REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA CICATRIZAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS EM PACIENTES COM PENFIGOIDE BOLHOSO

NURSING INTERVENTIONS FOR SKIN LESION HEALING IN PATIENTS WITH BULLOUS PEMPHIGOID

Ciências da Saúde • 26/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795660559

Hanna Victórya Cavalcante Alves França[1]

Rosa Caroline Mata Verçosa de Freitas[2]

RESUMO

Introdução: O penfigoide bolhoso (PB) é a dermatose autoimune subepidérmica mais frequente em idosos, mediada por autoanticorpos anti-BP180 e anti-BP230 que geram bolhas tensas, prurido intenso, erosões dolorosas e risco de infecção. Objetivo: Analisar as evidências científicas disponíveis sobre as intervenções de enfermagem direcionadas ao cuidado e à cicatrização de lesões cutâneas em pacientes com penfigoide bolhoso. Método: Revisão integrativa qualitativa e descritiva estruturada pela estratégia PICo nas bases LILACS, BDENF, MEDLINE/PubMed, SciELO e Cochrane Library, utilizando descritores DeCS/MeSH combinados por AND e OR, incluindo artigos de 2016 a 2026 em português, inglês e espanhol, segundo o PRISMA 2020. Resultados: Incluíram-se 10 estudos. As principais intervenções abrangem avaliação pelo escore BPDAI, punção asséptica de bolhas tensas (≥ 1–2 cm) preservando o teto epidérmico como cobertura biológica, limpeza atraumática com salina aquecida (36 °C) ou polihexanida (PHMB) e coberturas não aderentes (gaze vaselinada, hidrofibra com prata, hidrogel com ácido hialurônico e espuma de silicone), associadas ao propionato de clobetasol 0,05%. Discussão: A abolição de adesivos convencionais, a manutenção do meio úmido e o controle do exsudato reduzem a dor nas primeiras 24 horas, evitam o cisalhamento e aceleram a epitelização, aliados ao suporte hiperproteico e à educação familiar. Conclusão: O cuidado sistematizado de enfermagem promove reparo tecidual atraumático, alívio álgico, prevenção de infecções e qualidade de vida ao idoso com PB.

Palavras-chave: Cicatrização; Lesões cutâneas; Penfigoide bolhoso; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Bullous pemphigoid (BP) is the most common

subepidermal autoimmune blistering dermatosis in older adults, triggered by anti-BP180 and anti-BP230 autoantibodies causing tense blisters, severe pruritus, painful erosions, and infection risk. Objective: To analyze the available scientific evidence on nursing interventions directed at the care and healing of skin lesions in patients with bullous pemphigoid. Method: Descriptive, qualitative integrative review structured via the PICo strategy across LILACS, BDENF, MEDLINE/PubMed, SciELO, and Cochrane Library using DeCS/MeSH descriptors with AND/OR, including articles published from 2016 to 2026 in Portuguese, English, and Spanish, following PRISMA 2020. Results: Ten studies were included. Key interventions comprise BPDAI assessment, sterile needle decompression of tense blisters (≥ 1–2 cm) preserving the epidermal roof as a biological dressing, atraumatic cleansing with warmed saline (36 °C) or polyhexanide (PHMB), and non-adherent primary dressings (petrolatum gauze, ionic silver hydrofiber, hyaluronic acid hydrogel, and soft silicone foam), combined with topical 0.05% clobetasol propionate. Discussion: Avoiding conventional adhesives, maintaining a moist environment, and controlling exudate reduce pain within 24 hours, prevent epidermal stripping, and accelerate re-epithelialization when integrated with high-protein nutrition and caregiver education. Conclusion: Evidence-based nursing care promotes atraumatic tissue repair, pain relief, infection prevention, and quality of life in older adults with BP.

Keywords: Wound healing; Skin lesions; Bullous pemphigoid; Nursing care.

1. INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo são as intervenções de enfermagem direcionadas ao cuidado e à cicatrização de lesões cutâneas em

pacientes acometidos por penfigoide bolhoso. A motivação central para a delimitação dessa temática emergiu do interesse científico e clínico em compreender as dermatoses autoimunes vesiculobolhosas, especialmente suas manifestações cutâneas e as repercussões físicas, funcionais e psicossociais que produzem sobre a integridade tissular e a qualidade de vida dos indivíduos. Nesse sentido, destaca-se a relevância de investigar as particularidades fisiopatológicas do penfigoide bolhoso e as demandas assistenciais decorrentes da perda da barreira epitelial, considerando o protagonismo da enfermagem na avaliação, no planejamento terapêutico e no acompanhamento longitudinal desses pacientes (Brandão *et al.*, 2016; Chen *et al.*, 2026).

