dias. Cobrir com um curativo secundário. Limpar a ferida diariamente sem remover o curativo de malha de silicone e aplicar um hidrogel.*	b. Aplicar um curativo de malha de silicone e mantê-lo no lugar por 6–7 dias. Cobrir com um curativo secundário. Limpar a ferida diariamente sem remover o curativo de malha de silicone e aplicar um hidrogel.*	
	<i>c. Apply a gauze dressing and use paper tape to secure in place. Replace the dressing every 6-7 days. Cleanse the wound thoroughly during dressing changes and apply a hydrogel.</i>	c. Aplicar um curativo de gaze e fixar com esparadrapo para mantê-lo no lugar. Trocar o curativo a cada 6–7 dias. Limpar a ferida cuidadosamente durante as trocas de curativo e aplicar um hidrogel.	c. Aplicar um curativo de gaze e fixar com esparadrapo para mantê-lo no lugar. Trocar o curativo a cada 6–7 dias. Limpar a ferida cuidadosamente durante as trocas de curativo e aplicar um hidrogel.	
	<i>d. Apply wound strips to approximate the wound edges. Cover with a secondary dressing and replace the secondary dressing every 2-3 days.</i>	d. Aplicar tiras adesivas para aproximar as bordas da ferida. Cobrir com um curativo secundário e trocar o curativo secundário a cada 2–3 dias.	d. Aplicar tiras adesivas para aproximar as bordas da ferida. Cobrir com um curativo secundário e trocar o curativo secundário a cada 2–3 dias.	
Domínio	DOMAIN 6: SPECIFIC PATIENT GROUPS	DOMÍNIO 6: GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES	DOMÍNIO 6: GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES	
Item 20	20. Who has the highest risk of developing a skin tear?	20. Quem tem o maior risco de desenvolver uma lesão por fricção?	20. Quem tem o maior risco de desenvolver uma lesão por fricção?	
	<i>a. Preschool obese children.</i>	a. Crianças obesas em idade pré-escolar.	a. Crianças obesas em idade pré-escolar.	
	<i>b. Female adults.</i>	b. Adultos do sexo feminino.	b. Adultos do sexo feminino.	
	<i>c. Premature newborns and elderly. *</i>	c. Recém-nascidos prematuros e idosos.*	c. Recém-nascidos prematuros e idosos.*	

	<i>d. Age is not associated with risk of skin tears.</i>	d. A idade não está associada ao risco de lesão por fricção.	d. A idade não está associada ao risco de lesão por fricção.	
Orientações	<i>* indicates the correct answer.</i>	* Indica a resposta correta.	* Indica a resposta correta.	
	<i>The response alternative “e. I do not know the answer.” should be added to every item.</i>	A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.	A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.	

Fonte: Produção do próprio autor (2025).

DISCUSSÕES

O instrumento *Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES) foi adaptado para o contexto brasileiro demonstrando excelente validade de conteúdo. Trata-se de uma ferramenta composta por 20 questões de múltipla escolha agrupadas em seis domínios, que abrangem os aspectos considerados mais relevantes para a avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre lesões por fricção. Destaca-se que esta constitui a primeira adaptação validada transculturalmente no Brasil para avaliação do conhecimento profissional sobre esta finalidade.

O processo de adaptação transcultural (ATC) da versão brasileira do Instrumento de Avaliação do Conhecimento de Enfermeiros sobre Lesão por Fricção (OASES-B) seguiu metodologia rigorosa, baseada nas recomendações internacionais. A versão chinesa e turca do instrumento OASES utilizaram, respectivamente, o modelo de *Brislin* e as diretrizes do *International Test Commission* (ITC) (Luo *et al.*, 2023; Kaçmaz *et al.*, 2024; Lee *et al.*, 2001; International Test Commission, 2017). Optou-se por utilizar nesta pesquisa o referencial teórico metodológico de Beaton *et al.* 2000, por ser amplamente reconhecido e utilizado em pesquisas dessa natureza (Feng *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024). Revisões sistemáticas sobre tradução e adaptação transcultural de instrumentos confirmam que essa metodologia é a mais empregada na área da saúde (Silva *et al.*, 2021; Shafiee *et al.*, 2022). A adoção de um referencial teórico e metodológico para a ATC é imprescindível para garantir que a tradução linguística e a adaptação cultural de um instrumento, destinado a um contexto diferente daquele em que ele foi desenvolvido, mantenha equivalência com o propósito do original (Beaton *et al.*, 2000; Beaton *et al.*, 2007; Fortes; Araujo, 2019).

Nas etapas iniciais, as divergências entre as traduções do especialista e do leigo destacaram a complexidade da terminologia médica. O tradutor leigo enfrentou dificuldades devido à falta de familiaridade com termos técnicos. Este tradutor oferece uma tradução que reflete o uso da linguagem cotidiana que, muitas vezes, destaca significados ambíguos do

instrumento original (Beaton *et al.*, 2007). Essa situação reforça a importância da participação de tradutores com perfis distintos para garantir equilíbrio entre precisão científica e acessibilidade (Lima *et al.*, 2023; Fortes; Araujo, 2019).

A padronização de termos, como a tradução de “*Skin Tear*” para “Lesão por fricção” (já validada no Brasil por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015)) e substituições como “fibrina” por “esfacelo” demonstram a necessidade de adaptações conceituais, não apenas literais. Tais ajustes são essenciais para preservar a validade do instrumento em contextos clínicos (Greco *et al.*, 2024). As adaptações realizadas foram preservadas nas retrotraduções, demonstrando a importância desta etapa para revelar possíveis inconsistências entre as versões linguísticas (Beaton *et al.*, 2000).

Na etapa de avaliação do comitê de juízes especialistas, ressalta-se que foram selecionados perfis de juízes que se adequassem ao que é recomendado pela literatura (Beaton *et al.*, 2000; Fortes; Araujo, 2019). O comitê tem como objetivo analisar todos os relatórios produzidos das etapas anteriores e buscar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre o instrumento traduzido e o original (Beaton *et al.*, 2000). Nesta pesquisa, o comitê foi composto por oito juízes especialistas que apresentavam alta qualificação e asseguraram robustez metodológica.

A validação de conteúdo do OASES para a versão brasileira apresentou um S-IVC do instrumento de 0,97. Analisando individualmente os itens, os valores do IVC variaram entre 0,80 e 1,00, indicando que todos os componentes do instrumento atenderam ou superaram o limiar de excelência estabelecido na literatura (≥ 0.80) (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017; Coluci; Alexandre; Milani, 2015). Esses achados apresentam congruência com os resultados das versões original, chinesas e turca do OASES (Van Tiggelen *et al.*, 2020; Feng *et al.*, 2023; Luo *et al.*, 2023; Kaçmaz *et al.*, 2024).

O comitê de especialistas desempenhou um papel crucial no aprimoramento do instrumento, sugerindo melhorias que aumentaram sua precisão e utilidade clínica. Ainda, o item 2 com IVC 0,80 (semântica) e 0,90 (conceitual) revelou que termos como “junção dermoepidérmica” podem exigir treinamento adicional para profissionais menos especializados. Esses dados sugerem que, mesmo com validação rigorosa, a efetividade do instrumento depende de educação continuada, alinhando-se a achados de Gjersing, Caplehorn e Clausen (2010) sobre a necessidade de suporte teórico pós-adaptação.

Na quinta etapa da ATC, o pré-teste foi realizado com 38 enfermeiros, seguindo as recomendações sugeridas na literatura de 30 a 40 participantes (Coluci; Alexandre; Milani, 2015; Beaton *et al.*, 2000). Os resultados demonstraram qualidades essenciais do instrumento

adaptado: clareza linguística, evidenciando que todos os itens foram compreendidos; adequação conceitual, os construtos avaliados mantiveram sua precisão teórica; e relevância prática, confirmando a aplicabilidade do instrumento no contexto clínico brasileiro. Esse resultado se assemelha com as pesquisas das versões chinesas e turca do mesmo instrumento (Feng *et al.*, 2023; Luo *et al.*, 2023; Kaçmaz *et al.*, 2024).

As modificações pós-avaliação refletem a importância da adaptação cultural (Greco *et al.*, 2024). A substituição de “Sr. Scott” por “Sr. João” segue recomendações sobre a necessidade de contextualização sociocultural em instrumentos traduzidos (Lima *et al.*, 2023; Fortes; Araujo, 2019). Paralelamente, ajustes terminológicos, como a reformulação de “coesão reduzida” para “adesão reduzida” foram necessários para garantir precisão conceitual e clareza semântica. Isso reforça a importância do pré-teste com o público-alvo, para identificar e corrigir possíveis limitações na compreensão dos itens, otimizar a adequação cultural do instrumento, garantir a obtenção de dados confiáveis e clinicamente relevantes e facilitar sua adoção na prática clínica (Campos *et al.*, 2024; Greco *et al.*, 2024).

A predominância de enfermeiros com pós-graduação (65,8%) e experiência consolidada (>5 anos em 73,7%) reforça a confiabilidade das respostas, mas a heterogeneidade de especializações (ex.: intensivos, saúde da família) ressalta a importância de linguagem acessível para diferentes contextos profissionais. Nesta etapa também se evidenciou lacunas formativas: 89,5% dos participantes demandaram treinamento em lesões por fricção. Assim como na versão turca, observou-se que alguns enfermeiros tiveram dificuldade em entender algumas terminologias no instrumento (Kaçmaz *et al.*, 2024). O que nos indica que a implementação do OASES no Brasil deve vir acompanhada de programas educativos.

Estes resultados demonstram que, embora a maioria dos enfermeiros participantes possua experiência no tratamento de feridas e formação acadêmica avançada, persiste uma demanda considerável por capacitação especializada em lesões por fricção. Esta constatação reforça a importância da adaptação e validação do instrumento em questão, que se mostra como uma ferramenta potencialmente valiosa para a melhoria da prática clínica nesta área específica do cuidado em enfermagem.

Como limitações do estudo destaca-se que a retenção de termos técnicos como “junção dermoepidérmica” sugere a necessidade de glossários ou notas explicativas no instrumento. A área de conhecimento relacionada às lesões por fricção está em constante evolução, com novas diretrizes e recomendações sendo publicadas. Embora este estudo tenha se baseado nas melhores evidências disponíveis no momento da coleta de dados, futuras atualizações podem impactar a aplicabilidade dos resultados.

Apesar dessas limitações, os resultados deste estudo contribuem para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que o instrumento adaptado reflete as particularidades culturais e clínicas do Brasil, facilitando a identificação de lacunas no conhecimento para direcionar estratégias educacionais específicas para a realidade brasileira. Salienta-se a importância da validação psicométrica do instrumento para avaliar a aplicabilidade prática no cenário brasileiro.

CONCLUSÃO

Este estudo reforçou a importância do seguimento criterioso de cada etapa do processo de adaptação transcultural de instrumentos. As alterações realizadas, como ajustes linguísticos e culturais, foram conduzidas com extremo cuidado metodológico visando preservar as propriedades psicométricas originais do instrumento enquanto o tornavam mais adequado ao público-alvo brasileiro. O sucesso deste processo é fundamental para garantir que os instrumentos adaptados mantenham sua validade científica enquanto se tornam culturalmente relevantes. A versão brasileira do instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*”, foi considerada transculturalmente adaptada, apresentando excelente validade de conteúdo e aparente.

REFERÊNCIAS

1. BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. Acesso em: 20 fev. 2025.
2. BEATON, D. E. *et al.* **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures**. Toronto: Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: https://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf. Acesso em: 20 fev. 2025.
3. BEECKMAN, D. *et al.* Best practice recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity. **Wounds International**, 2020. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com>. Acesso em: 10 abr. 2025.
4. CAMPOS, D. G. *et al.* Cultural adaptation and evaluation of the measurement properties of the Facilitator Competency Rubric for clinical simulation facilitators. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 32, p. e4257, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7214.4257>. Acesso em: 11 abr. 2025.

5. COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>. Acesso em: 11 abr. 2025.
6. FENG, L. *et al.* The Chinese version of the skin tear knowledge assessment instrument (OASES): Cultural adaptation and validation. **Journal of Tissue Viability**, v. 32, n. 1, p. 107-113, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.12.004>. Acesso em: 27 nov. 2024.
7. FORTES, C. P. D. D.; ARAÚJO, A. P. DE Q. C. Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 202-209, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020134>. Acesso em: 11 nov. 2024.
8. GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R.; CLAUSEN, T. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa: idioma, cenário, tempo e considerações estatísticas. **BMC Medical Research Methodology**, Londres, v. 10, n. 13, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>. Acesso em: 11 abr. 2025.
9. GRECO, P. B. T. *et al.* Translation and cross-cultural adaptation of Resilience at Work Scale into Brazilian Portuguese. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 33, p. e20230220, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0220pt>. Acesso em: 11 abr. 2025.
10. HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
11. HU, R. *et al.* The skin tears knowledge among geriatric ward nurses and associated factors: A cross-sectional study. **Journal of Tissue Viability**, v. 33, n. 4, p. 1012-1016, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2024.07.015>. Acesso em: 10 abr. 2025.
12. INTERNATIONAL SKIN TEAR ADVISORY PANEL (ISTAP). Working towards a world without skin tears. 2025. Disponível em: <https://www.skintears.org/about>. Acesso em: 26 jan. 2025.
13. INTERNATIONAL TEST COMMISSION. **The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests**. 2. ed., 2017. Disponível em: <https://www.intestcom.org/>. Acesso em: 27 nov. 2023.
14. JIANG, Q. *et al.* Knowledge status of skin tear prevention and its demographic and occupational influencing factors: A National cross-sectional survey among nurses. **Journal of Advanced Nursing**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.16353>. Acesso em: 10 abr. 2025.

15. KAÇMAZ, H. *et al.* The prevalence and factors associated with skin tears in hospitalized older adults: A point prevalence study. **Journal of Tissue Viability**, v. 31, n. 3, p. 387-394, ago. 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965206X22000639>. Acesso em: 10 abr. 2025.
16. KAÇMAZ, H. Y. *et al.* The Turkish version of the Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES): Validity and reliability study. **International Wound Journal**, v. 21, n. 8, p. e70013, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.70013>. Acesso em: 10 abr. 2025.
17. KOTTNER, J. *et al.* Skin health and integrity. **Innovations and Emerging Technologies in Wound Care**. Elsevier Academic Press, 2020. p. 183-196. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815028-3.00011-0>. Acesso em: 10 abr. 2025.
18. LEBLANC, K. *et al.* Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 45, n. 6, p. 540-542, 2018. Disponível em: <https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/552-bpr-prevention-and-management-of-skin-tears/file>. Acesso em: 11 abr. 2025.
19. LEBLANC, K. *et al.* Skin tear prevalence and incidence in the long-term care population: a prospective study. **Journal of Wound Care**, v. 29, n. Sup7, p. S16-S22, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup7.S16>. Acesso em: 11 abr. 2025.
20. LEBLANC, K. *et al.* Risk Factors Associated with Skin Tear Development in the Canadian Long-term Care Population. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 34, n. 2, p. 87-95, 1 fev. 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/aswcjournal/Abstract/2021/02000/Risk_Factors_Associated_With_Skin_Tear_Development.5.aspx. Acesso em: 10 abr. 2025.
21. LEBLANC, K. Painel Consultivo Internacional Skin Tear: 10 Anos em Construção. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 32, n. 12, p. 536-537, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000604188.00448.65>. Acesso em: 11 abr. 2025.
22. LEE, J. W. *et al.* An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. **Nursing Research**, v. 50, n. 5, p. 300-304, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00008>. Acesso em: 11 abr. 2025.
23. LEVINE, J. M. Clinical aspects of aging skin: considerations for the wound care practitioner. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 33, n. 1, p. 12-19, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000613532.25408.8b>. Acesso em: 10 abr. 2025.

24. LIMA, G. A. *et al.* Tradução e adaptação transcultural da Parental Perception on Antibiotics Scale: versão brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE03292, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03292>. Acesso em: 11 abr. 2025.
25. LUO, B. *et al.* Translation and validation: standard Chinese version of the skin tear knowledge assessment instrument (OASES). **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, v. 10, n. 3, p. 100183, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100183>. Acesso em: 27 nov. 2024.
26. MANDREKAR, J. N. Measures of interrater agreement. **Journal of Thoracic Oncology**, v. 6, n. 1, p. 6-7, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JTO.0b013e318200f983>. Acesso em: 11 nov. 2024.
27. NOKANENG, E. *et al.* Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. **Wounds International**, 2025. Disponível em: www.woundsinternational.com. Acesso em: 13 jul. 2025.
28. SHAFIE, E. *et al.* Psychometric Properties and Cross-Cultural Adaptation of the Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE); A Systematic Review and Meta-Analysis. **Disability and Rehabilitation**, [S. l.], v. 44, n. 19, p. 5402-5417, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1938248>. Acesso em: 11 abr. 2025.
29. SILVA, C. V. B. D.; BEECKMAN, D.; SANTOS, V. L. C. G. Nurses' knowledge of skin tears: A cross-sectional survey study across four hospitals in São Paulo, Brazil. **Journal of Tissue Viability**, v. 34, n. 2, p. 100874, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2025.100874>. Acesso em: 11 abr. 2025.
30. SILVA, R. C. P. C. *et al.* Cross-Cultural Adaptation of Body Image Assessment Instruments for University Students: A Systematic Review. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00177-w>. Acesso em: 11 abr. 2025.
31. SILVA, T. L. *et al.* I-DECIDED®-Brasil: adaptação transcultural da ferramenta de avaliação e tomada de decisão para cateter intravenoso periférico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 33, p. e20230279, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0279pt>. Acesso em: 11 abr. 2025.
32. SOUZA, A. C. de; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. de B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. Disponível em: <http://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>. Acesso em: 27 nov. 2024.

33. STRAZZIERI-PULIDO, K. C.; SANTOS, V. L. C. DE G.; CARVILLE, K. Cultural adaptation, content validity and inter-rater reliability of the "STAR Skin Tear Classification System". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 155-161, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0096.2534>. Acesso em: 11 abr. 2025.
34. VAN TIGGELEN, H. *et al.* Development and psychometric property testing of a skin tear knowledge assessment instrument (OASES) in 37 countries. **Journal of Advanced Nursing**, v. 77, p. 1609-1623, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.14713>. Acesso em: 27 nov. 2024.
35. WANG, G. *et al.* Assessing Skin Tear Knowledge Among Nurses: A Multicentre Cross-Sectional Survey. **Journal of Clinical Nursing**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.17463>. Acesso em: 10 abr. 2025.
36. XU, J. *et al.* Prevalence and influencing factors of skin tears in older adults: A systematic review and meta-analysis. **Geriatric Nursing**, v. 61, p. 491-498, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.12.024>. Acesso em: 10 abr. 2025.

6.2 MANUSCRITO 3: VALIDAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DO *SKIN TEAR KNOWLEDGE ASSESSMENT INSTRUMENT* (OASES-B)

Jéssica Costa Maia

Kátia Cilene Godinho Bertoncello

RESUMO

Objetivo: Verificar as propriedades psicométricas do Instrumento de Avaliação do Conhecimento de Enfermeiros sobre Lesão por Fricção (OASES-B) traduzido transculturalmente para o português brasileiro. **Método:** Estudo metodológico, de corte transversal conduzido com enfermeiros no Brasil entre abril de 2025 e junho de 2025 para testar as propriedades psicométricas do OASES-B. O instrumento consiste em 20 itens agrupados em seis domínios. A validade do teste de múltipla escolha foi analisada pela dificuldade do item (valor p), índice de discriminação (valor D) e qualidade das alternativas de respostas (valor-a) e para a validade do construto utilizou-se a técnica de grupos conhecidos. A confiabilidade do instrumento foi avaliada pelo Kuder-Richardson (KR-20) e a estabilidade, com o reteste de 14 dias após o primeiro teste, com o coeficiente de correlação intraclasse (ICC) e Spearman. **Resultados:** Na validação psicométrica, 214 participantes responderam ao instrumento, na análise de itens o valor médio de p foi de 0,57 (0,17 - 0,96), o valor D= 0,38 (0,10 - 0,66) e o valor-a= 0,20 (0,01 a 0,97). A técnica de grupos conhecidos demonstrou validade de construto com significância estatística entre grupos predefinidos com pontuações de conhecimento teoricamente esperadas mais altas e teoricamente esperadas mais baixas entre grupos predefinidos ($p < 0,001$). A consistência interna KR-20 foi de 0,63. Para a confiabilidade teste-reteste ($n=46$), o ICC médio foi de 0,81 (0,69-0,89) e o Spearman de 0,82. **Conclusão:** A versão brasileira do OASES é um instrumento de medida válido e confiável para avaliar os níveis de conhecimento de enfermeiros sobre lesões por fricção com propriedades psicométricas aceitáveis. Pode ser aplicado na educação, prática e pesquisa de enfermagem para avaliar o conhecimento de enfermeiros de língua portuguesa sobre lesões por fricção.

Palavras-chave: Lesão por fricção; Conhecimento do Enfermeiro; Instrumentos de medida; Validade; Confiabilidade.

INTRODUÇÃO

A população global está passando por um notável processo de envelhecimento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que em 2050 terá um aumento de 22% na proporção de indivíduos com 60 anos ou mais. Esse fenômeno está estritamente associado ao crescimento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão, obesidade, insuficiência vascular e diabetes. Além do processo natural do envelhecimento, essas condições crônicas comprometem a estrutura e a função da pele, o que aumenta sua fragilidade e a torna mais suscetível a lesões por traumas mecânicos (United Nations, 2023; World Health Organization, 2024; Liang; Su; Wang, 2023).

A pele frágil e vulnerável, especialmente em pacientes idosos e neonatos, tem menor resistência a forças mecânicas. Quando ocorre um atrito, como fricção e cisalhamento, uma remoção inadequada de curativos adesivos ou o manuseio inadequado do paciente, as camadas superficiais da pele se separam e uma lesão por fricção é estabelecida (Leblanc *et al.*, 2018; Nokaneng *et al.* 2025).

Estudos epidemiológicos indicam uma elevada prevalência de lesões por fricção, chegando em até 22% em instituições de longa permanência e 2,2% em hospitais (Xu *et al.*, 2025). Entretanto, as lesões por fricção representam um problema clínico subnotificado, que frequentemente são erroneamente classificadas como lesões por pressão, resultando em abordagens terapêuticas inadequadas. A identificação e tratamento correto dessas lesões são fundamentais para reduzir complicações, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e otimizar o uso de recursos nos sistemas de saúde (Kacmaz *et al.*, 2024; Yang *et al.*, 2024). Assim, para contribuir com a conscientização sobre as lesões por fricção, o painel Consultivo Internacional para Lesões por Fricção (*International Skin Tear Advisory Panel – ISTAP*) desenvolve iniciativas, eventos e disponibiliza ferramentas e diretrizes baseadas em evidências para educar profissionais de saúde na avaliação, prevenção e tratamento dessas lesões (ISTAP, 2025; Leblanc *et al.*, 2018; Nokaneng *et al.* 2025).

Nesse contexto, o papel dos enfermeiros se revela essencial. Com conhecimento técnico e científico, os enfermeiros podem identificar pacientes em risco e adotar estratégias preventivas, como hidratação da pele, uso de roupas protetoras e técnicas seguras de manuseio e transferências. No tratamento, sua especialização pode assegurar a correta classificação (por meio de sistemas padronizados), a utilização adequada de curativos especializados e o monitoramento da cicatrização, reduzindo complicações como infecções e dor (Cilluffo *et al.*, 2023). Estudos demonstram que a intervenção qualificada de enfermeiros pode não apenas

diminuir a incidência de lesões por fricção, mas também acelerar o processo de cicatrização, ressaltando a importância desses profissionais na assistência ao paciente (Beeckman *et al.*, 2020; Jiang *et al.*, 2024; Leblanc *et al.*, 2018).

No entanto, pesquisas têm revelado uma deficiência no conhecimento dos enfermeiros acerca das lesões por fricção (Jiang *et al.*, 2024; Hu *et al.*, 2024; Wang *et al.*, 2024). Nesse sentido, Van Tiggelen *et al.* (2020) desenvolveram um instrumento para avaliar o conhecimento de enfermeiros sobre lesão por fricção (*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES)), considerando que ao avaliar o conhecimento, é possível identificar lacunas em sua formação e com base nesse diagnóstico desenvolver programas de educação e treinamento a esses profissionais, melhorando, assim, a qualidade do atendimento prestado.

Dessa forma, o *Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES) foi adaptado transculturalmente para o contexto brasileiro. A partir disso, esta pesquisa respondeu a seguinte pergunta: a adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do “Instrumento de Avaliação do Conhecimento de enfermeiros sobre Lesões por Fricção (OASES-B)” é adequada, em termos de validade para a avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de pessoas com lesões por fricção?

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar psicometricamente a confiabilidade e validade da versão brasileira do “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument* (OASES)”.

MÉTODO

Estudo metodológico, de corte transversal, realizado no Brasil no período de abril a junho de 2025, visando avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento OASES-B. Para assegurar uma avaliação rigorosa e sistemática das propriedades psicométricas, seguimos as diretrizes do “*Consensus-based standards for the selection of health measurement instruments* (COSMIN)” (Mokkink *et al.*, 2010; Mokkink *et al.*, 2019).

População e amostra

A população-alvo compreendeu enfermeiros atuantes em setores públicos e privados do Brasil. Os critérios de inclusão foram: ser brasileiro e estar trabalhando no Brasil; ser enfermeiro e estar atuando diretamente na assistência ao paciente; ter no mínimo um ano de experiência profissional na área. Foram excluídos enfermeiros em cargos administrativos ou gerenciais; profissionais afastados de suas funções no momento da coleta de dados; e estudantes ou estagiários de enfermagem.

O tamanho da amostra foi calculado com base na regra prática de pelo menos 10 participantes por item, como o instrumento OASES-B contém 20 itens, um tamanho mínimo de 200 participantes foi esperado para esta pesquisa (Polit; Beck, 2008). Os participantes foram selecionados de maneira não probabilística, utilizando a técnica de amostragem em bola de neve por meio de redes sociais (WhatsApp, Instagram, Facebook, LinkedIn) e organizações de saúde. A amostra foi composta por 232 enfermeiros, destes 18 participantes foram excluídos por não cumprirem os critérios da pesquisa, totalizando uma amostra final de 214 participantes.

Instrumento e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de um formulário online na plataforma Google Forms. O formulário incluía três seções: (1) orientações sobre a pesquisa e consentimento; (2) coleta de informações sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, experiência profissional, unidades de atuação e informações sobre capacitação ou treinamento em lesões) e; (3) o instrumento OASES-B.

O instrumento OASES-B contém seis domínios que avaliam Etiologia (itens 1 a 3), Classificação e Observação (itens 4 a 7), Avaliação de Risco (itens 8 a 9), Prevenção (itens 10 a 15), Tratamento (itens 16 a 19) e Grupos Especiais de Pacientes (item 20). Cada item é composto por quatro alternativas de respostas, sendo adicionado a todos os itens a alternativa de “e. Não sei a resposta.”, apenas uma das cinco opções é considerada correta. As respostas corretas são pontuadas como 1, e respostas incorretas pontuadas como 0. O escore total do instrumento vai de 0 a 20 pontos. O *link* foi divulgado garantindo a confidencialidade dos participantes, e um reteste não informado previamente foi conduzido duas semanas (14 dias) após o primeiro envio para avaliar a estabilidade do instrumento.

Análise dos dados

Os dados foram organizados no Microsoft Excel versão 2019 e após tabulados no software estatístico R (*R Core Team* 2023). O perfil sociodemográfico foi analisado pela estatística descritiva, dados contínuos foram expressos como média e desvio-padrão e dados categóricos com frequência relativa e absoluta.

A validade dos itens de múltipla escolha foi analisada por meio da dificuldade dos itens (valor p), o índice de discriminação (valor D) e a qualidade das alternativas de respostas (valor a). A dificuldade do item (valor p) refere-se à proporção de participantes que responderam corretamente ao item, os valores variam entre 0,10 – 0,90, valor p acima de 0,90 foram considerados muito fáceis e itens com valor p abaixo de 0,10 foram considerados muito difíceis

(Manderlier *et al.*, 2017; Sabbe *et al.*, 2007). O índice discriminante (valor D) demonstra a diferença de média alcançada pelos escores dos participantes com maior e menor desempenho. Os participantes foram divididos em dois grupos extremos: 27% dos respondentes com maior desempenho e 27% dos respondentes com menor desempenho. Um valor D menor que 0,10 foi considerado baixo, entre 0,10 e 0,20 como aceitável, entre 0,20 e 0,30 como moderado e acima de 0,30 como excelente (Mcalpine, 2002; Sabbe *et al.*, 2007; Manderlier *et al.*, 2017). A qualidade das alternativas de resposta (valor-a) foi calculada através da proporção de respostas em cada alternativa (letra a, b, c, d, e). Para cada item de múltipla escolha com cinco alternativas (uma correta e quatro incorretas), foi calculado o valor-a, definido como a proporção de respostas em cada alternativa incorreta em relação ao total de respostas para aquele item. Espera-se que o valor de *a* seja menor que o índice de acerto (P) do item, sendo o valor ideal desse índice aproximadamente 0,10 para cada alternativa (Sabbe *et al.*, 2007).

Para medir a validade do construto foi verificada a técnica de grupos conhecidos, no intuito de verificar o impacto dos diferentes níveis de conhecimento nos escores obtidos no instrumento. Os participantes foram classificados em grupo A (maiores níveis de especialização profissional) e grupo B (menores níveis de especialização profissional) dentro de seis categorias de comparação (Quadro 1). As médias dos escores por grupo foram comparadas por meio do teste T de *student*. A hipótese nula de que não há diferença entre as pontuações dos itens dos grupos inferior e superior é testada (Polit; Beck, 2008).

Quadro 1 – Grupos pré-definidos com base no nível de conhecimento teoricamente esperado – técnica de grupos.

GRUPO A	GRUPO B
Mestrado e doutorado	Graduação
Enfermeiros com pós-graduação em enfermagem estomatoterapia ou dermatológica	Enfermeiros sem pós-graduação em enfermagem estomatoterapia ou dermatológica
>10 anos de experiência profissional	<10 anos de experiência profissional
Enfermeiros competentes e especialistas no conhecimento prático de lesões por fricção	Enfermeiros iniciantes e iniciantes avançados no conhecimento prático de lesões por fricção
Treinamento obtido em tratamento de feridas	Sem treinamento no tratamento de feridas
Treinamento obtido em lesão por fricção	Sem treinamento em lesão por fricção

Fonte: Produção do próprio autor (2025).

A confiabilidade do instrumento foi avaliada pelo Coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) para consistência interna entre os itens, sendo considerado aceitável um valor entre 0,50 e 0,70, e desejável >0,70 (Sadeghi *et al.*, 2025; Del Ponte *et al.*, 2022). A estabilidade foi examinada pelo teste-reteste com um intervalo de 14 dias, os participantes não foram avisados previamente sobre o reteste. A análise foi conduzida a partir do cálculo dos escores individuais

da aplicação do teste nos dois momentos distintos, e posteriormente estimou-se a correlação separadamente para cada domínio do instrumento, através do Coeficiente de Correlação Intraclass (ICC) e o método não paramétrico de *Spearman* como análise complementar. A estabilidade da confiabilidade do instrumento foi considerada aceitável com valores $\geq 0,70$ (Polit; Beck, 2008; Koo; Li, 2016; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017; Miot, 2018).

Aspectos éticos

Este estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Universidade Federal de Santa Catarina via Plataforma Brasil, sob parecer nº 6.851.727 e CAAE: 78535124.2.0000.0121.

RESULTADOS

Características dos participantes

Um total de 232 participantes responderam a pesquisa, dos quais 214 estavam dentro dos critérios de inclusão. A maioria dos participantes, cerca de 89,7%, era do sexo feminino. O estado de moradia 60,2% de Santa Catarina (SC), seguido de 9,8% de São Paulo (SP). A média de idade foi de 39 anos, com 32,2% entre 11 e 20 anos de experiência profissional. A grande maioria encontra-se empregado em instituições públicas (82,2%). A unidade atual de trabalho mais frequente foi em área hospitalar (42%), 10,7% atuavam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), 7,4% em Unidades Médicas e 7% em Urgência e Emergência. Cerca de 36% dos participantes atuavam na Atenção Primária em Saúde, principalmente em Centros de Saúde. Dentre os entrevistados, 48,6% possuem escolaridade a nível de especialização, 22% com pós-graduação em estomatologia e 4,6% em dermatologia, 88,3% possuem curso ou treinamento no tratamento de feridas, 40,6% se consideram competentes em habilidades práticas no tratamento de lesões por fricção, e 83,1% dos entrevistados consideram que precisam de treinamento sobre lesões por fricção. As estatísticas descritivas do formulário podem ser visualizadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Estatística descritiva dos dados obtidos nos testes de conhecimento do instrumento OASES-B. Foram estimadas as frequências absolutas e relativas (%) das variáveis qualitativas.

Características respondentes	Descritivas	Frequência	
		Absoluta n	Relativa %
Sexo	Feminino	192	89,7
	Masculino	22	10,2
Estado	Bahia	1	0,4
	Ceará	3	1,4
	Distrito Federal	6	2,8
	Espírito Santo	2	0,9
	Mato Grosso do Sul	4	1,8
	Minas Gerais	13	6
	Pará	2	0,9
	Paraíba	1	0,4
	Paraná	19	8,8
	Pernambuco	3	1,4
	Rio de Janeiro	3	1,4
	Rio Grande do Norte	1	0,4
	Rio Grande do Sul	6	2,8
	Santa Catarina	129	60,2
	São Paulo	21	9,8
Escolaridade	Doutorado	12	5,6
	Mestrado	60	28
	Especialização	104	48,6
	Residência	18	8,4
	Graduação	20	9,3
Pós-graduação	Dermatológica	10	4,6
	Estomaterapia	49	22
Tempo de experiência profissional	1-5 anos	46	21,5
	6-10 anos	50	23,3
	11-20 anos	69	32,2
	>20 anos	49	22,9
Instituição de trabalho	Pública	176	82,2
	Privada	38	17,7
Unidade atual de trabalho	Atenção Primária em Saúde	79	36
	Hospital	90	42
	Unidade de tratamento de feridas/estomias	29	13,5
	Consultório particular	7	3,2
	Outros	9	4,2
Já realizou curso de capacitação ou treinamento em tratamento de feridas?	Sim	189	88,3
	Não	25	11,6
Já participou de treinamento sobre lesões por fricção?	Sim	88	41,1
	Não	126	58,8
Como você considera seu conhecimento prático sobre lesões por fricção?	Especialista	20	9,3
	Competente	87	40,6
	Iniciante avançado	63	29,4
	Iniciante	44	20,5
Precisa de treinamento sobre lesões por fricções?	Sim	178	83,1
	Não	36	16,8

Fonte: Produção do próprio autor (2025).

Validade dos itens do teste de múltipla escolha

Foi calculado o índice de dificuldade (valor p) para os 20 itens e os valores estimados variaram de 0,17 (Item 15) a 0,96 (Item 10), com média de 0,57 (Tabela 3). Já o índice de discriminação (valor D) apresentou um intervalo de 0,10 a 0,66, com valor médio de 0,38. Nenhum item apresentou índice de discriminação negativo, sendo que 13 itens foram considerados como excelente ($>0,30$), seis itens como moderado (0,20 - 0,30), apenas um item como aceitável (0,10 - 0,20), nenhum item foi abaixo de 0,10 sujeito a ser descartado. O índice de qualidade das alternativas de respostas (valor- a) teve um intervalo de 0,01 a 0,97, com valor médio de 0,20. Nos itens 9, 11, 12, 13, 15 e 19, o valor de a foi maior que o valor P .

Tabela 3 – Representação dos índices de proporção de respondentes em cada alternativa de resposta (valor- a), de dificuldade (valor p), e discriminação (valor D) estimados para investigação de validade dos itens. Números com asteriscos indicam a alternativa com resposta correta (P).

Índices para validade do instrumento								
Proporção de respondentes em cada opção de resposta (valor- a)								
Domínios	Itens	A	B	C	D	Não sei	p	D
Etiologia	1	0,69*	0,01	0,11	0,19	0	0,69	0,50
	2	0,01	0,05	0,01	0,86*	0,06	0,86	0,26
	3	0,00	0,48*	0,01	0,45	0,06	0,47	0,54
Classificação e observação	4	0,11	0,01	0,06	0,80*	0,01	0,80	0,26
	5	0,07	0,31	0,55*	0	0,07	0,55	0,22
	6	0,03	0,14	0,76*	0,03	0,04	0,75	0,31
	7	0,06	0,76*	0,11	0,04	0,03	0,75	0,40
Avaliação de risco	8	0,07	0,54*	0,07	0,02	0,31	0,53	0,47
	9	0,29*	0,01	0,07	0,54	0,09	0,29	0,47
Prevenção	10	0,97*	0	0,01	0	0,02	0,96	0,10
	11	0,52	0,36*	0,09	0,01	0,01	0,36	0,28
	12	0,05	0,50	0,33*	0,07	0,06	0,32	0,66
	13	0,27	0,22*	0,26	0,07	0,18	0,22	0,22
	14	0,70*	0,17	0,01	0,07	0,05	0,70	0,43
	15	0,02	0,58	0,17	0,18*	0,05	0,17	0,31
Tratamento	16	0,12	0,60*	0,13	0,05	0,11	0,57	0,57
	17	0,14	0,04	0,07	0,69*	0,07	0,69	0,57
	18	0,02	0,14	0,2	0,62*	0,02	0,56	0,42
	19	0,54	0,30*	0,01	0,04	0,11	0,31	0,28
Grupos específicos de pacientes	20	0	0,01	0,86*	0,10	0,03	0,85	0,35

Fonte: Produção do próprio autor (2025).