As doenças bolhosas autoimunes caracterizam-se pela síntese desregulada de autoanticorpos que reconhecem proteínas estruturais responsáveis pela adesão intercelular ou dermoepidérmica. Entre essas enfermidades, o penfigoide bolhoso (PB) destaca-se como a dermatose bolhosa autoimune subepidérmica de maior prevalência mundial, apresentando formação de bolhas tensas, profundas e mais resistentes à ruptura imediata. Esse mecanismo anatomopatológico diferencia o PB do grupo dos pênfigos, a exemplo do pênfigo vulgar e do pênfigo foliáceo, nos quais o processo de acantólise promove clivagem intraepidérmica e bolhas flácidas. No penfigoide bolhoso, a resposta autoimune mediada por imunoglobulinas IgG e IgE compromete seletivamente glicoproteínas transmembranares e intracelulares constituintes dos hemidesmossomos, com destaque para os antígenos BP180 (colágeno tipo XVII) e BP230 (distonina), estruturas indispensáveis para a ancoragem entre a camada basal da epiderme e a lâmina lúcida da derme (Genovese *et al.*, 2019; Kridin; Ludwig, 2018; Miyamoto *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o penfigoide bolhoso configura uma dermatose autoimune crônica e frequentemente recidivante, marcada pelo descolamento subepidérmico decorrente de intensa reação inflamatória na zona da membrana basal. A doença apresenta expressiva relevância para a ciência do cuidado de enfermagem devido ao comprometimento extenso da integridade da pele, ao prurido refratário, à dor aguda nos leitos erodidos e ao risco elevado de complicações infecciosas e hidroeletrolíticas secundárias à ruptura das bolhas. Diante dessas manifestações clínicas, a equipe de enfermagem assume papel decisivo na avaliação sistematizada do tegumento, no preparo e proteção do leito das lesões, na prevenção de traumas mecânicos e na promoção de um microambiente favorável à epitelização (Bernard; Antonicelli, 2017; Borradori *et al.*, 2022; Geng; Sibbald, 2025).

A magnitude assistencial desse cuidado torna-se ainda mais evidente ao se observar que o penfigoide bolhoso apresenta estreita associação epidemiológica com o processo de envelhecimento humano, acometendo predominantemente indivíduos idosos a partir da sétima e oitava décadas de vida (Lu *et al.*, 2022; Honorato *et al.*, 2025). A elevada incidência nessa faixa etária amplia a complexidade clínica para a enfermagem, visto que a senescência cutânea cursa com adelgaçamento dermoepidérmico, redução da síntese de colágeno e elastina, menor velocidade de renovação celular, fragilidade capilar, declínio da mobilidade física, multimorbidades cardiovasculares e neurológicas e polifarmácia. Estudos epidemiológicos recentes demonstram um crescimento sustentado da incidência global do PB nas últimas décadas, fenômeno atribuído à transição demográfica, ao aprimoramento dos ensaios diagnósticos de imunofluorescência e ELISA, ao reconhecimento de variantes clínicas não bolhosas e à exposição a

fármacos indutores, tais como inibidores da dipeptidil peptidase-4 (DPP-4), diuréticos poupadores de potássio, neurolépticos e imunoterápicos oncológicos (Kridin; Ludwig, 2018; Miyamoto *et al.*, 2019; Lu *et al.*, 2022).

Para fundamentar intervenções de enfermagem seguras, torna-se indispensável compreender a cascata fisiopatológica que agride a integridade cutânea. A ligação de autoanticorpos anti-BP180, especialmente contra o domínio extracelular NC16A, e anti-BP230 na membrana basal ativa o sistema complemento, induz a degranulação de mastócitos e promove quimiotaxia acentuada de eosinófilos e neutrófilos. Essas células inflamatórias liberam metaloproteinases de matriz, elastases e espécies reativas de oxigênio que degradam as proteínas de ancoragem hemidesmossômica, culminando na clivagem dermoepidérmica (Genovese *et al.*, 2019; Miyamoto *et al.*, 2019). Consequentemente, tanto a pele lesionada quanto a pele perilesional aparentemente íntegra tornam-se extremamente vulneráveis ao cisalhamento e à fricção. Para a enfermagem, o domínio desse mecanismo fisiopatológico orienta a adoção de práticas atraumáticas rigorosas, evitando o uso de adesivos convencionais, esfigmomanômetros diretamente sobre áreas afetadas ou manipulações bruscas que desencadeiem novas bolhas (Brandão *et al.*, 2016; Borradori *et al.*, 2022).

Em decorrência dessas alterações imunopatológicas, o espectro clínico do penfigoide bolhoso varia segundo a fase evolutiva e a gravidade da doença. Na fase prodrômica ou não bolhosa, o paciente pode manifestar prurido severo, placas eritematosas, lesões urticariformes ou aspecto eczematoso durante semanas ou meses. Na fase bolhosa clássica, emergem bolhas tensas, de conteúdo

seroso claro ou sero-hemorrágico, distribuídas simetricamente no tronco, abdome inferior e superfícies flexoras dos membros, como axilas, regiões inguinais e face interna das coxas (Bernard; Antonicelli, 2017; Miyamoto *et al.*, 2019; Honorato *et al.*, 2025).

Quando essas formações bolhosas se rompem por pressão ou trauma, originam-se áreas erodidas, exulceradas, úmidas ou recobertas por crostas hemáticas que exigem manejo tópico contínuo para restaurar a função de barreira e impedir a colonização bacteriana (Borradori *et al.*, 2022; Geng; Sibbald, 2025).

Diante desse conjunto de manifestações clínicas, o cuidado direto às lesões cutâneas constitui um dos eixos primordiais da prática de enfermagem. O processo de reparação tecidual no paciente idoso com PB pode ser retardado pela erupção contínua de novas bolhas, pela imunossupressão medicamentosa, pela desnutrição energético-proteica, pelo atrito com roupas de cama e pelo trauma mecânico durante a remoção de coberturas inadequadas. Por conseguinte, o plano de cuidados deve ser individualizado e dinâmico, fundamentado na avaliação minuciosa da extensão da superfície corporal acometida, da tensão das bolhas, do volume de exsudato, das características do leito da ferida e da fragilidade da pele perilesional (Holloway; Da Silva; Ousey, 2025; Chen *et al.*, 2026).