Legenda: (A, B, C, D e Não sei) alternativas de respostas do instrumento, valor- a ; (p) dificuldade do item; (D) índice de discriminação; (*) alternativa de resposta correta.

Validade de construto

A validade de construto do instrumento foi avaliada através da técnica de grupos conhecidos. Os respondentes foram agrupados em dois grupos (Grupo A e Grupo B) de acordo com o nível de conhecimento esperado. Seis categorias classificatórias foram consideradas. Foi possível detectar que os escores mais elevados do grupo A foram estatisticamente significativos dos escores menores do grupo B, quando comparamos os aspectos como presença de pós-graduação enfermagem em Estomaterapia ou Dermatológica, competência e especialidade no conhecimento/prática de lesões por fricção e treinamento obtido em tratamento de feridas (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparações dos escores dos grupos A e B de acordo com diferentes níveis de conhecimento (superior-S e inferior-I). Valores com asteriscos indicam significância estatística $p < 0,05$.

Técnica de grupos conhecidos					
Grupos	n	Média	t	DF	p
Mestrado e doutorado (S)	72	12,02 (3,64)	-1,75	52,4	0,08
Graduação (I)	20	10,90 (2,15)			
Enfermeiros com pós-graduação enfermagem em Estomaterapia ou Dermatológica (S)	59	13,2 (2,53)	-5,97	122,2	0,00*
Enfermeiros sem pós-graduação enfermagem em Estomaterapia ou Dermatológica (I)	156	10,82 (3,06)			
>10 anos de experiência profissional (S)	118	11,6 (3,29)	-0,87	210,5	0,38
≤ 10 anos de experiência profissional (I)	96	11,29 (2,90)			
Enfermeiros competentes e especialistas no conhecimento/prática de lesões por fricção (S)	107	12,11 (3,06)	2,94	212	0,00*
Enfermeiros iniciantes e iniciantes avançados no conhecimento/prática de lesões por fricção (I)	107	10,87 (3,06)			
Treinamento obtido em tratamento de feridas (S)	189	11,71 (3,08)	-3,02	31,2	0,00*
Sem treinamento no tratamento de feridas (I)	25	9,80 (2,97)			
Treinamento obtido em lesão por fricção (S)	88	11,77 (3,25)	-1,07	178,40	0,28
Sem treinamento em lesão por fricção (I)	126	11,30 (3,02)			

Fonte: Produção do próprio autor (2025).

Legenda: (DF) Graus de liberdade; (t) teste t de Student; (p) valor p.

Confiabilidade do instrumento OASES-B

A consistência interna do instrumento foi verificada por meio do coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20). O valor geral obtido de KR-20 foi 0,63, o que indica uma confiabilidade interna considerada aceitável.

Confiabilidade teste-reteste

Neste estudo, 214 enfermeiros foram submetidos ao primeiro teste, e 46 desses enfermeiros responderam ao reteste após 14 dias. O índice de correlação *Sperman* do instrumento foi de 0,82, e variou de 0,30 (domínio Grupo específico de pacientes) a 0,73

(domínio Avaliação de risco). Já o índice de correlação intraclasse (ICC) foi de 0,81, e variou de 0,29 a 0,72. Em todas as comparações entre teste e reteste, os valores de correlação apresentaram significância estatística. Os resultados obtidos podem ser visualizados na Tabela 5.

Tabela 5 – Estatística descritiva (Média e desvio padrão-SD) e os índices de correlação de Spearman (R) e Intraclasse (ICC) calculados por domínios nos dois ciclos de aplicação do questionário OASES-B. Valores com asteriscos indicam significância estatística.

Domínios	Teste		Reteste		Spearman	ICC
	Média	SD	Média	SD		
(1) Etiologia	2,23	0,87	2,36	0,74	0,64*	0,67* (0,48-0,80)
(2) Classificação e observação	3,04	0,89	2,84	1,07	0,64*	0,55* (0,31-0,72)
(3) Avaliação de risco	0,95	0,72	0,97	0,82	0,73*	0,72* (0,55-0,83)
(4) Prevenção	3,02	1,37	3,45	1,22	0,63*	0,61* (0,39-0,76)
(5) Tratamento	2,50	1,11	2,67	1,01	0,50*	0,50* (0,25-0,69)
(6) Grupo específico de pacientes	0,91	0,28	0,95	0,20	0,30*	0,29* (0,01-0,53)
Instrumento geral	12,67	3,21	13,28	3,13	0,82*	0,81* (0,69-0,89)

Fonte: Produção do próprio autor (2025).

DISCUSSÕES

Este estudo teve como objetivo realizar a validação psicométrica da versão brasileira do do Instrumento de Avaliação do Conhecimento de Enfermeiros sobre Lesões por Fricção (OASES-B). Até onde sabemos, este é o primeiro estudo que avalia as propriedades psicométricas de uma versão do OASES aplicável no Brasil. O OASES-B consiste em 20 itens de múltipla escolha agrupados em seis domínios que abrangem os aspectos mais relevantes das lesões por fricção.

Os resultados deste estudo alinham-se a estudos internacionais que validaram versões do OASES em outros países, como Turquia (Kaçmaz *et al.*, 2024) e China (Feng *et al.*, 2023; Luo *et al.*, 2023), reforçando que o OASES-B apresenta propriedades de validade e confiabilidade confiáveis, evidenciando a aplicabilidade aceitável do instrumento para mensurar o nível de conhecimento sobre lesão por fricção entre enfermeiros brasileiros.

A análise dos itens do OASES-B revelou um valor p médio de 0,57, semelhante ao reportado por Luo *et al.* (2023) na versão chinesa ($p = 0,51$), demonstrando ser um teste com dificuldade considerado aceitável (Manderlier *et al.*, 2017; Sabbe *et al.*, 2007). Os itens considerados mais fáceis de responder foram as perguntas 10 (“Qual das seguintes medidas

preventivas é apropriada para um paciente em cadeira de rodas com uma lesão por fricção no membro inferior?”); e 20 (“Quem tem o maior risco de desenvolver uma lesão por fricção?”), corroborando com a familiaridade dos enfermeiros com práticas preventivas básicas, também observadas por Feng *et al.* (2023). Os itens não foram ajustados porque a identificação de medidas preventivas de lesões por fricção é importante para salientar os cuidados adequados. Os itens 9, 11, 12, 13 e 19 foram considerados difíceis, já o item de maior dificuldade na resposta foi a pergunta 15 (“O que é eficaz para reduzir o risco de desenvolver uma lesão por fricção?”).

O valor *p* menor no domínio 4 (prevenção) e o valor-*a* maior que o valor de *P* nas questões 9, 11, 12, 13, 15 e 19, reflete lacunas no conhecimento avançado, destacando a necessidade de programas de educação continuada para enfermeiros em prevenção de lesões por fricção, com o objetivo de fornecer informações atualizadas sobre as melhores práticas e protocolos baseados em evidências (Nokaneng *et al.*, 2025). Esses itens foram mantidos, corroborando com Luo *et al.* (2023), porque são necessários para fomentar o conhecimento e as habilidades de prevenção dos enfermeiros. Além disso, no cenário atual da assistência clínica, nota-se a escassez de ferramentas de avaliação de risco, comprovadamente eficazes, para lesões por fricção. Por conseguinte, enfermeiros podem apresentar menor familiaridade na incorporação e execução de análise de risco em pacientes com lesões por fricção (Feng *et al.*, 2023).

O índice de discriminação (valor *D*) foi considerado excelente, apresentou um valor médio de 0,38, assim como a versão turca (*D* = 0,40) (Kaçmaz *et al.*, 2024), sugerindo que o OASES-B é um instrumento discriminativo capaz de distinguir entre indivíduos com alto e baixo conhecimento sobre o construto. Os itens 2, 4, 5, 11, 13 e 19 apresentaram discriminação moderada. Apenas o item 10 (Qual das seguintes medidas preventivas é apropriada para um paciente em cadeira de rodas com uma lesão por fricção no membro inferior?) teve o valor *D* de 0,10 considerado baixa discriminação, mas aceitável. Considera-se que as medidas preventivas padrão para pacientes em cadeira de rodas são amplamente difundidas, consolidando conhecimento prático, e que as opções distratores da pergunta são facilmente identificáveis como inadequadas. O item foi mantido seguindo as recomendações de Luo *et al.* (2023), por abordar conceitos essenciais.

A validade de construto, avaliada por meio da técnica de grupos conhecidos, detectou que a presença de algumas formações é pertinente para aprimorar o conhecimento sobre lesões por fricção, visto que participantes sem esses atributos apresentaram escores menores e com diferenças significativas dos participantes com formações. Os resultados indicaram que possuir

curso de capacitação ou treinamento de feridas, pós-graduação em estomaterapia ou dermatológica, bem como demonstrar competência no conhecimento/prática no manejo de lesões por fricção foram as características associadas aos escores significativamente mais elevados. Esses achados reforçam a importância de capacitação para práticas baseadas em evidências para o manejo de lesões por fricção (Kaçmaz *et al.*, 2024; Silva, Beeckman, Santos, 2025). A experiência profissional não se correlacionou com maior conhecimento, isso ressalta que formação específica, e não apenas tempo de prática, é relevante para o domínio do tema.

Apesar da grande maioria dos participantes relatarem treinamento em feridas, apenas 41,1% tiveram capacitação específica em lesões por fricção, e 83,1% demandam mais formação, salientando a necessidade de educação continuada focada nessa temática.

A consistência interna (KR-20 = 0,63) foi considerada aceitável, porém inferior ao ideal ($\geq 0,70$), abaixo da versão turca (KR-20 = 0,786) (Kaçmaz *et al.*, 2024). Isso pode refletir a heterogeneidade dos domínios, o número limitado de itens por subescala ou o número abaixo de participantes (DeVellis, 2017).

A confiabilidade teste-reteste foi avaliada pelo coeficiente de correlação intraclasse (ICC = 0,81) indicando excelente estabilidade temporal. A alta correlação de Spearman ($p = 0,82$) sugere que a ordem relativa das respostas foi consistentemente mantida, apoiando a confiabilidade do instrumento. Esses resultados indicam que o instrumento é temporalmente estável e consistente.

A análise psicométrica do OASES-B forneceu informações interessantes sobre como esse tipo de metodologia quantitativa pode contribuir para a compreensão do conhecimento e aplicação de um instrumento. O OASES-B é uma ferramenta estratégica para identificar lacunas no conhecimento de enfermeiros e direcionar programas de educação permanente, como também permite padronizar avaliações do conhecimento sobre lesão por fricção em diferentes cenários.

Como limitações, a pesquisa foi aplicada no formato online, risco de viés por respostas de baixa qualidade são inevitáveis. A consistência interna foi considerada aceitável, porém abaixo do ideal, podendo refletir a heterogeneidade dos domínios avaliados, que possivelmente foram influenciados pelo número reduzidos de itens em cada domínio ou pelo número de participantes. A autopercepção de competência no conhecimento de lesões por fricção pode não refletir o conhecimento real, indicando a necessidade de avaliações objetivas complementares. A maioria dos participantes do estudo eram do Sul do Brasil, o que pode limitar a generalização. Estudos multicêntricos são recomendados.

CONCLUSÃO

A validação psicométrica do Instrumento de Avaliação do Conhecimento de Enfermeiros sobre Lesões por Fricção (OASES-B) demonstrou que a versão brasileira é uma ferramenta válida, confiável e aplicável ao contexto nacional. A validade dos itens foi confirmada por análises de itens de múltipla escolha, incluindo dificuldade do item, índice de discriminação e qualidade das alternativas de respostas. A validade de construto e a estabilidade temporal do instrumento são pontos fortes que sustentam sua utilidade em avaliações e pesquisas. Portanto, salienta-se que para melhorar o conhecimento de enfermeiros sobre lesões por fricção precisamos conduzir programas educacionais relevantes e usar o OASES-B para avaliar o conhecimento e as habilidades relacionadas ao cuidado de pessoas com lesões por fricção.

REFERÊNCIAS

1. BEECKMAN, D. *et al.* **Best practice recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity.** Wounds International, 2020. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com>. Acesso em: 10 nov. 2023.
2. CILLUFFO, S. *et al.* Risk of skin tears associated with nursing interventions: A systematic review. **Journal of Tissue Viability**, v. 32, n. 1, p. 120-129, fev. 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965206X22001114>. Acesso em: 10 abr. 2025.
3. DEL PONTE, A. *et al.* Development and validation of a new scale to assess air quality knowledge (AQIQ). **Environmental pollution**, v. 299, 118750, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2021.118750>. Acesso em: 02 ago. 2025.
4. DEVELLIS, R. F. **Scale development: theory and applications** (4th ed.). Thousand OAKS, CA: Sage, 2017.
5. FENG, L. *et al.* The Chinese version of the skin tear knowledge assessment instrument (OASES): Cultural adaptation and validation. **Journal of Tissue Viability**, v. 32, n. 1, p. 107-113, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.12.004>. Acesso em: 27 nov. 2023.
6. HU, R. *et al.* The skin tears knowledge among geriatric ward nurses and associated factors: A cross-sectional study. **Journal of Tissue Viability**, v. 33, n. 4, p. 1012-1016, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2024.07.015>. Acesso em: 10 abr. 2025.

7. INTERNATIONAL SKIN TEAR ADVISORY PANEL (ISTAP). Working towards a world without skin tears. 2025. Disponível em: <https://www.skintears.org/about>. Acesso em: 26 jan. 2025.
8. JIANG, Q. *et al.* Knowledge status of skin tear prevention and its demographic and occupational influencing factors: A National cross-sectional survey among nurses. **Journal of Advanced Nursing**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.16353>. Acesso em: 10 abr. 2025.
9. KAÇMAZ, H. Y. *et al.* Skin tears in older patients in intensive care units: A multicentre point prevalence study. *Nursing in Critical Care*, v. 30, n. 2, e13131, mar. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.13131>. Acesso em: 27 nov. 2024.
10. KOO, T. K.; LI, M. Y. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. **Journal of Chiropractic Medicine**, v. 15, n. 2, p. 155-163, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>. Acesso em: 27 nov. 2023.
11. LEBLANC, K. *et al.* **Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin.** Wounds International, 2018. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com>. Acesso em: 06 out. 2023.
12. LIANG, Y.; SU, W.; WANG, F. Skin ageing: a progressive, multi-factorial condition demanding an integrated, multilayer-targeted remedy. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology**, v. 16, p. 1215-1229, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CCID.S408765>. Acesso em: 04 out. 2023.
13. LUO, B. *et al.* Translation and validation: standard Chinese version of the skin tear knowledge assessment instrument (OASES). **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, v. 10, n. 3, p. 100183, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100183>. Acesso em: 27 nov. 2024.
14. MANDERLIER, B. *et al.* Development and psychometric validation of PUKAT 2.0, a knowledge assessment tool for pressure ulcer prevention. **International Wound Journal**, v. 14, n. 6, p. 1041-1051, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.12758>. Acesso em: 10 out. 2023.
15. MCALPINE, M. **Principles of assessment.** Luton: University of Luton, 2002.
16. MIOT, H. A. Análise de correlação em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 17, n. 4, p. 275-279, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/YwjG3GsXpBFRZLQhFQG45Rb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2025.
17. MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 63, n. 7, p. 737-745,

2010. Disponível em: <https://www.cosmin.nl/tools/checklists-assessing-methodological-study-qualities/>. Acesso em: 01 jun. 2025.
18. MOKKINK, L. B. *et al.* COSMIN study design checklist for patient-reported outcome measurement instruments (version 2019). Disponível em: <https://www.cosmin.nl/tools/cosmin-taxonomy-measurement-properties/>. Acesso em: 01 jun. 2025.
 19. NOKANENG, E. *et al.* Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. **Wounds International**, 2025. Disponível em: www.woundsinternational.com. Acesso em: 13 jul. 2025.
 20. POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice**. 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
 21. SABBE, E. *et al.* **Multiple choice: een handleiding bij de ontwikkeling en kwaliteitscontrole van meerkeuze examens in het universitair onderwijs**. Ghent: Ghent University, 2007. (Unpublished master's thesis).
 22. SADEGHI, P. *et al.* Quantitative and qualitative item analysis of exams of basic medical sciences departments of Tabriz University of Medical Sciences in 2023. **BMC Med Educ.**, v. 25, n. 1, p. 937, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12211469/>. Acesso em: 02 ago. 2025.
 23. SILVA, C. V. B.; BEECKMAN, D.; SANTOS, V. L. C. G. Nurses' knowledge of skin tears: A cross-sectional survey study across four hospitals in São Paulo, Brazil. **Journal of Tissue Viability**, v. 34, n. 2, p. 100874, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2025.100874>. Acesso em: 11 abr. 2025.
 24. SOUZA, A. C. de; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. de B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2023.
 25. UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **World population ageing 2023: highlights**. 2023. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/pd/>. Acesso em: 27 nov. 2023.
 26. VAN TIGGELEN, H. *et al.* Development and psychometric property testing of a skin tear knowledge assessment instrument (OASES) in 37 countries. **Journal of Advanced Nursing**, v. 77, p. 1609-1623, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.14713>. Acesso em: 27 nov. 2024.
 27. WANG, G. *et al.* Assessing Skin Tear Knowledge Among Nurses: A Multicentre Cross-Sectional Survey. **Journal of Clinical Nursing**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.17463>. Acesso em: 10 abr. 2025.

28. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094325>. Acesso em: 27 nov. 2024.
29. XU, J. *et al.* Prevalence and influencing factors of skin tears in older adults: A systematic review and meta-analysis. **Geriatric Nursing**, v. 61, p. 491-498, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.12.024>. Acesso em: Acesso em: 10 abr. 2025.
30. YANG, S. *et al.* Prevalence and incidence of skin tear in older adults: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Tissue Viability**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2024.06.010>. Acesso em: 27 nov. 2024.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*” foi traduzido e adaptado transculturalmente para o português brasileiro, seguindo rigorosos critérios metodológicos. A avaliação por juízes especialistas confirmou excelente validade de conteúdo na avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, garantindo que as adaptações realizadas preservassem as propriedades psicométricas originais do instrumento.

A versão brasileira do instrumento, denominada Instrumento de Avaliação do Conhecimento de Enfermeiros sobre Lesões por Fricção (OASES-B), demonstrou ser uma ferramenta válida, confiável e aplicável no cenário nacional. A validação psicométrica incluiu análises robustas, como índices de dificuldade e discriminação dos itens, qualidade das alternativas de respostas e avaliação da confiabilidade interna e da estabilidade temporal.

Os resultados destacam a necessidade de programas educacionais direcionados para aprimorar o conhecimento e as habilidades dos enfermeiros no manejo de lesões por fricção. O OASES-B surge como um recurso essencial nesse contexto, permitindo avaliações precisas do conhecimento e identificando lacunas que demandam de intervenções educativas.

A partir dos achados, consolida-se também uma agenda de pesquisa futura. Sugere-se a realização de estudos multicêntricos, envolvendo diferentes regiões do Brasil, para aprofundar a análise da estabilidade psicométrica do instrumento em diversos perfis populacionais e institucionais. Além disso, recomenda-se a avaliação do OASES-B em contextos distintos, como hospitais públicos e privados, Atenção Primária à Saúde, serviços de longa permanência e unidades de emergência, permitindo ampliar a compreensão de sua aplicabilidade clínica.

Outro eixo promissor é a integração do OASES-B a plataformas digitais de educação permanente, sistemas de apoio à decisão clínica e ferramentas de monitoramento da qualidade assistencial. Essa incorporação tecnológica pode potencializar a disseminação do conhecimento, permitir coleta contínua de dados e fortalecer a gestão do cuidado.

A utilização do OASES-B poderá ser apresentada à população de forma indireta, por meio da qualificação das equipes de enfermagem que atuam no cuidado às pessoas com lesões por fricção. Protocolos clínicos, campanhas educativas e programas institucionais poderão se beneficiar dos resultados obtidos por meio do instrumento. Para os profissionais de saúde, o OASES-B poderá ser disponibilizado em cursos, treinamentos, plataformas EAD (ensino à distância), ciclos de capacitação e programas de educação permanente, funcionando como uma ferramenta padronizada de avaliação e desenvolvimento de competências.

A adaptação e validação do OASES-B também abrem espaço para iniciativas de empreendedorismo em enfermagem, especialmente em áreas como educação em saúde, consultoria clínica, desenvolvimento de produtos formativos, construção de trilhas de aprendizagem, criação de plataformas digitais e oferta de cursos direcionados ao cuidado de lesões por fricção. O instrumento pode servir como base para certificações profissionais, serviços especializados e programas de treinamento corporativo, fortalecendo a atuação do enfermeiro enquanto líder, educador e agente de transformação na prática clínica.

REFERÊNCIAS

- AL KHALEEF, N. *et al.* What is the impact of skincare bundles on the development of skin tears in older adults? A systematic review. **International Journal of Older People Nursing**, v. 17, n. 4, p. e12455, jul. 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/opn.12455>. Acesso em: 10 abr. 2025.
- AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION. **Standards for educational and psychological testing**. Washington, DC, 2014. Acesso em: 12 fev. 2025.
- ATKIN, L. *et al.* Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. **Journal of Wound Care**, v. 28, n. Sup3a, p. S1-S50, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>. Acesso em: 27 nov. 2023.
- AYELLO, E. A. CMS MDS 3.0 section M skin conditions in long-term care: pressure ulcers, skin tears, and moisture-associated skin damage data update. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 30, n. 9, p. 415-429, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000521920.60656.03>. Acesso em: 08 out. 2023.
- BAJWA, A. A. *et al.* Automated prone positioning and axial rotation in critically ill, non-trauma patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS). **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 25, n. 2, p. 121-125, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0885066609356050>. Acesso em: 07 out. 2023.
- BANDEIRA, M. A. *et al.* The prevalence of skin tears and associated factors in hospitalised patients with cancer. **Journal of Wound Care**, v. 31, n. 7, p. 579-584, 2 jul. 2022. DOI: 10.12968/jowc.2022.31.7.579. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/jowc.2022.31.7.579>. Acesso em: 10 abr. 2025.
- BANK, D.; NIX, D. Preventing skin tears in a nursing and rehabilitation center: an interdisciplinary effort. **Ostomy/Wound Management**, v. 52, n. 9, p. 38-40, 44, 46, 2006.
- BARANOSKI, S.; AYELLO, E. A. Skin: an essential organ. In: BARANOSKI, S.; AYELLO, E. A. (Eds.). **Wound Care Essentials: Practice Principles**. 2. ed. Springhouse, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. p. 58-59.
- BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. Disponível em: https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/Guidelines_for_the_Process_of_Cross_Cultural.14.aspx. Acesso em: 20 out. 2023.
- BEATON, D. E. *et al.* **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures**. Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: [http://www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/X-CulturalAdaptation_27\(2\)_e4900016.pdf](http://www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/X-CulturalAdaptation_27(2)_e4900016.pdf). Acesso em: 20 out. 2023.
- BEECKMAN, D. *et al.* **Best practice recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity**. Wounds International, 2020. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BERMARK, S. *et al.* Prevalence of skin tears in the extremities in inpatients at a hospital in Denmark. **International Wound Journal**, v. 15, n. 2, p. 212-217, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.12847>. Acesso em: 07 out. 2023.

BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BIRCH, S.; COGGINS, T. No-rinse, one-step bed bath: the effects on the occurrence of skin tears in a long-term care setting. **Ostomy/Wound Management**, v. 49, n. 1, p. 64-67, 2003.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Tradução: Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BORGES, J. W. P. **Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo**. 2012. 217 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Plataforma Lattes**. 2020. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/>. Acesso em: 04 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2023.

CAMP-SORRELL, D. Skin tears: what can you do? **Oncology Nursing Forum**, v. 18, n. 1, p. 135, 1991.

CAMPOS, D. G. *et al.* Cultural adaptation and evaluation of the measurement properties of the Facilitator Competency Rubric for clinical simulation facilitators. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 32, p. e4257, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7214.4257>. Acesso em: 11 abr. 2025.

CARVILLE, K. *et al.* STAR: um consenso para classificação de skin tear. **Primary Intention**, v. 15, n. 1, p. 18-28, 2007.

CARVILLE, K. *et al.* The effectiveness of a twice-daily skin-moisturizing regimen for reducing the incidence of skin tears. **International Wound Journal**, v. 11, n. 4, p. 446-453, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.12326>. Acesso em: 07 out. 2023.

CARVILLE, K.; LEWIN, G. Caring in the community: a wound prevalence survey. **Primary Intention**, v. 6, n. 2, p. 54-62, 1998.

CARVILLE, K.; SMITH, J. A report on the effectiveness of comprehensive wound assessment and documentation in the community. **Primary Intention: The Australian Journal of Wound Management**, v. 12, n. 1, p. 41-49, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.3316/informit.657321994879676>. Acesso em: 07 out. 2023.

CATANIA, Q. N.; MORGAN, M.; MARTIN, R. Activity-Based Restorative Therapy and Skin Tears in Patients with Spinal Cord Injury. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 31, n. 8, p. 371-373, ago. 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/aswcjournal/Abstract/2018/08000/Activity_Based_Restorative_Therapy_and_Skin_Tears.8.aspx. Acesso em: 10 abr. 2025.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. **Long-term care resident assessment instrument (RAI) 3.0 user's manual**. Version 1.16. Baltimore: CMS, 2018. Disponível em: <https://downloads.cms.gov/files/1MDS-30-RAI-Manual-v1-16-October-1-2018.pdf>. Acesso em: 07 out. 2023.

CHANCA, L. *et al.* Prevalence and risk factors of dermatoporosis in older adults in a rehabilitation hospital. **Journal of the American Geriatrics Society**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.17618>. Acesso em: 10 nov. 2023.

CHAPLAIN, V. *et al.* French Canadian translation and the validity and inter-rater reliability of the ISTAP Skin Tear Classification System. **Journal of Wound Care**, v. 27, n. 9, p. 15-20, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2018.27.Sup9.S15>. Acesso em: 27 nov. 2023.

CILLUFFO, S. *et al.* Risk of skin tears associated with nursing interventions: A systematic review. **Journal of Tissue Viability**, v. 32, n. 1, p. 120-129, fev. 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965206X22001114>. Acesso em: 10 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Enfermagem em números**. Dados da enfermagem. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros/>. Acesso em: 14 abr. 2025.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>. Acesso em: 11 abr. 2025.

DEL PONTE, A. *et al.* Development and validation of a new scale to assess air quality knowledge (AQIQ). **Environmental pollution**, v. 299, 118750, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2021.118750>. Acesso em: 02 ago. 2025.

DEVELLIS, R. F. **Scale development: theory and applications** (4th ed.). Thousand OAKS, CA: Sage, 2017.

DEVON, H. A. *et al.* A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 39, n. 2, p. 155-164, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x>. Acesso em: 27 nov. 2023.

DISSEMOND, J. *et al.* Therapeutic index for local infections score (TILI): a new diagnostic tool. **Journal of Wound Care**, v. 29, n. 12, p. 720-726, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.12.720>. Acesso em: 27 nov. 2023.

DYER, J. M.; MILLER, R. A. Chronic skin fragility of aging: current concepts in the pathogenesis, recognition, and management of dermatoporosis. **The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology**, v. 11, n. 1, p. 13-18, 2018.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001600017>. Acesso em: 08 fev. 2025.

EDWARDS, H. E. *et al.* Reduced prevalence and severity of wounds following implementation of the Champions for Skin Integrity model to facilitate uptake of evidence-based practice in aged care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 23-24, p. 4276-4285, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.13752>. Acesso em: 08 out. 2023.

EVERETT, S.; POWELL, T. Skin tears: the underestimated wound. **Primary Intention**, v. 2, n. 1, p. 28-30, 1994.

FAN, S. *et al.* Prediction models for skin tears in the elderly: A systematic review and meta-analysis. **Geriatric Nursing**, v. 59, p. 103-112, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.06.030>. Acesso em: 27 nov. 2024.

FENG, L. *et al.* The Chinese version of the skin tear knowledge assessment instrument (OASES): Cultural adaptation and validation. **Journal of Tissue Viability**, v. 32, n. 1, p. 107-113, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.12.004>. Acesso em: 27 nov. 2023.

FINCH, K. *et al.* Skin tear prevention in elderly patients using twice-daily moisturiser. **Wound Practice & Research**, v. 26, n. 2, p. 99-109, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3316/informit.733684633832684>. Acesso em: 07 out. 2023.

FLECK, C. A. Preventing and treating skin tears. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 20, n. 6, p. 315-320, 2007.

FORMOSA, E.; GRECH, K.; HOLLOWAY, S. A cross-sectional study using the skin tear knowledge assessment instrument (OASES) to assess registered nurse's knowledge about the identification, classification, prevention, assessment, and management of skin tears in a geriatric rehabilitation hospital. **Journal of Wound Management**, v. 23, n. 2, p. 109-118, 2022.

FORTES, C. P. D. D.; ARAÚJO, A. P. DE Q. C. Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 202-209, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020134>. Acesso em: 11 nov. 2024.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: Anais do Simpósio de Engenharia de Produção 8; 2005; Bauru, SP. Bauru: Unesp; 2005. Disponível em: <http://www.simpep.feb.Unesp.br/anais/anais>. Acesso em: 6 abr. 2025.

FURUKAWA, C. Factors related to skin tears in a long-term care facility. **Gan to Kagaku Ryoho. Cancer & Chemotherapy**, v. 46, Suppl. 1, p. 154-156, 2019.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R.; CLAUSEN, T. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa: idioma, cenário, tempo e considerações estatísticas. **BMC Medical Research Methodology**, Londres, v. 10, n. 13, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>. Acesso em: 11 abr. 2025.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, dez. 1993. DOI: 10.1016/0895-4356(93)90142-N. Acesso em: 10 abr. 2025.

GRECO, P. B. T. *et al.* Translation and cross-cultural adaptation of Resilience at Work Scale into Brazilian Portuguese. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 33, p. e20230220, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0220pt>. Acesso em: 11 abr. 2025.

GROOM, M. *et al.* An evaluation of costs and effects of a nutrient-based skin care program as a component of prevention of skin tears in an extended convalescent center. **Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing**, v. 37, n. 1, p. 46-51, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181c68c89>. Acesso em: 07 out. 2023.

HAHNEL, E. *et al.* Associations between skin barrier characteristics, skin conditions and health of aged nursing home residents: a multi-center prevalence and correlational study. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0655-5>. Acesso em: 08 out. 2023.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

HALADYNA, T. M. **Developing and validating multiple-choice test items**. 3. ed. New York: Routledge, 2004.

HARDIE, C.; WICK, J. Y. Skin tears in older people. **The Senior Care Pharmacist**, v. 35, n. 9, p. 379-387, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2020.379>. Acesso em: 27 nov. 2023.

HAWK, J.; SHANNON, M. Prevalence of skin tears in elderly patients: a retrospective chart review of incidence reports in 6 long-term care facilities. **Ostomy/Wound Management**, v. 64, n. 4, p. 30-36, 2018.

HEIDEMANN, L. A.; OLIVEIRA, A. M. M. de; VEIT, E. A. Ferramentas online no ensino de ciências: uma proposta com o Google Docs. **Física na escola**, v. 11, n. 2, 2010. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/116446>. Acesso em: 10 abr. 2025.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, v. 7, p. 332-335, 1998.

HOLMES, R. F. *et al.* Skin tears: care and management of the older adult at home. **Home Healthcare Now**, v. 31, n. 2, p. 90-101, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e31827f458a>. Acesso em: 10 out. 2023.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.

HU, R. *et al.* The skin tears knowledge among geriatric ward nurses and associated factors: A cross-sectional study. **Journal of Tissue Viability**, v. 33, n. 4, p. 1012-1016, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2024.07.015>. Acesso em: 10 abr. 2025.

HSU, M. *et al.* Knowledge, management behavior and related factors among nurses toward skin tears. **Tzu Chi Nursing Journal**, v. 8, p. 66-76, 2009.

IDENSOHN, P. *et al.* Skin tears: a case-based and practical overview of prevention, assessment and management. **Journal of Community Nursing**, v. 33, n. 2, p. 1-10, 2019a.

IDENSOHN, P. *et al.* Ten top tips: skin tears. **Wound International**, v. 10, issue 2, 2019b. Disponível em: www.woundsinternational.com. Acesso em: 10 abr. 2025.

INTERNATIONAL SKIN TEAR ADVISORY PANEL (ISTAP). **Working towards a world without skin tears**. Disponível em: <https://www.skintears.org/about>. Acesso em: 26 jan. 2025.

INTERNATIONAL TEST COMMISSION. **The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests**. 2. ed., 2017. Disponível em: <https://www.intestcom.org/>. Acesso em: 27 nov. 2023.

JIANG, Q. *et al.* Knowledge status of skin tear prevention and its demographic and occupational influencing factors: A National cross-sectional survey among nurses. **Journal of Advanced Nursing**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.16353>. Acesso em: 27 nov. 2023.

KAÇMAZ, H. Y. *et al.* Determination of Nurses' Knowledge Levels on Skin Tears: A Cross-sectional Study. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 36, n. 5, p. 267-274, 1 maio 2023. Disponível em: https://journals.lww.com/aswcjournal/Abstract/2023/05000/Determination_of_Nurses_Knowledge_Levels_on_Skin.7.aspx. Acesso em: 10 abr. 2025.

KAÇMAZ, H. Y. *et al.* Skin tears in older patients in intensive care units: A multicentre point prevalence study. **Nursing in Critical Care**, v. 30, n. 2, e13131, mar. 2024a. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.13131>. Acesso em: 27 nov. 2024.

KAÇMAZ, H. *et al.* The prevalence and factors associated with skin tears in hospitalized older adults: A point prevalence study. **Journal of Tissue Viability**, v. 31, n. 3, p. 387-394, ago. 2022. DOI: 10.1016/j.jtv.2022.06.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965206X22000639>. Acesso em: 10 abr. 2025.

KAÇMAZ, H. Y. *et al.* The Turkish version of the Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES): Validity and reliability study. **International Wound Journal**, v. 21, n. 8, e70013, 2024b. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.70013>. Acesso em: 27 nov. 2024.

- KAPOOR, A. *et al.* Adverse events in long-term care residents transitioning from hospital back to nursing home. **JAMA Internal Medicine**, v. 179, n. 9, p. 1254-1261, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2005>. Acesso em: 07 out. 2023.
- KAYA, G.; SAURAT, J. H. Dermatoporosis: a chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome: clinicopathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. **Dermatology**, v. 215, n. 4, p. 284-294, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000107621>. Acesso em: 27 nov. 2023.
- KENNEDY, P.; KERSE, N. Pretibial skin tears in older adults: a 2-year epidemiological study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 59, n. 8, p. 1547-1548, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03520.x>. Acesso em: 07 out. 2023.
- KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 65, n. 23, p. 2276-2284, 2008.
- KLUGER, N.; IMPIVAARA, S. Prevalence and risk factors for dermatoporosis: a prospective observational study of dermatology outpatients in a Finnish tertiary care hospital. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 33, n. 2, p. 447-450, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jdv.15240>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- KOLARSICK, P. A. J.; KOLARSICK, M. A.; GOODWIN, C. Anatomy and physiology of the skin. **Journal of the Dermatology Nurses' Association**, v. 3, n. 4, p. 203-213, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JDN.0b013e3182274a98>. Acesso em: 04 out. 2023.
- KONSTANTOU, E.; LONGANGE, E.; KAYA, G. Mechanisms of Senescence and Anti-Senescence Strategies in the Skin. **Biology, Basel**, v. 13, n. 9, 647, 23 ago. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/biology13090647>. Acesso em: 04 out. 2024.
- KOO, T. K.; LI, M. Y. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. **Journal of Chiropractic Medicine**, v. 15, n. 2, p. 155-163, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>. Acesso em: 27 nov. 2023.
- KOTTNER, J. *et al.* Pressure ulcer/injury classification today: an international perspective. **Journal of Tissue Viability**, v. 29, n. 3, p. 197-203, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.04.003>. Acesso em: 10 out. 2023.
- KOTTNER, J. *et al.* Skin health and integrity. In: FARRUGIA, G. *et al.* (Eds.). **Innovations and Emerging Technologies in Wound Care**. Elsevier Academic Press, 2020b. p. 183-196. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815028-3.00011-0>. Acesso em: 10 out. 2023.
- KOTTNER, J. *et al.* Skin health of community-living older people: a scoping review. **Archives of Dermatological Research**, v. 316, n. 6, p. 319, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00403-024-03059-0>. Acesso em: 27 nov. 2024.
- KOYANO, Y. *et al.* Exploring the prevalence of skin tears and skin properties related to skin tears in elderly patients at a long-term medical facility in Japan. **International Wound Journal**, v. 13, n. 2, p. 189-197, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.12251>. Acesso em: 08 out. 2023.

KUMAR, D. *et al.* Item analysis of multiple-choice questions: A quality assurance test for an assessment tool. **Medical Journal Armed Forces India**, v. 77, Suppl. 1, p. S85-S89, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2020.11.007>. Acesso em: 27 nov. 2023.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-174, 1977. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2529310>. Acesso em: 11 nov. 2023.