Nesse cenário assistencial, o enfermeiro atua de maneira estratégica na execução do Processo de Enfermagem (PE), englobando a identificação precoce de diagnósticos de enfermagem prioritários, o gerenciamento da dor, a escolha de tecnologias de limpeza e coberturas não aderentes, a aplicação segura de corticosteroides tópicos de alta potência e a prevenção de infecções cruzadas (Brandão; Santos; Lanzillotti, 2016; Singh *et al.*, 2023; Yamashita *et al.*,

2025). A avaliação clínica realizada pelo enfermeiro não se limita à topografia das lesões, abrangendo também o monitoramento glicêmico, pressórico e hidroeletrolítico, o estado nutricional, o risco de tromboembolismo venoso em pacientes restritos ao leito e a capacidade de autocuidado e suporte familiar (Brandão *et al.*, 2016; Gao *et al.*, 2026).

No que tange especificamente ao manejo local das feridas bolhosas e erosivas, a literatura enfatiza a necessidade de técnicas assépticas e atraumáticas durante a higiene corporal, a descompressão controlada de bolhas volumosas com preservação do teto epidérmico e a seleção criteriosa de coberturas primárias e secundárias (Brasil, 2021; Borradori *et al.*, 2022; Chen *et al.*, 2026). Coberturas dotadas de interface não aderente, como gaze vaselinada estéril, malhas de silicone macio, hidrofibras com prata e géis hidrocoloides ou hidrogéis, evitam o arrancamento do epitélio neoformado durante as trocas, controlam o exsudato, mantêm o meio úmido fisiológico e promovem alívio expressivo da dor (Soares; Brandão; Tonole, 2020; Cavalcanti *et al.*, 2022; Holloway; Da Silva; Ousey, 2025).

Ademais, o monitoramento clínico contínuo pela equipe de enfermagem é indispensável para a detecção precoce de complicações locais e sistêmicas, visto que a infecção bacteriana secundária, presente em mais de 60% dos casos graves, e a sepse figuram entre as principais causas de óbito no penfigoide bolhoso (Miyamoto *et al.*, 2019; Honorato *et al.*, 2025). Cabe ao enfermeiro vigiar sinais flogísticos, alterações na coloração e odor do exsudato, febre e piora da dor, articulando-se com a equipe multiprofissional (dermatologistas, médicos generalistas, nutricionistas e farmacêuticos) para o ajuste oportuno da conduta terapêutica e a

educação em saúde voltada ao paciente e aos cuidadores domiciliares (Brasil, 2021; Yamashita *et al.*, 2025; Chen *et al.*, 2026).

Embora o tratamento do penfigoide bolhoso envolva medidas farmacológicas e acompanhamento dermatológico, o cuidado das lesões cutâneas demanda intervenções específicas de enfermagem, cuja seleção deve estar fundamentada em evidências científicas. Nesse sentido, a análise da literatura pode contribuir para identificar as práticas assistenciais descritas, os resultados relacionados à recuperação da integridade cutânea e os aspectos que ainda necessitam de investigação. A sistematização desse conhecimento apresenta relevância para a qualificação da assistência, a segurança do paciente e o fortalecimento da prática de enfermagem baseada em evidências.

Diante do exposto, este estudo tem como questão norteadora: Quais intervenções de enfermagem são descritas na literatura científica para o cuidado e a cicatrização de lesões cutâneas em pacientes com penfigoide bolhoso? Assim, o objetivo deste trabalho é analisar as evidências científicas disponíveis sobre as intervenções de enfermagem direcionadas ao cuidado e à cicatrização de lesões cutâneas em pacientes com penfigoide bolhoso.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL), de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório, fundamentada nos pressupostos da Prática Baseada em Evidências (PBE) em Enfermagem. A revisão integrativa constitui um método de pesquisa rigoroso que permite a identificação, a avaliação crítica e a síntese sistematizada de múltiplos estudos publicados acerca de um

fenômeno clínico específico, possibilitando a incorporação de evidências científicas à prática assistencial, a construção de protocolos de cuidado e o reconhecimento de lacunas do conhecimento (Sousa *et al.*, 2018; Mendes; Silveira; Galvão, 2019; Dantas *et al.*, 2022).

Para assegurar o rigor metodológico, a transparência e a reprodutibilidade da investigação, o desenvolvimento desta revisão percorreu seis etapas interdependentes preconizadas na literatura de enfermagem: (1) identificação do tema e formulação da questão norteadora da pesquisa; (2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e busca sistematizada na literatura; (3) definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos selecionados; (4) avaliação crítica da qualidade metodológica e do nível de evidência dos estudos incluídos; (5) interpretação e discussão dos resultados frente ao referencial teórico; e apresentação da revisão e síntese do conhecimento produzido (Sousa *et al.*, 2018; Mendes; Silveira; Galvão, 2019; Dantas *et al.*, 2022).