LEBLANC, K. *et al.* A descriptive cross-sectional international study to explore current practices in the assessment, prevention and treatment of skin tears. **International Wound Journal**, v. 11, n. 4, p. 424-430, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.12203>. Acesso em: 07 out. 2023.

LEBLANC, K. *et al.* Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 45, n. 6, p. 540-542, 2018b. Disponível em: <https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/552-bpr-prevention-and-management-of-skin-tears/file>. Acesso em: 06 out. 2023.

LEBLANC, K. *et al.* Clinical challenges of differentiating skin tears from pressure ulcers. **EWMA Journal**, v. 16, n. 1, p. 17-23, 2016.

LEBLANC, K. *et al.* International Skin Tear Advisory Panel: a tool kit to aid in the prevention, assessment, and treatment of skin tears using a Simplified Classification System©. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 26, n. 10, p. 459-476, out. 2013c. Disponível em: https://journals.lww.com/aswcjournal/Abstract/2013/10000/International_Skin_Tear_Advisory_Panel__A_Tool_Kit.8.aspx. Acesso em: 10 abr. 2025.

LEBLANC, K. *et al.* Risk Factors Associated with Skin Tear Development in the Canadian Long-term Care Population. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 34, n. 2, p. 87-95, 1 fev. 2021. DOI: 10.1097/01.ASW.0000717232.03041.69. Disponível em: https://journals.lww.com/aswcjournal/Abstract/2021/02000/Risk_Factors_Associated_With_Skin_Tear_Development.5.aspx. Acesso em: 10 abr. 2025.

LEBLANC, K. *et al.* Prevalence of skin tears in a long-term care facility. **Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing**, v. 40, n. 6, p. 580-584, 2013b. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182a9c111>. Acesso em: 08 out. 2023.

LEBLANC, K. *et al.* Skin tear prevalence and incidence in the long-term care population: a prospective study. **Journal of Wound Care**, v. 29, Suppl. 7, p. S16-S22, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup7.S16>. Acesso em: 08 out. 2023.

LEBLANC, K. *et al.* Validation of a new classification system for skin tears. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 26, n. 6, p. 263-265, 2013a. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000430393.04763.c7>. Acesso em: 27 nov. 2023.

LEBLANC, K. *et al.* Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. Wounds International, 2018a. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com>. Acesso em: 06 out. 2023.

LEBLANC, K. Painel Consultivo Internacional Skin Tear: 10 Anos em Construção. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 32, n. 12, p. 536-537, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000604188.00448.65>. Acesso em: 08 out. 2023.

LEBLANC, K. Prevention and treatment of skin tears. **Wound Care Canada**, v. 6, n. 1, p. 14-30, 2008.

LEBLANC, K. **Skin tear prevalence, incidence and associated risk factors in the long-term care population**. 2017. Tese (Doutorado) – Queen's University, Kingston, Canadá, 2017.

LEBLANC, K.; BARANOSKI, S. Skin tears: best practices for care and prevention. **Nursing**, v. 44, n. 5, p. 36-46, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000445744.86119.58>. Acesso em: 27 nov. 2023.

LEBLANC, K.; BARANOSKI, S. Skin tears: finally recognized. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 30, n. 2, p. 62-63, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000511435.99585.0d>. Acesso em: 08 out. 2023.

LEBLANC, K.; BARANOSKI, S.; SKIN TEAR CONSENSUS PANEL MEMBERS. Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 24, n. 9, p. 2-15, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000405316.99011.95>. Acesso em: 07 out. 2023.

LEE, J. W. *et al.* An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. **Nursing Research**, v. 50, n. 5, p. 300-304, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00008>. Acesso em: 11 abr. 2025.

LIMA, G. A. *et al.* Tradução e adaptação transcultural da Parental Perception on Antibiotics Scale: versão brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE03292, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03292>. Acesso em: 11 abr. 2025.

LEVINE, J. M. Clinical aspects of aging skin: considerations for the wound care practitioner. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 33, n. 1, p. 12-19, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000613532.25408.8b>. Acesso em: 10 nov. 2023.

LEWIN, G. F. *et al.* Identification of risk factors associated with the development of skin tears in hospitalized older persons: a case-control study. **International Wound Journal**, v. 13, n. 6, p. 1246-1251, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.12490>. Acesso em: 10 nov. 2023.

LIANG, Y.; SU, W.; WANG, F. Skin ageing: a progressive, multi-factorial condition demanding an integrated, multilayer-targeted remedy. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology**, v. 16, p. 1215-1229, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CCID.S408765>. Acesso em: 04 out. 2023.

LICHTERFELD, A. *et al.* Evidence-based skin care. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 42, n. 5, p. 501-524, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000162>. Acesso em: 27 nov. 2023.

LICHTERFELD, A. *et al.* Preventive skin care during skin aging. In: FARAGE, M. A. *et al.* (Eds.). **Textbook of Aging Skin**. Berlin: Springer, 2014. p. 1-12.

LICHTERFELD-KOTTNER, A. *et al.* Maintaining skin integrity in the aged: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 103, 103509, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103509>. Acesso em: 27 nov. 2023.

LIMA, D. V. M. Designs de pesquisa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 2, p. 1-22, 2011. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648/html_1. Acesso em: 20 nov. 2023.

LUO, B. *et al.* Translation and validation: standard Chinese version of the skin tear knowledge assessment instrument (OASES). **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, v. 10, n. 3, p. 100183, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100183>. Acesso em: 27 nov. 2024.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>. Acesso em: 11 nov. 2023.

MACHADO, R. da S. *et al.* Métodos de adaptação transcultural de instrumentos na área da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/HZbxgxvqqN7Pwx4Kkym3YF/?lang=pt>. Acesso em: 03 out. 2023.

MACHADO, Maria Helena (Coord.) *et al.* **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final**. Rio de Janeiro: NERHUS/DAPS/ENSP-Fiocruz, 2017. 748 p.

MAELLA-RIUS, N.; TORRA-BOU, J. E.; MARTÍNEZ-RODRÍGUEZ, L. Nursing care in patients with dependency-related skin injuries in the community: a scoping review. **British Journal of Community Nursing**, v. 29, n. Sup3, p. S8-S18, 1 mar. 2024. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2024.29.Sup3.S8>. Acesso em: 10 abr. 2025.

MAHAJAN, V. K.; HANDA, S. Diagnosis of skin diseases. In: MAHAJAN, V. K. (Ed.). **Atlas of Dermatology, Dermatopathology and Venereology**. Cham: Springer, 2020. p. 1-61.

MAIDA, V.; ENNIS, M.; CORBAN, J. Wound outcomes in patients with advanced illness. **International Wound Journal**, v. 9, n. 6, p. 683-692, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2012.00939.x>. Acesso em: 08 out. 2023.

MALONE, M. L. *et al.* The epidemiology of skin tears in the institutionalized elderly. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 39, n. 6, p. 591-595, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb03599.x>. Acesso em: 07 out. 2023.

MANDERLIER, B. *et al.* Development and psychometric validation of PUKAT 2.0, a knowledge assessment tool for pressure ulcer prevention. **International Wound Journal**, v. 14, n. 6, p. 1041-1051, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.12758>. Acesso em: 10 out. 2023.

MANDREKAR, J. N. Measures of interrater agreement. **Journal of Thoracic Oncology**, v. 6, n. 1, p. 6-7, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JTO.0b013e318200f983>. Acesso em: 11 nov. 2023.

MCALPINE, M. **Principles of assessment**. Luton: University of Luton, 2002.

MCLANE, K. M. *et al.* The 2003 national pediatric pressure ulcer and skin breakdown prevalence survey: a multisite study. **Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing**, v. 31, n. 4, p. 168-178, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00152192-200407000-00004>. Acesso em: 08 out. 2023.

MCTIGUE, T. *et al.* Efficacy of a skin tear education program: improving the knowledge of nurses practicing in acute care settings. **Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing**, v. 36, n. 5, p. 486-492, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181b35ebd>. Acesso em: 27 nov. 2023.

MILES, S. J.; FULBROOK, P.; WILLIAMS, D. M. Skin tear prevalence in an Australian acute care hospital: A 10-year analysis. **International Wound Journal**, v. 19, n. 6, p. 1418-1427, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.13735>. Acesso em: 27 nov. 2023.

MIOT, H. A. Análise de correlação em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 17, n. 4, p. 275-279, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/YwjG3GsXpBFrZLQhFQG45Rb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2025.

MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 63, n. 7, p. 737-745, 2010. Disponível em: <https://www.cosmin.nl/tools/cosmin-taxonomy-measurement-properties/>. Acesso em: 01 jun. 2025.

MOKKINK, L. B. *et al.* COSMIN study design checklist for patient-reported outcome measurement instruments (version 2019). Disponível em: <https://www.cosmin.nl/tools/cosmin-taxonomy-measurement-properties/>. Acesso em: 01 jun. 2025.

MONCRIEFF, G. *et al.* The role of emollients in maintaining skin integrity. **Wounds UK**, v. 11, n. 1, p. 68-74, 2015.

MUNRO, E. L. *et al.* Malnutrition is independently associated with skin tears in hospital inpatient setting-Findings of a 6-year point prevalence audit. **International Wound Journal**, v. 15, n. 4, p. 527-533, ago. 2018. Acesso em: 10 abr. 2025.

NOORDZIJ, M. *et al.* Measures of disease frequency: prevalence and incidence. **Nephron Clinical Practice**, v. 115, n. 1, p. 17-20, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000286345>. Acesso em: 08 out. 2023.

NOKANENG, E. *et al.* Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. **Wounds International**, 2025. Disponível em: www.woundsinternational.com. Acesso em: 13 jul. 2025.

OUSEY, K.; COOK, L. Wound assessment: made easy. **Wounds UK**, v. 8, n. 2, 2012. Disponível em: <https://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/16486>. Acesso em: 27 nov. 2023.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. esp., p. 992-999, 2009.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação**. Petrópolis: Vozes, 2013.

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 23, n. spe, p. 99-107, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000500019>. Acesso em: 10 abr. 2025.

PASQUALI, L.; PRIMI, R. Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. **Avaliação Psicológica**, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2023.

PAYNE, R. L.; MARTIN, M. L. Defining and classifying skin tears: need for a common language. **Ostomy/Wound Management**, v. 39, n. 5, p. 16-20, 1993.

PAYNE, R. L.; MARTIN, M. L. The epidemiology and management of skin tears in older adults. **Ostomy/Wound Management**, v. 26, p. 26-37, 1990.

PERES, G. R. P. *et al.* Skin tears in older adult residents of long-term care facilities: prevalence and associated factors. **Journal of Wound Care**, v. 31, n. 6, p. 468-478, 2 jun. 2022. DOI: 10.12968/jowc.2022.31.6.468. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/jowc.2022.31.6.468>. Acesso em: 10 abr. 2025.

POLIT, D. F. Assessing measurement in health: beyond reliability and validity. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 11, p. 1746-1753, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice**. 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

POWELL, R. J. *et al.* Pilot parallel randomized controlled trial of protective socks against usual care to reduce skin tears in high-risk people: 'STOPCUTS'. **Pilot and Feasibility Studies**, v. 3, n. 43, p. 1-22, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40814-017-0182-3>. Acesso em: 07 out. 2023.

PROKSCH, E.; BRANDNER, J. M.; JENSEN, J. M. The skin: an indispensable barrier. **Experimental Dermatology**, v. 17, p. 1063-1072, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2008.00786.x>. Acesso em: 05 out. 2023.

PULIDO, K. C. S. **Adaptação cultural e validação do instrumento “Star Skin Tear Classification System”, para a língua portuguesa no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi:10.11606/D.7.2010.tde-23122010-103305. Acesso em: 12 abr. 2025.

RATLIFF, C. R.; FLETCHER, K. R. Skin tears: a review of the evidence to support prevention and treatment. **Ostomy Wound Management**, v. 53, n. 3, p. 32-34, 36, 38-40, mar. 2007. Acesso em: 10 abr. 2025.

RAYNER, R. *et al.* A review of patient and skin characteristics associated with skin tears. **Journal of Wound Care**, v. 24, n. 9, p. 406-414, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2015.24.9.406>. Acesso em: 05 out. 2023.

RAYNER, R.; CARVILLE, K.; LESLIE, G. *et al.* Defining age-related skin tears: a review. **Wound Practice and Research**, v. 27, n. 3, p. 135-143, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33235/wpr.27.3.135-143>. Acesso em: 27 nov. 2023.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZL8GFt3jxcFfHW3HzJnyRn/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2023.

ROACH, K. E. Measurement of health outcomes: reliability, validity and responsiveness. **Journal of Prosthetics and Orthotics**, v. 18, n. 1S, p. 8-12, 2006.

RUSSELL-GOLDMAN, E.; MURPHY, G. F. The Pathobiology of Skin Aging: New Insights into an Old Dilemma. **The American Journal of Pathology**, v. 190, n. 7, p. 1356-1369, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajpath.2020.03.007>. Acesso em: 27 nov. 2023.

SABBE, E. *et al.* **Multiple choice: een handleiding bij de ontwikkeling en kwaliteitscontrole van meerkeuze examens in het universitair onderwijs**. Ghent: Ghent University, 2007. (Unpublished master's thesis).

SADEGHI, P. *et al.* Quantitative and qualitative item analysis of exams of basic medical sciences departments of Tabriz University of Medical Sciences in 2023. **BMC Med Educ.**, v. 25, n. 1, p. 937, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12211469/>. Acesso em: 02 ago. 2025.

SANADA, H. *et al.* Incidence of skin tears in the extremities among elderly patients at a long-term medical facility in Japan: a prospective cohort study. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 15, n. 8, p. 1058-1063, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.12405>. Acesso em: 07 out. 2023.

SANTAMARIA, N.; CARVILLE, K.; PRENTICE, J. Wounds West: Identifying the prevalence of wounds within western Australia's public health system. **EWMA Journal**, v. 9, n. 3, p. 13-18, 2009.

SHAFIE, E. *et al.* Psychometric Properties and Cross-Cultural Adaptation of the Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE); A Systematic Review and Meta-Analysis. **Disability and Rehabilitation**, [S. l.], v. 44, n. 19, p. 5402-5417, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1938248>. Acesso em: 11 abr. 2025.

- SIBBALD, R. G. *et al.* Wound Bed Preparation 2021. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 34, n. 4, p. 183-195, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000733724.87630.d6>. Acesso em: 27 nov. 2023.
- SILVA, C. V. B. *et al.* ISTAP classification for skin tears: Validation for Brazilian Portuguese. **International Wound Journal**, v. 17, n. 2, p. 310-316, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.13271>. Acesso em: 04 nov. 2023.
- SILVA, C. V. B. *et al.* Cultural adaptation and content validity of ISTAP Skin Tear Classification for Portuguese in Brazil. **ESTIMA**, v. 16, 2018.
- SILVA, C. V. B.; BEECKMAN, D.; SANTOS, V. L. C. G. Nurses' knowledge of skin tears: A cross-sectional survey study across four hospitals in São Paulo, Brazil. **Journal of Tissue Viability**, v. 34, n. 2, p. 100874, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2025.100874>. Acesso em: 11 abr. 2025.
- SILVA, R. C. P. C. *et al.* Cross-Cultural Adaptation of Body Image Assessment Instruments for University Students: A Systematic Review. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00177-w>. Acesso em: 11 abr. 2025.
- SILVA, T. L. *et al.* I-DECIDED®-Brasil: adaptação transcultural da ferramenta de avaliação e tomada de decisão para cateter intravenoso periférico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 33, p. e20230279, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0279pt>. Acesso em: 11 abr. 2025.
- SIQUEIRA, A. L.; TIBÚRCIO, J. D. **Estatística na área da saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional**. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.
- SKIVEREN, J. *et al.* Danish translation and validation of the International Skin Tear Advisory Panel skin tear classification system. **Journal of Wound Care**, v. 24, n. 8, p. 388-392, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2015.24.8.388>. Acesso em: 27 nov. 2023.
- SKIVEREN, J.; WAHLERS, B.; BERMARK, S. Prevalence of skin tears in the extremities among elderly residents at a nursing home in Denmark. **Journal of Wound Care**, v. 26, Suppl. 2, p. S32-S36, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2017.26.sup2.s32>. Acesso em: 08 out. 2023.
- SOH, Z. *et al.* Risk of skin tears and its predictors among hospitalized older adults in Singapore. **International Journal of Nursing Practice**, v. 25, n. 6, p. e12790, dez. 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12790>. Acesso em: 10 abr. 2025.
- SOLOVEV, I. *et al.* Aging and physiological barriers: mechanisms of barrier integrity changes and implications for age-related diseases. **Molecular Biology Reports**, v. 51, n. 1, p. 917, 19 ago. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11033-024-09833-7>. Acesso em: 08 out. 2023.

SOUZA, A. C. de; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. de B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2023.

STEPHEN-HAYNES, J. Skin tears: achieving positive clinical and financial outcomes. **British Journal of Community Nursing**, v. 17, n. 3, p. S6-S16, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2012.17.Sup3.S6>. Acesso em: 27 nov. 2023.

STRAZZIERI-PULIDO, K. C.; SANTOS, V. L. C. de G.; CARVILLE, K. Cultural adaptation, content validity and inter-rater reliability of the “STAR Skin Tear Classification System”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 155–161, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3523.2537>. Acesso em: 11 abr. 2025.

STRAZZIERI-PULIDO, K. C. *et al.* Incidence of Skin Tears and Risk Factors: A Systematic Literature Review. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 44, n. 1, p. 29-33, jan./fev. 2017. DOI: 10.1097/WON.0000000000000288. Acesso em: 10 abr. 2025.

TRISTAO, F. R. *et al.* Práticas de cuidados do enfermeiro na atenção primária à saúde: gestão do cuidado da pele do idoso. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, e65223, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362020000100312&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 dez. 2023.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **World population ageing 2023: highlights**. 2023. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/pd/>. Acesso em: 27 nov. 2023.

VAGARINHO, J. P. Como identificar a originalidade num artigo científico ou numa tese de doutoramento? **Demanda Contínua Educação Revista**, v. 35, n. 73, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.58892>. Acesso em: 26 jan. 2025.

VAN TIGGELEN, H. *et al.* Development and psychometric property testing of a skin tear knowledge assessment instrument (OASES) in 37 countries. **Journal of Advanced Nursing**, v. 77, p. 1609-1623, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.14713>. Acesso em: 27 nov. 2023.

VAN TIGGELEN, H. *et al.* Measurement properties of classifications for skin tears: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 110, 103694, out. 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103694>. Acesso em: 10 abr. 2025.

VAN TIGGELEN, H. *et al.* The prevalence and associated factors of skin tears in Belgian nursing homes: A cross-sectional observational study. **Journal of Tissue Viability**, v. 28, n. 2, p. 100-106, maio 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965206X19300036>. Acesso em: 10 abr. 2025.

VANZI, V.; LEBLANC, K. Skin tears in the aging population: remember the 5 Ws. **EWMA Journal**, v. 19, n. 1, p. 15-20, 2018.

VÖLZER, B. et al. Prevalence and associations of xerosis cutis, incontinence-associated dermatitis, skin tears, pressure ulcers, and intertrigo in aged nursing home residents: A representative prevalence study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 141, p. 104472, maio 2023. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104472. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748923000403>. Acesso em: 10 abr. 2025.

XU, J. *et al.* Prevalence and influencing factors of skin tears in older adults: A systematic review and meta-analysis. **Geriatric Nursing**, v. 61, p. 491-498, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.12.024>. Acesso em: 10 abr. 2025.

XU, X. *et al.* The current management of skin tears. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 27, n. 6, p. 729-733, 2009. Disponível em: doi: 10.1016/j.ajem.2008.05.015. Acesso em: 10 abr. 2025.

WANG, G. *et al.* Assessing Skin Tear Knowledge Among Nurses: A Multicentre Cross-Sectional Survey. **Journal of Clinical Nursing**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.17463>. Acesso em: 10 abr. 2025.

WERTH, S. L.; JUSTICE, R. The Prevalence of Skin Tears in an Acute Care Hospital: A Quality Improvement Project. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000001103>. Acesso em: 27 nov. 2023.

WHITE, W. Skin tears: a descriptive study of the opinions, clinical practice and knowledge base of RNs caring for the aged in high care residential facilities. **Primary Intention: The Australian Journal of Wound Management**, v. 9, n. 4, p. 138-149, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.3316/informit.772287427077109>. Acesso em: 08 out. 2023.

WHITE, M. W.; KARAM, S.; COWELL, B. Skin tears in frail elders: a practical approach to prevention. **Geriatric Nursing**, v. 15, n. 2, p. 95-99, 1994.

WOLLINA, U. *et al.* Dermatoporosis – the chronic cutaneous fragility syndrome. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, v. 7, n. 18, p. 3046-3049, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.766>. Acesso em: 10 nov. 2023.

WOO, K. *et al.* Exploration of pressure ulcer and related skin problems across the spectrum of health care settings in Ontario using administrative data. **International Wound Journal**, v. 14, n. 1, p. 24-30, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.12535>. Acesso em: 08 out. 2023.

WOO, K.; LEBLANC, K. Prevalence of skin tears among frail older adults living in Canadian long-term care facilities. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 24, n. 6, p. 288-294, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.6.288>. Acesso em: 08 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Diseases 11th Revision: the global standard for diagnostic health information**. 2023. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 06 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094325>. Acesso em: 27 nov. 2024.

WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945903252998>. Acesso em: 04 nov. 2019.

YANG, S. *et al.* Prevalence and incidence of skin tear in older adults: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Tissue Viability**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2024.06.010>. Acesso em: 27 nov. 2024.

YOUSEF, H. *et al.* **Anatomy, Skin (Integument), Epidermis**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470464/>. Acesso em: 27 nov. 2024.

APÊNDICE A – ETAPAS 1 E 2 DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

ITEM	INSTRUMENTO VERSÃO ORIGINAL	TRADUÇÃO 1 - ESPECIALISTA	TRADUÇÃO 2 - LEIGO	DISCUSSÕES	VERSÃO T12
1	Skin tear knowledge assessment instrument (OASES)	Instrumento de avaliação de conhecimento sobre lacerações cutâneas (OASES)	Instrumento de avaliação de conhecimento de ruptura da pele (OASES)	O termo <i>Skin Tear</i> foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015). A frase “avaliação de conhecimento” foi troçada para o artigo definido “do” que sugere algo mais delimitado, indicando a avaliação de um conhecimento específico ou previamente definido.	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre lesão por fricção (OASES)
2	DOMAIN 1: AETIOLOGY	DOMÍNIO 1: ETIOLOGIA	DOMÍNIO 1: ETIOLOGIA	Traduções coincidentes.	DOMÍNIO 1: ETIOLOGIA
3	1.What is a skin tear?	1. O que é uma laceração cutânea?	1. O que é a ruptura na pele?	O termo <i>Skin Tear</i> foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção e validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	1. O que é uma lesão por fricção?
4	a. A traumatic wound caused by mechanical forces, including removal of adhesives*	a. Uma ferida traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos.*	a. Um machucado de origem traumática causado por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos.*	O termo “machucado” é usado de forma ampla, podendo incluir lesões superficiais (como hematomas).	a. Uma ferida traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos.*

				O termo “ferida” é específico, usado para descrever lesões abertas ou rupturas de tecido.	
5	b. A traumatic wound caused by chemical/biological irritants.	b. Uma ferida traumática causada por irritantes químicos/biológicos.	b. Um machucado de origem traumática causado por estímulos químicos/biológicos.	O termo “machucado” é usado de forma ampla, podendo incluir lesões superficiais (como hematomas). O termo “ferida” é específico, usado para descrever lesões abertas ou rupturas de tecido. O termo “irritantes” tem foco nas reações adversas causadas por substâncias químicas/biológicas.	b. Uma ferida traumática causada por irritantes químicos/biológicos.
6	c. A chronic wound caused by moisture, friction and shear.	c. Uma ferida crônica causada por umidade, fricção e cisalhamento.	c. Um machucado crônico causado por umidade, fricção e cisalhamento.	O termo “machucado” é usado de forma ampla, podendo incluir lesões superficiais (como hematomas). O termo “ferida” é específico, usado para descrever lesões abertas ou rupturas de tecido.	c. Uma ferida crônica causada por umidade, fricção e cisalhamento.
7	d. A chronic wound caused by pressure or pressure in combination with shear.	d. Uma ferida crônica causada por pressão ou pela combinação entre pressão e cisalhamento.	d. Um machucado crônico causado por pressão com ou sem cisalhamento.	O termo “machucado” é usado de forma ampla, podendo incluir lesões superficiais (como hematomas). O termo “ferida” é específico, usado para descrever lesões abertas ou rupturas de tecido.	d. Uma ferida crônica causada por pressão ou pela combinação entre pressão e cisalhamento.
8	2. How does the ageing process affect	2. Como o processo de envelhecimento afeta a fisiologia da pele?	2. Como o envelhecimento afeta a fisiologia da pele?	O termo “processo de envelhecimento” refere-se a uma série de	2. Como o processo de envelhecimento afeta a fisiologia da pele?

	the physiology of the skin?			mudanças biológicas, físicas e funcionais que ocorrem no corpo humano ao longo do tempo.	
9	a. Increased sweat gland function.	a. Causa o aumento da função das glândulas sudoríparas.	a. Aumento da função das glândulas sudoríparas.	O termo “Causa” provoca diretamente um evento ou resultado, relação clara de causa e efeito.	a. Causa o aumento da função das glândulas sudoríparas.
10	b. Increased skin elasticity.	b. Causa o aumento da elasticidade cutânea.	b. Aumento de elasticidade da pele.	O termo “da pele” é uma expressão mais comum e utilizada no cotidiano.	b. Causa o aumento da elasticidade da pele.
11	c. Increased amount of subcutaneous fat.	c. Causa o aumento da quantidade de gordura subcutânea.	c. Aumento da gordura subcutânea.	A frase “o aumento da quantidade de” destaca o aspecto numérico ou volumétrico.	c. Causa o aumento da quantidade de gordura subcutânea.
12	d. Flattening of the dermo-epidermal junction*	d. Causa o achatamento da junção dermoepidérmica.*	d. Achatamento da junção dermica-epidermica.*	O termo “junção dermoepidérmica” é mais técnica e científica.	d. Causa o achatamento da junção dermoepidérmica.*
13	3. Which factor is associated with dry skin in an elderly population?	3. Qual fator está associado à pele seca em uma população idosa?	3. Qual fator é associado com pele ressecada nos idosos?	O termo “está associado” indica que uma condição pode ocorrer devido a um fator, neste caso, a diminuição das glândulas sudoríparas.	3. Qual fator está associado à pele seca em uma população idosa?
14	a. Increased activity of sweat glands.	a. O aumento da atividade das glândulas sudoríparas.	a. Aumento da atividade da glândula de suor.	Utilizado o artigo “O” pois “aumento” é um substantivo masculino, pode vir acompanhado do artigo masculino “o”. O termo “glândulas sudoríparas” é mais técnico e científico.	a. O aumento da atividade das glândulas sudoríparas.
15	b. Decreased activity of sebaceous glands.*	b. A diminuição da atividade das glândulas sebáceas.*	b. Atividade diminuída da glândula sebácea.*	A frase “diminuição da atividade” é a expressão mais natural e comum	b. A diminuição da atividade das glândulas sebáceas.*

				para descrever a redução de uma função ou ação.	
16	c. Increased collagen synthesis.	c. O aumento da síntese de colágeno.	c. Síntese de colágeno aumentada.	A expressão “o aumento da” é mais fluida e frequentemente utilizada em contextos gerais.	c. O aumento da síntese de colágeno.
17	d. Decreased production of elastin.	d. A diminuição da produção de elastina.	d. Produção de elastina diminuída.	A expressão “a diminuição da” é mais fluida e frequentemente utilizada em contextos gerais.	d. A diminuição da produção de elastina.
18	DOMAIN 2: CLASSIFICATION AND OBSERVATION	DOMÍNIO 2: CLASSIFICAÇÃO E OBSERVAÇÃO	DOMÍNIO 2: CLASSIFICAÇÃO E OBSERVAÇÃO	Traduções coincidentes.	DOMÍNIO 2: CLASSIFICAÇÃO E OBSERVAÇÃO
19	4. Which information should be documented when doing the assessment of skin tears?	4. Quais informações devem ser documentadas ao avaliar as lacerações cutâneas?	4. Qual informação deve ser documentada na avaliação de uma ruptura de pele?	O termo <i>Skin Tear</i> foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção e validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	4. Quais informações devem ser documentadas ao avaliar lesões por fricção?
20	1. Cause, length, width, depth and pain.	1. Causa, comprimento, largura, profundidade e dor.	1. Causa, comprimento, largura, profundidade e dor.	Traduções coincidentes.	1. Causa, comprimento, largura, profundidade e dor.
21	2. Type and amount of exudate, integrity of surrounding skin, and medication.	2. Tipo e quantidade de exsudato, integridade da pele circundante e medicação.	2. Tipo e quantidade de suor, integridade da pele ao redor, e medicação.	O termo “exsudato” é um fluido que se acumula em áreas de inflamação ou lesão. Já “suor” é produzido pelas glândulas sudoríparas presentes na pele, principalmente em resposta ao calor, esforço físico ou estresse.	2. Tipo e quantidade de exsudato, integridade da pele circundante e medicação.

				O termo “integridade da pele circundante” é mais técnico e formal, adequado para contextos médicos e científicos.	
22	3. General health status, nutrition, and mental health status.	3. Estado geral de saúde, nutrição e estado de saúde mental.	3. Estado de saúde geral, nutrição, e estado de saúde mental.	O ISTAP (Painel Consultivo Internacional de Lesões por fricção) utiliza o termo “estado geral de saúde”.	3. Estado geral de saúde, nutrição e estado de saúde mental.
23	a. 1 & 2	a. 1 e 2	a. 1 e 2	Traduções coincidentes.	a. 1 e 2
24	b. 2 & 3	b. 2 e 3	b. 2 e 3	Traduções coincidentes.	b. 2 e 3
25	c. 1 & 3	c. 1 e 3	c. 1 e 3	Traduções coincidentes.	c. 1 e 3
26	d. 1, 2 & 3*	d. 1, 2 e 3*	d. 1, 2 e 3*	Traduções coincidentes.	d. 1, 2 e 3*
27	5. Classify this skin tear using the International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) Classification System (2019).	5. Classifique esta laceração cutânea usando o Sistema de Classificação do Painel Consultivo Internacional de Lacerações Cutâneas (ISTAP) (2019).	5. Classifique a ruptura da pele na imagem usando a classificação do Painel de consultoria de Ruptura de pele (ISTAP) (2019).	O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção e validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015). ISTAP = Painel Consultivo Internacional de Lesões por fricção.	5. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação do Painel Consultivo Internacional de Lesões por fricção (ISTAP) (2019).
28	a. Type 1 skin tear – No skin loss	a. Laceração cutânea tipo 1 — Sem perda cutânea.	a. Tipo 1 - sem perda da pele.	Classificação adaptada para o Brasil por Silva <i>et al.</i> (2018).	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.
29	b. Type 2 skin tear – Partial flap loss	b. Laceração cutânea tipo 2 — Perda parcial do retalho.	b. Tipo 2 - perda parcial de tecido.	Classificação adaptada para o Brasil por Silva <i>et al.</i> (2018).	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.
30	c. Type 3 skin tear – Total flap loss*	c. Laceração cutânea tipo 3 — Perda total do retalho.*	c. Tipo 3 - perda total de tecido.*	Classificação adaptada para o Brasil por Silva <i>et al.</i> (2018).	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo*
31	d. Unstageable	d. Não classificável.	d. Incontrolável	O termo “não classificável” se refere ao sistema de	d. Não classificável.

				classificação na qual a pessoa não consegue classificar qual o tipo de lesão.	
32	6. Which picture is a type 1 skin tear according to the ISTAP Classification System (2019)?	6. Qual imagem é uma laceração cutânea tipo 1 de acordo com o Sistema de Classificação ISTAP (2019)?	6. Qual figura é um tipo 1 de ruptura de pele de acordo com a classificação do ISTAP (2019)?	O termo “imagem” é mais abrangente, refere-se a qualquer tipo de representação visual, fotografia, ilustrações.	6. Qual imagem é uma lesão por fricção tipo 1 de acordo com o Sistema de Classificação ISTAP (2019)?
33	7. Classify this skin tear using the ISTAP Classification System (2019).	7. Classifique esta laceração cutânea usando o Sistema de Classificação ISTAP (2019).	7. Classifique esta ruptura da pele usando a classificação do ISTAP (2019).	O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção e validado por Strazzeri-Pulido, Santos e Carville (2015). Sistema de classificação ISTAP.	7. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação ISTAP (2019).
34	a. Type 1 skin tear – No skin loss	a. Laceração cutânea tipo 1 — Sem perda cutânea.	a. Tipo 1 - sem perda da pele.	Classificação adaptada para o Brasil por Silva <i>et al.</i> (2018).	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.
35	b. Type 2 skin tear – Partial flap loss*	b. Laceração cutânea tipo 2 — Perda parcial do retalho.*	b. Tipo 2 - perda parcial de tecido.*	Classificação adaptada para o Brasil por Silva <i>et al.</i> (2018).	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.*
36	c. Type 3 skin tear – Total flap loss	c. Laceração cutânea tipo 3 — Perda total do retalho.	c. Tipo 3 - perda total de tecido.	Classificação adaptada para o Brasil por Silva <i>et al.</i> (2018).	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo.
37	d. Unstageable	d. Não classificável.	d. Incontrolável.	O termo “não classificável” se refere ao sistema de classificação na qual a pessoa não consegue classificar qual o tipo de lesão.	d. Não classificável.
38	DOMAIN 3: RISK ASSESSMENT	DOMÍNIO 3: AVALIAÇÃO DE RISCO	DOMÍNIO 3 - AVALIAÇÃO DE RISCO	Traduções coincidentes.	DOMÍNIO 3 - AVALIAÇÃO DE RISCO
39	8. Why are neonates at risk of developing a skin tear?	8. Por que os neonatos correm o risco de	8. Por que recém-nascidos estão em risco	O termo “neonatos” é mais utilizado em contextos formais,	8. Por que os neonatos correm o risco de

		desenvolver uma laceração cutânea?	desenvolver ruptura de pele?	médicos ou técnicos. O termo “recém-nascido” mais comum em linguagem cotidiana. O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção e validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	desenvolver uma lesão por fricção?
40	a. They have a limited blood supply to the extremities.	a. Eles têm um suprimento sanguíneo limitado para as extremidades.	a. Eles têm suprimento de sangue limitado nas extremidades.	Trocado “Eles têm” para “Eles possuem”, que também indica posse e é um pouco mais formal, geralmente usado em contextos que exigem mais precisão, como documentos ou textos acadêmicos. O termo “sanguíneo” é o adjetivo que descreve o tipo de suprimento (relacionado ao sangue). Portanto, é a escolha mais apropriada gramaticalmente. A frase “para as extremidades” indica movimento ou direção, em direção às extremidades. A frase “nas extremidades” refere-se a algo que já está localizado ou ocorre nas extremidades.	a. Eles possuem um suprimento sanguíneo limitado para as extremidades.

41	b. They have a decreased cohesion between the epidermis and the dermis. *	b. Eles têm uma coesão reduzida entre a epiderme e a derme.*	b. Eles têm menos coesão entre derme e epiderme.*	Trocado “Eles têm” para “Eles possuem”, que também indica posse e é um pouco mais formal, geralmente usado em contextos que exigem mais precisão, como documentos ou textos acadêmicos. A frase “uma coesão reduzida” é mais formal e precisa, indica que a coesão foi diminuída ou enfraquecida, como resultado de algum processo ou condição.	b. Eles possuem uma coesão reduzida entre a epiderme e a derme.*
42	c. They have an increased number of anchoring fibrils at the dermo-epidermal junction.	c. Eles têm um número maior de fibrilas de ancoragem na junção dermoepidérmica.	c. Eles têm um número maior de fibras âncoras na junção da derme/epiderme.	Trocado “Eles têm” para “Eles possuem”, que também indica posse e é um pouco mais formal, geralmente usado em contextos que exigem mais precisão, como documentos ou textos acadêmicos. O termo “fibrilas de ancoragem” são estruturas especializadas da matriz extracelular que desempenham um papel essencial na fixação da epiderme à derme na pele. O termo “dermoepidérmica” é mais técnico e formal, adequado para contextos médicos e científicos.	c. Eles possuem um número maior de fibrilas de ancoragem na junção dermoepidérmica.