Na primeira etapa, a construção da pergunta de pesquisa foi estruturada mediante a aplicação do acrônimo PICo, estratégia recomendada para revisões qualitativas e integrativas na área de enfermagem, em que: P (População/Paciente) corresponde aos pacientes acometidos por penfigoide bolhoso com lesões cutâneas; I (Fenômeno de Interesse) refere-se aos cuidados de enfermagem e à cicatrização de lesões cutâneas; e Co (Contexto) abrange a assistência de enfermagem nos cenários hospitalar, ambulatorial e domiciliar (Dantas *et al.*, 2022). A partir dessa estruturação, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: "Quais intervenções de enfermagem são descritas na literatura científica para o cuidado

e a cicatrização de lesões cutâneas em pacientes com penfigoide bolhoso?".

Na segunda etapa, realizou-se o levantamento bibliográfico durante o mês de outubro de 2026 nas seguintes bases de dados eletrônicas e bibliotecas digitais da área da saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), acessadas por meio do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via portal PubMed da National Library of Medicine; biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO); e Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Library). Para garantir sensibilidade e especificidade no rastreamento, selecionaram-se vocabulários controlados extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), nos idiomas português e inglês: “Penfigoide Bolhoso” ("Pemphigoid, Bullous"), "Dermatopatias Vesiculobolhosas" ("Skin Diseases, Vesiculobullous"), "Cuidados de Enfermagem" ("Nursing Care"), "Enfermagem" ("Nursing"), "Cicatrização" ("Wound Healing") e "Bandagens" / "Curativos" ("Bandages" / "Wound Care").

Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, adaptando-se as expressões de busca às especificidades de indexação de cada base de dados: (a) na BVS (LILACS/BDENF) e SciELO: ("Penfigoide Bolhoso" OR "Dermatopatias Vesiculobolhosas") AND ("Cuidados de Enfermagem" OR "Enfermagem" OR "Cicatrização" OR "Curativos"); e (b) no MEDLINE/PubMed e Cochrane Library: ("Pemphigoid, Bullous" [MeSH] OR "Bullous Pemphigoid"[Title/Abstract] OR "Skin Diseases, Vesiculobullous"[MeSH]) AND ("Nursing Care"[MeSH] OR "Nursing"

[Title/Abstract] OR "Wound Healing"[MeSH] OR "Wound Care" [Title/Abstract] OR "Bandages"[MeSH]).

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos científicos originais, estudos clínicos, relatos de caso ou de experiência, revisões sistemáticas/integrativas e diretrizes de prática clínica disponibilizados na íntegra gratuitamente (acesso aberto ou via portal institucional), publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, dentro do recorte temporal estrito dos últimos 10 anos (2016 a 2026), e que abordassem intervenções, cuidados tópicos, curativos ou condutas assistenciais de enfermagem aplicáveis à cicatrização e ao manejo de lesões cutâneas no penfigoide bolhoso. Como critérios de exclusão, descartaram-se: publicações duplicadas entre as bases consultadas (sendo contabilizadas apenas uma vez com auxílio de gerenciamento de referências, conforme Mendes, Silveira e Galvão, 2019), editoriais, cartas ao editor, resumos sem texto completo, estudos experimentais estritamente laboratoriais ou genéticos sem desfecho clínico cutâneo, trabalhos com mais de 10 anos de publicação (anteriores a 2016) e artigos que tratassem exclusivamente de farmacodinâmica sistêmica sem menção ao manejo das lesões cutâneas ou às implicações para o cuidado de enfermagem.

O processo de seleção e triagem dos estudos obedeceu rigorosamente às recomendações internacionais do fluxograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA 2020 (Page *et al.*, 2021), sendo operacionalizado em quatro fases sequenciais: (1) Identificação dos registros nas bases de dados e remoção das duplicatas; (2) Triagem inicial mediante leitura criteriosa dos títulos e resumos para verificação da aderência à questão PICo; (3) Elegibilidade, realizada por meio da leitura

integral dos textos pré-selecionados aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão; e (4) Inclusão dos artigos que compuseram a amostra final da revisão.

Na terceira etapa, para a extração padronizada dos dados dos estudos incluídos, utilizou-se um instrumento estruturado elaborado pela autora com base na literatura metodológica (Sousa *et al.*, 2018; Dantas *et al.*, 2022), contemplando as seguintes variáveis: código alfanumérico de identificação (E1 a E10), autoria e ano de publicação, título do estudo, periódico e país de origem, delineamento metodológico, nível de evidência, principais intervenções de enfermagem descritas para o manejo das lesões e desfechos clínicos observados no processo de cicatrização e conforto do paciente.

Na quarta etapa, os estudos selecionados foram avaliados criticamente e classificados quanto à força e hierarquia da evidência científica segundo o sistema de seis níveis proposto para a Prática Baseada em Evidências em Enfermagem (Sousa *et al.*, 2018; Soares; Brandão; Tonole, 2020): Nível I — evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de múltiplos ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II — evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III — evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização (estudos quase-experimentais, séries temporais ou caso-controle); Nível IV — evidências oriundas de estudos de coorte, estudos descritivos/transversais, revisões integrativas/clínicas ou diretrizes de prática clínica baseadas em consenso; Nível V — evidências provenientes de estudos de caso ou relatos de experiência clínica sistematizados; e Nível VI — evidências baseadas em opiniões de especialistas sem avaliação crítica explícita.

Na quinta e na sexta etapas, os dados extraídos foram submetidos à análise temática descritiva, sendo agrupados por similaridade semântica e clínica em três categorias analíticas que fundamentaram a discussão dos resultados à luz da literatura científica recente (2016–2026). No tocante aos aspectos éticos, por se tratar de uma pesquisa secundária de revisão integrativa da literatura que utiliza exclusivamente produções científicas de domínio público, sem envolvimento direto de seres humanos, coleta de dados primários ou acesso a prontuários individuais, o estudo dispensa submissão a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todavia, foram integralmente respeitados os direitos autorais e a fidedignidade intelectual das obras consultadas, com todas as citações e referências padronizadas segundo as normas vigentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 10520:2023 e NBR 6023:2018).

3. RESULTADOS

A busca sistematizada nas bases de dados eletrônicas resultou na identificação inicial de 184 registros científicos, distribuídos entre MEDLINE/PubMed (n = 96), BVS — LILACS e BDENF (n = 38), SciELO (n = 26) e Cochrane Library (n = 24). Após a utilização de gerenciador bibliográfico para detecção de duplicidades (Mendes; Silveira; Galvão, 2019), foram removidos 42 registros duplicados, restando 142 publicações para a fase de triagem por título e resumo. Nessa etapa, foram excluídos 108 estudos por não atenderem à questão norteadora PICo, por abordarem exclusivamente aspectos imunogenéticos ou laboratoriais ou por estarem fora do recorte temporal de 2016 a 2026.

Seguiram para a fase de elegibilidade e leitura na íntegra 34 artigos científicos. Após a análise minuciosa do texto completo, 24 publicações foram excluídas pelos seguintes motivos justificados: foco exclusivo em terapia farmacológica sistêmica sem descrição de cuidados com as lesões cutâneas ou intervenções de enfermagem (n = 15), textos indisponíveis na íntegra (n = 5) e cartas ao editor ou comentários breves sem rigor metodológico (n = 4). Dessa forma, a amostra final desta revisão integrativa foi constituída por 10 estudos científicos (codificados de E1 a E10), conforme detalhado no Quadro 1, elaborado segundo as diretrizes do fluxograma PRISMA 2020 (Page *et al.*, 2021).

Quadro 1. Distribuição dos estudos segundo as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão (PRISMA 2020). Maceió, AL, 2026.

Base de Dados / Biblioteca	**Identificados na Busca (n)**	**Excluídos por Duplicidade / Triagem (n)**	**Avaliados na Integra — Elegibilidade (n)**	**Incluídos na Amostra Final (n)**
MEDLINE / PubMed	96	78	18	5 (E3, E5, E8, E9, E10)
BVS (LILACS / BDENF)	38	31	7	2 (E1, E6)
SciELO	26	20	6	2 (E2, E4)
Cochrane Library	24	21	3	1 (E7)
Total (Fluxo PRISMA 2020)	184	150	34	10 (100,0%)

Fonte: Dados da pesquisa, adaptado de Page *et al.* (2021).

No que concerne à caracterização bibliométrica dos 10 estudos que compuseram o corpus analítico (Quadro 2), verificou-se que todas as publicações respeitaram estritamente o recorte temporal dos últimos 10 anos (2016 a 2026), com destaque para a concentração de evidências nos últimos cinco anos (2022–2026), que reuniram 60% (n = 6) da amostra: dois estudos publicados em 2016 (20%), um em 2019 (10%), um em 2020 (10%), dois em 2022 (20%), um em 2023 (10%), dois em 2025 (20%) e um em 2026 (10%). Quanto ao idioma e à origem geográfica, 60% (n = 6) dos estudos foram publicados em língua inglesa e 40% (n = 4) em língua portuguesa (ou edição bilíngue português/inglês), provenientes do Brasil (n = 5; 50%), Suíça/União Europeia (n = 1; 10%), Reino Unido/Índia/Austrália — Colaboração Cochrane (n = 1; 10%), Canadá (n = 1; 10%), Japão (n = 1; 10%) e China/Reino Unido (n = 1; 10%).

Quanto ao delineamento metodológico e ao nível de evidência científica (Sousa *et al.*, 2018), a amostra abrangeu: um estudo de Nível I (10%), correspondente à revisão sistemática da Colaboração Cochrane de ensaios clínicos randomizados (E7); um estudo de Nível III (10%), referente a pesquisa clínica quase-experimental interinstitucional (E2); cinco estudos de Nível IV (50%), compreendendo um estudo descritivo multicêntrico de diagnósticos de enfermagem (E1), uma revisão integrativa sobre coberturas primárias (E4), duas revisões clínicas de dermatologia e estomaterapia (E3, E8) e uma diretriz europeia de prática clínica (E5); e três estudos de Nível V (30%), representados por estudos de caso clínicos e relatos de experiência assistencial com acompanhamento em hospital e domicílio (E6, E9, E10). O Quadro 2 apresenta a síntese detalhada dos estudos incluídos.

Quadro 2. Síntese sinóptica dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo código, autoria/ano, periódico/país, delineamento/nível de evidência, intervenções de enfermagem e desfechos clínicos. Maceió, AL, 2026.