43	d. They have an increased number of elastic fibers in the dermis.	d. Eles têm um número maior de fibras elásticas na derme.	d. Eles têm um maior número de fibras elásticas na derme.	Trocado “Eles têm” para “Eles possuem”, que também indica posse e é um pouco mais formal, geralmente usado em contextos que exigem mais precisão, como documentos ou textos acadêmicos. O termo “um número maior de” refere-se a um número que é maior em comparação a outro.	d. Eles possuem um número maior de fibras elásticas na derme.
44	9. Why is the long-term use of corticosteroids a risk factor for developing a skin tear?	9. Por que o uso prolongado de corticosteroides é um fator de risco para o desenvolvimento de uma laceração cutânea?	9. Por que o uso prolongado de corticóides é um fator de risco para a ruptura de pele?	O termo “corticosteroides”: subclasse dos corticoides, refere-se especificamente aos hormônios produzidos pelo córtex adrenal e suas versões sintéticas usadas em tratamentos médicos. O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção e validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	9. Por que o uso prolongado de corticosteroides é um fator de risco para o desenvolvimento de uma lesão por fricção?
45	a. They are associated with skin atrophy. *	a. Eles estão associados à atrofia cutânea.*	a. Eles estão associados à atrofia da pele.*	O termo “da pele” é uma expressão mais comum e utilizada no cotidiano.	a. Eles estão associados à atrofia da pele.*
46	b. They are associated with an increase in collagen production.	b. Eles estão associados a um aumento na produção de colágeno.	b. Estão associados a um aumento da produção de colágeno.	O termo “aumento da produção” é mais precisa e formal. O uso de “da” indica que o aumento está	b. Eles estão associados a um aumento da produção de colágeno.

				relacionado a uma quantidade específica de produção.	
47	c. They are associated with an increased risk of bleeding.	c. Eles estão associados a um aumento no risco de hemorragia.	c. Estão associados a um aumento do risco de sangramento.	O termo “hemorragia” é mais específico e frequentemente indica uma situação mais grave que necessita de cuidados médicos, enquanto “sangramento” pode ser usado de forma mais ampla e casual.	c. Eles estão associados a um aumento do risco de sangramento.
48	d. They are associated with a reduced immune system.	d. Eles estão associados a um sistema imunológico reduzido.	d. Estão associados a um sistema imune reduzido.	O termo “sistema imunológico” é mais formal e técnico, adequado para contextos médicos e científicos.	d. Eles estão associados a um sistema imunológico reduzido.
49	DOMAIN 4: PREVENTION	DOMÍNIO 4: PREVENÇÃO	DOMÍNIO 4: PREVENÇÃO	Traduções coincidentes.	DOMÍNIO 4: PREVENÇÃO
50	10. Which of the following preventive measures is appropriate for a patient in a wheelchair with a skin tear on the lower limb?	10. Qual das seguintes medidas preventivas é apropriada para um paciente em cadeira de rodas com uma laceração cutânea no membro inferior?	10. Qual das seguintes medidas de prevenção é indicada para um paciente em cadeira de rodas com uma ruptura na pele em um membro inferior?	O termo “medidas preventivas” é a forma mais comum e direta de descrever ações voltadas para prevenir possíveis problemas, especialmente em contextos de saúde e cuidados. O termo “apropriado” identifica a medida que melhor se adequa à situação geral ou ao contexto. O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido,	10. Qual das seguintes medidas preventivas é apropriada para um paciente em cadeira de rodas com uma lesão por fricção no membro inferior?

				Santos e Carville (2015).	
51	a. Pad the wheelchair leg supports. *	a. Acolchoar os apoios das pernas da cadeira de rodas.*	a. Acionar o suporte para pernas da cadeira de rodas.*	O termo “Acolchoar” indica o ato de revestir uma superfície com camadas de material suave, criando um efeito acolchoado.	a. Acolchoar os apoios das pernas da cadeira de rodas.*
52	b. Clean the skin with a detergent soap.	b. Limpar a pele com sabão detergente.	b. Limpar a pele com detergente.	Traduções coincidentes.	b. Limpar a pele com sabão detergente.
53	c. Rub the skin dry to increase circulation.	c. Esfregar a pele seca para aumentar a circulação.	c. Esfregar a pele seca para aumentar a circulação.	Traduções coincidentes.	c. Esfregar a pele seca para aumentar a circulação.
54	d. Apply an iodine-based dressing.	d. Aplicar um curativo à base de iodo.	d. Aplicar solução baseada em iodo.	O termo “curativo à base de iodo” refere-se a um tipo de curativo que contém iodo em sua composição e é utilizado para tratar feridas.	d. Aplicar um curativo à base de iodo.
55	11. Why are skin moisturisers applied to prevent skin tears?	11. Por que os hidratantes de pele são aplicados para prevenir as lacerações cutâneas?	11. Por que hidratantes são aplicados para prevenir lesões na pele?	Trocado para “hidratantes para a pele” pois se refere a produtos destinados a hidratar a pele, ou seja, a fornecer umidade e manter a pele saudável e bem hidratada. O termo “Skin Tear” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	11. Por que os hidratantes para a pele são aplicados para prevenir as lesões por fricção?

56	a. They prevent the skin from cracking and fissuring.	a. Eles impedem que a pele rache e fissure.	a. Previnem a pele de partir e rachar.	O termo “previnem” se refere a evitar algo antes que aconteça.	a. Eles previnem que a pele rache e fissure.
57	b. They replenish natural skin moisture.*	b. Eles repõem a umidade natural da pele.*	b. Retomam a umidade natural da pele.*	O termo “repõem” significa restaurar ou reabastecer algo que foi perdido ou diminuído, o que é exatamente o caso da umidade natural da pele.	b. Eles repõem a umidade natural da pele.*
58	c. They act as a barrier against microbial invasion and physical injuries.	c. Eles agem como uma barreira contra invasão microbiana e lesões físicas.	c. Agem como barreira contra invasão microbiótica e lesão física.	O termo “invasão microbiana” refere-se a microrganismos (como bactérias, vírus, fungos), que são os agentes responsáveis pela invasão no contexto de infecções e contaminações.	c. Eles agem como uma barreira contra invasão microbiana e lesões físicas.
59	d. They accelerate skin cell turnover.	d. Eles aceleram a renovação das células epiteliais.	d. Aceleram a renovação das células da pele.	A frase “renovação celular da pele” é mais técnica e científica.	d. Eles aceleram a renovação celular da pele.
60	12. CASE: Mr. Scott, 85 years old, nursing home resident. Medical history: Incontinence, dementia, multiple falls, dependence for activities of daily living (ADLs). Multiple small skin tears on both legs and senile purpura on both arms are observed. Which of the following interventions should be part of his care	12. CASO: Sr. Scott, 85 anos, residente de uma casa de repouso. Histórico médico: Incontinência, demência, múltiplas quedas, dependência para atividades da vida diária (AVDs). Observou-se a presença de múltiplas lacerações cutâneas pequenas em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços. Qual das seguintes intervenções deve fazer parte do seu plano de cuidados para	12. CASO: Sr. Scott, 85 anos, reside em uma casa de repouso. Histórico médico: incontinência, demência, várias quedas, dependência para atividades do dia-a-dia. Várias lesões de pele nas duas pernas e manchas púrpuras em ambos os braços. Qual das intervenções a seguir devem fazer parte do plano de cuidado para prevenir novas lesões de pele?	O termo “múltiplas quedas” é mais formal e específico. Trocado a frase “Observou-se a presença de múltiplas lacerações cutâneas pequenas em ambas as pernas” para “Observou-se a presença de lesões por fricção em ambas as pernas” mais direta e concisa. O termo “púrpura senil” é mais técnico e científico.	12. CASO: Sr. Scott, 85 anos, residente de uma casa de repouso. Histórico médico: incontinência, demência, múltiplas quedas, dependência para atividades da vida diária (AVDs). Observou-se a presença de lesões por fricção em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços. Qual das seguintes intervenções deve fazer parte do seu plano de cuidados para prevenir a ocorrência de novas lesões por fricção?

	plan to prevent occurrence of new skin tears?	prevenir a ocorrência de novas lacerações cutâneas?		O termo “Dependência para atividades da vida diária (AVD)” são tarefas básicas de autocuidado amplamente discutidas na literatura científica. O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	
61	a. Encouraging active involvement in ADLs, daily bathing using soap, moisturising the skin.	a. Incentivar o envolvimento ativo em AVDs, banhar-se diariamente com sabão e hidratar a pele.	a. Encorajar a participação ativa nas atividades do dia-a-dia, banho diário com sabão, hidratação da pele.	A frase “incentivar o envolvimento ativo” é mais técnica e institucional. O termo “Atividades da vida diária (AVD)” são tarefas básicas de autocuidado amplamente discutidas na literatura científica. A frase “o banho diário” torna mais impessoal.	a. Incentivar o envolvimento ativo nas AVDs, o banho diário com uso de sabão, e a hidratação da pele.
62	b. Ensuring a safe environment (e.g. adequate lighting), daily bathing, non-adherent dressings with silicone coating on skin tears.	b. Proporcionar um ambiente seguro (por exemplo, iluminação adequada), banhar-se diariamente e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone em lacerações cutâneas.	b. Garantia da segurança do ambiente (iluminação adequada), banho diário, soluções não pegajosas com capa de silicone nas lesões de pele.	A frase “Proporcionar um ambiente seguro” sugere um esforço para criar condições favoráveis. A frase “banho diário” torna mais impessoal. O termo “curativo não aderente com revestimento de silicone” refere-se a um tipo de curativo	b. Proporcionar um ambiente seguro (por exemplo, iluminação adequada), banho diário, e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone nas lesões por fricção.

				utilizado para tratar feridas. O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	
63	c. Wearing protective clothing, moisturising the skin, non-adherent dressings with silicone coating on skin tears.*	c. Usar roupas de proteção, hidratar a pele e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone em lacerações cutâneas.*	c. Vestindo roupas protetoras, hidratando a pele, e usando soluções não pegajosas com capa de silicone nas lesões de pele.*	A frase “usar roupas de proteção” enfatiza a ação de colocar em prática ou utilizar roupas específicas para proteção. O termo “curativo não aderente com revestimento de silicone” refere-se a um tipo de curativo utilizado para tratar feridas. O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	c. Usar roupas de proteção, hidratar a pele e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone em lesões por fricção.*
64	d. Applying padding on furniture (e.g. table edges), daily bathing, hydrocolloid dressings on skin tears.	d. Proteger as quinas dos móveis (por exemplo, as bordas das mesas), banhar-se diariamente e aplicar curativos hidrocoloides em lacerações cutâneas.	d. Usando proteções nos móveis (quinas de mesas), banho diário, soluções hydrocolloid nas lesões.	Trocado para “instalar proteção nos móveis” porque indica a ação de colocar as proteções nos móveis. O termo “curativos hidrocoloides” refere-se a um tipo de curativo utilizado para tratar feridas.	d. Instalar proteção nos móveis (por exemplo: quinas de mesas), banho diário, e aplicar curativos hidrocoloides nas lesões por fricção.

				O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	
65	13. A humectant (e.g. urea) supports skin hydration. Why?	13. Um umectante (por exemplo, ureia) auxilia na hidratação da pele. Por quê?	13. Umectantes (ureia) ajudam na hidratação da pele, por quê?	O termo “auxilia” é mais formal e técnico, comum em textos científicos ou profissionais.	13. Um umectante (por exemplo: ureia) auxilia na hidratação da pele. Por quê?
66	a. It draws water from the epidermis to the dermis to increase the levels of moisturisation in the dermo-epidermal junction.	a. Ele atrai a água da epiderme para a derme para aumentar os níveis de hidratação na junção dermoepidérmica.	a. Retira água da epiderme para a derme aumentando o nível de hidratação na junção derme-epiderme.	A frase “Ele atrai a água da epiderme para a derme” sugere um processo ativo de atração, como se houvesse um mecanismo que promove a movimentação da água. É uma forma mais suave e positiva de descrever o processo.	a. Ele atrai a água da epiderme para a derme para aumentar os níveis de hidratação na junção dermoepidérmica.
67	b. It draws water from the dermis to the epidermis and compensates for the reduced levels of natural moisturisers in the skin. *	b. Ele atrai a água da derme para a epiderme e compensa os níveis reduzidos de hidratantes naturais na pele.*	b. Retira água da derme para a epiderme, e compensa pelo nível reduzido de hidratante natural na pele.*	A frase “Ele atrai a água da derme para a epiderme” sugere um processo ativo de atração, como se houvesse um mecanismo que promove a movimentação da água. É uma forma mais suave e positiva de descrever o processo.	b. Ele atrai a água da derme para a epiderme e compensa os níveis reduzidos de hidratantes naturais na pele.*
68	c. It traps moisture into the skin and	c. Ele retém a umidade na pele e reduz a perda de água por evaporação.	c. Prende a umidade na pele, e reduz a perda de água por evaporação.	O termo “retém” significa manter ou segurar, e neste contexto	c. Ele retém a umidade na pele e reduz a perda de água por evaporação.

	reduces water loss by evaporation.			sugere que a umidade é preservada na pele, o que é positivo e transmite a ideia de hidratação e proteção.	
69	d. It softens the skin to aid absorption of moisture.	d. Ele amacia a pele para auxiliar na absorção de umidade.	d. Amacia a pele e ajuda na absorção de umidade.	O termo "ele amacia" implica em tornar a pele mais suave e flexível, o que facilita a absorção de produtos hidratantes ou de umidade. O termo "auxilia" é mais formal e técnico, comum em textos científicos ou profissionais.	d. Ele amacia a pele para auxiliar na absorção de umidade.
70	14. What is NOT an effective intervention to prevent skin tears?	14. Qual destas NÃO é uma intervenção eficaz para prevenir lacerações cutânea?	14. O que NÃO é uma intervenção efetiva para prevenir lesões de pele?	O termo "eficaz" se refere diretamente a algo que produz o resultado desejado – no caso, a prevenção de lesões por fricção. Já "efetiva" se relaciona com algo que foi realizado ou colocado em prática, mas não necessariamente com sucesso. O termo " <i>Skin Tear</i> " foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	O que NÃO é uma intervenção eficaz para prevenir lesões por fricção?
71	a. The use of soap to cleanse the skin. *	a. O uso de sabão para limpar a pele.*	a. O uso de sabão para limpar a pele.*	Traduções coincidentes.	a. O uso de sabão para limpar a pele.*

72	b. The use of long sleeves and trousers to add a layer of protection to the extremities.	b. O uso de mangas compridas e calças para adicionar uma camada de proteção às extremidades.	b. O uso de calça mangas longas e calças para adicionar uma camada de proteção às extremidades.	O termo “mangas compridas” é mais utilizada e soa mais familiar para descrever o comprimento das mangas em roupas.	b. O uso de mangas compridas e calças para adicionar uma camada de proteção às extremidades.
73	c. The use of padding on bed rails, wheelchair arm/leg supports and other equipment to minimise the risk of potential trauma.	c. O uso de acolchoamento nas grades da cama, nos apoios para braços/pernas da cadeira de rodas e outros equipamentos para minimizar o risco de possível trauma.	c. O uso de proteções nas camas, cadeiras e rodas, e outros equipamentos para minimizar o risco de trauma.	O termo “Acolchoamento” indica o ato de revestir uma superfície com camadas de material suave, criando um efeito acolchoado. Tradutor especialista descreve de maneira detalhada em quais locais fazer o acolchoamento.	c. O uso de acolchoamento nas grades da cama, nos apoios para braços/pernas da cadeira de rodas e outros equipamentos para minimizar o risco de possível trauma.
74	d. The use of pillows and blankets to support dangling arms and legs.	d. O uso de travesseiros e cobertores para apoiar braços e pernas pendurados.	d. O uso de travesseiros e cobertas para suportar braços e pernas pendurados.	Trocado a palavra “pendurados” para “pendentes” pois descreve de forma mais precisa a posição de algo que está suspenso ou não apoiado.	d. O uso de travesseiros e cobertores para apoiar braços e pernas pendentes.
75	15. What is effective to reduce the risk of developing a skin tear?	15. O que seria eficaz para reduzir o risco de desenvolver uma laceração cutânea?	15. O que é efetivo para reduzir o risco de desenvolvimento de lesões de pele?	O termo “eficaz” se refere diretamente a algo que produz o resultado desejado – no caso, a prevenção de lesões por fricção. Já “efetivo” se relaciona com algo que foi realizado ou colocado em prática, mas não necessariamente com sucesso. O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil	O que é eficaz para reduzir o risco de desenvolver uma lesão por fricção?

				como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	
76	a. Rub the patient's skin to ensure it is dry after bathing.	a. Esfregar a pele do paciente para garantir que esteja seca após o banho.	a. Esfregar a pele do paciente depois do banho para garantir que está seca.	Tradução do especialista é mais clara e técnica.	a. Esfregar a pele do paciente para garantir que esteja seca após o banho.
77	b. Bath the patient every day and pat the patient's skin dry.	b. Dar banho no paciente todos os dias e secar gentilmente a sua pele com leves batidinhas.	b. Banhar diariamente e secar a pele do paciente.	A frase "todos os dias" é uma forma mais coloquial. A frase "secar gentilmente a sua pele com leves batidinhas" é mais específica e transmite a ideia de que o processo deve ser feito com cuidado.	b. Dar banho no paciente todos os dias e secar gentilmente a sua pele com leves batidinhas.
78	c. Bath the patient every day and use soft cloths and towels.	c. Dar banho no paciente todos os dias e usar panos e toalhas macios.	c. Dar banho no paciente diariamente e usar tecidos macios e toalhas.	A frase "todos os dias" é uma forma mais coloquial. A frase "usar panos e toalhas macios" é mais clara e direta.	c. Dar banho no paciente todos os dias e usar panos e toalhas macios.
79	d. Minimise the frequency of bathing, if possible. *	d. Diminuir a frequência dos banhos, se possível.*	d. Diminuir a frequência dos banhos, se possível.*	Traduções coincidentes.	d. Diminuir a frequência dos banhos, se possível.*
80	DOMAIN 5: TREATMENT	DOMÍNIO 5: TRATAMENTO	DOMÍNIO 5: TRATAMENTO	Traduções coincidentes.	DOMÍNIO 5: TRATAMENTO
81	16. CASE: A nurse removes an intravenous catheter. A skin tear is caused as a result of this action. What do you consider to be appropriate care for this patient?	16. CASO: Uma enfermeira removeu um cateter intravenoso. Uma laceração cutânea é causada como resultado dessa ação. O que você considera ser o cuidado apropriado para esse paciente?	16. CASO: um enfermeiro remove um cateter intravenoso. Uma ruptura na pele é causada por esta ação. O que você considera ser o tratamento apropriado para este paciente?	O termo "remove" deixa a ação no presente. O termo "Skin Tear" foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	16. CASO: Uma enfermeira remove um cateter intravenoso. Uma lesão por fricção é causada como resultado dessa ação. O que você considera ser o tratamento apropriado para esse paciente?

				A frase “O que você considera ser um tratamento apropriado para esse paciente?” sugere um enfoque mais específico, voltado para intervenções ou procedimentos diretamente relacionados ao tratamento da lesão.	
82	a. Control bleeding, cleanse the wound, re-approximate the skin edges with adhesive strips, manage infection/inflammation and exudate, and apply a gauze dressing and re-assess in 24 hours.	a. Controlar a hemorragia, limpar a ferida, reaproximar as bordas da pele com tiras adesivas, controlar a infecção/inflamação e o exsudato, aplicar um curativo de gaze e reavaliar em 24 horas.	a. Controle da hemorragia, limpeza da ferida, realinhamento dos limites da pele com fitas adesivas, controle de infecção/inflamação e suor, uso de gaze e reavaliação em 24 horas.	O termo “hemorragia” é mais específico e frequentemente indica uma situação mais grave que necessita de cuidados médicos, enquanto “sangramento” pode ser usado de forma mais ampla e casual.	a. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar as bordas da pele com tiras adesivas, controlar a infecção/inflamação e o exsudato, aplicar um curativo de gaze e reavaliar em 24 horas.
83	b. Control bleeding, cleanse the wound, re-approximate the remaining viable flap using a dampened cotton tip, manage infection/inflammation and exudate, and apply a non-adhesive dressing. *	b. Controlar a hemorragia, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando uma ponta de algodão umedecida, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo não adesivo.*	b. Controle da hemorragia, limpeza da ferida, realinhamento dos tecidos viáveis remanescentes com cotonetes úmidos, controle de infecção/inflamação e suor, e uso de soluções não adesivas.*	O termo “hemorragia” é mais específico e frequentemente indica uma situação mais grave que necessita de cuidados médicos, enquanto “sangramento” pode ser usado de forma mais ampla e casual.	b. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando uma ponta de algodão umedecida, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo não adesivo.*
84	c. Control bleeding by applying pressure firmly, cleanse the wound, debride the skin flap, manage infection/inflammation and exudate, and apply a film dressing.	c. Controlar a hemorragia pressionando firmemente, limpar a ferida, desbridar o retalho cutâneo, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo de filme.	c. Controle da hemorragia exercendo pressão, limpeza da ferida, debride dos tecidos, controle de infecção/inflamação e suor, e aplicação papel filme.	O termo “hemorragia” é mais específico e frequentemente indica uma situação mais grave que necessita de cuidados médicos, enquanto “sangramento” pode ser	c. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, desbridar o retalho cutâneo, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo de filme.

				usado de forma mais ampla e casual. O termo “retalho cutâneo” foi definido como uma porção da pele (epiderme/derme) que é separada involuntariamente (parcial ou totalmente) de seu local original devido a cisalhamento, fricção e/ou força contundente (Van Tiggelen <i>et al.</i> 2020). O termo “curativo de filme” refere-se a um tipo de curativo utilizado para tratar feridas.	
85	d. Control bleeding by applying pressure firmly, cleanse the wound, re-approximate the remaining viable flap using a gloved finger, manage infection/inflammation and exudate, and apply an iodine-based dressing.	d. Controlar a hemorragia pressionando firmemente, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando um dedo enluvado, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo à base de iodo.	d. Controle da hemorragia exercendo pressão, limpeza da ferida, realinhamento dos tecidos viáveis remanescentes com uso de luvas, controle de infecção/inflamação e suor, e uso de soluções de iodo.	O termo “hemorragia” é mais específico e frequentemente indica uma situação mais grave que necessita de cuidados médicos, enquanto “sangramento” pode ser usado de forma mais ampla e casual. O termo “retalho” foi definido como uma porção da pele (epiderme/derme) que é separada involuntariamente (parcial ou totalmente) de seu local original devido a cisalhamento, fricção e/ou força	d. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando um dedo enluvado, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo à base de iodo.

				contundente (Van Tiggelen <i>et al.</i> 2020). O termo “curativo à base de iodo” refere-se a um tipo de curativo utilizado para tratar feridas.	
86	17. Which of the following products is recommended for use in skin tears?	17. Qual dos seguintes produtos é recomendado para uso em lacerações cutâneas?	17. Qual dos seguintes produtos é recomendado para tratamento de rupturas de pele?	O termo “para tratamento” sugere um enfoque mais específico, voltado para intervenções ou procedimentos diretamente relacionados ao tratamento da lesão. O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	17. Qual dos seguintes produtos é recomendado para tratamento de lesões por fricção?
87	a. Hydrocolloid dressings.	a. Curativos hidrocoloides.	a. Soluções hydrocolloid.	O termo “curativos hidrocoloides” refere-se a um tipo de curativo utilizado para tratar feridas.	a. Curativos hidrocoloides.
88	b. Skin closure strips.	b. Tiras de fechamento de pele.	b. Tiras de fechamento de pele.	Acrescentado a palavra “adesivas”. O termo “tiras adesivas de fechamento de pele” refere-se a um tipo de curativo utilizado para tratar feridas.	b. Tiras adesivas de fechamento de pele.
89	c. Paraffin gauze.	c. Gaze de parafina.	c. Gazes de parafina.	Manter o singular	c. Gaze de parafina.

90	d. Non-adherent dressings with silicone coating*	d. Curativos não aderentes com revestimento de silicone.*	d. Soluções não aderentes com cobertura de silicone.*	O termo “curativos não aderentes com revestimento de silicone” refere-se a um tipo de curativo utilizado para tratar feridas.	d. Curativos não aderentes com revestimento de silicone.*
91	18. The ideal dressing for managing skin tears has to:	18. O curativo ideal para o tratamento de lacerações cutâneas deve:	18. A solução ideal para tratamento de rupturas de pele tem que:	O termo “curativos” refere-se a curativos no geral utilizados para tratar feridas. O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015). O termo “deve” é mais formal, sugerindo uma recomendação ou obrigação.	18. O curativo ideal para o tratamento de lesões por fricção deve:
92	1. Create a moist wound healing environment.	1. Criar um ambiente úmido para a cicatrização da ferida.	1. Criar um ambiente de cura úmido.	A frase “ambiente úmido para cicatrização” é mais técnica e científica.	1. Criar um ambiente úmido para a cicatrização da ferida.
93	2. Afford extended wear time.	2. Permitir um tempo de uso prolongado.	2. Durar um período maior.	A frase “Permitir um tempo de uso prolongado” soa mais formal e técnica, sugerindo um período de uso que é estendido ou continuado por mais tempo.	2. Permitir um tempo de uso prolongado.
94	3. Be flexible and mould to contours.	3. Ser flexível e moldar-se aos contornos.	3. Ser flexível e reformado.	A frase “moldar-se aos contornos” é mais técnica e científica.	3. Ser flexível e moldar-se aos contornos.
95	a. 1 & 2	a. 1 e 2	a. 1 e 2	Traduções coincidentes.	a. 1 e 2

96	b. 2 & 3	b. 2 e 3	b. 2 e 3	Traduções coincidentes.	b. 2 e 3
97	c. 1 & 3	c. 1 e 3	c. 1 e 3	Traduções coincidentes.	c. 1 e 3
98	d. 1, 2 & 3*	d. 1, 2 e 3*	d. 1, 2 e 3*	Traduções coincidentes.	d. 1, 2 e 3*
99	19. CASE: Type 2 skin tear (partial flap loss). After cleansing the wound bed, the following observations can be made:	19. CASO: Laceração cutânea tipo 2 (perda parcial do retalho). Após a limpeza do leito da ferida, foi possível observar o seguinte:	19. CASO: Ruptura de pele tipo 2 (perda parcial de tecido). Depois de limpar a região afetada, as seguintes observações podem ser feitas:	Classificação adaptada para o Brasil por Silva <i>et al.</i> (2018). O termo “leito da ferida” é mais técnico e científico.	19. CASO: Lesão por fricção tipo 2 (perda parcial do retalho cutâneo). Após a limpeza do leito da ferida, foi possível observar o seguinte:
100	T : Thin fibrin layer	T: Camada fina de fibrina.	T: Fina camada fibrosa.	Trocado para “fibrina” para “esfacelo”. Esfacelos são restos de tecido desvitalizado no leito da ferida que possuem uma aparência amarelada, mais úmida e mole. Fibrina é uma proteína envolvida no processo de coagulação sanguínea.	T: Camada fina de esfacelo.
101	I : No signs of local infection	I: Sem sinais de infecção local.	I: Sem sinais de infecção local.	Traduções coincidentes.	I: Sem sinais de infecção local.
102	M : Dry wound, no exudate	M: Ferida seca, sem exsudato.	M: Ferida seca sem suor.	O termo “exsudato” é um fluido que se acumula em áreas de inflamação ou lesão. Já “suor” é produzido pelas glândulas sudoríparas presentes na pele, principalmente em resposta ao calor, esforço físico ou estresse.	M: Ferida seca, sem exsudato.
103	E : Fragile surrounding skin	E: Pele circundante frágil.	E: Pele frágil ao redor.	O termo “pele circundante” é mais técnico e científico.	E: Pele circundante frágil.

104	Which treatment do you recommend after cleansing the wound bed?	Qual tratamento você recomendaria após a limpeza do leito da ferida?	Qual tratamento você indica para limpar a região?	O termo “recomendaria” sugere uma abordagem de orientação ou conselho. A frase “após a limpeza do leito da ferida” é mais técnica e científica.	Qual tratamento você recomendaria após a limpeza do leito da ferida?
105	a. Apply a non-adherent dressing with silicone coating and cover with a secondary dressing. Replace the dressings every 2-3 days and cleanse the wound thoroughly during dressing changes.	a. Aplicar um curativo não aderente com revestimento de silicone e cobri-lo com um curativo secundário. Substituir os curativos a cada 2–3 dias e limpar a ferida cabalmente durante as trocas de curativo.	a. Aplicar solução não aderente com cobertura de silicone, e cobrir com uma segunda solução. Trocar as soluções a cada 2-3 dias, e limpar bem a ferida durante as trocas.	Os termos “curativo não aderente com revestimento de silicone” e “curativo secundário” referem-se a curativos utilizados para tratar feridas. A frase “trocar os curativos” é usada de forma mais coloquial.	a. Aplicar um curativo não aderente com revestimento de silicone e cobrir com um curativo secundário. Trocar os curativos a cada 2–3 dias e limpar bem a ferida durante as trocas de curativo.
106	b. Apply a silicone mesh dressing and keep in place for 6-7 days. Cover with a secondary dressing. Cleanse the wound daily without removing the silicone mesh dressing and apply a hydrogel. *	b. Aplicar um curativo de malha de silicone e mantê-lo no lugar por 6–7 dias. Cobri-lo com um curativo secundário. Limpar a ferida diariamente sem remover o curativo de malha de silicone e aplicar um hidrogel.*	b. Aplicar solução de silicone, e deixar por 6-7 dias. Cobrir com uma segunda solução. Limpar a ferida diariamente sem retirar a solução, e aplicar hidrogel.*	Os termos “curativo de malha de silicone” e “curativo secundário” referem-se a curativos utilizados para tratar feridas. A frase “remover os curativos” sugere um ato mais cauteloso ou clínico.	b. Aplicar um curativo de malha de silicone e mantê-lo no lugar por 6–7 dias. Cobrir com um curativo secundário. Limpar a ferida diariamente sem remover o curativo de malha de silicone e aplicar um hidrogel.*
107	c. Apply a gauze dressing and use paper tape to secure in place. Replace the dressing every 6-7 days. Cleanse the wound thoroughly during dressing changes and apply a hydrogel.	c. Aplicar um curativo de gaze e usar fita de papel para mantê-lo no lugar. Substituir o curativo a cada 6–7 dias. Limpar a ferida cabalmente durante as trocas de curativo e aplicar um hidrogel.	c. Aplicar gaze e fixar com esparadrapo. Trocar a solução a cada 6-7 dias. Limpar bem a ferida durante as trocas, e aplicar hidrogel.	Os termos “curativo de gaze” e “esparadrapo” referem-se a curativos utilizados no manejo de feridas. A frase “trocar o curativo” é usada de forma mais coloquial.	c. Aplicar um curativo de gaze e fixar com esparadrapo para mantê-lo no lugar. Trocar o curativo a cada 6–7 dias. Limpar a ferida cuidadosamente durante as trocas de curativo e aplicar um hidrogel.

108	d. Apply wound strips to approximate the wound edges. Cover with a secondary dressing and replace the secondary dressing every 2-3 days.	d. Aplicar tiras de ferida para aproximar as bordas da ferida. Cobrir com um curativo secundário e substituir o curativo secundário a cada 2–3 dias.	d. Aplicar fitas para aproximar os limites da ferida. Cobrir com uma segunda solução e trocá-la a cada 2-3 dias.	Os termos “tiras adesivas” e “curativo secundário” referem-se a curativos utilizados para tratar feridas. A frase “aproximar as bordas da ferida” é mais técnica e científica. A frase “trocar o curativo” é usada de forma mais coloquial.	d. Aplicar tiras adesivas para aproximar as bordas da ferida. Cobrir com um curativo secundário e trocar o curativo secundário a cada 2–3 dias.
109	DOMAIN 6: SPECIFIC PATIENT GROUPS	DOMÍNIO 6: GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES	DOMÍNIO 6: GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES	Traduções coincidentes.	DOMÍNIO 6: GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES
110	20. Who has the highest risk of developing a skin tear?	20. Quem tem o maior risco de desenvolver uma laceração cutânea?	20. Quem tem o maior risco de desenvolver uma lesão de pele?	O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzeri-Pulido, Santos e Carville (2015).	20. Quem tem o maior risco de desenvolver uma lesão por fricção?
111	a. Preschool obese children.	a. Crianças obesas em idade pré-escolar.	a. Crianças pré-escolares obesas.	A frase “crianças obesas em idade pré-escolar” é mais clara e direta, pois segue uma estrutura que destaca primeiramente a condição das crianças (obesidade) e, em seguida, especifica a faixa etária (idade pré-escolar).	a. Crianças obesas em idade pré-escolar.
112	b. Female adults.	b. Adultos do sexo feminino.	b. Mulheres adultas.	A frase “Adultos do sexo feminino” é uma expressão mais formal e técnica, frequentemente utilizada em contextos médicos e científicos.	b. Adultos do sexo feminino.
113	c. Premature new-borns and elderly. *	c. Recém-nascidos prematuros e idosos. *	c. Recém-nascidos prematuros e idosos.*	Traduções coincidentes.	c. Recém-nascidos prematuros e idosos.*

114	d. Age is not associated with risk of skin tears.	d. A idade não está associada ao risco de laceração cutânea.	d. Idade não é associada com o risco de ruptura de pele.	Tradução do especialista devido melhor descrição. O termo “ <i>Skin Tear</i> ” foi adaptado para o Brasil como Lesão por Fricção, validado por Strazzieri-Pulido, Santos e Carville (2015).	d. A idade não está associada ao risco de lesão por fricção.
115	* indicates the correct answer.	* Indica a resposta correta.	* Indica a resposta correta.	Traduções coincidentes.	* Indica a resposta correta.
116	The response alternative “e. I do not know the answer.” should be added to every item.	A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a cada item.	A resposta alternativa “não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.	A frase “A alternativa de resposta” é mais apropriada para se referir às opções fornecidas. A frase “a todos os itens” se refere à totalidade das questões ou opções disponíveis.	A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.

Fonte: Produção do próprio autor (2025).

APÊNDICE B – ETAPA 3 RETROTRADUÇÃO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO T12	RETROTRADUÇÃO RT1	RETROTRADUÇÃO RT2	DISCUSSÕES	VERSÃO RT12
1	<i>Skin tear knowledge assessment instrument (OASES)</i>	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre lesão por fricção (OASES)	<i>Friction injury knowledge assessment instrument (OASES)</i>	<i>Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica e utilizado pelo <i>International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP)</i> .	<i>Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)</i>
2	DOMAIN 1: AETIOLOGY	DOMÍNIO 1: ETIOLOGIA	<i>DOMAIN 1: ETIOLOGY</i>	<i>DOMAIN 1: ETIOLOGY</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>DOMAIN 1: ETIOLOGY</i>
3	<i>1. What is a skin tear?</i>	1. O que é uma lesão por fricção?	<i>1. What is a friction injury?</i>	<i>1. What is a skin tear?</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica e utilizado pelo <i>International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP)</i> .	<i>1. What is a skin tear?</i>
4	<i>a. A traumatic wound caused by mechanical forces, including removal of adhesives*</i>	a. Uma ferida traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos.*	<i>a. A traumatic wound caused by mechanical forces, including the removal of adhesives.*</i>	<i>a. A traumatic wound caused by mechanical forces, including adhesive removal.*</i>	A frase “ <i>the removal of adhesives</i> ” é mais utilizada em descrições acadêmicas ou técnicas.	<i>a. A traumatic wound caused by mechanical forces, including the removal of adhesives.*</i>
5	<i>b. A traumatic wound caused by chemical/biological irritants.</i>	b. Uma ferida traumática causada por irritantes químicos/biológicos.	<i>b. A traumatic wound caused by chemical/biological irritants.</i>	<i>b. A traumatic wound caused by chemical/biological irritants.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>b. A traumatic wound caused by chemical/biological irritants.</i>

6	<i>c. A chronic wound caused by moisture, friction and shear.</i>	c. Uma ferida crônica causada por umidade, fricção e cisalhamento.	<i>c. A chronic wound caused by moisture, friction, and shear.</i>	<i>c. A chronic wound caused by moisture, friction, and shear.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>c. A chronic wound caused by moisture, friction, and shear.</i>
7	<i>d. A chronic wound caused by pressure or pressure in combination with shear.</i>	d. Uma ferida crônica causada por pressão ou pela combinação entre pressão e cisalhamento.	<i>d. A chronic wound caused by pressure or the combination of pressure and shear.</i>	<i>d. A chronic wound caused by pressure or a combination of pressure and shear.</i>	A palavra "the" antes de "combination" implica que estamos nos referindo a uma combinação específica e conhecida de "pressure and shear".	<i>d. A chronic wound caused by pressure or the combination of pressure and shear.</i>
8	2. How does the ageing process affect the physiology of the skin?	2. Como o processo de envelhecimento afeta a fisiologia da pele?	<i>2. How does the aging process affect skin physiology?</i>	<i>2. How does the aging process affect the physiology of the skin?</i>	A frase "The physiology of the skin" fica mais descritiva e detalhada.	<i>2. How does the aging process affect the physiology of the skin?</i>
9	<i>a. Increased sweat gland function.</i>	a. Causa o aumento da função das glândulas sudoríparas.	<i>a. Increases sweat gland function.</i>	<i>a. It causes increased sweat gland function.</i>	O termo "increases" tem a ideia de aumento clara e não precisa de explicação adicional.	<i>a. Increases sweat gland function.</i>
10	<i>b. Increased skin elasticity.</i>	b. Causa o aumento da elasticidade da pele.	<i>b. Increases skin elasticity.</i>	<i>b. It causes increased skin elasticity.</i>	O termo "increases" tem a ideia de aumento clara e não precisa de explicação adicional.	<i>b. Increases skin elasticity.</i>
11	<i>c. Increased amount of subcutaneous fat.</i>	c. Causa o aumento da quantidade de gordura subcutânea.	<i>c. Increases the amount of subcutaneous fat.</i>	<i>c. It causes increased subcutaneous fat.</i>	O termo "increases" tem a ideia de aumento clara e	<i>c. Increases the amount of subcutaneous fat.</i>

					não precisa de explicação adicional.	
12	<i>d. Flattening of the dermo-epidermal junction*</i>	d. Causa o achatamento da junção dermoepidérmica.*	<i>d. Flattens the dermoepidermal junction.*</i>	<i>d. It causes flattening of the dermal-epidermal junction.*</i>	O termo “ <i>flattens</i> ” expressa uma ação de forma simples e objetiva. O termo “ <i>dermal-epidermal</i> ” é mais comum em textos acadêmicos e clínicos.	<i>d. Flattens the dermal-epidermal junction.*</i>
13	3. Which factor is associated with dry skin in an elderly population?	3. Qual fator está associado à pele seca em uma população idosa?	<i>3. Which factor is associated with dry skin in an older adult population?</i>	<i>3. Which factor is associated with dry skin in an older adult population?</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>3. Which factor is associated with dry skin in an older adult population?</i>
14	<i>a. Increased activity of sweat glands.</i>	a. O aumento da atividade das glândulas sudoríparas.	<i>a. Increased activity of sweat glands.</i>	<i>a. Increased sweat gland activity.</i>	O termo “ <i>activity of sweat glands</i> ” é mais formal e descritivo.	<i>a. Increased activity of sweat glands.</i>
15	<i>b. Decreased activity of sebaceous glands.*</i>	b. A diminuição da atividade das glândulas sebáceas.*	<i>b. Decreased activity of sebaceous glands.*</i>	<i>b. Decreased sebaceous gland activity.*</i>	O termo “ <i>activity of sebaceous glands</i> ” é mais formal e descritivo.	<i>b. Decreased activity of sebaceous glands.*</i>
16	<i>c. Increased collagen synthesis.</i>	c. O aumento da síntese de colágeno.	<i>c. Increased collagen synthesis.</i>	<i>c. Increased collagen synthesis.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>c. Increased collagen synthesis.</i>
17	<i>d. Decreased production of elastin.</i>	d. A diminuição da produção de elastina.	<i>d. Decreased elastin production.</i>	<i>d. Decreased elastin production.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>d. Decreased elastin production.</i>

18	DOMAIN 2: CLASSIFICATION AND OBSERVATION	DOMÍNIO 2: CLASSIFICAÇÃO E OBSERVAÇÃO	<i>DOMAIN 2: CLASSIFICATION AND OBSERVATION</i>	<i>DOMAIN 2: CLASSIFICATION AND OBSERVATION</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>DOMAIN 2: CLASSIFICATION AND OBSERVATION</i>
19	4. Which information should be documented when doing the assessment of skin tears?	4. Quais informações devem ser documentadas ao avaliar lesões por fricção?	<i>4. What information should be documented when assessing a friction injury?</i>	<i>4. What information should be documented when evaluating skin tears?</i>	O termo “Assessing” é mais adequado quando se refere ao processo de exame clínico ou avaliação de uma condição, como uma lesão na pele.	<i>4. What information should be documented when assessing skin tears?</i>
20	<i>1. Cause, length, width, depth and pain.</i>	1. Causa, comprimento, largura, profundidade e dor.	<i>1. Cause, length, width, depth, and pain.</i>	<i>1. Cause, length, width, depth, and pain.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>1. Cause, length, width, depth, and pain.</i>
21	<i>2. Type and amount of exudate, integrity of surrounding skin, and medication.</i>	2. Tipo e quantidade de exsudato, integridade da pele circundante e medicação.	<i>2. Type and amount of exudate, integrity of the surrounding skin, and medication.</i>	<i>2. Type and amount of exudate, integrity of surrounding skin, and medications.</i>	Manter a frase no singular.	<i>2. Type and amount of exudate, integrity of surrounding skin, and medication.</i>
22	<i>3. General health status, nutrition, and mental health status.</i>	3. Estado geral de saúde, nutrição e estado de saúde mental.	<i>3. General health status, nutrition, and mental health status.</i>	<i>3. General health, nutrition, and mental health status.</i>	O termo “General health status” é mais técnico e detalhado.	<i>3. General health status, nutrition, and mental health status.</i>
23	<i>a. 1 & 2</i>	a. 1 e 2	<i>a. 1 and 2</i>	<i>a. 1 and 2</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>a. 1 and 2</i>
24	<i>b. 2 & 3</i>	b. 2 e 3	<i>b. 2 and 3</i>	<i>b. 2 and 3</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>b. 2 and 3</i>
25	<i>c. 1 & 3</i>	c. 1 e 3	<i>c. 1 and 3</i>	<i>c. 1 and 3</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>c. 1 and 3</i>
26	<i>d. 1, 2 & 3*</i>	d. 1, 2 e 3*	<i>d. 1, 2, and 3*</i>	<i>d. 1, 2, and 3*</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>d. 1, 2, and 3*</i>

27	5. Classify this skin tear using the International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) Classification System (2019).	5. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação do Painei Consultivo Internacional de Lesões por fricção (ISTAP) (2019).	<i>5. Classify this friction injury using the International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) Classification System (2019).</i>	<i>5. Classify this skin tear injury using the International Skin Tear Injury Advisory Panel (ISTAP) Classification System (2019).</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica e utilizado pelo <i>International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP)</i> .	<i>5. Classify this skin tear using the International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) Classification System (2019).</i>
28	<i>a. Type 1 skin tear – No skin loss</i>	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.	<i>a. Type 1 friction injury — No skin loss.</i>	<i>a. Type 1 skin tear injury - No skin loss.</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica. O termo “ <i>Skin tear injury</i> ” fica redundante.	<i>a. Type 1 skin tear — No skin loss.</i>
29	<i>b. Type 2 skin tear – Partial flap loss</i>	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.	<i>b. Type 2 friction injury — Partial flap loss.</i>	<i>b. Type 2 skin tear injury - Partial flap loss.</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica. O termo “ <i>Skin tear injury</i> ” fica redundante.	<i>b. Type 2 skin tear — Partial flap loss.*</i>
30	<i>c. Type 3 skin tear – Total flap loss*</i>	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo*	<i>c. Type 3 friction injury — Total flap loss.*</i>	<i>c. Type 3 skin tear injury - Total flap loss.*</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica. O termo “ <i>Skin tear injury</i> ” fica redundante.	<i>c. Type 3 skin tear — Total flap loss.</i>
31	<i>d. Unstageable</i>	d. Não classificável.	<i>d. Unclassifiable.</i>	<i>d. Unclassifiable.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>d. Unclassifiable.</i>
32	6. Which picture is a type 1 skin tear	6. Qual imagem é uma lesão por	<i>6. Which image represents a type 1</i>	<i>6. Which image is a type 1 skin tear injury</i>	O termo “ <i>represents</i> ” é	<i>6. Which image represents a type 1</i>

	<i>according to the ISTAP Classification System (2019)?</i>	fricção tipo 1 de acordo com o Sistema de Classificação ISTAP (2019)?	<i>friction injury according to the ISTAP Classification System (2019)?</i>	<i>according to the ISTAP Classification System (2019)?</i>	usado para indicar como uma imagem simboliza ou exemplifica um conceito específico.	<i>skin tear according to the ISTAP Classification System (2019)?</i>
33	7. Classify this skin tear using the ISTAP Classification System (2019).	7. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação ISTAP (2019).	<i>7. Classify this friction injury using the ISTAP Classification System (2019).</i>	<i>7. Classify this skin tear injury using the ISTAP Classification System (2019).</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica. O termo “ <i>Skin tear injury</i> ” fica redundante.	<i>7. Classify this skin tear using the ISTAP Classification System (2019).</i>
34	<i>a. Type 1 skin tear – No skin loss</i>	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.	<i>a. Type 1 friction injury – No skin loss.</i>	<i>a. Type 1 skin tear injury – No skin loss.</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica. O termo “ <i>Skin tear injury</i> ” fica redundante.	<i>a. Type 1 skin tear — No skin loss.</i>
35	<i>b. Type 2 skin tear – Partial flap loss*</i>	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.*	<i>b. Type 2 friction injury – Partial flap loss.*</i>	<i>b. Type 2 skin tear injury – Partial flap loss.*</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica. O termo “ <i>Skin tear injury</i> ” fica redundante.	<i>b. Type 2 skin tear — Partial flap loss.*</i>
36	<i>c. Type 3 skin tear – Total flap loss</i>	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo.	<i>c. Type 3 friction injury – Total flap loss.</i>	<i>c. Type 3 skin tear injury – Complete flap loss.</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica. O termo “ <i>Skin tear injury</i> ” fica redundante.	<i>c. Type 3 skin tear — Total flap loss.</i>

37	<i>d. Unstageable</i>	d. Não classificável.	<i>d. Unclassifiable.</i>	<i>d. Unclassifiable.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>d. Unclassifiable.</i>
38	DOMAIN 3: RISK ASSESSMENT	DOMÍNIO 3 - AVALIAÇÃO DE RISCO	<i>DOMAIN 3: RISK ASSESSMENT</i>	<i>DOMAIN 3 - RISK ASSESSMENT</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>DOMAIN 3: RISK ASSESSMENT</i>
39	8. Why are neonates at risk of developing a skin tear?	8. Por que os neonatos correm o risco de desenvolver uma lesão por fricção?	<i>8. Why are neonates at risk of developing friction injuries?</i>	<i>8. Why are neonates at risk for skin tear injury?</i>	A frase " <i>at risk of developing</i> " é a construção mais adequada e precisa quando se fala sobre a possibilidade de uma pessoa (ou grupo) vir a desenvolver uma condição ou doença.	<i>8. Why are neonates at risk of developing a skin tear?</i>
40	<i>a. They have a limited blood supply to the extremities.</i>	a. Eles possuem um suprimento sanguíneo limitado para as extremidades.	<i>a. They have limited blood supply to the extremities.</i>	<i>a. They have a limited blood supply to the extremities.</i>	Em inglês, quando algo é limitado ou específico em termos quantitativos ou qualitativos, usa-se o artigo indefinido "a".	<i>a. They have a limited blood supply to the extremities.</i>
41	<i>b. They have a decreased cohesion between the epidermis and the dermis. *</i>	b. Eles possuem uma coesão reduzida entre a epiderme e a derme.*	<i>b. They have reduced cohesion between the epidermis and dermis. *</i>	<i>b. They have reduced cohesion between the epidermis and dermis. *</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>b. They have reduced cohesion between the epidermis and dermis. *</i>
42	<i>c. They have an increased number of anchoring fibrils at the dermo-epidermal junction.</i>	c. Eles possuem um número maior de fibrilas de ancoragem na junção dermoepidérmica.	<i>c. They have a greater number of anchoring fibrils at the dermoepidermal junction.</i>	<i>c. They have an increased number of anchoring fibrils at the dermal-epidermal junction.</i>	O termo " <i>increased</i> " é o termo mais apropriado quando se fala sobre um aumento	<i>c. They have an increased number of anchoring fibrils at the dermal-epidermal junction.</i>

					específico ou mensurável de algo em comparação com um valor anterior. O termo “ <i>dermal-epidermal</i> ” é mais comum em textos acadêmicos e clínicos.	
43	<i>d. They have an increased number of elastic fibers in the dermis.</i>	d. Eles possuem um número maior de fibras elásticas na derme.	<i>d. They have a greater number of elastic fibers in the dermis.</i>	<i>d. They have an increased number of elastic fibers in the dermis.</i>	O termo “ <i>increased</i> ” é o termo mais apropriado quando se fala sobre um aumento específico ou mensurável de algo em comparação com um valor anterior.	<i>d. They have an increased number of elastic fibers in the dermis.</i>
44	9. Why is the long-term use of corticosteroids a risk factor for developing a skin tear?	9. Por que o uso prolongado de corticosteroides é um fator de risco para o desenvolvimento de uma lesão por fricção?	<i>9. Why is prolonged corticosteroid use a risk factor for developing friction injuries?</i>	<i>9. Why is long-term use of corticosteroids a risk factor for developing a skin tear?</i>	A frase “ <i>long-term use of corticosteroids</i> ” é mais utilizada em contextos acadêmicos.	<i>9. Why is long-term use of corticosteroids a risk factor for developing a skin tear?</i>
45	<i>a. They are associated with skin atrophy. *</i>	a. Eles estão associados à atrofia da pele.*	<i>a. It is associated with skin atrophy. *</i>	<i>a. They are associated with skin atrophy. *</i>	A frase “ <i>They are associated</i> ” se refere a vários fatores ou medicamentos,	<i>a. They are associated with skin atrophy. *</i>

					como no caso de corticosteroides.	
46	<i>b. They are associated with an increase in collagen production.</i>	b. Eles estão associados a um aumento da produção de colágeno.	<i>b. It is associated with increased collagen production.</i>	<i>b. They are associated with an increase in collagen production.</i>	A frase “ <i>They are associated</i> ” se refere a vários fatores ou medicamentos, como no caso de corticosteroides.	<i>b. They are associated with an increase in collagen production.</i>
47	<i>c. They are associated with an increased risk of bleeding.</i>	c. Eles estão associados a um aumento do risco de sangramento.	<i>c. It is associated with an increased risk of bleeding.</i>	<i>c. They are associated with an increased risk of bleeding.</i>	A frase “ <i>They are associated</i> ” se refere a vários fatores ou medicamentos, como no caso de corticosteroides.	<i>c. They are associated with an increased risk of bleeding.</i>
48	<i>d. They are associated with a reduced immune system.</i>	d. Eles estão associados a um sistema imunológico reduzido.	<i>d. It is associated with a reduced immune system.</i>	<i>d. They are associated with a reduced immune system.</i>	A frase “ <i>They are associated</i> ” se refere a vários fatores ou medicamentos, como no caso de corticosteroides.	<i>d. They are associated with a reduced immune system.</i>
49	DOMAIN 4: PREVENTION	DOMÍNIO 4: PREVENÇÃO	DOMAIN 4: PREVENTION	DOMAIN 4: PREVENTION	Retrotraduções coincidentes.	DOMAIN 4: PREVENTION
50	10. Which of the following preventive measures is appropriate for a patient in a wheelchair with a skin tear on the lower limb?	10. Qual das seguintes medidas preventivas é apropriada para um paciente em cadeira de rodas com uma lesão por fricção no membro inferior?	10. Which of the following preventive measures is appropriate for a wheelchair-bound patient with a friction injury on the lower limb?	10. Which of the following preventive measures is appropriate for a wheelchair-bound patient with a skin tear of the lower extremity?	O termo “ <i>lower limb</i> ” refere-se especificamente às pernas (da coxa até o pé), incluindo todos os ossos, músculos, ligamentos e outros componentes anatômicos.	10. Which of the following preventive measures is appropriate for a wheelchair-bound patient with a skin tear on the lower limb?

51	<i>a. Pad the wheelchair leg supports. *</i>	a. Acolchoar os apoios das pernas da cadeira de rodas.*	<i>a. Padding the wheelchair leg supports. *</i>	<i>a. Padding the wheelchair leg rests. *</i>	Como o objetivo de “padding” (acolchoamento) é fornecer conforto e alívio de pressão, “leg rests” é o termo mais apropriado, pois está relacionado diretamente ao descanso das pernas.	<i>a. Padding the wheelchair leg rests. *</i>
52	<i>b. Clean the skin with a detergent soap.</i>	b. Limpar a pele com sabão detergente.	<i>b. Cleaning the skin with detergent soap.</i>	<i>b. Cleansing the skin with detergent soap.</i>	O termo “Cleansing” quando se refere a limpeza da pele sugere uma ação mais cuidadosa e meticulosa, focando no processo de limpeza profunda ou higienização.	<i>b. Cleansing the skin with detergent soap.</i>
53	<i>c. Rub the skin dry to increase circulation.</i>	c. Esfregar a pele seca para aumentar a circulação.	<i>c. Rubbing the dry skin to increase circulation.</i>	<i>c. Rubbing the skin dry to increase circulation.</i>	“Rubbing the skin dry” refere-se ao ato de esfregar a pele para secá-la (geralmente após o banho ou limpeza). Essa expressão indica que você está secando a pele enquanto	<i>c. Rubbing the skin dry to increase circulation.</i>

					esfrega, o que pode ser feito para estimular a circulação.	
54	<i>d. Apply an iodine-based dressing.</i>	d. Aplicar um curativo à base de iodo.	<i>d. Applying an iodine-based dressing.</i>	<i>d. Applying an iodine-based dressing.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>d. Applying an iodine-based dressing.</i>
55	11. Why are skin moisturisers applied to prevent skin tears?	11. Por que os hidratantes para a pele são aplicados para prevenir as lesões por fricção?	<i>11. Why are skin moisturizers applied to prevent friction injuries?</i>	<i>11. Why are skin moisturizers applied to prevent skin tears?</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica.	<i>11. Why are skin moisturizers applied to prevent skin tears?</i>
56	<i>a. They prevent the skin from cracking and fissuring.</i>	a. Eles previnem que a pele rache e fissure.	<i>a. They prevent the skin from cracking and splitting.</i>	<i>a. They prevent the skin from cracking and fissuring.</i>	O termo “ <i>splitting</i> ” é mais comum para descrever danos na pele de forma geral, frequentemente usado em contextos relacionados à pele seca ou à deterioração da pele.	<i>a. They prevent the skin from cracking and splitting.</i>
57	<i>b. They replenish natural skin moisture.*</i>	b. Eles repõem a umidade natural da pele.*	<i>b. They replenish the skin's natural moisture.*</i>	<i>b. They replenish the skin's natural moisture.*</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>b. They replenish the skin's natural moisture.*</i>
58	<i>c. They act as a barrier against microbial invasion and physical injuries.</i>	c. Eles agem como uma barreira contra invasão microbiana e lesões físicas.	<i>c. They act as a barrier against microbial invasion and physical injuries.</i>	<i>c. They act as a barrier against microbial invasion and physical injury.</i>	Manter o plural.	<i>c. They act as a barrier against microbial invasion and physical injuries.</i>
59	<i>d. They accelerate skin cell turnover.</i>	d. Eles aceleram a renovação celular da pele.	<i>d. They accelerate skin cell renewal.</i>	<i>d. They accelerate epithelial cell turnover.</i>	O termo “ <i>skin cell turnover</i> ” é mais específico e técnico, utilizado para descrever o	<i>d. They accelerate skin cell turnover.</i>

					ciclo completo de morte e substituição das células da pele.	
60	12. CASE: Mr. Scott, 85 years old, nursing home resident. Medical history: Incontinence, dementia, multiple falls, dependence for activities of daily living (ADLs). Multiple small skin tears on both legs and both arms are observed. Which of the following interventions should be part of his care plan to prevent occurrence of new skin tears?	12. CASO: Sr. Scott, 85 anos, residente de uma casa de repouso. Histórico médico: incontinência, demência, múltiplas quedas, dependência para atividades da vida diária (AVDs). Observou-se a presença de lesões por fricção em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços. Qual das seguintes intervenções deve fazer parte do seu plano de cuidados para prevenir a ocorrência de novas lesões por fricção?	12. CASE: Mr. Scott, 85 years of age, a resident of a nursing home. Medical history: incontinence, dementia, multiple falls, dependency in activities of daily living (ADLs). Skin tears were observed on both legs and senile purpura on both arms. Which of the following interventions should be part of his care plan to prevent new friction injuries?	12. CASE: Mr. Scott, 85 years old, nursing home resident. Past medical history: incontinence, dementia, multiple falls, and dependence for performing activities of daily living (ADLs). He has multiple small skin tears on both legs and senile purpura on both arms. Which of the following interventions should be part of his care plan to prevent new skin tears?	O termo “85 years old” é a forma mais comum de se referir à idade de uma pessoa em inglês. O termo “dependency in activities of daily living” é a forma mais correta e amplamente utilizada em contextos clínicos e de cuidados de saúde. O termo “Medical history” já se refere ao histórico médico de uma pessoa. A frase “Skin tears were observed on both legs” é mais clara, direta e sucinta.	12. CASE: Mr. Scott, 85 years old, nursing home resident. Medical history: incontinence, dementia, multiple falls, and dependency in activities of daily living (ADLs). Skin tears were observed on both legs and senile purpura on both arms. Which of the following interventions should be part of his care plan to prevent new skin tears?
61	a. Encouraging active involvement in ADLs, daily bathing using	a. Incentivar o envolvimento ativo nas AVDs, o banho diário com uso de	a. Encourage active involvement in ADLs, daily bath with soap, and moisturize the skin.	a. Encourage active engagement in ADLs, bathe daily with soap, and moisturize the skin.	O termo “involvement” sugere que a pessoa está	a. Encourage active involvement in ADLs, daily bath with soap, and moisturize the skin.

	<i>soap, moisturising the skin.</i>	sabão, e a hidratação da pele.			participando de forma ativa, mas o nível de engajamento pode ser mais passivo ou superficial. O termo “ <i>daily bath</i> ” é usado para descrever a ação ou a prática de tomar um banho diário.	
62	<i>b. Ensuring a safe environment (e.g. adequate lighting), daily bathing, non-adherent dressings with silicone coating on skin tears.</i>	b. Proporcionar um ambiente seguro (por exemplo, iluminação adequada), banho diário, e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone nas lesões por fricção.	<i>b. Provide a safe environment (e.g., adequate lighting), daily bath, and apply non-adherent dressings with silicone coating on friction injuries.</i>	<i>b. Provide a safe environment (i.e. adequate lighting), bathe daily, and apply non-adherent silicone-coated dressings to skin tears.</i>	O termo “ <i>e.g.</i> ” mais usado quando quer dar exemplos de algo sem especificar. O termo “ <i>daily bath</i> ” é usado para descrever a ação ou a prática de tomar um banho diário. O termo “ <i>non-adherent dressings with silicone coating on skin tears</i> ” é mais utilizado e coloca foco no tipo de curativo e onde o revestimento está localizado.	<i>b. Provide a safe environment (e.g., adequate lighting), daily bath, and apply non-adherent dressings with silicone coating on skin tears.</i>

63	<i>c. Wearing protective clothing, moisturising the skin, non-adherent dressings with silicone coating on skin tears.*</i>	c. Usar roupas de proteção, hidratar a pele e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone em lesões por fricção.*	<i>c. Use protective clothing, moisturize the skin, and apply non-adherent dressings with silicone coating on friction injuries.*</i>	<i>c. Wear protective clothing, moisturize the skin, and apply non-adherent silicone-coated dressings to skin tear injuries.*</i>	O termo “ <i>Use protective clothing</i> ” indica tanto o ato de vestir quanto o de fazer o uso adequado das roupas. O termo “ <i>non-adherent dressings with silicone coating on skin tears</i> ” é mais utilizado e coloca foco no tipo de curativo e onde o revestimento está localizado.	<i>c. Use protective clothing, moisturize the skin, and apply non-adherent dressings with silicone coating on skin tears.*</i>
64	<i>d. Applying padding on furniture (e.g. table edges), daily bathing, hydrocolloid dressings on skin tears.</i>	d. Instalar proteção nos móveis (por exemplo: quinas de mesas), banho diário, e aplicar curativos hidrocoloides nas lesões por fricção.	<i>d. Install furniture protection (e.g., table edges), daily bath, and apply hydrocolloid dressings on friction injuries.</i>	<i>d. Protect furniture edges (i.e. table edges), bathe daily, and apply hydrocolloid dressings to skin tear injuries.</i>	O termo “ <i>Install furniture protection</i> ” é mais específico e indica a ação de instalar uma proteção. O termo “ <i>e.g.</i> ” mais usado quando quer dar exemplos de algo sem especificar.	<i>d. Install furniture protection (e.g., table edges), daily bath, and apply hydrocolloid dressings to skin tears.</i>
65	13. A humectant (e.g. urea) supports skin hydration. Why?	13. Um umectante (por exemplo: ureia) auxilia na hidratação da pele. Por quê?	<i>13. A humectant (e.g. urea) aids in skin hydration. Why?</i>	<i>13. A humectant (i.e. urea) helps moisturize the skin. Why?</i>	A frase “ <i>helps moisturize the skin</i> ” é mais direta, indicando que o humectante ajuda	<i>13. A humectant (e.g. urea) helps moisturize the skin. Why?</i>

					efetivamente a umectar a pele.	
66	<i>a. It draws water from the epidermis to the dermis to increase the levels of moisturisation in the dermo-epidermal junction.</i>	a. Ele atrai a água da epiderme para a derme para aumentar os níveis de hidratação na junção dermoepidérmica.	<i>a. It draws water from the epidermis to the dermis to increase hydration levels at the dermoepidermal junction.</i>	<i>a. It draws water from the epidermis to the dermis to increase hydration levels at the dermal-epidermal junction.</i>	O termo “ <i>dermal-epidermal</i> ” é mais comum em textos acadêmicos e clínicos.	<i>a. It draws water from the epidermis to the dermis to increase hydration levels at the dermal-epidermal junction.</i>
67	<i>b. It draws water from the dermis to the epidermis and compensates for the reduced levels of natural moisturisers in the skin. *</i>	b. Ele atrai a água da derme para a epiderme e compensa os níveis reduzidos de hidratantes naturais na pele.*	<i>b. It draws water from the dermis to the epidermis and compensates for the reduced levels of natural moisturizers in the skin. *</i>	<i>b. It draws water from the dermis to the epidermis and compensates for reduced levels of natural moisturizers in the skin. *</i>	O termo “ <i>reduced levels</i> ” pode ser usado em uma condição geral, sem um contexto mais específico.	<i>b. It draws water from the dermis to the epidermis and compensates for reduced levels of natural moisturizers in the skin. *</i>
68	<i>c. It traps moisture into the skin and reduces water loss by evaporation.</i>	c. Ele retém a umidade na pele e reduz a perda de água por evaporação.	<i>c. It retains moisture in the skin and reduces water loss through evaporation.</i>	<i>c. It retains moisture in the skin and reduces water loss through evaporation.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>c. It retains moisture in the skin and reduces water loss through evaporation.</i>
69	<i>d. It softens the skin to aid absorption of moisture.</i>	d. Ele amacia a pele para auxiliar na absorção de umidade.	<i>d. It softens the skin to aid in moisture absorption.</i>	<i>d. It softens the skin to aid in moisture absorption.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>d. It softens the skin to aid in moisture absorption.</i>
70	14. What is NOT an effective intervention to prevent skin tears?	O que NÃO é uma intervenção eficaz para prevenir lesões por fricção?	<i>What is NOT an effective intervention to prevent friction injuries?</i>	<i>What is NOT an effective intervention to prevent skin tears?</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica.	<i>What is NOT an effective intervention to prevent skin tears?</i>
71	<i>a. The use of soap to cleanse the skin. *</i>	a. O uso de sabão para limpar a pele.*	<i>a. Using soap to clean the skin. *</i>	<i>a. Using soap to clean the skin. *</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>a. Using soap to clean the skin. *</i>
72	<i>b. The use of long sleeves and trousers to add a layer of</i>	b. O uso de mangas compridas e calças para adicionar uma	<i>b. Using long sleeves and pants to add a layer of protection to the extremities.</i>	<i>b. Wearing long sleeves and pants to add a layer of protection to the extremities.</i>	O termo “ <i>Using</i> ” coloca ênfase no uso geral de mangas	<i>b. Using long sleeves and pants to add a layer of protection to the extremities.</i>

	<i>protection to the extremities.</i>	camada de proteção às extremidades.			longas e calças como ferramenta de proteção.	
73	<i>c. The use of padding on bed rails, wheelchair arm/leg supports and other equipment to minimise the risk of potential trauma.</i>	c. O uso de acolchoamento nas grades da cama, nos apoios para braços/pernas da cadeira de rodas e outros equipamentos para minimizar o risco de possível trauma.	<i>c. Padding bed rails, wheelchair arm/leg rests, and other equipment to minimize the risk of trauma.</i>	<i>c. Using padding on bed rails, wheelchair arm/leg supports, and other equipment to minimize the risk of potential trauma.</i>	O termo “Using” coloca ênfase no uso geral de mangas longas e calças como ferramenta de proteção. O termo “leg rests” é apropriado, pois está relacionado diretamente ao descanso dos braços e das pernas.	<i>c. Using padding on bed rails, wheelchair arm/leg rests, and other equipment to minimize the risk of potential trauma.</i>
74	<i>d. The use of pillows and blankets to support dangling arms and legs.</i>	d. O uso de travesseiros e cobertores para apoiar braços e pernas pendentes.	<i>d. Using pillows and blankets to support hanging arms and legs.</i>	<i>d. Using pillows and blankets to support dangling arms and legs.</i>	O termo “dangling” enfatiza a instabilidade ou desconforto dos membros pendurados de forma solta.	<i>d. Using pillows and blankets to support dangling arms and legs.</i>
75	15. What is effective to reduce the risk of developing a skin tear?	O que é eficaz para reduzir o risco de desenvolver uma lesão por fricção?	<i>What is effective in reducing the risk of developing a friction injury?</i>	<i>What is effective in reducing the risk of developing a skin tear?</i>	O termo “Skin tear” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica.	<i>What is effective in reducing the risk of developing a skin tear?</i>
76	<i>a. Rub the patient's skin to ensure it is dry after bathing.</i>	a. Esfregar a pele do paciente para garantir que esteja seca após o banho.	<i>a. Rubbing the patient's skin to ensure it is dry after bathing.</i>	<i>a. Rubbing the patient's skin to ensure it is dry after bathing.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>a. Rubbing the patient's skin to ensure it is dry after bathing.</i>

77	<i>b. Bath the patient every day and pat the patient's skin dry.</i>	b. Dar banho no paciente todos os dias e secar gentilmente a sua pele com leves batidinhas.	<i>b. Bathing the patient every day and gently patting the skin dry.</i>	<i>b. Bathe the patient every day and gently pat their skin dry.</i>	O termo “bathe” é mais direto e instrucional. Ideal para dar orientações práticas e específicas.	<i>b. Bathe the patient every day and gently pat their skin dry.</i>
78	<i>c. Bath the patient every day and use soft cloths and towels.</i>	c. Dar banho no paciente todos os dias e usar panos e toalhas macios.	<i>c. Bathing the patient every day and using soft cloths and towels.</i>	<i>c. Bathe the patient daily and use soft cloths and towels.</i>	O termo “bathe” é mais direto e instrucional. Ideal para dar orientações práticas e específicas.	<i>c. Bathe the patient every day and use soft cloths and towels.</i>
79	<i>d. Minimise the frequency of bathing, if possible. *</i>	d. Diminuir a frequência dos banhos, se possível.*	<i>d. Reducing the frequency of baths, if possible. *</i>	<i>d. Decrease the frequency of bathing if possible. *</i>	O termo “Decrease” é mais direto e instrutivo. Ideal para instruções práticas.	<i>d. Decrease the frequency of bathing if possible. *</i>
80	DOMAIN 5: TREATMENT	DOMÍNIO 5: TRATAMENTO	DOMAIN 5: TREATMENT	DOMAIN 5: MANAGEMENT	O termo “Treatment” refere-se a intervenções específicas para resolver ou curar o problema diretamente.	DOMAIN 5: TREATMENT
81	16. CASE: A nurse removes an intravenous catheter. A skin tear is caused as a result of this action. What do you consider to be appropriate care for this patient?	16. CASO: Uma enfermeira remove um cateter intravenoso. Uma lesão por fricção é causada como resultado dessa ação. O que você considera ser o tratamento	16. CASE: A nurse removes an intravenous catheter. A friction injury is caused as a result of this action. What do you consider to be the appropriate treatment for this patient?	16. CASE: A nurse removes an intravenous catheter. A skin tear is caused as a result of this action. What do you consider to be the appropriate treatment for this patient?	O termo “Skin tear” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica.	16. CASE: A nurse removes an intravenous catheter. A skin tear is caused as a result of this action. What do you consider to be the appropriate treatment for this patient?

		apropriado para esse paciente?				
82	<i>a. Control bleeding, cleanse the wound, re-approximate the skin edges with adhesive strips, manage infection/inflammation and exudate, and apply a gauze dressing and re-assess in 24 hours.</i>	a. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar as bordas da pele com tiras adesivas, controlar a infecção/inflamação e o exsudato, aplicar um curativo de gaze e reavaliar em 24 horas.	<i>a. Control the bleeding, clean the wound, re-approximate the skin edges with adhesive strips, control infection/inflammation and exudate, apply a gauze dressing, and reassess in 24 hours.</i>	<i>a. Control bleeding, clean the wound, line the skin edges with adhesive strips, control infection/inflammation and exudate, apply a gauze dressing, and reassess in 24 hours.</i>	A frase “Control the bleeding” usa o artigo definido (“the”), dando ênfase ao ato específico de controlar o sangramento. O termo “re-approximate” é mais técnico, usado em contextos médicos para descrever a ação de alinhar as bordas da pele.	<i>a. Control the bleeding, clean the wound, re-approximate the skin edges with adhesive strips, control infection/inflammation and exudate, apply a gauze dressing, and reassess in 24 hours.</i>
83	<i>b. Control bleeding, cleanse the wound, re-approximate the remaining viable flap using a dampened cotton tip, manage infection/inflammation and exudate, and apply a non-adhesive dressing. *</i>	b. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando uma ponta de algodão umedecida, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo não adesivo.*	<i>b. Control the bleeding, clean the wound, re-approximate the remaining viable flap using a moistened cotton tip, control infection/inflammation and exudate, and apply a non-adhering dressing. *</i>	<i>b. Control bleeding, clean the wound, re-position the remaining viable flap using a moistened cotton swab, control infection/inflammation and exudate, and apply a non-adhesive dressing. *</i>	A frase “Control the bleeding” usa o artigo definido (“the”), dando ênfase ao ato específico de controlar o sangramento. O termo “re-approximate” é mais técnico, usado em contextos médicos para descrever a ação	<i>b. Control the bleeding, clean the wound, re-approximate the remaining viable flap using a moistened cotton tip, control infection/inflammation and exudate, and apply a non-adhering dressing. *</i>

					de alinhar as bordas da pele. O termo “ <i>cotton tip</i> ” é mais técnico e específico, usado quando o foco está na ponta do algodão e não no objeto inteiro. O termo “ <i>non-adhesive dressing</i> ” é mais utilizado e coloca foco no tipo de curativo e revestimento utilizado.	
84	<i>c. Control bleeding by applying pressure firmly, cleanse the wound, debride the skin flap, manage infection/inflammation and exudate, and apply a film dressing.</i>	c. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, desbridar o retalho cutâneo, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo de filme.	<i>c. Control the bleeding by pressing firmly, clean the wound, debride the skin flap, control infection/inflammation and exudate, and apply a film dressing.</i>	<i>c. Control bleeding with firm pressure, clean the wound, debride the skin flap, control infection/inflammation and exudate, and apply a film dressing.</i>	A frase “ <i>Control the bleeding by pressing firmly</i> ” explica a ação de forma direta, mais descritivo e instrutivo.	<i>c. Control the bleeding by pressing firmly, clean the wound, debride the skin flap, control infection/inflammation and exudate, and apply a film dressing.</i>
85	<i>d. Control bleeding by applying pressure firmly, cleanse the wound, re-approximate the remaining viable flap using a gloved finger, manage</i>	d. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, reapproximar o retalho viável remanescente	<i>d. Control the bleeding by pressing firmly, clean the wound, re-approximate the remaining viable flap using a gloved finger, control infection/inflammation</i>	<i>d. Control bleeding by applying firm pressure, clean the wound, re-position the remaining viable flap using a gloved finger, control infection/inflammation</i>	A frase “ <i>Control the bleeding by pressing firmly</i> ” explica a ação de forma direta, mais descritivo e instrutivo.	<i>d. Control the bleeding by pressing firmly, clean the wound, re-approximate the remaining viable flap using a gloved finger, control</i>

	<i>infection/inflammation and exudate, and apply an iodine-based dressing.</i>	usando um dedo enluvado, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo à base de iodo.	<i>and exudate, and apply an iodine-based dressing.</i>	<i>and exudate, and apply an iodine-based dressing.</i>	O termo “ <i>re-approximate</i> ” é mais técnico, usado em contextos médicos para descrever a ação de alinhar as bordas da pele.	<i>infection/inflammation and exudate, and apply an iodine-based dressing.</i>
86	17. Which of the following products is recommended for use in skin tears?	17. Qual dos seguintes produtos é recomendado para tratamento de lesões por fricção?	<i>17. Which of the following products is recommended for treating friction injuries?</i>	<i>17. Which of the following products is recommended for the treatment of skin tear injuries?</i>	A frase “ <i>the treatment of</i> ” é mais usada em contextos técnicos.	<i>17. Which of the following products is recommended for the treatment of skin tears?</i>
87	<i>a. Hydrocolloid dressings.</i>	a. Curativos hidrocoloides.	<i>a. Hydrocolloid dressings.</i>	<i>a. Hydrocolloid dressings.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>a. Hydrocolloid dressings.</i>
88	<i>b. Skin closure strips.</i>	b. Tiras adesivas de fechamento de pele.	<i>b. Skin closure strips.</i>	<i>b. Skin closure strips.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>b. Skin closure strips.</i>
89	<i>c. Paraffin gauze.</i>	c. Gaze de parafina.	<i>c. Paraffin gauze.</i>	<i>c. Paraffin gauze.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>c. Paraffin gauze.</i>
90	<i>d. Non-adherent dressings with silicone coating*</i>	d. Curativos não aderentes com revestimento de silicone.*	<i>d. Non-adherent dressings with silicone coating.*</i>	<i>d. Non-adherent silicone-coated dressings.*</i>	O termo “ <i>non-adherent dressings with silicone coating</i> ” é mais utilizado e coloca foco no tipo de curativo e onde o revestimento está localizado.	<i>d. Non-adherent dressings with silicone coating.*</i>
91	18. The ideal dressing for managing skin tears has to:	18. O curativo ideal para o tratamento de lesões por fricção deve:	<i>18. The ideal dressing for treating friction injuries should:</i>	<i>18. The ideal dressing for treating skin tear injuries should:</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica.	<i>18. The ideal dressing for treating skin tear should:</i>