Cód. / Autor (Ano)	Periódico / País / Delineamento (Nível de Evidência)	Principais Intervenções de Enfermagem no Manejo das Lesões Cutâneas	Principais Desfechos na Cicatrização e no Conforto do Paciente
E1 - Brandão et al. (2016)	Rev. Latino-Am. Enfermagem (Brasil) / Estudo descritivo multicêntrico (Nível IV)	Aplicação do Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD) na consulta de enfermagem; identificação dos diagnósticos NANDA-I prioritários (Integridade da pele prejudicada, Risco de infecção, Dor aguda, Conforto prejudicado e Proteção ineficaz); abolição de pressão mecânica, garrotes e adesivos sobre a pele vulnerável.	Rastreamento precoce de complicações locais e sistêmicas (distúrbios hidroeletrolíticos e hiperglicemia por corticoides); prevenção de novas lesões bolhosas induzidas por trauma ou cisalhamento.
E2 - Brandão, Santos e Lanzillotti (2016)	Online Braz. J. Nurs. (Brasil) / Estudo quase-experimental interinstitucional (Nível III)	Implementação do Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas (PCECDI): limpeza suave com solução fisiológica 0,9% aquecida a 36 °C e curativo oclusivo não aderente com gaze vaselinada estéril	Redução estatisticamente expressiva da intensidade da dor aguda nas primeiras 24 horas (T1) e em 7 dias (T2), independentemente de analgésicos sistêmicos; prevenção de

		padronizada, trocado a cada 24h.	aderência à roupa de cama, melhora do sono e da mobilidade.
E3 - Miyamoto et al. (2019)	Anais Brasileiros de Dermatologia (Brasil) / Revisão clínica e atualização terapêutica (Nível IV)	Mensuração sistematizada da atividade cutânea pelo escore BPDAI; aplicação corporal assistida de propionato de clobetasol creme 0,05% (10-30 g/dia) poupando a face; revisão da farmacoterapia para suspensão de fármacos indutores (inibidores de DPP-4, diuréticos e neurolépticos); vigilância de tromboembolismo e sepse.	Controle efetivo da formação de novas bolhas e aceleração da cicatrização cutânea com menor mortalidade em comparação à corticoterapia sistêmica em altas doses; detecção precoce de infecções secundárias.
E4 - Soares, Brandão e Tonole (2020)	Revista Gaúcha de Enfermagem (Brasil) / Revisão integrativa da literatura (Nível IV)	Seleção criteriosa de coberturas primárias para erosões bolhosas: gaze vaselinada estéril (cobertura primária) associada a compressa estéril e fixação com atadura/malha tubular sem adesivo; hidrofibra com prata iônica em lesões altamente exsudativas ou colonizadas; contraindicação formal de hidrocoloides autoadesivos.	Manutenção do meio úmido fisiológico no leito da ferida, controle do odor fétido e do exsudato, ausência de descolamento epidérmico na remoção do curativo e promoção do conforto e higiene diária.

E5 - Borradori et al. (2022)	J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. (Europa) / Diretriz clínica EADV S2k (Nível IV)	Manutenção de bolhas pequenas íntegras; punção e drenagem asséptica de bolhas grandes com agulha estéril mantendo o teto epidérmico (*blister roof*) in situ como curativo biológico protetor; banhos antissépticos suaves; cobertura de áreas erodidas com malhas não aderentes (silicone, lipidocoloide ou gaze parafinada).	Proteção do leito dérmico exposto contra contaminação bacteriana, redução da perda hidroeletrolítica e proteica, aceleração da reepitelização subjacente ao teto da bolha e prevenção de traumas secundários.
E6 - Cavalcanti et al. (2022)	Anais Congr. Paul. Estomaterapia (Brasil) / Relato de experiência clínica (Nível V)	Limpeza das lesões extensas de penfigoide bolhoso com solução surfactante e antimicrobiana de polihexanida biguanida (PHMB); aplicação de cobertura de hidrofibra com prata iônica (trocas aprazadas a cada 5 dias) seguida de transição para espuma de silicone macio atraumático; manejo multimodal da dor.	Melhora clínica acentuada das áreas erodidas já após a primeira troca de hidrofibra com prata, desbaste da carga microbiana, estímulo ao desbridamento autolítico e epitelização atraumática com controle da dor.
E7 - Singh et al. (2023)	Cochrane Database Syst. Rev. (Reino Unido/Internacional) / Revisão sistemática de 14 ECRs (Nível I)	Cuidado tópico padronizado com aplicação de creme de propionato de clobetasol 0,05% sobre as lesões e corpo (regime brando de 10-30 g/dia vs. 40 g/dia), demandando assistência direta de	Cicatrização completa das lesões cutâneas no 21º dia em 98% a 99,8% dos pacientes tratados com clobetasol tópico (RR 1,08 vs. prednisona oral),

		enfermagem para idosos com limitação funcional; monitoramento de eventos adversos cutâneos e sistêmicos.	com redução de complicações graves (RR 0,65) e menor mortalidade em 1 ano.
E8 - Geng e Sibbald (2025)	Advances in Skin & Wound Care (Canadá) / Revisão clínica em enfermagem dermatológica (Nível IV)	Preparo estruturado do leito da ferida no penfigoide bolhoso: controle da inflamação e da carga bacteriana, gerenciamento da umidade com coberturas atraumáticas, proteção das bordas perilesionais contra maceração, controle do prurido e educação em saúde para adesão ao tratamento tópico e imunobiológico.	Estabilização da barreira cutânea, prevenção de celulite e sepse secundária às erosões subepidérmicas, alívio do prurido e otimização do tempo de reparo tecidual na população geriátrica.
E9 - Yamashita et al. (2025)	J. Gen. Fam. Med. (Japão) / Estudo de caso clínico colaborativo domiciliar (Nível V)	Visitas domiciliares diárias de enfermagem (sessões de até 90 min por 14 dias consecutivos) a idoso acamado (82 anos): higienização suave das erosões em tronco e membros, aplicação tópica combinada de corticosteroide de alta potência e loção antibiótica (ozenoxacina), treinamento do cuidador familiar e vigilância de recidivas.	Remissão clínica e reepitelização completa das erosões sem formação de cicatrizes atróficas em 30 dias no próprio domicílio, evitando hospitalização prolongada e infecções nosocomiais.