92	<i>1. Create a moist wound healing environment.</i>	1. Criar um ambiente úmido para a cicatrização da ferida.	<i>1. Create a moist environment for wound healing.</i>	<i>1. Create a moist environment for wound healing.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>1. Create a moist environment for wound healing.</i>
93	<i>2. Afford extended wear time.</i>	2. Permitir um tempo de uso prolongado.	<i>2. Allow for extended wear time.</i>	<i>2. Allow for prolonged wear.</i>	A frase “ <i>extended wear time</i> ” é mais precisa quando se fala sobre itens ou qualquer produto usado no corpo.	<i>2. Allow for extended wear time.</i>
94	<i>3. Be flexible and mould to contours.</i>	3. Ser flexível e moldar-se aos contornos.	<i>3. Be flexible and mold to contours.</i>	<i>3. Be flexible and conform to contours.</i>	O termo “ <i>mold to contours</i> ” sugere que o material muda ou se adapta ativamente para se ajustar aos contornos de uma superfície.	<i>3. Be flexible and mold to contours.</i>
95	<i>a. 1 & 2</i>	a. 1 e 2	<i>a. 1 and 2</i>	<i>a. 1 and 2</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>a. 1 and 2</i>
96	<i>b. 2 & 3</i>	b. 2 e 3	<i>b. 2 and 3</i>	<i>b. 2 and 3</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>b. 2 and 3</i>
97	<i>c. 1 & 3</i>	c. 1 e 3	<i>c. 1 and 3</i>	<i>c. 1 and 3</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>c. 1 and 3</i>
98	<i>d. 1, 2 & 3*</i>	d. 1, 2 e 3*	<i>d. 1, 2, and 3*</i>	<i>d. 1, 2, and 3*</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>d. 1, 2, and 3*</i>
99	19. CASE: Type 2 skin tear (partial flap loss). After cleansing the wound bed, the following observations can be made:	19. CASO: Lesão por fricção tipo 2 (perda parcial do retalho cutâneo). Após a limpeza do leito da ferida, foi possível observar o seguinte:	<i>19. CASE: Type 2 friction injury (partial flap loss). After cleaning the wound bed, the following was observed:</i>	<i>19. CASE: Type 2 skin tear injury (partial flap loss). After cleaning the wound bed, the following was observed:</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica.	<i>19. CASE: Type 2 skin tear (partial flap loss). After cleaning the wound bed, the following was observed:</i>

100	<i>T: Thin fibrin layer</i>	T: Camada fina de esfacelo.	<i>T: Thin slough layer.</i>	<i>T: Thin fibrin layer.</i>	O termo “ <i>Slough</i> ” sugere o tecido inviável necrótico amolecido que aparece em feridas.	<i>T: Thin slough layer.</i>
101	<i>I: No signs of local infection</i>	I: Sem sinais de infecção local.	<i>I: No signs of local infection.</i>	<i>I: No signs of local infection.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>I: No signs of local infection.</i>
102	<i>M: Dry wound, no exudate</i>	M: Ferida seca, sem exsudato.	<i>M: Dry wound, no exudate.</i>	<i>M: Dry wound, no exudate.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>M: Dry wound, no exudate.</i>
103	<i>E: Fragile surrounding skin</i>	E: Pele circundante frágil.	<i>E: Fragile surrounding skin.</i>	<i>E: Fragile surrounding skin.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>E: Fragile surrounding skin.</i>
104	<i>Which treatment do you recommend after cleansing the wound bed?</i>	Qual tratamento você recomendaria após a limpeza do leito da ferida?	<i>What treatment would you recommend after cleaning the wound bed?</i>	<i>What treatment would you recommend after cleaning the wound bed?</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>What treatment would you recommend after cleaning the wound bed?</i>
105	<i>a. Apply a non-adherent dressing with silicone coating and cover with a secondary dressing. Replace the dressings every 2-3 days and cleanse the wound thoroughly during dressing changes.</i>	a. Aplicar um curativo não aderente com revestimento de silicone e cobrir com um curativo secundário. Trocar os curativos a cada 2–3 dias e limpar bem a ferida durante as trocas de curativo.	<i>a. Apply a non-adherent dressing with silicone coating and cover with a secondary dressing. Change dressings every 2–3 days and clean the wound thoroughly during dressing changes.</i>	<i>a. Apply a non-adherent silicone-coated dressing and cover with a secondary dressing. Change dressings every 2–3 days and clean the wound thoroughly during dressing changes.</i>	O termo “ <i>non-adherent dressing with silicone coating</i> ” é mais utilizado e coloca foco no tipo de curativo e onde o revestimento está localizado.	<i>a. Apply a non-adherent dressing with silicone coating and cover with a secondary dressing. Change dressings every 2–3 days and clean the wound thoroughly during dressing changes.</i>
106	<i>b. Apply a silicone mesh dressing and keep in place for 6-7 days. Cover with a secondary dressing. Cleanse the wound daily without removing the silicone</i>	b. Aplicar um curativo de malha de silicone e mantê-lo no lugar por 6–7 dias. Cobrir com um curativo secundário. Limpar a ferida diariamente sem remover o curativo	<i>b. Apply a silicone mesh dressing and leave it in place for 6–7 days. Cover with a secondary dressing. Clean the wound daily without removing the silicone mesh dressing and apply a hydrogel.*</i>	<i>b. Apply a silicone mesh dressing and keep it in place for 6–7 days. Cover with a secondary dressing. Clean the wound daily without removing the silicone mesh dressing and apply a hydrogel.*</i>	O termo “ <i>leave it in place</i> ” transmite a ideia de deixar o curativo intacto e não removê-lo durante o período especificado.	<i>b. Apply a silicone mesh dressing and leave it in place for 6–7 days. Cover with a secondary dressing. Clean the wound daily without removing the silicone mesh dressing</i>

	<i>mesh dressing and apply a hydrogel. *</i>	de malha de silicone e aplicar um hidrogel.*				<i>and apply a hydrogel. *</i>
107	<i>c. Apply a gauze dressing and use paper tape to secure in place. Replace the dressing every 6-7 days. Cleanse the wound thoroughly during dressing changes and apply a hydrogel.</i>	c. Aplicar um curativo de gaze e fixar com esparadrapo para mantê-lo no lugar. Trocar o curativo a cada 6–7 dias. Limpar a ferida cuidadosamente durante as trocas de curativo e aplicar um hidrogel.	<i>c. Apply a gauze dressing and secure it with adhesive tape to keep it in place. Change the dressing every 6–7 days. Clean the wound carefully during dressing changes and apply a hydrogel.</i>	<i>c. Apply a gauze dressing and secure with tape to keep it in place. Change the dressing every 6–7 days. Clean the wound thoroughly during dressing changes and apply a hydrogel.</i>	A frase “ <i>secure it with adhesive tape</i> ” destaca o tipo de fixação e a função do curativo. O termo “ <i>thoroughly</i> ” sugere uma limpeza completa.	<i>c. Apply a gauze dressing and secure it with adhesive tape to keep it in place. Change the dressing every 6–7 days. Clean the wound thoroughly during dressing changes and apply a hydrogel.</i>
108	<i>d. Apply wound strips to approximate the wound edges. Cover with a secondary dressing and replace the secondary dressing every 2-3 days.</i>	d. Aplicar tiras adesivas para aproximar as bordas da ferida. Cobrir com um curativo secundário e trocar o curativo secundário a cada 2–3 dias.	<i>d. Apply wound strips to approximate the wound edges. Cover with a secondary dressing and change the secondary dressing every 2–3 days.</i>	<i>d. Apply wound strips to approximate the wound edges. Cover with a secondary dressing and change the secondary dressing every 2–3 days.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>d. Apply wound strips to approximate the wound edges. Cover with a secondary dressing and change the secondary dressing every 2–3 days.</i>
109	DOMAIN 6: SPECIFIC PATIENT GROUPS	DOMÍNIO 6: GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES	DOMAIN 6: SPECIFIC GROUPS OF PATIENTS	DOMAIN 6: SPECIFIC PATIENT GROUPS	A frase “ <i>Specific patient groups</i> ” é um mais direta quando quer destacar grupos de pacientes com características ou necessidades específicas.	DOMAIN 6: SPECIFIC PATIENT GROUPS
110	20. Who has the highest risk of	20. Quem tem o maior risco de	<i>20. Who is at the highest risk of developing a friction injury?</i>	<i>20. Who is at highest risk for developing a skin tear?</i>	O termo “ <i>at the highest risk of,</i> ” é uma forma um	<i>20. Who is at the highest risk of</i>

	<i>developing a skin tear?</i>	desenvolver uma lesão por fricção?			pouco mais formal e enfática, mais adequado quer enfatizar o risco mais alto de uma lesão.	<i>developing a skin tear?</i>
111	<i>a. Preschool obese children.</i>	a. Crianças obesas em idade pré-escolar.	<i>a. Obese preschool children.</i>	<i>a. Obese preschool children.</i>	Retrotraduções coincidentes.	<i>a. Obese preschool children.</i>
112	<i>b. Female adults.</i>	b. Adultos do sexo feminino.	<i>b. Adult females.</i>	<i>b. Female adults.</i>	O termo “ <i>Adult females</i> ” segue a estrutura gramatical correta do inglês, onde o adjetivo (no caso, “ <i>adult</i> ”) vem antes do substantivo (neste caso, “ <i>females</i> ”).	<i>b. Adult females.</i>
113	<i>c. Premature newborns and elderly. *</i>	c. Recém-nascidos prematuros e idosos.*	<i>c. Premature newborns and older adults. *</i>	<i>c. Premature infants and older adults. *</i>	“ <i>Newborns</i> ” é o termo técnico utilizado para recém-nascidos, enquanto “ <i>infants</i> ” pode se referir a uma faixa etária mais ampla (do nascimento até o primeiro ano de vida).	<i>c. Premature newborns and older adults. *</i>
114	<i>d. Age is not associated with risk of skin tears.</i>	d. A idade não está associada ao risco de lesão por fricção.	<i>d. Age is not associated with the risk of friction injury.</i>	<i>d. Age is not associated with the risk of skin tear injury.</i>	O termo “ <i>Skin tear</i> ” é o termo mais encontrado na literatura acadêmica.	<i>d. Age is not associated with the risk of skin tear.</i>

115	<i>* indicates the correct answer.</i>	* Indica a resposta correta.	<i>* Indicates the correct response.</i>	<i>* Indicates the correct answer.</i>	O termo “answer” é mais comum quando estamos nos referindo a respostas corretas em contextos de exames, testes ou questionários.	<i>* Indicates the correct answer.</i>
116	<i>The response alternative “e. I do not know the answer.” should be added to every item.</i>	A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.	<i>The response option “e. I do not know the answer.” should be added to all items.</i>	<i>The alternative answer “e. I don’t know the answer” should be added to all items.</i>	Esta frase é mais direta e formal, apropriada em contextos acadêmicos, como questionários, pesquisas ou testes. Ela deixa claro que a opção de resposta específica deve ser adicionada.	<i>The response option “e. I do not know the answer.” should be added to all items.</i>

Fonte: Produção do próprio autor (2025).

APÊNDICE C – ETAPAS 4 E 5 DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

ITEM	VERSÃO T12	SUGESTÕES COMITÊ DE ESPECIALISTAS	INSTRUMENTO PRÉ-TESTE	SUGESTÕES PRÉ-TESTE	INSTRUMENTO FINAL
1	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre lesão por fricção (OASES)	Sem sugestões	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre lesão por fricção (OASES)	1. Considerar a possibilidade de colocar “para enfermeiros brasileiros” no título do instrumento. 2. Em qual contexto será aplicado? Não ficou claro o contexto, o que compromete a avaliação de relevância. 3. As fotos das coberturas na questão 17 ficaram desconfiguradas, pode confundir quando responder. 4. As legendas poderiam ser por cor ao invés de *(asterisco). 5. O instrumento me pareceu ótimo. Muito bem elaborado. Não imagino como um instrumento de difícil interpretação, porém traz algumas pegadinhas.	Instrumento de avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre lesão por fricção (OASES-B)
2	DOMÍNIO 1: ETIOLOGIA	Sem sugestões	DOMÍNIO 1: ETIOLOGIA	Sem sugestões	DOMÍNIO 1: ETIOLOGIA
3	1. O que é uma lesão por fricção?	Sem sugestões	1. O que é uma lesão por fricção?	Sem sugestões	1. O que é uma lesão por fricção?
4	a. Uma ferida traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos.*	1. Considerar trocar “ferida” por “lesão”. 2. Forças mecânicas podem causar associação não somente a mecanicidade do corpo, mas também às máquinas. DISCUSSÃO: os termos lesão e ferida são frequentemente usados como sinônimos, mas possuem	a. Uma lesão traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos.*	1. Não sei se faz diferença ou é relevante, na opção A - a palavra adesivo poderia ser substituída por adesivo hospitalar ou adesivos/fitas hospitalares (acho que ficaria mais claro), levando em consideração que o instrumento tenta abranger o maior número de pessoas, sendo ou não profissional da área.	a. Uma lesão traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos.*

		significados distintos. Trocado para “lesão” pois é um termo mais amplo que se refere a qualquer dano ou alteração patológica causado por fatores internos ou externos. Não muda o sentido da frase no inglês.		DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas. “Remoção de adesivos” abrange qualquer dispositivo médico com aderência adesiva.	
5	b. Uma ferida traumática causada por irritantes químicos/biológicos.	1. Considerar trocar “ferida” por “lesão”. 2. Talvez irritante não seja a melhor tradução, mas um similar. DISCUSSÃO: os termos lesão e ferida são frequentemente usados como sinônimos, mas possuem significados distintos. Trocado para “lesão” pois é um termo mais amplo que se refere a qualquer dano ou alteração patológica causado por fatores internos ou externos. Não muda o sentido da frase no inglês. Trocado “irritantes” por “agentes”, porque agentes químicos/biológicos abrange qualquer substância ou organismo que possa causar danos à saúde, incluindo intoxicações e infecções.	b. Uma lesão traumática causada por agentes químicos/biológicos.	Sem sugestões	b. Uma lesão traumática causada por agentes químicos/biológicos.
6	c. Uma ferida crônica causada por umidade, fricção e cisalhamento.	1. Considerar trocar “ferida” por “lesão”. 2. Skin tears é uma lesão aguda. DISCUSSÃO: os termos lesão e ferida são frequentemente usados como sinônimos, mas possuem significados distintos. Trocado para “lesão” pois é um termo mais amplo que se refere a qualquer dano ou alteração patológica causado por fatores internos ou externos. Não muda o sentido da frase no inglês.	c. Uma lesão crônica causada por umidade, fricção e cisalhamento.	Sem sugestões	c. Uma lesão crônica causada por umidade, fricção e cisalhamento.

7	d. Uma ferida crônica causada por pressão ou pela combinação entre pressão e cisalhamento.	1. Considerar trocar “ferida” por “lesão”. 2. Apesar de não estar com a posição de palavras igual à frase original, a tradução ficou (T12) ficou com o texto mais fluído e agradável que se tivesse sido traduzida exatamente igual. DISCUSSÃO: os termos lesão e ferida são frequentemente usados como sinônimos, mas possuem significados distintos. Trocado para “lesão” pois é um termo mais amplo que se refere a qualquer dano ou alteração patológica causado por fatores internos ou externos. Não muda o sentido da frase no inglês.	d. Uma lesão crônica causada por pressão ou pela combinação entre pressão e cisalhamento.	Sem sugestões	d. Uma lesão crônica causada por pressão ou pela combinação entre pressão e cisalhamento.
8	2. Como o processo de envelhecimento afeta a fisiologia da pele?	Sem sugestões	2. Como o processo de envelhecimento afeta a fisiologia da pele?	1. Talvez trocar o termo “afeta” por “interfere”, acho que o segundo é mais amplo. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas. “Afeta” tem um sentido mais amplo, indicando uma influência (positiva, negativa ou neutra) sobre a fisiologia da pele. Sugere uma análise dos impactos do envelhecimento.	2. Como o processo de envelhecimento afeta a fisiologia da pele?
9	a. Causa o aumento da função das glândulas sudoríparas.	1. A frase original traz a ideia de ação de glândulas sudoríparas aumentadas, sem fator causal, enquanto que a tradução faz referência a algo que age aumentando a ação das glândulas sudoríparas. Ao meu ver a tradução seria “Função aumentada das glândulas sudoríparas” ou	a. Causa o aumento da função das glândulas sudoríparas.	Sem sugestões	a. Causa o aumento da função das glândulas sudoríparas.

		“Aumento da função das glândulas sudoríparas”. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.			
10	b. Causa o aumento da elasticidade da pele.	1. Idem ao item anterior, a frase original não menciona um fator causal. Traduziria como: “Elasticidade da pele aumentada” ou “Aumento da elasticidade da pele”. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	b. Causa o aumento da elasticidade da pele.	Sem sugestões	b. Causa o aumento da elasticidade da pele.
11	c. Causa o aumento da quantidade de gordura subcutânea.	1. Idem ao item anterior, a frase original não menciona um fator causal. Traduziria como: “Quantidade de gordura subcutânea aumentada” ou “Aumento da quantidade de gordura subcutânea”. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	c. Causa o aumento da quantidade de gordura subcutânea.	Sem sugestões	c. Causa o aumento da quantidade de gordura subcutânea.
12	d. Causa o achatamento da junção dermoepidérmica.*	1. Idem aos anteriores, a frase original não menciona um fator causal. Traduziria como: “Achatamento da junção dermoepidérmica”. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	d. Causa o achatamento da junção dermoepidérmica.*	1. Sugiro deixar mais detalhado, por exemplo: O envelhecimento leva ao achatamento da junção dermoepidérmica, tornando a pele mais frágil e menos resistente a forças externas. 2. Talvez substituir a expressão “junção dermoepidérmica” por outras palavras para ficar mais fácil o entendimento. 3. Sugiro colocar entre parênteses o que é a junção dermoepidérmica DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas. A falta de conhecimento dos	d. Causa o achatamento da junção dermoepidérmica.*

				enfermeiros sobre a anatomia/fisiologia da pele pode influenciar na dificuldade de compreender o termo “junção dermoepidérmica”.	
13	3. Qual fator está associado à pele seca em uma população idosa?	Sem sugestões	3. Qual fator está associado à pele seca em uma população idosa?	Sem sugestões	3. Qual fator está associado à pele seca em uma população idosa?
14	a. O aumento da atividade das glândulas sudoríparas.	Sem sugestões	a. O aumento da atividade das glândulas sudoríparas.	Sem sugestões	a. O aumento da atividade das glândulas sudoríparas.
15	b. A diminuição da atividade das glândulas sebáceas.*	Sem sugestões	b. A diminuição da atividade das glândulas sebáceas.*	Sem sugestões	b. A diminuição da atividade das glândulas sebáceas.*
16	c. O aumento da síntese de colágeno.	Sem sugestões	c. O aumento da síntese de colágeno.	Sem sugestões	c. O aumento da síntese de colágeno.
17	d. A diminuição da produção de elastina.	Sem sugestões	d. A diminuição da produção de elastina.	Sem sugestões	d. A diminuição da produção de elastina.
18	DOMÍNIO 2: CLASSIFICAÇÃO E OBSERVAÇÃO	Sem sugestões	DOMÍNIO 2: CLASSIFICAÇÃO E OBSERVAÇÃO	1. Seria “observação” ou “avaliação”. O termo avaliação contempla o papel/dever do enfermeiro para registro, porém observação pode retratar algo mais superficial, menos específico e necessário. 2. Sugiro trocar observação por: avaliação DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas. As perguntas correspondentes deste domínio se enquadram na classificação e observação. Não há julgamento sobre gravidade, causa ou tratamento, as perguntas não solicitam uma interpretação clínica, por isso não se encaixam em “avaliação”.	DOMÍNIO 2: CLASSIFICAÇÃO E OBSERVAÇÃO

19	4. Quais informações devem ser documentadas ao avaliar lesões por fricção?	Sem sugestões	4. Quais informações devem ser documentadas ao avaliar lesões por fricção?	Sem sugestões	4. Quais informações devem ser documentadas ao avaliar lesões por fricção?
20	1. Causa, comprimento, largura, profundidade e dor.	Sem sugestões	1. Causa, comprimento, largura, profundidade e dor.	1. Item 1 - Qual vai ser a escala indicada para avaliar o critério de dor deste paciente? DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas. A proposta da pergunta é ser mais objetiva para responder sobre quais informações precisam ser observadas. O foco não é entrar especificadamente na avaliação da dor.	1. Causa, comprimento, largura, profundidade e dor.
21	2. Tipo e quantidade de exsudato, integridade da pele circundante e medicação.	1. Em vez de exsudato, não seria possível tipo e quantidade de sudorese, secreção? Por conta da palavra ser pouco comum no vocabulário brasileiro. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	2. Tipo e quantidade de exsudato, integridade da pele circundante e medicação.	1. No tópico 2 talvez incluir “uso de medicações” ou “medicações em uso”. 2. Na alternativa 2 considerar substituir a palavra “tipo” por “características”. Talvez esclarecer o aspecto medicação, complementando que é a medicação utilizada pelo paciente atualmente, ou medicação utilizada previamente, ou ambos. 3. Item 2 - Quando menciona medicação, menciona a medicação de uso contínuo do paciente? Ou a medicação que ele está abordando a lesão? 3. Tipo e quantidade de exsudato, integridade da pele circundante e medicações em uso ou de uso contínuo - ou seria a medicação utilizada na lesão?	2. Tipo e quantidade de exsudato, integridade da pele circundante e medicação em uso.

				4. Será que não ficaria legal aqui nesse colocar mais uma opção negativa para confundir? 5. “Medicação” do item 2 não deveria ser alocada para o item 3 que abrange o contexto geral do paciente? Sugiro também alterar o termo para “medicamentos” ou “medicamentos de uso diário/contínuo”. DISCUSSÃO: “Tipo e quantidade de exsudato” é mais direto e objetivo (comum em protocolos e classificações padronizadas). Foca em categorias pré-definidas de exsudato (ex.: seroso, serossanguinolento, purulento) e volume (leve, moderado, abundante). Trocado “medicação” para “medicação em uso” por ser mais preciso e clinicamente relevante, especificando que se refere aos fármacos que o paciente está efetivamente utilizando no momento. Assim elimina ambiguidades, dando clareza e foco, mais precisa clinicamente.	
22	3. Estado geral de saúde, nutrição e estado de saúde mental.	1. Eu colocaria estado apenas uma vez. “Estado geral de saúde (física e mental) e de nutrição”. DISCUSSÃO: Para uma frase mais fluida no português foi retirado “estado de”, sem mudar o sentido da frase.	3. Estado geral de saúde, nutrição e saúde mental.	Sem sugestões	3. Estado geral de saúde, nutrição e saúde mental.
23	a. 1 e 2	Sem sugestões	a. 1 e 2	Sem sugestões	a. 1 e 2
24	b. 2 e 3	Sem sugestões	b. 2 e 3	Sem sugestões	b. 2 e 3
25	c. 1 e 3	Sem sugestões	c. 1 e 3	Sem sugestões	c. 1 e 3

26	d. 1, 2 e 3*	Sem sugestões	d. 1, 2 e 3*	Sem sugestões	d. 1, 2 e 3*
27	5. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação do Painel Consultivo Internacional de Lesões por fricção (ISTAP) (2019).	Sem sugestões	5. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação do Painel Consultivo Internacional de Lesões por fricção (ISTAP) (2019).	1. Poderia incluir imagens dos outros graus de lesão por fricção, para poder ser comparado. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	5. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação do Painel Consultivo Internacional de Lesões por fricção (ISTAP) (2019).
28	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.	Sem sugestões	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.	1. Sugiro utilizar ou padronizar aqui o uso de “retalho cutâneo” ou “pele” nos itens a, b, c, d. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas. A classificação de lesões por fricção foi adaptada transculturalmente por outros autores.	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.
29	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.	1. Eu entendo que seja um termo técnico, porém se for para um informativo ao público geral, recomendaria o uso de termos como “camada” ou “superfície”. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.	Sem sugestões	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.
30	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo*	1. Eu entendo que seja um termo técnico, porém se for para um informativo ao público geral, recomendaria o uso de termos como “camada” ou “superfície”. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo*	Sem sugestões	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo*
31	d. Não classificável.	1. “Unclassifiable” refere-se à incapacidade de categorizar algo em um sistema ou tipo específico. “Unstageable” refere-se à	d. Não classificável.	Sem sugestões	d. Não classificável.

		incapacidade de determinar o estágio de progressão ou gravidade em um sistema que já existe. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.			
32	6. Qual imagem é uma lesão por fricção tipo 1 de acordo com o Sistema de Classificação ISTAP (2019)?	Sem sugestões	6. Qual imagem é uma lesão por fricção tipo 1 de acordo com o Sistema de Classificação ISTAP (2019)?	1. No sistema de classificação ISTAP, as figuras a, c e d corresponderiam a lesões por fricção, sendo diferenciadas pela integridade, perda parcial ou total da lesão por fricção. No caso não entendi a razão de ter sido escolhida apenas a lesão c. 2. Poderia ser acrescentada a orientação para selecionar apenas uma opção ou indicar que há apenas uma alternativa correta. 3. Embora esteja na pergunta anterior, acho melhor ser repetitiva e colocar na questão também o que é tipo 1. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas. O objetivo do teste é avaliar o conhecimento, caso o profissional não conheça esta classificação indica que precisa de capacitações.	6. Qual imagem é uma lesão por fricção tipo 1 de acordo com o Sistema de Classificação ISTAP (2019)?
33	7. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação ISTAP (2019).	Sem sugestões	7. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação ISTAP (2019).	Sem sugestões	7. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação ISTAP (2019).
34	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.	Sem sugestões	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.	1. Sugiro utilizar ou padronizar aqui o uso de “retalho cutâneo” ou “pele” nos itens a, b, c, d.	a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.

				DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas. A classificação de lesões por fricção foi adaptada transculturalmente por outros autores.	
35	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.*	1. Eu entendo que seja um termo técnico, porém se for para um informativo ao público geral, recomendaria o uso de termos como “camada” ou “superfície”. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.*	Sem sugestões	b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.*
36	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo.	1. Eu entendo que seja um termo técnico, porém se for para um informativo ao público geral, recomendaria o uso de termos como “camada” ou “superfície”. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo.	Sem sugestões	c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo.
37	d. Não classificável.	1. “Unclassifiable” refere-se à incapacidade de categorizar algo em um sistema ou tipo específico. “Unstageable” refere-se à incapacidade de determinar o estágio de progressão ou gravidade em um sistema que já existe. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	d. Não classificável.	Sem sugestões	d. Não classificável.
38	DOMÍNIO 3 - AVALIAÇÃO DE RISCO	Sem sugestões	DOMÍNIO 3 - AVALIAÇÃO DE RISCO	1. Considerar “avaliação de risco para o desenvolvimento de lesão por fricção”, para aumentar a clareza. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	DOMÍNIO 3 - AVALIAÇÃO DE RISCO

				O objetivo de avaliação já foi introduzido no início do teste. Não há necessidade de ser redundante.	
39	8. Por que os neonatos correm o risco de desenvolver uma lesão por fricção?	Sem sugestões	8. Por que os neonatos correm o risco de desenvolver uma lesão por fricção?	Sem sugestões	8. Por que os neonatos correm o risco de desenvolver uma lesão por fricção?
40	a. Eles possuem um suprimento sanguíneo limitado para as extremidades.	Sem sugestões	a. Eles possuem um suprimento sanguíneo limitado para as extremidades.	Sem sugestões	a. Eles possuem um suprimento sanguíneo limitado para as extremidades.
41	b. Eles possuem uma coesão reduzida entre a epiderme e a derme.*	1. Eles possuem reduzida junção entre a epiderme e a derme (junção dermo-epidérmica) DISCUSSÃO: O termo “coesão celular” deixa a frase mais precisa, pois especifica o nível em que o problema ocorre e evita ambiguidades, sem alterar o sentido da frase.	b. Eles possuem uma coesão celular reduzida entre a epiderme e a derme.*	1. Talvez mudar a palavra coesão. Tive que pesquisar o significado. 2. Termo coesão celular não é claro. DISCUSSÃO: Trocado “coesão celular reduzida” para “adesão reduzida” por ser um termo mais abrangente, claro, preciso e amplamente compreendido.	b. Eles possuem uma adesão reduzida entre a epiderme e a derme.*
42	c. Eles possuem um número maior de fibrilas de ancoragem na junção dermoepidérmica.	Sem sugestões	c. Eles possuem um número maior de fibrilas de ancoragem na junção dermoepidérmica.	Sem sugestões	c. Eles possuem um número maior de fibrilas de ancoragem na junção dermoepidérmica.
43	d. Eles possuem um número maior de fibras elásticas na derme.	Sem sugestões	d. Eles possuem um número maior de fibras elásticas na derme.	Sem sugestões	d. Eles possuem um número maior de fibras elásticas na derme.
44	9. Por que o uso prolongado de corticosteroides é um fator de risco para o desenvolvimento de uma lesão por fricção?	1. O termo corticóide é mais usual. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	9. Por que o uso prolongado de corticosteroides é um fator de risco para o desenvolvimento de uma lesão por fricção?	1. Essa questão é muito boa, eu particularmente antes da resposta fiquei na dúvida.	9. Por que o uso prolongado de corticosteroides é um fator de risco para o desenvolvimento de uma lesão por fricção?
45	a. Eles estão associados à atrofia da pele.*	Sem sugestões	a. Eles estão associados à atrofia da pele.*	Sem sugestões	a. Eles estão associados à atrofia da pele.*

46	b. Eles estão associados a um aumento da produção de colágeno.	Sem sugestões	b. Eles estão associados a um aumento da produção de colágeno.	Sem sugestões	b. Eles estão associados a um aumento da produção de colágeno.
47	c. Eles estão associados a um aumento do risco de sangramento.	Sem sugestões	c. Eles estão associados a um aumento do risco de sangramento.	Sem sugestões	c. Eles estão associados a um aumento do risco de sangramento.
48	d. Eles estão associados a um sistema imunológico reduzido.	1. Na nossa cultura não costumamos usar “sistema imunológico reduzido” para dizer que ele está com a ação diminuída. 2. Não seria a uma baixa do sistema imunológico? DISCUSSÃO: Trocado para “sistema imunológico comprometido” pois é a expressão mais utilizada em contextos médicos ou científicos para transmitir uma ideia mais precisa de que a função imunológica está prejudicada ou deficiente.	d. Eles estão associados a um sistema imunológico comprometido.	Sem sugestões	d. Eles estão associados a um sistema imunológico comprometido.
49	DOMÍNIO 4: PREVENÇÃO	Sem sugestões	DOMÍNIO 4: PREVENÇÃO	Sem sugestões	DOMÍNIO 4: PREVENÇÃO
50	10. Qual das seguintes medidas preventivas é apropriada para um paciente em cadeira de rodas com uma lesão por fricção no membro inferior?	1. Sugestão: “Qual(is)”. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	10. Qual das seguintes medidas preventivas é apropriada para um paciente em cadeira de rodas com uma lesão por fricção no membro inferior?	Sem sugestões	10. Qual das seguintes medidas preventivas é apropriada para um paciente em cadeira de rodas com uma lesão por fricção no membro inferior?
51	a. Acolchoar os apoios das pernas da cadeira de rodas.*	Sem sugestões	a. Acolchoar os apoios das pernas da cadeira de rodas.*	1. Acolchoar, dando preferência a materiais macios e não sintéticos. 2. Acrescentaria: apoio de pernas e pés. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	a. Acolchoar os apoios das pernas da cadeira de rodas.*

52	b. Limpar a pele com sabão detergente.	1. Limpar a pele com sabão detergente. DISCUSSÃO: Trocado “Limpar a pele com sabão detergente” por “Higienizar a pele com sabonete em barra”, porque “higienizar” abrange a remoção de sujeira visível e também a eliminação de microorganismos que podem causar infecções ou problemas de saúde, e sabonete em barra está culturalmente associado ao cuidado pessoal e à higiene diária.	b. Higienizar a pele com sabonete em barra.	Sem sugestões	b. Higienizar a pele com sabonete em barra.
53	c. Esfregar a pele seca para aumentar a circulação.	1. Não ficou claro se é esfregar a pele seca, ou esfregar para secar a pele. DISCUSSÃO: Esfregar a pele seca para aumentar a circulação sanguínea da pele.	c. Esfregar a pele seca para aumentar a circulação sanguínea.	Sem sugestões	c. Esfregar a pele seca para aumentar a circulação sanguínea.
54	d. Aplicar um curativo à base de iodo.	1. Seria o curativo à base de iodo ou a substância desinfetante? DISCUSSÃO: Curativo à base de iodo.	d. Aplicar um curativo à base de iodo.	Sem sugestões	d. Aplicar um curativo à base de iodo.
55	11. Por que os hidratantes para a pele são aplicados para prevenir as lesões por fricção?	Sem sugestões	11. Por que os hidratantes para a pele são aplicados para prevenir as lesões por fricção?	Sem sugestões	11. Por que os hidratantes para a pele são aplicados para prevenir as lesões por fricção?
56	a. Eles previnem que a pele rache e fissure.	Sem sugestões	a. Eles previnem que a pele rache e fissure.	Sem sugestões	a. Eles previnem que a pele rache e fissure.
57	b. Eles repõem a umidade natural da pele.*	Sem sugestões	b. Eles repõem a umidade natural da pele.*	Sem sugestões	b. Eles repõem a umidade natural da pele.*
58	c. Eles agem como uma barreira contra invasão	Sem sugestões	c. Eles agem como uma barreira contra invasão	Sem sugestões	c. Eles agem como uma barreira contra invasão microbiana e lesões físicas.

	microbiana e lesões físicas.		microbiana e lesões físicas.		
59	d. Eles aceleram a renovação celular da pele.	Sem sugestões	d. Eles aceleram a renovação celular da pele.	Sem sugestões	d. Eles aceleram a renovação celular da pele.
60	12. CASO: Sr. Scott, 85 anos, residente de uma casa de repouso. Histórico médico: incontinência, demência, múltiplas quedas, dependência para atividades da vida diária (AVDs). Observou-se a presença de lesões por fricção em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços. Qual das seguintes intervenções deve fazer parte do seu plano de cuidados para prevenir a ocorrência de novas lesões por fricção?	1. “Observou-se a presença de múltiplas pequenas lesões por fricção em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços”. 2. CASO: Sr. Scott, 85 anos, residente de uma casa de repouso (substituir por Instituição de Longa Permanência- ILPI). Histórico médico: incontinência (qual???fecal, urinária, as 2??), demência, múltiplas quedas (qual período de quedas últimos 2 meses?), dependência para atividades da vida diária (AVDs). Observou-se a presença de lesões por fricção em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços. Qual das seguintes intervenções deve fazer parte do seu plano de cuidados para prevenir a ocorrência de novas lesões por fricção? DISCUSSÃO: Trocado “uma casa de repouso” para “instituição de longa permanência” pois é um termo técnico e regulamentado no Brasil, que se refere a instituições que oferecem moradia e cuidados contínuos para idosos, incluindo assistência médica e de enfermagem. Acrescentado a informação da incontinência “urinária e fecal” para deixar a frase mais clara e precisa.	12. CASO: Sr. Scott, 85 anos, residente de uma Instituição de Longa Permanência (ILPI). Histórico médico: incontinência urinária e fecal, demência, múltiplas quedas, dependência para atividades da vida diária (AVDs). Observou-se a presença de lesões por fricção em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços. Qual das seguintes intervenções deve fazer parte do seu plano de cuidados para prevenir a ocorrência de novas lesões por fricção?	1. Sugiro mudar o nome do personagem para um nome mais “brasileiro”. DISCUSSÃO: Trocado “Scott” para “João”, nome culturalmente conhecido.	12. CASO: Sr. João, 85 anos, residente de uma Instituição de Longa Permanência (ILPI). Histórico médico: incontinência urinária e fecal, demência, múltiplas quedas, dependência para atividades da vida diária (AVDs). Observou-se a presença de lesões por fricção em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços. Qual das seguintes intervenções deve fazer parte do seu plano de cuidados para prevenir a ocorrência de novas lesões por fricção?

61	a. Incentivar o envolvimento ativo nas AVDs, o banho diário com uso de sabão, e a hidratação da pele.	1. Incentivar o envolvimento ativo nas AVDs, o banho diário com uso de sabonete, e a hidratação da pele. DISCUSSÃO: Trocado “sabão” para “sabonete”, pois culturalmente está associado ao cuidado pessoal e à higiene diária.	a. Incentivar o envolvimento ativo nas AVDs, o banho diário com uso de sabonete, e a hidratação da pele.	Sem sugestões	a. Incentivar o envolvimento ativo nas AVDs, o banho diário com uso de sabonete, e a hidratação da pele.
62	b. Proporcionar um ambiente seguro (por exemplo, iluminação adequada), banho diário, e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone nas lesões por fricção.	1. “Ensuring” seria melhor traduzido como “Garantir”. Considerei culturalmente e conceitualmente equivalente porque na área da saúde nós utilizamos mais a expressão proporcionar. 2. Proporcionar um ambiente seguro (por exemplo, iluminação adequada, remoção de tapetes do domicílio e outros), banho diário, e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone nas lesões por fricção. DISCUSSÃO: Acrescentado a frase “remoção de tapetes do domicílio” para enfatizar os fatores de risco para quedas em idosos relacionados ao ambiente.	b. Proporcionar um ambiente seguro (por exemplo, iluminação adequada, remoção de tapetes do domicílio), banho diário, e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone nas lesões por fricção.	Sem sugestões	b. Proporcionar um ambiente seguro (por exemplo, iluminação adequada, remoção de tapetes do domicílio), banho diário, e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone nas lesões por fricção.
63	c. Usar roupas de proteção, hidratar a pele e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone em lesões por fricção.*	1. Usar roupas de proteção substituir por: calças e blusas de mangas compridas. Por que o que significa roupas de proteção? 2. Veja se aplicar curativo é o melhor termo, já que aplicar é uma tradução literal e no português brasileiro é mais usual “fazer curativo”	c. Usar roupas de proteção (por exemplo: calças e mangas compridas), hidratar a pele e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone em lesões por fricção.*	1. No item correto poderia entrar a questão dos banhos não diários e trazer a questão mais para cima. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	c. Usar roupas de proteção (por exemplo: calças e mangas compridas), hidratar a pele e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone em lesões por fricção.*

		DISCUSSÃO: Acrescentado a frase “(por exemplo: calças e mangas compridas)” para deixar mais claro e fluido.			
64	d. Instalar proteção nos móveis (por exemplo: quinas de mesas), banho diário, e aplicar curativos hidrocoloides nas lesões por fricção.	Sem sugestões	d. Instalar proteção nos móveis (por exemplo: quinas de mesas), banho diário, e aplicar curativos hidrocoloides nas lesões por fricção.	Sem sugestões	d. Instalar proteção nos móveis (por exemplo: quinas de mesas), banho diário, e aplicar curativos hidrocoloides nas lesões por fricção.
65	13. Um umectante (por exemplo: ureia) auxilia na hidratação da pele. Por quê?	Sem sugestões	13. Um umectante (por exemplo: ureia) auxilia na hidratação da pele. Por quê?	1. Sugestão para aprimorar a clareza da pergunta: Como um umectante, como a ureia, auxilia na hidratação da pele? 2. Cumpre essa função desde que o paciente tenha hidratação endógena (beba água), caso contrário o efeito será pequeno DISCUSSÃO: Não realizado mudanças devido a clareza e relevância alcançar um Índice de Validade de Conteúdo igual a 1,00.	13. Um umectante (por exemplo: ureia) auxilia na hidratação da pele. Por quê?
66	a. Ele atrai a água da epiderme para a derme para aumentar os níveis de hidratação na junção dermoepidérmica.	Sem sugestões	a. Ele atrai a água da epiderme para a derme para aumentar os níveis de hidratação na junção dermoepidérmica.	Sem sugestões	a. Ele atrai a água da epiderme para a derme para aumentar os níveis de hidratação na junção dermoepidérmica.
67	b. Ele atrai a água da derme para a epiderme e compensa os níveis reduzidos de hidratantes naturais na pele.*	Sem sugestões	b. Ele atrai a água da derme para a epiderme e compensa os níveis reduzidos de hidratantes naturais na pele.*	Sem sugestões	b. Ele atrai a água da derme para a epiderme e compensa os níveis reduzidos de hidratantes naturais na pele.*
68	c. Ele retém a umidade na pele e reduz a perda de água por evaporação.	Sem sugestões	c. Ele retém a umidade na pele e reduz a perda de água por evaporação.	Sem sugestões	c. Ele retém a umidade na pele e reduz a perda de água por evaporação.

69	d. Ele amacia a pele para auxiliar na absorção de umidade.	Sem sugestões	d. Ele amacia a pele para auxiliar na absorção de umidade.	Sem sugestões	d. Ele amacia a pele para auxiliar na absorção de umidade.
70	14. O que NÃO é uma intervenção eficaz para prevenir lesões por fricção?	Sem sugestões	14. O que NÃO é uma intervenção eficaz para prevenir lesões por fricção?	Sem sugestões	14. O que NÃO é uma intervenção eficaz para prevenir lesões por fricção?
71	a. O uso de sabão para limpar a pele.*	1. O uso de sabonete para limpar a pele. DISCUSSÃO: Trocado “sabão” para “sabonete”, pois culturalmente está associado ao cuidado pessoal e à higiene diária.	a. O uso de sabonete para limpar a pele.*	Sem sugestões	a. O uso de sabonete para limpar a pele.*
72	b. O uso de mangas compridas e calças para adicionar uma camada de proteção às extremidades.	Sem sugestões	b. O uso de mangas compridas e calças para adicionar uma camada de proteção às extremidades.	Sem sugestões	b. O uso de mangas compridas e calças para adicionar uma camada de proteção às extremidades.
73	c. O uso de acolchoamento nas grades da cama, nos apoios para braços/pernas da cadeira de rodas e outros equipamentos para minimizar o risco de possível trauma.	Sem sugestões	c. O uso de acolchoamento nas grades da cama, nos apoios para braços/pernas da cadeira de rodas e outros equipamentos para minimizar o risco de possível trauma.	Sem sugestões	c. O uso de acolchoamento nas grades da cama, nos apoios para braços/pernas da cadeira de rodas e outros equipamentos para minimizar o risco de possível trauma.
74	d. O uso de travesseiros e cobertores para apoiar braços e pernas pendentes.	Sem sugestões	d. O uso de travesseiros e cobertores para apoiar braços e pernas pendentes.	Sem sugestões	d. O uso de travesseiros e cobertores para apoiar braços e pernas pendentes.
75	15. O que é eficaz para reduzir o risco de desenvolver uma lesão por fricção?	Sem sugestões	15. O que é eficaz para reduzir o risco de desenvolver uma lesão por fricção?	1. Isso se aplicaria para todos pacientes, faixas etárias diferentes? 2. Detalhar que estas medidas são para pacientes com risco elevado de desenvolvimento de lesões por fricção. Ou grupos específicos (idosos e neonatos por exemplo);	15. O que é eficaz para reduzir o risco de desenvolver uma lesão por fricção?

				3. Muito importante essa questão, pois é algo que não temos costume de orientar. 4. Ao ler as alternativas b e c tive a impressão de ser corretas, em pacientes que teriam a necessidade de banho diário.	
76	a. Esfregar a pele do paciente para garantir que esteja seca após o banho.	Sem sugestões	a. Esfregar a pele do paciente para garantir que esteja seca após o banho.	Sem sugestões	a. Esfregar a pele do paciente para garantir que esteja seca após o banho.
77	b. Dar banho no paciente todos os dias e secar gentilmente a sua pele com leves batidinhas.	1. Realizar o banho no paciente todos os dias e secar gentilmente a sua pele com a toalha. 2. [...] com leves batidinhas. Trocar por toque leve ou leve toques DISCUSSÃO: Trocado para “realizar banho diário” pois transmite formalidade e precisão técnica. Trocado “gentilmente” para “suavemente” e leves “batidinhas” para “leves toques” pois é mais formal para textos técnicos, instruções de cuidados com a pele ou materiais educativos, onde a precisão e a suavidade são enfatizadas.	b. Realizar banho diário no paciente e secar suavemente a sua pele com leves toques.	Sem sugestões	b. Realizar banho diário no paciente e secar suavemente a sua pele com leves toques.
78	c. Dar banho no paciente todos os dias e usar panos e toalhas macios.	- Sugestão: trocar “dar” por “realizar” DISCUSSÃO: Trocado para “realizar banho diário” pois transmite formalidade e precisão técnica.	c. Realizar banho diário no paciente e usar panos e toalhas macios.	Sem sugestões	c. Realizar banho diário no paciente e usar panos e toalhas macios.
79	d. Diminuir a frequência dos banhos, se possível.*	1. “Minimizar” é um pouco diferente de “diminuir”.	d. Diminuir a frequência dos banhos, se possível.*	1. Sugiro colocar não apenas diminuição de banho, mas diminuir o banho e aplicar hidratante com maior frequência.	d. Diminuir a frequência dos banhos, se possível.*

		DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.		DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	
80	DOMÍNIO 5: TRATAMENTO	Sem sugestões	DOMÍNIO 5: TRATAMENTO	Sem sugestões	DOMÍNIO 5: TRATAMENTO
81	16. CASO: Uma enfermeira remove um cateter intravenoso. Uma lesão por fricção é causada como resultado dessa ação. O que você considera ser o tratamento apropriado para esse paciente?	Sem sugestões	16. CASO: Uma enfermeira remove um cateter intravenoso. Uma lesão por fricção é causada como resultado dessa ação. O que você considera ser o tratamento apropriado para esse paciente?	1. Sugestão para aprimorar a clareza - Na pergunta: Uma enfermeira remove um cateter intravenoso, resultando em uma lesão por fricção. Qual é a conduta mais adequada para o tratamento? E na opção “a” no item “tiras adesivas”, sugiro substituir por “fitas”, que é mais utilizado, por exemplo fita micropore, fita esparadrapo. 2. Colocar curativo sinalizando o sentido em que o mesmo deverá ser retirado na troca, uma vez que na troca de curativo pode ter o risco de retirada da cobertura de escolha no sentido em que poderá retirar o retalho e aumentar a lesão. 3. Nas duas últimas alternativas informa uma maneira de controlar o sangramento, mesmo que errada. Penso que nas duas primeiras poderia também informar a maneira desse controle que a questão quer trazer. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas. A ANVISA enquadra esses produtos na categoria de “Dispositivos Médicos” e utiliza o termo “tiras adesivas” em	16. CASO: Uma enfermeira remove um cateter intravenoso. Uma lesão por fricção é causada como resultado dessa ação. O que você considera ser o tratamento apropriado para esse paciente?

				documentos técnicos e regulatórios.	
82	a. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar as bordas da pele com tiras adesivas, controlar a infecção/inflamação e o exsudato, aplicar um curativo de gaze e reavaliar em 24 horas.	Sem sugestões	a. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar as bordas da pele com tiras adesivas, controlar a infecção/inflamação e o exsudato, aplicar um curativo de gaze e reavaliar em 24 horas.	Sem sugestões	a. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar as bordas da pele com tiras adesivas, controlar a infecção/inflamação e o exsudato, aplicar um curativo de gaze e reavaliar em 24 horas.
83	b. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando uma ponta de algodão umedecida, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo não adesivo.*	Sem sugestões	b. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando uma ponta de algodão umedecida, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo não adesivo.*	Sem sugestões	b. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando uma ponta de algodão umedecida, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo não adesivo.*
84	c. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, desbridar o retalho cutâneo, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo de filme.	Sem sugestões	c. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, desbridar o retalho cutâneo, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo de filme.	Trocado para “filme transparente” com o objetivo de deixar mais claro e preciso.	c. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, desbridar o retalho cutâneo, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo de filme transparente.
85	d. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando	Sem sugestões	d. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando	Sem sugestões	d. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando um dedo enluvado, controlar a infecção/inflamação e o

	um dedo enluvado, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo à base de iodo.		um dedo enluvado, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo à base de iodo.		exsudato e aplicar um curativo à base de iodo.
86	17. Qual dos seguintes produtos é recomendado para tratamento de lesões por fricção?	1. A frase original não traz “para o tratamento”, a tradução literal seria “para uso”. Sugestão: “Qual(is)” DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	17. Qual dos seguintes produtos é recomendado para tratamento de lesões por fricção?	1. As fotos ficaram bem claras! Parabéns.	17. Qual dos seguintes produtos é recomendado para tratamento de lesões por fricção?
87	a. Curativos hidrocoloides.	Sem sugestões	a. Curativos hidrocoloides.	Sem sugestões	a. Curativos hidrocoloides.
88	b. Tiras adesivas de fechamento de pele.	Sem sugestões	b. Tiras adesivas de fechamento de pele.	1. Sugestão: opção “b” - utilizar “fitas adesivas” ao invés de “tiras adesivas”. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas. A ANVISA enquadra esses produtos na categoria de “Dispositivos Médicos” e utiliza o termo “tiras adesivas” em documentos técnicos e regulatórios.	b. Tiras adesivas de fechamento de pele.
89	c. Gaze de parafina.	Sem sugestões	c. Gaze de parafina.	Sem sugestões	c. Gaze de parafina.
90	d. Curativos não aderentes com revestimento de silicone.*	Sem sugestões	d. Curativos não aderentes com revestimento de silicone.*	Sem sugestões	d. Curativos não aderentes com revestimento de silicone.*
91	18. O curativo ideal para o tratamento de lesões por fricção deve:	Sem sugestões	18. O curativo ideal para o tratamento de lesões por fricção deve:	1. Com retirada atraumática. 2. Senti falta de um item com a fixação, pois é muito comum o descuido. Acrescentaria: fixação com fita microporosa (alternativa falsa). DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	18. O curativo ideal para o tratamento de lesões por fricção deve:

92	1. Criar um ambiente úmido para a cicatrização da ferida.	Sem sugestões	1. Criar um ambiente úmido para a cicatrização da ferida.	Sem sugestões	1. Criar um ambiente úmido para a cicatrização da ferida.
93	2. Permitir um tempo de uso prolongado.	Sem sugestões	2. Permitir um tempo de uso prolongado.	Sem sugestões	2. Permitir um tempo de uso prolongado.
94	3. Ser flexível e moldar-se aos contornos.	Sem sugestões	3. Ser flexível e moldar-se aos contornos.	1. Sugestão para aprimorar a clareza: opção “3” - exemplificar “contornos” - qual contorno deve ser? da lesão? do membro onde está localizada a lesão, da pele adjacente? 2. Ser flexível e moldar-se aos contornos (do quê? da lesão a parte do corpo onde está a lesão? dá para entender assim, mas talvez ficasse legal mais completo, o óbvio precisa ser dito). DISCUSSÃO: Trocado “moldar-se aos contornos” para “moldar-se aos contornos da região afetada” com o objetivo de deixar mais claro e preciso.	3. Ser flexível e moldar-se aos contornos da região afetada.
95	a. 1 e 2	Sem sugestões	a. 1 e 2	Sem sugestões	a. 1 e 2
96	b. 2 e 3	Sem sugestões	b. 2 e 3	Sem sugestões	b. 2 e 3
97	c. 1 e 3	Sem sugestões	c. 1 e 3	Sem sugestões	c. 1 e 3
98	d. 1, 2 e 3*	Sem sugestões	d. 1, 2 e 3*	Sem sugestões	d. 1, 2 e 3*
99	19. CASO: Lesão por fricção tipo 2 (perda parcial do retalho cutâneo). Após a limpeza do leito da ferida, foi possível observar o seguinte:	Sem sugestões	19. CASO: Lesão por fricção tipo 2 (perda parcial do retalho cutâneo). Após a limpeza do leito da ferida, foi possível observar o seguinte:	Sem sugestões	19. CASO: Lesão por fricção tipo 2 (perda parcial do retalho cutâneo). Após a limpeza do leito da ferida, foi possível observar o seguinte:
100	T: Camada fina de esfacelo.	1. Fibrina e esfacelo são coisas diferentes. É interessante consultar o último consenso de limpeza de feridas para essa parte da tradução.	T: Camada fina de esfacelo.	Sem sugestões	T: Camada fina de esfacelo.

101	I: Sem sinais de infecção local.	Sem sugestões	I: Sem sinais de infecção local.	Sem sugestões	I: Sem sinais de infecção local.
102	M: Ferida seca, sem exsudato.	Sem sugestões	M: Ferida seca, sem exsudato.	Sem sugestões	M: Ferida seca, sem exsudato.
103	E: Pele circundante frágil.	Sem sugestões	E: Pele circundante frágil.	Sem sugestões	E: Pele circundante frágil.
104	Qual tratamento você recomendaria após a limpeza do leito da ferida?	Sem sugestões	Qual tratamento você recomendaria após a limpeza do leito da ferida?	Sem sugestões	Qual tratamento você recomendaria após a limpeza do leito da ferida?
105	a. Aplicar um curativo não aderente com revestimento de silicone e cobrir com um curativo secundário. Trocar os curativos a cada 2–3 dias e limpar bem a ferida durante as trocas de curativo.	Sem sugestões	a. Aplicar um curativo não aderente com revestimento de silicone e cobrir com um curativo secundário. Trocar os curativos a cada 2–3 dias e limpar bem a ferida durante as trocas de curativo.	Sem sugestões	a. Aplicar um curativo não aderente com revestimento de silicone e cobrir com um curativo secundário. Trocar os curativos a cada 2–3 dias e limpar bem a ferida durante as trocas de curativo.
106	b. Aplicar um curativo de malha de silicone e mantê-lo no lugar por 6–7 dias. Cobrir com um curativo secundário. Limpar a ferida diariamente sem remover o curativo de malha de silicone e aplicar um hidrogel.*	Sem sugestões	b. Aplicar um curativo de malha de silicone e mantê-lo no lugar por 6–7 dias. Cobrir com um curativo secundário. Limpar a ferida diariamente sem remover o curativo de malha de silicone e aplicar um hidrogel.*	1. Hidrogel seria uma proposta interessante, mas em pequena quantidade, uma vez que o próprio silicone e a limpeza com SF ,9% já promovem umidade local. Muitos serviços realizam compra de hidrogel com alginato, que não se torna interessante para essa condição.	b. Aplicar um curativo de malha de silicone e mantê-lo no lugar por 6–7 dias. Cobrir com um curativo secundário. Limpar a ferida diariamente sem remover o curativo de malha de silicone e aplicar um hidrogel.*
107	c. Aplicar um curativo de gaze e fixar com esparadrapo para mantê-lo no lugar. Trocar o curativo a cada 6–7 dias. Limpar a ferida cuidadosamente durante as trocas de curativo e aplicar um hidrogel.	Sem sugestões	c. Aplicar um curativo de gaze e fixar com esparadrapo para mantê-lo no lugar. Trocar o curativo a cada 6–7 dias. Limpar a ferida cuidadosamente durante as trocas de	1. Hidrogel seria uma proposta interessante, mas em pequena quantidade, uma vez que o próprio silicone e a limpeza com SF ,9% já promovem umidade local. Muitos serviços realizam compra de hidrogel com alginato, que não se torna interessante para essa condição.	c. Aplicar um curativo de gaze e fixar com esparadrapo para mantê-lo no lugar. Trocar o curativo a cada 6–7 dias. Limpar a ferida cuidadosamente durante as trocas de curativo e aplicar um hidrogel.

			curativo e aplicar um hidrogel.		
108	d. Aplicar tiras adesivas para aproximar as bordas da ferida. Cobrir com um curativo secundário e trocar o curativo secundário a cada 2–3 dias.	Sem sugestões	d. Aplicar tiras adesivas para aproximar as bordas da ferida. Cobrir com um curativo secundário e trocar o curativo secundário a cada 2–3 dias.	Sem sugestões	d. Aplicar tiras adesivas para aproximar as bordas da ferida. Cobrir com um curativo secundário e trocar o curativo secundário a cada 2–3 dias.
109	DOMÍNIO 6: GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES	Sem sugestões	DOMÍNIO 6: GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES	1. Sugiro transferir para domínio 3. Não precisa ser domínio a parte. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	DOMÍNIO 6: GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES
110	20. Quem tem o maior risco de desenvolver uma lesão por fricção?	Sem sugestões	20. Quem tem o maior risco de desenvolver uma lesão por fricção?	1. Acredito ser importante, mas não vejo tanta relevância como as outras por ser um conhecimento não tão específico, quando pensamos no senso comum essa questão poderia ser facilmente respondida.	20. Quem tem o maior risco de desenvolver uma lesão por fricção?
111	a. Crianças obesas em idade pré-escolar.	Sem sugestões	a. Crianças obesas em idade pré-escolar.	Sem sugestões	a. Crianças obesas em idade pré-escolar.
112	b. Adultos do sexo feminino.	Sem sugestões	b. Adultos do sexo feminino.	Sem sugestões	b. Adultos do sexo feminino.
113	c. Recém-nascidos prematuros e idosos.*	Sem sugestões	c. Recém-nascidos prematuros e idosos.*	Sem sugestões	c. Recém-nascidos prematuros e idosos.*
114	d. A idade não está associada ao risco de lesão por fricção.	Sem sugestões	d. A idade não está associada ao risco de lesão por fricção.	Sem sugestões	d. A idade não está associada ao risco de lesão por fricção.
115	* Indica a resposta correta.	1. Nesse caso, o uso do imperativo é mais adequado “indique”. DISCUSSÃO: As sugestões apresentadas não foram atendidas.	* Indica a resposta correta.	Sem sugestões	* Indica a resposta correta.

116	A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.	Sem sugestões	A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.	1. Como fim de instrumento para treinamento, este item consegue dosar as dificuldades dos alunos, e não deixando apenas o mesmo “chutar” a questão. 2. Incluir a alternativa “e” nas questões. 3. Em relação a de fato ter a opção “não sei”: esse teste tem a intenção de elaborar/oferecer uma capacitação? a ideia é saber o quanto sabem o que sabem? pensando na perspectiva do “quanto” a questão é relevante no meu ponto de vista, caso contrário acho que ela implica em ser assinalada sem pensar muito nas questões. 4. Acho que não em todos os itens, mas naqueles que não há fotos acredito ser importante ter essa opção sim. 5. Talvez não seja muito relevante, mas penso que utilizar um termo mais ameno como “desconheço a resposta” seria interessante. 6. Concordo porque assim há a possibilidade de avaliar o conhecimento com mais propriedade. Sem essa opção, o profissional pode não saber e, na necessidade de escolher uma opção, acabar acertando.	A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.
-----	--	---------------	--	---	--

Fonte: Produção do próprio autor (2025).

APÊNDICE D – VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE LESÃO POR FRICÇÃO (OASES-B)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE LESÃO POR FRICÇÃO (OASES-B)

DOMÍNIO 1: ETIOLOGIA

1. O que é uma lesão por fricção?

- a. Uma lesão traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos.*
- b. Uma lesão traumática causada por agentes químicos/biológicos.
- c. Uma lesão crônica causada por umidade, fricção e cisalhamento.
- d. Uma lesão crônica causada por pressão ou pela combinação entre pressão e cisalhamento.

2. Como o processo de envelhecimento afeta a fisiologia da pele?

- a. Causa o aumento da função das glândulas sudoríparas.
- b. Causa o aumento da elasticidade da pele.
- c. Causa o aumento da quantidade de gordura subcutânea.
- d. Causa o achatamento da junção dermoepidérmica.*

3. Qual fator está associado à pele seca em uma população idosa?

- a. O aumento da atividade das glândulas sudoríparas.
- b. A diminuição da atividade das glândulas sebáceas.*
- c. O aumento da síntese de colágeno.
- d. A diminuição da produção de elastina.

***Indica a resposta correta.**

A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.

DOMÍNIO 2: CLASSIFICAÇÃO E OBSERVAÇÃO**4. Quais informações devem ser documentadas ao avaliar lesões por fricção?**

1. Causa, comprimento, largura, profundidade e dor.
2. Tipo e quantidade de exsudato, integridade da pele circundante e medicação em uso.
3. Estado geral de saúde, nutrição e saúde mental.

- a. 1 e 2
- b. 2 e 3
- c. 1 e 3
- d. 1, 2 e 3*

5. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação do Painel Consultivo Internacional de Lesões por fricção (ISTAP) (2019).

- a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.
- b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.
- c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo*
- d. Não classificável.

***Indica a resposta correta.**

A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.

6. Qual imagem é uma lesão por fricção tipo 1 de acordo com o Sistema de Classificação ISTAP (2019)?

a.



b.



c.*



d.



7. Classifique esta lesão por fricção usando o Sistema de Classificação ISTAP (2019).



- a. Lesão por fricção tipo 1 — Sem perda da pele.
- b. Lesão por fricção tipo 2 — Perda parcial do retalho cutâneo.*
- c. Lesão por fricção tipo 3 — Perda total do retalho cutâneo.
- d. Não classificável.

***Indica a resposta correta.**

A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.

DOMÍNIO 3 - AVALIAÇÃO DE RISCO

- 8. Por que os neonatos correm o risco de desenvolver uma lesão por fricção?**
- a. Eles possuem um suprimento sanguíneo limitado para as extremidades.
 - b. Eles possuem uma adesão reduzida entre a epiderme e a derme.*
 - c. Eles possuem um número maior de fibrilas de ancoragem na junção dermoepidérmica.
 - d. Eles possuem um número maior de fibras elásticas na derme.
- 9. Por que o uso prolongado de corticosteroides é um fator de risco para o desenvolvimento de uma lesão por fricção?**
- a. Eles estão associados à atrofia da pele.*
 - b. Eles estão associados a um aumento da produção de colágeno.
 - c. Eles estão associados a um aumento do risco de sangramento.
 - d. Eles estão associados a um sistema imunológico comprometido.

DOMÍNIO 4: PREVENÇÃO

- 10. Qual das seguintes medidas preventivas é apropriada para um paciente em cadeira de rodas com uma lesão por fricção no membro inferior?**
- a. Acolchoar os apoios das pernas da cadeira de rodas.*
 - b. Higienizar a pele com sabonete em barra.
 - c. Esfregar a pele seca para aumentar a circulação sanguínea.
 - d. Aplicar um curativo à base de iodo.
- 11. Por que os hidratantes para a pele são aplicados para prevenir as lesões por fricção?**
- a. Eles previnem que a pele rache e fissure.
 - b. Eles repõem a umidade natural da pele.*
 - c. Eles agem como uma barreira contra invasão microbiana e lesões físicas.
 - d. Eles aceleram a renovação celular da pele.

***Indica a resposta correta.**

A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.

12. CASO: Sr. João, 85 anos, residente de uma Instituição de Longa Permanência (ILPI). Histórico médico: incontinência urinária e fecal, demência, múltiplas quedas, dependência para atividades da vida diária (AVDs). Observou-se a presença de lesões por fricção em ambas as pernas e de púrpura senil em ambos os braços. Qual das seguintes intervenções deve fazer parte do seu plano de cuidados para prevenir a ocorrência de novas lesões por fricção?

- a. Incentivar o envolvimento ativo nas AVDs, o banho diário com uso de sabonete, e a hidratação da pele.
- b. Proporcionar um ambiente seguro (por exemplo, iluminação adequada, remoção de tapetes do domicílio), banho diário, e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone nas lesões por fricção.
- c. Usar roupas de proteção (por exemplo: calças e mangas compridas), hidratar a pele e aplicar curativos não aderentes com revestimento de silicone em lesões por fricção.*
- d. Instalar proteção nos móveis (por exemplo: quinas de mesas), banho diário, e aplicar curativos hidrocoloides nas lesões por fricção.

13. Um umectante (por exemplo: ureia) auxilia na hidratação da pele. Por quê?

- a. Ele atrai a água da epiderme para a derme para aumentar os níveis de hidratação na junção dermoepidérmica.
- b. Ele atrai a água da derme para a epiderme e compensa os níveis reduzidos de hidratantes naturais na pele.*
- c. Ele retém a umidade na pele e reduz a perda de água por evaporação.
- d. Ele amacia a pele para auxiliar na absorção de umidade.

14. O que NÃO é uma intervenção eficaz para prevenir lesões por fricção?

- a. O uso de sabonete para limpar a pele.*
- b. O uso de mangas compridas e calças para adicionar uma camada de proteção às extremidades.
- c. O uso de acolchoamento nas grades da cama, nos apoios para braços/pernas da cadeira de rodas e outros equipamentos para minimizar o risco de possível trauma.
- d. O uso de travesseiros e cobertores para apoiar braços e pernas pendentes.

***Indica a resposta correta.**

A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.

15. O que é eficaz para reduzir o risco de desenvolver uma lesão por fricção?

- a. Esfregar a pele do paciente para garantir que esteja seca após o banho.
- b. Realizar banho diário no paciente e secar suavemente a sua pele com leves toques.
- c. Realizar banho diário no paciente e usar panos e toalhas macios.
- d. Diminuir a frequência dos banhos, se possível.*

DOMÍNIO 5: TRATAMENTO**16. CASO: Uma enfermeira remove um cateter intravenoso. Uma lesão por fricção é causada como resultado dessa ação. O que você considera ser o tratamento apropriado para esse paciente?**

- a. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar as bordas da pele com tiras adesivas, controlar a infecção/inflamação e o exsudato, aplicar um curativo de gaze e reavaliar em 24 horas.
- b. Controlar o sangramento, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando uma ponta de algodão umedecida, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo não adesivo.*
- c. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, desbridar o retalho cutâneo, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo de filme transparente.
- d. Controlar o sangramento pressionando firmemente, limpar a ferida, reaproximar o retalho viável remanescente usando um dedo enluvado, controlar a infecção/inflamação e o exsudato e aplicar um curativo à base de iodo.

***Indica a resposta correta.**

A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.

17. Qual dos seguintes produtos é recomendado para tratamento de lesões por fricção?

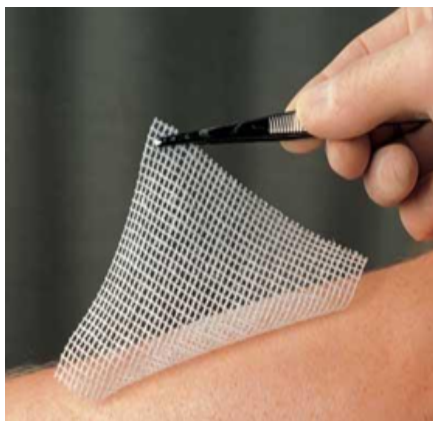
a. Curativos hidrocoloides.



b. Tiras adesivas de fechamento de pele.



c. Gaze de parafina.



d. Curativos não aderentes com revestimento de silicone.*

**18. O curativo ideal para o tratamento de lesões por fricção deve:**

1. Criar um ambiente úmido para a cicatrização da ferida.
2. Permitir um tempo de uso prolongado.
3. Ser flexível e moldar-se aos contornos da região afetada.

- a. 1 e 2
- b. 2 e 3
- c. 1 e 3
- d. 1, 2 e 3*

***Indica a resposta correta.**

A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.

19. CASO: Lesão por fricção tipo 2 (perda parcial do retalho cutâneo). Após a limpeza do leito da ferida, foi possível observar o seguinte:

T: Camada fina de esfacelo.

I: Sem sinais de infecção local.

M: Ferida seca, sem exsudato.

E: Pele circundante frágil.



Qual tratamento você recomendaria após a limpeza do leito da ferida?

- a. Aplicar um curativo não aderente com revestimento de silicone e cobrir com um curativo secundário. Trocar os curativos a cada 2–3 dias e limpar bem a ferida durante as trocas de curativo.
- b. Aplicar um curativo de malha de silicone e mantê-lo no lugar por 6–7 dias. Cobrir com um curativo secundário. Limpar a ferida diariamente sem remover o curativo de malha de silicone e aplicar um hidrogel.*
- c. Aplicar um curativo de gaze e fixar com esparadrapo para mantê-lo no lugar. Trocar o curativo a cada 6–7 dias. Limpar a ferida cuidadosamente durante as trocas de curativo e aplicar um hidrogel.
- d. Aplicar tiras adesivas para aproximar as bordas da ferida. Cobrir com um curativo secundário e trocar o curativo secundário a cada 2–3 dias.

DOMÍNIO 6: GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES

20. Quem tem o maior risco de desenvolver uma lesão por fricção?

- a. Crianças obesas em idade pré-escolar.
- b. Adultos do sexo feminino.
- c. Recém-nascidos prematuros e idosos.*
- d. A idade não está associada ao risco de lesão por fricção.

***Indica a resposta correta.**

A alternativa de resposta “e. Não sei a resposta.” deve ser adicionada a todos os itens.

APÊNDICE E – CARTA-CONVITE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PEN

CARTA-CONVITE

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*” para enfermeiros brasileiros**” com o objetivo geral de desenvolver a versão brasileira e a validação das propriedades psicométricas do instrumento “*Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)*”, para a avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de lesões por fricção. E como objetivos específicos: Traduzir o instrumento OASES para o português do Brasil; Analisar o alcance da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual, da versão brasileira do instrumento OASES, por um Comitê de Juízes Especialistas; Testar a confiabilidade, validade de conteúdo, validade dos itens do teste de múltipla escolha e de construto da versão brasileira do OASES, para enfermeiros brasileiros.

O/A senhor(a) foi selecionado(a) por meio da Plataforma Lattes como especialista para participar da nossa pesquisa. Para participar da pesquisa é só acessar o *link* (que será disponibilizado).

Este projeto é para a conclusão da Tese de Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), de responsabilidade da discente Jéssica Costa Maia e com orientação da professora Dra. Kátia Cilene Godinho Bertencello.

Desde já agradecemos sua colaboração e ficaremos felizes com a sua participação para nos ajudar a melhorar a prevenção e a assistência de enfermagem sobre o tema lesão por fricção, fomentando evidências e tornando nossa profissão ainda mais científica.

Atenciosamente,

Jéssica Costa Maia

**APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
OS PARTICIPANTES DO COMITÊ ESPECIALISTA PARA VALIDAÇÃO
TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“Adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do instrumento *“Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)”* para enfermeiros brasileiros”**. Esta pesquisa faz parte da tese de Doutorado e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Enfermeira Jéssica Costa Maia, atualmente Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação da Professora Doutora Kátia Cilene Godinho Bertencello. Após o esclarecimento sobre as informações relacionadas a esta pesquisa, caso você aceite em participar, você deverá clicar em “Concordo”. Porém, não há obrigatoriedade de participação no estudo, caso recuse a participar você não será penalizado sob nenhuma circunstância e deverá clicar em “Não concordo”.

Trata-se de uma pesquisa metodológica para a adaptação transcultural e validação psicométrica de um instrumento construído na língua inglesa *“Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)”* para uso no Brasil.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: desenvolver a versão brasileira e a validação das propriedades psicométricas do instrumento *“Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)”*, para a avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de lesões por fricção. E como objetivos específicos: Traduzir o instrumento OASES para o português do Brasil; Analisar o alcance da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual, da versão brasileira do instrumento OASES, por um Comitê de Juízes Especialistas; Testar a confiabilidade, validade de conteúdo, validade dos itens do teste de múltipla escolha e de construto da versão brasileira do OASES, para enfermeiros brasileiros.

Caso aceite participar de nossa pesquisa, sua participação será voluntária, ou seja, você não receberá qualquer custo ou gratificação, como também nenhum custo relacionado a esta pesquisa será de sua responsabilidade, e sim da pesquisadora responsável. No entanto, caso alguma despesa associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido pelas pesquisadoras, por meio de recursos próprios, conforme a Resolução 466/2012. Além disso, você receberá todo acompanhamento e assistência necessários ao longo de toda a pesquisa. No uso desta mesma Resolução, os aspectos éticos relativos à pesquisa serão respeitados, e a suas complementares sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O **seu envolvimento com a pesquisa** será na disponibilização de seus dados sociodemográficos, seu perfil profissional e, o julgamento do instrumento quanto a sua equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural entre o instrumento traduzido e o original. Os instrumentos serão disponibilizados para você após o aceite e concordância deste termo, o qual você irá julgar, conforme seu conhecimento na área, cada item proposto por meio de um consenso entre o comitê de especialistas. O tempo de discussão do instrumento será entre 40 minutos a 01 hora.

Caso aceite participar, não serão divulgados dados sobre sua identidade, ou seja, será garantido total **sigilo** quanto à sua participação. Todo material e dados obtidos com esta

pesquisa serão utilizados exclusivamente para finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob responsabilidade das pesquisadoras. Para resguardar sigilo absoluto sobre seus dados serão utilizados mecanismos para garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados por meio de codificação, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei vigente.

Devido ao risco de quebra de sigilo e o risco associado à sua identificação pelo instrumento, para evitar sua ocorrência, todos os documentos assinados e preenchidos ficarão sob a responsabilidade única e exclusiva do pesquisador pelo prazo de cinco anos, os quais serão armazenados em ambiente seguro a fim de garantir a sua confidencialidade. Decorrido este período, o pesquisador fará a destruição total do material, seja ele físico ou digital, eliminando-se totalmente o risco de ocorrência da quebra de sigilo. Ademais, se comprovado o desenvolvimento de qualquer consequência em razão da posterior participação nesta pesquisa, será garantido a você o ressarcimento financeiro dos gastos necessários para a superação das consequências advindas e indenização de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Destaca-se que todos os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para produções acadêmicas, bem como, para apresentações em eventos e publicações em periódicos científicos nacionais e/ou internacionais.

Não esperamos **riscos** na sua participação neste estudo. No entanto, há a possibilidade de desconforto, e/ou constrangimentos para responder a cada item do instrumento, podendo gerar cansaço, evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis, por isso sintase absolutamente à vontade em se recusar a participar desta pesquisa ou deixar de participar a qualquer momento, isso não acarretará nenhum prejuízo a você. Além disso, esta pesquisa não apresentará **benefícios**, diretos para você, no entanto, os benefícios que a pesquisa poderá suscitar relacionam-se as possibilidades de recomendações que poderão surgir na contribuição para novas ações no cuidado de enfermagem e interferindo significativamente na qualidade da assistência prestada, possibilitando cuidados que contemplem as reais necessidades dos pacientes, contribuindo para a construção do conhecimento científico.