E10 - Chen et al. (2026)	Frontiers in Medicine (China/Reino Unido) / Estudo de caso clínico multiprofissional (Nível V)	Protocolo em idosa de 91 anos (BPDAI = 180; 40% da SC acometida): irrigação com iodopovidona aquosa sem álcool e água estéril; manejo escalonado das bolhas (< 1 cm mantidas íntegras; 1-2 cm aspiradas com agulha 1 mL paralela à base; ≥ 2 cm incisão triangular de 2-3 mm preservando o teto epidérmico); gel hidrocoloide com ácido hialurônico + gaze vaselinada + colete absorvente recortado sob medida (troca a cada 24-48h); dieta hiperproteica e suporte psicossocial.	Redução da área ulcerada de 40% para 20% e queda da dor para escore 2 em 10 nos primeiros 10 dias de internação (apenas 6 trocas de curativo, culturas negativas); epitelização total das lesões e recuperação funcional no 20° dia pós-alta.

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

A análise qualitativa e o agrupamento temático dos achados extraídos dos 10 estudos permitiram organizar o conhecimento científico em três categorias norteadoras para a discussão: (1) Avaliação sistematizada da pele, manejo da bolha e prevenção de traumas mecânicos no paciente com penfigoide bolhoso; (2) Tecnologias de limpeza atraumática, seleção de coberturas primárias não aderentes e controle de infecções no microambiente cicatricial; e (3) Controle da dor e do prurido, assistência multiprofissional e educação em saúde voltada ao idoso e seus cuidadores.

4. DISCUSSÃO

4.1. Avaliação Sistematizada da Pele, Manejo da Bolha e Prevenção de Traumas Mecânicos no Paciente com Penfigoide Bolhoso

A implementação do Processo de Enfermagem no cuidado ao paciente acometido por penfigoide bolhoso inicia-se pela anamnese criteriosa e pelo exame físico dermatológico sistematizado. Conforme evidenciado por Brandão *et al.* (2016), a utilização de instrumentos validados na consulta de enfermagem, a exemplo do Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD), viabiliza a identificação acurada de diagnósticos de enfermagem prioritários segundo a taxonomia NANDA-I, destacando-se Integridade da pele prejudicada, Proteção ineficaz, Risco de infecção, Dor aguda e Conforto prejudicado. De modo complementar, estudos recentes preconizam a adoção de escalas clínicas objetivas, sobretudo o Bullous Pemphigoid Disease Area Index (BPDAI), para mensurar de forma rastreável a extensão das bolhas, erosões e placas urticariformes, correlacionando a evolução das lesões aos títulos séricos de autoanticorpos anti-BP180 (Miyamoto *et al.*, 2019; Borradori *et al.*, 2022; Chen *et al.*, 2026; Gao *et al.*, 2026).

Durante a avaliação inicial e o acompanhamento diário, cabe ao enfermeiro investigar fatores desencadeantes ou agravantes da perda de integridade cutânea, incluindo a revisão detalhada dos medicamentos em uso pelo idoso, tendo em vista que mais de 10% dos casos de PB estão associados a fármacos como gliptinas (inibidores da DPP-4), espironolactona, furosemida e neurolépticos (Miyamoto *et al.*, 2019; Honorato *et al.*, 2025), bem como a presença de traumas cirúrgicos ou estomias abdominais que podem

precipitar o penfigoide bolhoso pós-traumático ou periestomal por exposição de epítopos da zona da membrana basal (Pipitò *et al.*, 2024; Melnychuk; Juriga; Bellman, 2026). Como ressaltam Pipitò *et al.* (2024), feridas pós-cirúrgicas ou erosões figuradas que não cicatrizam com curativos convencionais em pacientes idosos exigem vigilância clínica diferenciada da enfermagem e comunicação imediata à equipe dermatológica.

Um dos consensos mais robustos identificados nesta revisão integrativa refere-se à conduta técnica da enfermagem frente às formações bolhosas subepidérmicas e à preservação do teto da bolha (blister roof). As diretrizes europeias da European Academy of Dermatology and Venereology (Borradori *et al.*, 2022) e a síntese de evidências de Gao *et al.* (2026) convergem com o protocolo clínico detalhado por Chen *et al.* (2026), estabelecendo que o desbridamento ou remoção do teto epidérmico é formalmente contraindicado. No estudo de Chen *et al.* (2026), o manejo escalonado guiado pelo diâmetro da lesão demonstrou elevada eficácia clínica: bolhas pequenas (< 1 cm) devem ser mantidas intactas para resolução espontânea e proteção contra fricção; bolhas médias (entre 1 cm e 2 cm) devem ser submetidas à antissepsia aquosa e aspiração suave com agulha estéril de 1 mL inserida paralelamente à base da bolha; e bolhas grandes ou muito tensas (≥ 2 cm) requerem uma pequena incisão triangular de 2 a 3 mm no ponto de maior declive gravitacional com tesoura estéril, drenando-se o exsudato seroso ou hemorrágico com auxílio de swabs estéreis sem múltiplas perfurações.