Caso queira, você terá acesso a todos os dados da pesquisa mediante solicitação. E os resultados obtidos neste trabalho poderão ser apresentados em congressos, revistas científicas, livros e outros, porém serão apresentados apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Na ocorrência de dúvidas ou necessidade de qualquer informação relacionada a esta pesquisa, ou ainda, a desistência de fazer parte desta pesquisa, poderá entrar em contato com as responsáveis pela pesquisa nos seguintes contatos: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello (48) 99919-9084 ou pelo e-mail: kbertoncello@yahoo.com.br, Jéssica Costa Maia (49) 99907-0926 ou pelo e-mail: jessicamaiia@hotmail.com.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC no Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo com a minha participação livre e voluntária na pesquisa, assinando eletronicamente em duas vias rubricadas este documento juntamente com o pesquisador responsável. O pesquisador responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466 de 12/06/2012 e o Artigo 32 da Resolução 510/16, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Concordo ☐
Não concordo ☐

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH Universidade Federal de Santa Catarina Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401 – Bairro Trindade. CEP: 88.040-400–Florianópolis – SC. *E-mail:* cep.propesq@contato.ufsc.br Telefone: (48) 3721-6094.

Endereço pesquisador Orientador: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello Rua Hipolito Mafra nº 280, Apto 505-3, Bairro: Trindade CEP: 88.040-010-Florianópolis–SC- *E-mail:* kbertoncello@yahoo.com.br - Telefone: (48) 99919-9084.

Endereço pesquisador responsável: Jéssica Costa Maia Rua Procópio Manoel Pires nº 153, Apto 203, Ed. Dona Dalma, Bairro: Trindade CEP: 88.036-090 *E-mail:* jessicamaiia@hotmail.com - Telefone: (49) 999070926.

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“Adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do instrumento *“Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)” para enfermeiros brasileiros*”**. Esta pesquisa faz parte da tese de Doutorado e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Enfermeira Jéssica Costa Maia, atualmente Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação da Professora Doutora Kátia Cilene Godinho Bertonecello. Após o esclarecimento sobre as informações relacionadas a esta pesquisa, caso você aceite em participar, você deverá clicar em “Concordo”. Porém, não há obrigatoriedade de participação no estudo, caso recuse a participar você não será penalizado sob nenhuma circunstância e deverá clicar em “Não concordo”.

Trata-se de uma pesquisa metodológica para a adaptação transcultural e validação psicométrica de um instrumento construído na língua inglesa *“Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)”* para uso no Brasil.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: desenvolver a versão brasileira e a validação das propriedades psicométricas do instrumento *“Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)”*, para a avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de lesões por fricção. E como objetivos específicos: Traduzir o instrumento OASES para o português do Brasil; Analisar o alcance da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual, da versão brasileira do instrumento OASES, por um Comitê de Juízes Especialistas; Testar a confiabilidade, validade de conteúdo, validade dos itens do teste de múltipla escolha e de construto da versão brasileira do OASES, para enfermeiros brasileiros.

Caso aceite participar de nossa pesquisa, sua participação será voluntária, ou seja, você não receberá qualquer custo ou gratificação, como também nenhum custo relacionado a esta pesquisa será de sua responsabilidade, e sim da pesquisadora responsável. No entanto, caso alguma despesa associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido pelas pesquisadoras, por meio de recursos próprios, conforme a Resolução 466/2012. Além disso, você receberá todo acompanhamento e assistência necessários ao longo de toda a pesquisa. No uso desta mesma Resolução, os aspectos éticos relativos à pesquisa serão respeitados, e a suas complementares sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O **seu envolvimento com a pesquisa** será na disponibilização de seus dados sociodemográficos, seu perfil profissional e, julgamento do instrumento e seus itens quanto a sua clareza e legibilidade. O instrumento será disponibilizado para você após o aceite e concordância deste termo, o qual você irá julgar, conforme seu conhecimento na área, cada item proposto por meio de uma escala numérica composta por quatro alternativas. O tempo de resposta do instrumento será entre 30 a 40 minutos.

Caso aceite participar, não serão divulgados dados sobre sua identidade, ou seja, será garantido total **sigilo** quanto à sua participação. Todo material e dados obtidos com esta pesquisa serão utilizados exclusivamente para finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob responsabilidade das pesquisadoras. Para resguardar sigilo absoluto sobre seus dados serão

utilizados mecanismos para garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados por meio de codificação, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei vigente.

Devido ao risco de quebra de sigilo e o risco associado à sua identificação pelo instrumento, para evitar sua ocorrência, todos os documentos assinados e preenchidos ficarão sob a responsabilidade única e exclusiva do pesquisador pelo prazo de cinco anos, os quais serão armazenados em ambiente seguro a fim de garantir a sua confidencialidade. Decorrido este período, o pesquisador fará a destruição total do material, seja ele físico ou digital, eliminando-se totalmente o risco de ocorrência da quebra de sigilo. Ademais, se comprovado o desenvolvimento de qualquer consequência em razão da posterior participação nesta pesquisa, será garantido a você o ressarcimento financeiro dos gastos necessários para a superação das consequências advindas e indenização de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Destaca-se que todos os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para produções acadêmicas, bem como, para apresentações em eventos e publicações em periódicos científicos nacionais e/ou internacionais.

Não esperamos **riscos** na sua participação neste estudo. No entanto, há a possibilidade de desconforto, e/ou constrangimentos para responder a cada item do instrumento, podendo gerar cansaço, evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis, por isso sintase absolutamente à vontade em se recusar a participar desta pesquisa ou deixar de participar a qualquer momento, isso não acarretará nenhum prejuízo a você. Além disso, esta pesquisa não apresentará **benefícios**, diretos para você, no entanto, os benefícios que a pesquisa poderá suscitar relacionam-se as possibilidades de recomendações que poderão surgir na contribuição para novas ações no cuidado de enfermagem e interferindo significativamente na qualidade da assistência prestada, possibilitando cuidados que contemplem as reais necessidades dos pacientes, contribuindo para a construção do conhecimento científico.

Caso queira, você terá acesso a todos os dados da pesquisa mediante solicitação. E os resultados obtidos neste trabalho poderão ser apresentados em congressos, revistas científicas, livros e outros, porém serão apresentados apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Na ocorrência de dúvidas ou necessidade de qualquer informação relacionada a esta pesquisa, ou ainda, a desistência de fazer parte desta pesquisa, poderá entrar em contato com as responsáveis pela pesquisa nos seguintes contatos: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello (48) 99919-9084 ou pelo *e-mail*: kbertoncello@yahoo.com.br, Jéssica Costa Maia (49) 99907-0926 ou pelo *e-mail*: jessicamaiia@hotmail.com.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC no Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo com a minha participação livre e voluntária na pesquisa, assinando eletronicamente em duas vias rubricadas este documento juntamente com o pesquisador responsável. O pesquisador responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466 de 12/06/2012 e o Artigo 32 da Resolução 510/16, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Concordo ☐
Não concordo ☐

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH Universidade Federal de Santa Catarina Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401 – Bairro Trindade. CEP: 88.040-400–Florianópolis – SC. *E-mail:* cep.propesq@contato.ufsc.br Telefone: (48) 3721-6094.

Endereço pesquisador Orientador: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello Rua Hipolito Mafra nº 280, Apto 505-3, Bairro: Trindade CEP: 88.040-010-Florianópolis–SC- *E-mail:* kbertoncello@yahoo.com.br - Telefone: (48) 99919-9084.

Endereço pesquisador responsável: Jéssica Costa Maia Rua Procópio Manoel Pires nº153, Apto 203, Ed. Dona Dalma, Bairro: Trindade CEP: 88.036-090 *E-mail:* jessicamaiia@hotmail.com - Telefone: (49) 999070926.

APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO ESTUDO TRANSVERSAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“Adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do instrumento *“Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)”* para enfermeiros brasileiros”**. Esta pesquisa faz parte da tese de Doutorado e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Enfermeira Jéssica Costa Maia, atualmente Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação da Professora Doutora Kátia Cilene Godinho Bertonecello. Após o esclarecimento sobre as informações relacionadas a esta pesquisa, caso você aceite em participar, você deverá clicar em “Concordo”. Porém, não há obrigatoriedade de participação no estudo, caso recuse a participar você não será penalizado sob nenhuma circunstância e deverá clicar em “Não concordo”.

Trata-se de uma pesquisa metodológica para a adaptação transcultural e validação psicométrica de um instrumento construído na língua inglesa *“Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)”* para uso no Brasil.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: desenvolver a versão brasileira e a validação das propriedades psicométricas do instrumento *“Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)”*, para a avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de lesões por fricção. E como objetivos específicos: Traduzir o instrumento OASES para o português do Brasil; Analisar o alcance da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual, da versão brasileira do instrumento OASES, por um Comitê de Juízes Especialistas; Testar a confiabilidade, validade de conteúdo, validade dos itens do teste de múltipla escolha e de construto da versão brasileira do OASES, para enfermeiros brasileiros.

Caso aceite participar de nossa pesquisa, sua participação será voluntária, ou seja, você não receberá qualquer custo ou gratificação, como também nenhum custo relacionado a esta pesquisa será de sua responsabilidade, e sim da pesquisadora responsável. No entanto, caso alguma despesa associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido pelas pesquisadoras, por meio de recursos próprios, conforme a Resolução 466/2012. Além disso, você receberá todo acompanhamento e assistência necessários ao longo de toda a pesquisa. No uso desta mesma Resolução, os aspectos éticos relativos à pesquisa serão respeitados, e a suas complementares sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O **seu envolvimento com a pesquisa** será na disponibilização de seus dados sociodemográficos, seu perfil profissional e no preenchimento do instrumento. O instrumento será disponibilizado para você após o aceite e concordância deste termo, o qual você irá responder, conforme seu conhecimento na área, cada pergunta composta por meio de cinco alternativas. O tempo de resposta do instrumento será entre 30 a 40 minutos.

Caso aceite participar, não serão divulgados dados sobre sua identidade, ou seja, será garantido total **sigilo** quanto à sua participação. Todo material e dados obtidos com esta pesquisa serão utilizados exclusivamente para finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob responsabilidade das pesquisadoras. Para resguardar sigilo absoluto sobre seus dados serão utilizados mecanismos para garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados por meio de

codificação, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei vigente.

Devido ao risco de quebra de sigilo e o risco associado à sua identificação pelo instrumento, para evitar sua ocorrência, todos os documentos assinados e preenchidos ficarão sob a responsabilidade única e exclusiva do pesquisador pelo prazo de cinco anos, os quais serão armazenados em ambiente seguro a fim de garantir a sua confidencialidade. Decorrido este período, o pesquisador fará a destruição total do material, seja ele físico ou digital, eliminando-se totalmente o risco de ocorrência da quebra de sigilo. Ademais, se comprovado o desenvolvimento de qualquer consequência em razão da posterior participação nesta pesquisa, será garantido a você o ressarcimento financeiro dos gastos necessários para a superação das consequências advindas e indenização de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Destaca-se que todos os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para produções acadêmicas, bem como, para apresentações em eventos e publicações em periódicos científicos nacionais e/ou internacionais.

Não esperamos **riscos** na sua participação neste estudo. No entanto, há a possibilidade de desconforto, e/ou constrangimentos para responder a cada item do instrumento, podendo gerar cansaço, evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis, por isso sinta-se absolutamente à vontade em se recusar a participar desta pesquisa ou deixar de participar a qualquer momento, isso não acarretará nenhum prejuízo a você. Além disso, esta pesquisa não apresentará **benefícios** diretos para você, no entanto, os benefícios que a pesquisa poderá suscitar relacionam-se as possibilidades de recomendações que poderão surgir na contribuição para novas ações no cuidado de enfermagem e interferindo significativamente na qualidade da assistência prestada, possibilitando cuidados que contemplem as reais necessidades dos pacientes, contribuindo para a construção do conhecimento científico.

Caso queira, você terá acesso a todos os dados da pesquisa mediante solicitação. E os resultados obtidos neste trabalho poderão ser apresentados em congressos, revistas científicas, livros e outros, porém serão apresentados apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Na ocorrência de dúvidas ou necessidade de qualquer informação relacionada a esta pesquisa, ou ainda, a desistência de fazer parte desta pesquisa, poderá entrar em contato com as responsáveis pela pesquisa nos seguintes contatos: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello (48) 99919-9084 ou pelo *e-mail*: kbertoncello@yahoo.com.br, Jéssica Costa Maia (49) 99907-0926 ou pelo *e-mail*: jessicamaiia@hotmail.com.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC no Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo com a minha participação livre e voluntária na pesquisa, assinando eletronicamente em duas vias rubricadas este documento juntamente com o pesquisador responsável. O pesquisador responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466 de 12/06/2012 e o Artigo 32 da Resolução 510/16, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Concordo ☐
Não concordo ☐

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH Universidade Federal de Santa Catarina Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401 – Bairro Trindade. CEP: 88.040-400–Florianópolis – SC. *E-mail*: cep.propesq@contato.ufsc.br Telefone: (48) 3721-6094.

Endereço pesquisador Orientador: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello Rua Hipolito Mafra nº 280, Apto 505-3, Bairro: Trindade CEP: 88.040-010 - Florianópolis–SC - *E-mail*: kbertoncello@yahoo.com.br - Telefone: (48) 99919-9084.

Endereço pesquisador responsável: Jéssica Costa Maia Rua Procópio Manoel Pires nº153, Apto 203, Ed. Dona Dalma, Bairro: Trindade CEP: 88.036-090 *E-mail*: jessicamaiia@hotmail.com - Telefone: (49) 999070926.

ANEXO A – SKIN TEAR KNOWLEDGE ASSESSMENT INSTRUMENT (OASES)

DOMAIN 1: ETIOLOGY

1. What is the skin tear?

- a. A traumatic wound caused by mechanical forces, including removal of adhesives**
- b. A traumatic wound caused by chemical/biological stimulator*
- c. A chronic wound caused by moisture, friction and shear forces*
- d. A chronic wound caused by pressure with or without shear forces*

2. How does aging process affect the physiology of the skin?

- a. Enhanced sweat gland function*
- b. Increased skin elasticity*
- c. Increased the volume of subcutaneous fat*
- d. Flattening of the dermal-epidermal junction**

3. Which factor is associated with dry skin in the elderly?

- a. Increased sweat gland activity*
- b. Attenuated sebaceous gland activity**
- c. Increased collagen protein synthesis*
- d. Decreased elastin synthesis*

DOMAIN 2: CLASSIFICATION AND OBSERVATION

4. Which information should be documented when assessing a skin tear?

- 1. Cause, length, width, depth and pain*
- 2. Type and amount of exudate, integrity of surrounding skin, and medication*
- 3. General health status, nutrition, and mental health status*

- a. 1 and 2*
- b. 2 and 3*
- c. 1 and 3*
- d. 1, 2 and 3**

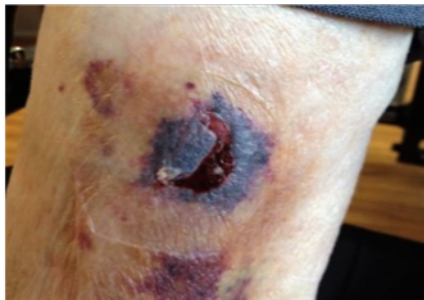
5. Classify the skin tear in the picture by the International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) classification system (2019)?



- a. Type 1 skin tear – no skin loss
- b. Type 2 skin tear – partial flap loss
- c. Type 3 skin tear – total flap loss*
- d. Unstageable

6. According to the ISTAP skin tear classification system (2019), which picture is a type 1 skin tear?

a



b



c*



d



7. Classify the skin tear in the picture by the ISTAP skin tear classification system (2019)?



- a. Type 1 skin tear – no skin loss
- b. Type 2 skin tear – partial flap loss*
- c. Type 3 skin tear – total flap loss
- d. Unstageable

DOMAIN 3: RISK ASSESSMENT

8. Why are neonates at risk of skin tear?

- a. Limited blood supply to the extremities
- b. Decreased adhesive force between epidermis and dermis*
- c. Increased number of anchor fibrils at dermis-epidermal junction of the skin
- d. Increased number of elastic fibers in the dermis

9. Why is the long-term use of corticosteroids a risk factor for developing the skin tear?

- a. It can cause skin atrophy*
- b. It can increase the production of collagen protein
- c. It can increase a risk of bleeding
- d. It can decrease the immune system function

DOMAIN 4: PREVENTION

10. Which of the following preventive measures is appropriate for a patient sitting in a wheelchair with a lower extremity skin tear?

- a. Pad the wheelchair leg supports*
- b. Clean the skin with soaps
- c. Rub the skin dry to increase blood circulation

d. Apply the iodine-based dressings

11. Why the moisturizers could be used to prevent skin tears?

- a. Prevent skin from cracking and chapping*
- b. Replenish the natural moisture of the skin**
- c. Act as a barrier against microbial invasion and physical injury*
- d. Accelerate skin cell renewing*

12. Case: Mr. Scott, 85 years old, resident of a nursing home. Medical history: incontinence, dementia, multiple falls, activities of daily living (ALDs) dependence. Multiple small skin tears on both legs, and purpura senilis on both arms. In order to prevent occurrence of new skin tears, which of following interventions should be part of the care plan?

- a. Encouraging the patient to actively participate in activities of daily living, daily bathing with soaps, and moisturizing the skin*
- b. Ensuring environmental safety (e.g., adequate lighting), daily bathing, and using non-adhesive dressings with silicone coating on skin tears*
- c. Wearing protective clothing, moisturizing the skin, using non-adhesive dressings with silicone coating on skin tears**
- d. Using pads on furniture (e.g., the edge of tables), daily bathing, using hydrocolloid dressings on the wounds of skin tears*

13. Why do humectants (e.g., urea) could maintain skin hydration?

- a. It absorbs moisture from the epidermis to the dermis to increase the level of moisturizer at the dermis-epidermal junction*
- b. It absorbs moisture from the dermis to the epidermis, and compensates for the reduced level of natural moisturizer in the skin**
- c. It traps moisture in the skin, and reduce water loss caused by evaporation*
- d. It softens the skin to aid absorption of moisture*

14. Which of the following is not an effective intervention to prevent skin tears?

- a. Using soaps to clean the skin**
- b. Wearing long sleeves and trousers to add a layer of protection to the extremities*
- c. Using pads on bedrails, wheelchair arm/leg supports, and other equipment to minimize the risk of potential trauma*

d. Using pillows and blankets to support dangling arms and legs

15. Which of the following options can effectively reduce the risk of developing skin tears?

- a. Rubbing the patient's skin after bathing to ensure it is dry*
- b. Bathing the patient and patting the skin dry every day*
- c. Bathing the patient with soft cloths and towels every day*
- d. Reducing the frequency of bathing, if possible**

DOMAIN 5: TREATMENT

16. Case: a nurse removed an intravenous catheter. This action can cause skin tears. What do you consider to be the appropriate care for this patient?



- a. Control bleeding, clean wounds, realign the skin edges with adhesive tapes, control infection/inflammation and exudation, use gauze dressings and reassess within 24 hours*
- b. Control bleeding, clean wounds, realign the remaining viable flaps with moist cotton swab tips, control infection/inflammation and exudation, and use non-adhesive dressings**
- c. Control bleeding by exerting pressure, clean wounds, debride flaps, control infection/inflammation and exudation, and apply film dressings*
- d. Control bleeding by exerting pressure, clean wounds, realign the remaining viable flaps with gloved fingers, control infection/inflammation and exudation, and use iodine-based dressings*

17. Which of the following products is recommended for the treatment of skin tears?

a. Hydrocolloid dressings



b. Skin closure strips



c. Paraffin gauzes



d. Non-adhesive dressings with silicone coating*



18. The ideal dressing for the treatment of skin tears has to:

1. Create a moist wound healing environment

2. Afford extended application time

3. Be flexible and reshaped

a. 1 and 2

b. 2 and 3

c. 1 and 3

*d. 1, 2 and 3**

19. Case: type 2 skin tears (partial flap loss). After cleaning the wound bed, the following can be observed:

T: Thin fibrin layer

I: No signs of local infection

M: Dry wound without exudation

E: Fragile surrounding skins



Which treatment do you recommend after cleaning the wound bed?

- a. Use a non-adhesive dressing with silicone coating, and cover with a second dressing. Replace the dressings every 2-3 days, and clean the wound thoroughly during dressing changes*
- b. Apply silicone mesh dressing, and keep for 6-7 days. Cover with a second dressing. Clean the wound daily without removing the silicone mesh dressing, and overlay hydrogel**
- c. Wrap with gauzes and fix with paper-tapes. Replace the dressings every 6-7 days. Clean the wound thoroughly during dressing changes, and overlay hydrogel*
- d. Align the wound edges with wound tapes. Cover with a second dressing. Replace the second dressing every 2-3 days*

DOMAIN 6: SPECIFIC PATIENT GROUPS

20. Which group of people has the highest risk of skin tears?

- a. Preschool obese children*
- b. Female adults*
- c. Premature infants and the elderly**
- d. Age is not associated with the risk of skin tears*

Note: * indicates the correct answer.

The response alternative “e. I do not know the answer.” should be added to every item.

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DO
INSTRUMENTO *SKIN TEAR KNOWLEDGE ASSESSMENT INSTRUMENT* (OASES)
NO BRASIL**

DATE
08 May 2023

PAGE
1/1

OUR REFERENCE
20230508/GLOBIAD

Dear Jéssica Costa Maia and professor Kátia Cilene Godinho Bertencello,

Professor dr. Dimitri Beeckman grants permission to translate and cross-cultural validate the skin tear knowledge assessment instrument (OASES) to Brazilian Portuguese under the conditions in this agreement:

- (1) To translate, validate, use and print the tool
- (2) The tool will be used only within the research project and will not be sold or used with any other purposes
- (3) The copyright statement will be included on all copies of the survey tool

The Federal University of Santa Catarina, Brazil may not use the OASES tool for any other purpose. The right to use the tool is not exclusive. We will also give others permission to use the OASES tool.

If I can be of any further assistance or provide you with any additional information, please do not hesitate to contact me.

With kind regards

Prof. dr. Dimitri Beeckman

Ghent University, Belgium



ANEXO C – PRODUÇÃO CIENTÍFICA 1



LESÃO POR FRICÇÃO EM PACIENTES INTERNADOS NA TERAPIA INTENSIVA

+ CONTEÚDO DIGITAL

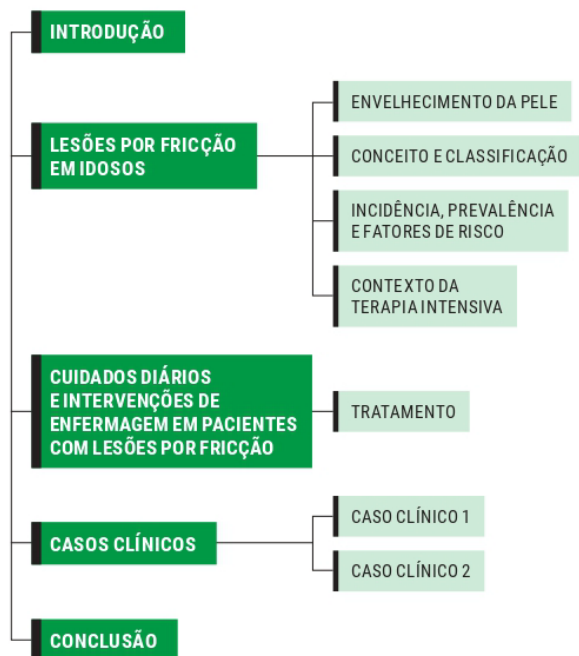
// Jéssica Costa Maia // Kátia Cilene Godinho Bertoncello

» OBJETIVOS

Ao final da leitura deste capítulo, o leitor será capaz de

- revisar as funções da pele e o processo fisiológico do envelhecimento;
- analisar o conceito de lesão por fricção;
- classificar as lesões por fricção;
- analisar a incidência, a prevalência e os fatores de risco para lesões por fricção;
- avaliar o risco de lesões por fricção;
- implementar um protocolo de redução de riscos para o desenvolvimento de lesões por fricção;
- prevenir lesões por fricção no ambiente da terapia intensiva;
- promover o tratamento de lesões por fricção.

» ESQUEMA CONCEITUAL



➤➤ REFERÊNCIAS

1. United Nations. Launch of the World Social Report 2023 [internet]. In: UN; 2023 [acesso em 2024 nov 18]. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/launch-world-social-report-2023>
2. Bonifant H, Holloway S. A review of the effects of ageing on skin integrity and wound healing. *Br J Community Nurs*. 2019;24(1):S28-33. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.Sup3.S28>
3. Dyer JM, Miller RA. Chronic skin fragility of aging: current concepts in the pathogenesis, recognition, and management of dermatoporosis. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2018;11(1):13-8.
4. Liang Y, Su W, Wang F. Skin ageing: a progressive, multi-factorial condition demanding an integrated, multilayer-targeted remedy. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2023 May 9;16:1215-29. <https://doi.org/10.2147/ccid.s408765>
5. Woo K, LeBlanc K. Prevalence of skin tears among frail older adults living in Canadian long-term care facilities. *Int J Palliat Nurs*. 2018 Jun 2;24(6):288-94. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.6.288>
6. Ayello EA. CMS MDS 3.0 Section M skin conditions in long-term care: pressure ulcers, skin tears, and moisture-associated skin damage data update. *Adv Skin Wound Care*. 2017 Sep;30(9):415-29.
7. LeBlanc K, Campbell KE, Wood E, Beeckman D. Best practice recommendations for prevention and management of skin tears in aged skin: an overview. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018 Nov/Dec;45(6):540-2. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000481>
8. Idensohn P, Beeckman D, Campbell M, Gloeckner M, Leblanc K, Holloway S. Skin tears: a case-based and practical overview of prevention, assessment and management. *J Community Nurs*. 2019;33(2):32-41.
9. Abdo JM, Sopko NA, Milner SM. The applied anatomy of human skin: a model for regeneration. *Wound Medicine*. 2020;28. <https://doi.org/10.1016/j.wndm.2020.100179>
10. Kottner J, Beeckman D, Vogt A, Blume-Peytavi U. Skin health and integrity. In: Gefen A, editor. *Innovations and emerging technologies in wound care*. Cambridge: Academic Press; 2020. p. 183-96.
11. Lichterfeld A, Hahnel E, Blume-Peytavi U, Kottner J. Preventive skin care during skin aging. In: Farage M, Miller K, Maibach H, editors. *Textbook of Aging Skin*. Berlin: Springer; 2015. p.1-12.
12. Levine JM. Clinical aspects of aging skin: considerations for the wound care practitioner. *Adv Skin Wound Care*. 2020 Jan;33(1):12-9. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000613532.25408.8b>
13. Yücel Kaçmaz H, Karadağ A, Kahraman H, Döner A, Ödek Ö, Akın S. The prevalence and factors associated with skin tears in hospitalized older adults: A point prevalence study. *J Tissue Viability*. 2022 Aug;31(3):387-94. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.06.001>
14. International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP). Home page [Internet]. 2023 [acesso em 2024 nov 18]. Disponível em: <https://www.skintears.org/about/>
15. LeBlanc K. The international skin tear advisory panel: 10 years in the making. *Adv Skin Wound Care*. 2019 Dec;32(12):536-7. <https://doi.org/10.1097/01.asw.0000604188.00448.65>
16. Silva CVB, Campanili TCGF, LeBlanc K, Baranoski S, Santos VLCG. Cultural adaptation and content validity of ISTAP Skin Tear Classification for Portuguese in Brazil. *ESTIMA*. 2018;16.
17. Chen YH, Hsieh HL, Shih WM. Applying skin barrier film for skin tear management in patients with central venous catheterization. *Adv Skin Wound Care*. 2020 Nov;33(11):582-6. <https://doi.org/10.1097/01.asw.0000717208.20481.a0>
18. Tai RC, Chen HJ, Kao YL. A proposed strategy for the reduction of skin tears in intubated patients. *Yuan Yuan Nurs*. 2014;8(3):45-56.

19. Hsu MY, Chang SC. A study on skin tear prevalence and related risk factors among Inpatients. *Tzu Chi Nurs J*. 2010;9(4):84-95.
20. Landsperger JS, Byram JM, Lloyd BD, Rice TW, Pragmatic Critical Care Research Group. The effect of adhesive tape versus endotracheal tube fastener in critically ill adults: the endotracheal tube securement (ET TS) randomized controlled trial. *Crit Care*. 2019 May 7;23(1):161. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2440-7>
21. Cavalcanti EO, Kamada I. Medical device-related pressure injury: frequency and associated factors. *ESTIMA*. 2022;20.
22. Cilluffo S, Bassola B, Beeckman D, Lusignani M. Risk of skin tears associated with nursing interventions: a systematic review. *J Tissue Viability*. 2023 Feb;32(1):120-29. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.11.006>.
23. Torres FS, Blanes L, Galvão TF, Ferreira LM. Manual de prevenção e tratamento de lesões por fricção. São Paulo: UNIFESP; 2016 [acesso em 2024 set 22]. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Prevencao-e-tratamento-LF_Franck-Torres-2016.pdf.
24. LeBlanc K, Baranoski S, Skin Tear Consensus Panel Members. Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears©. *Adv Skin Wound Care*. 2011 Sep;24(9 Suppl):2-15. <https://doi.org/10.1097/01.asw.0000405316.99011.95>
25. Beeckman D, Campbell KE, LeBlanc K, Campbell J, Dunk AM, Harley C, et al. Best practice recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity [internet]. *Wounds International*; 2020 [acesso em 2024 set 22]. Disponível em: <https://research-repository.griffith.edu.au/items/3e4689c4-0f99-486d-9d8a-bb9a22118bd3>.
26. Lichterfeld-Kottner A, El Genedy M, Lahmann N, Blume-Peytavi U, Büscher A, Kottner J. Maintaining skin integrity in the aged: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2020 Mar;103:103509. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103509>
27. LeBlanc K, Baranoski S, Holloway S, Langemo D. Validation of a new classification system for skin tears. *Adv Skin Wound Care*. 2013 Jun;26(6):263-5. <https://doi.org/10.1097/01.asw.0000430393.04763.c7>
28. Hardie C, Wick JY. Skin tears in older people. *Sr Care Pharm*. 2020 Sep 1;35(9):379-387. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2020.379>
29. Campbell KE, Baranoski S, Gloeckner M, Holloway S, Idensohn P, Langemo D, et al. Skin tears: prediction, prevention, assessment and management. *Nurse Prescribing*. 2018;16(12). <https://doi.org/10.12968/npre.2018.16.12.600>
30. Santos ÉI dos. Skin tear treatment and prevention by nurses: an integrative literature review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 Jun;35(2):142-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.45178>
31. LeBlanc K, Woo K. A pragmatic randomised controlled clinical study to evaluate the use of silicone dressings for the treatment of skin tears. *Int Wound J*. 2021;19(1):125-34. <https://doi.org/10.1111/iwj.13604>

COMO CITAR ESTE DOCUMENTO

Maia JC, Bertonecello KCG. Lesão por fricção em pacientes internados na terapia intensiva. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Vargas MAO, Nascimento ERP, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2024. p. 87-116. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 2).

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC 								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO ξSKIN TEAR KNOWLEDGE ASSESSMENT INSTRUMENT (OASES)ξ PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS Pesquisador: Jéssica Costa Maia Área Temática: Versão: 2 CAAE: 78535124.2.0000.0121 Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina Patrocinador Principal: Financiamento Próprio DADOS DO PARECER Número do Parecer: 8.851.727 Apresentação do Projeto: Tese de doutorado de Jéssica Costa Maia do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, orientada por Kátia Cilene Godinho Bertonecello. Estudo prospectivo, com previsão de 252 participantes. Critérios de inclusão: Enfermeiros com vínculo empregatício há pelo menos 1 ano. Critérios de exclusão: 1- Estudantes e estagiários de enfermagem; 2- Enfermeiros que não falem o português do Brasil. Os participantes serão submetidos a: questionários. RESUMO A população mundial está crescendo rapidamente, a proporção de indivíduos com mais de 65 anos de idade deverá atingir 16% da população mundial em 2050. É sabido que muitas alterações ocorrem na pele com o avanço da idade. A perda da função mecânica protetora da pele devido a alterações na epiderme e na derme resulta em fragilidade excessiva e, por consequência, lesões por fricção em idosos acontecem com maior frequência. Como definição								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Trindade</td> <td>CEP: 88.040-400</td> </tr> <tr> <td>UF: SC</td> <td>Município: FLORIANOPOLIS</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (48)3721-6094</td> <td>E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br</td> </tr> </table>	Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701		Bairro: Trindade	CEP: 88.040-400	UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS	Telefone: (48)3721-6094	E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br
Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701								
Bairro: Trindade	CEP: 88.040-400							
UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS							
Telefone: (48)3721-6094	E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br							

Continuação do Parecer: 6.851.727

de lesões por fricção, entende-se: feridas traumáticas que resultam de forças mecânicas, como cisalhamento, fricção ou contundentes, incluindo a remoção de adesivos, e a sua gravidade depende da extensão da perda do retalho cutâneo. Embora as lesões por fricção sejam um desafio clínico generalizado, elas podem ser prevenidas e tratadas precocemente com estratégias de intervenção apropriadas. Os enfermeiros são conhecidos como membros essenciais da equipe interdisciplinar e desempenham um papel fundamental na prevenção e tratamento de lesões por fricção. Entretanto, na prática profissional, ainda é comum que pessoas com lesões por fricção sejam, com frequência, diagnosticadas por enfermeiros como tendo apenas uma “pequena ferida”. Frente ao exposto, entende-se que é urgente medir o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as pessoas com lesões por fricção e fornecer apoio educacional específico para os seus cuidados diagnósticos, classificatórios, preventivos e práticos clínicos, objetivando a melhora do conhecimento e de desfechos de diminuição da prevalência de lesões. Para tanto, é necessária uma ferramenta de medição específica e validada, voltada para esta temática, para avaliar com precisão o conhecimento básico e a eficácia do treinamento, entre os enfermeiros e sua equipe de enfermagem. A ferramenta OASES (Skin Tear Knowledge Assessment Instrument) é um instrumento de avaliação de conhecimento sobre lesão por fricção. Foi desenvolvido por Van Tiggelen et al. (2020) com base em uma revisão da literatura e consulta de especialistas. Este instrumento possui 20 itens, foi avaliado psicometricamente com 387 enfermeiros de 37 países, confirmando que o instrumento OASES é confiável e válido. No entanto, até o momento, nenhum estudo relatou as propriedades psicométricas do OASES para enfermeiros no contexto cultural brasileiro. Logo, emergiu este projeto de pesquisa, para traduzir e adaptar transculturalmente o instrumento OASES para o Brasil e avaliar sua validade e confiabilidade na população de enfermeiros brasileiros. Assim, defende-se a hipótese que a adaptação transcultural e a validação das propriedades psicométricas do instrumento “Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)”, contribuirá para a avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de pessoas com lesões por fricção.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Desenvolver a versão brasileira e a validação das propriedades psicométricas do instrumento “Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)”, para a avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção, avaliação e gestão de lesões por fricção.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.851.727

Objetivo Secundário:

Traduzir o instrumento *¿Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)¿*, para o português do Brasil;

Analisar o alcance da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual, da versão brasileira do instrumento *¿Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)¿*, por um Comitê de Juízes Especialistas; e

Testar a confiabilidade, validade de conteúdo, validade dos itens do teste de múltipla escolha e de construto da versão brasileira do instrumento *¿Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)¿*, para enfermeiros brasileiros.

Metodologia Proposta:

Será um estudo de desenvolvimento metodológico para a adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do instrumento *¿Skin Tear Knowledge Assessment Instrument (OASES)¿* para enfermeiros brasileiros. Após a autorização dos desenvolvedores do instrumento OASES e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, será realizada a adaptação transcultural do OASES para o português brasileiro, seguindo a metodologia de seis etapas propostas por Beaton et al. (2000). Por conseguinte, com o instrumento adaptado transculturalmente, será realizada a validação psicométrica do instrumento no Brasil, por meio de um estudo transversal com enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise adequada dos riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consta Declaração do autor do Instrumento autorizando sua validação no Brasil pela pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pelo/a pesquisador/a responsável e pela autoridade institucional competente.

O cronograma informa que a coleta de dados acontecerá a partir de 01/07/2024.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: oep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 6.851.727

O orçamento informa despesas de R\$ 13.220,00 com financiamento próprio.

Consta do processo o questionário a ser aplicado aos participantes.

Os TCLEs são esclarecedores a respeito de objetivos, procedimentos, riscos e direitos dos participantes e cumprem as exigências da res. 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2294808.pdf	22/04/2024 22:26:36		Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	22/04/2024 22:25:51	Jéssica Costa Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Tese_Jessica.pdf	22/04/2024 22:24:00	Jéssica Costa Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participantes_pre_teste_instru mento.pdf	22/04/2024 22:23:23	Jéssica Costa Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participantes_estudo_transversal. pdf	22/04/2024 22:23:11	Jéssica Costa Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participantes_comite_especialista .pdf	22/04/2024 22:23:01	Jéssica Costa Maia	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.851.727

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/04/2024 22:22:43	Jéssica Costa Maia	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_29_assinado.pdf	27/03/2024 21:18:28	Jéssica Costa Maia	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	28/03/2024 22:46:05	Jéssica Costa Maia	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_29.pdf	05/03/2024 21:37:54	Jéssica Costa Maia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 27 de Maio de 2024

Assinado por:
Sharbel Weidner Makuf
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br