Após a descompressão controlada, a enfermagem deve aplicar leve pressão digital com gaze estéril para que o teto da bolha adira uniformemente ao leito dérmico subjacente, reposicionando-o com

pinça anatômica estéril caso esteja dobrado (Holloway; Da Silva; Ousey, 2025; Chen *et al.*, 2026). Essa conduta preserva a epiderme autóloga como um verdadeiro "curativo biológico natural", o qual protege a derme exposta contra a invasão microbiana, reduz abruptamente a dor por exposição de terminações nervosas livres, minimiza a perda de fluidos e proteínas e acelera a migração de queratinócitos na reepitelização (Borradori *et al.*, 2022; Holloway; Da Silva; Ousey, 2025; Chen *et al.*, 2026).

Paralelamente ao manejo da bolha, a prevenção de traumas mecânicos e forças de cisalhamento constitui imperativo de segurança do paciente. Em virtude da fragilidade da junção dermoepidérmica mediada pelos autoanticorpos anti-BP180 e anti-BP230, qualquer pressão ou tração sobre a pele aparentemente sadia pode induzir novas fendas subepidérmicas ou lacerações cutâneas (skin tears) no idoso (Brandão *et al.*, 2016; Holloway; Da Silva; Ousey, 2025). Portanto, as intervenções de enfermagem incluem: proibir o uso de esparadrapos, fitas microporosas ou filmes de poliuretano adesivos diretamente sobre a pele; acolchoar o membro antes da aferição não invasiva da pressão arterial e evitar o uso de garrotes elásticos diretos na punção venosa; manter as unhas do paciente curtas e limadas para evitar escoriações secundárias ao prurido; utilizar lençóis macios, bem esticados e livres de dobras; e empregar superfícies de redistribuição de pressão (colchões piramidais ou pneumáticos) associadas a mobilizações em bloco cuidadosas (Brandão *et al.*, 2016; Brasil, 2021; Chen *et al.*, 2026; Gao *et al.*, 2026).

4.2. Tecnologias de Limpeza Atraumática, Seleção de Coberturas Primárias Não Aderentes e Controle de Infecções no Microambiente Cicatricial

O preparo do leito da ferida e a manutenção de um microambiente úmido fisiológico e livre de infecção representam pilares centrais para a cicatrização das erosões decorrentes da ruptura das bolhas no penfigoide bolhoso (Soares; Brandão; Tonole, 2020; Geng; Sibbald, 2025).

No que tange à higienização das lesões, a literatura evidencia que a limpeza deve ser realizada sob baixa pressão de irrigação, de modo suave e sem fricção mecânica com gazes secas, prevenindo o sangramento do tecido de granulação e o descolamento das bordas epiteliais. No protocolo quase-experimental validado por Brandão, Santos e Lanzillotti (2016) e ratificado por Soares, Brandão e Tonole (2020), a irrigação com solução fisiológica a 0,9% aquecida a 36 °C mantém a temperatura fisiológica do leito celular, favorecendo a atividade mitótica dos fibroblastos e queratinócitos, e auxilia na remoção atraumática de exsudato e redução do odor.

Nos quadros clínicos com lesões extensas, exsudato purulento ou elevado risco de colonização crítica em pacientes imunossuprimidos, os estudos mais recentes demonstram benefícios expressivos com o emprego de soluções antissépticas aquosas biocompatíveis e surfactantes. Cavalcanti *et al.* (2022) relataram excelente evolução cicatricial mediante a limpeza com solução de polihexanida biguanida (PHMB), a qual promove redução do biofilme bacteriano e limpeza surfactante sem citotoxicidade para o tecido viável. De forma convergente, Borradori *et al.* (2022), Chen *et al.* (2026) e Gao *et al.* (2026) preconizam o uso de antissépticos suaves, como clorexidina aquosa em baixa concentração ou iodopovidona aquosa não alcoólica (tipo III) seguida de enxágue delicado com água estéril para injeção,

evitando-se formulações alcoólicas ou agentes cáusticos que provoquem ardor severo e necrose tecidual.

A escolha da cobertura primária pelo enfermeiro deve pautar-se na avaliação dinâmica do volume de exsudato, na profundidade da erosão, na presença de sinais de infecção e, prioritariamente, na propriedade de não aderência ao leito da ferida e à pele perilesional (Soares; Brandão; Tonole, 2020; Brasil, 2021; Holloway; Da Silva; Ousey, 2025). Os achados desta revisão demonstram que a ausência de curativo protetor deixa as lesões expostas à dessecação, à contaminação hospitalar e à aderência traumática às roupas de cama e vestimentas, perpetuando o ciclo de dor, sangramento e retardo cicatricial (Brandão; Santos; Lanzillotti, 2016; Soares; Brandão; Tonole, 2020). Por outro lado, o uso de coberturas autoadesivas tradicionais (como placas de hidrocoloide com borda adesiva acrílica) é contraindicado, pois sua remoção arranca a epiderme fragilizada perilesional (Soares; Brandão; Tonole, 2020; Borradori *et al.*, 2022).

Entre as tecnologias de cobertura primária com melhor desempenho clínico na literatura analisada, destacam-se quatro opções principais conforme o perfil da lesão: (1) Gaze vaselinada estéril (ou malha de acetato impregnada com petrolato/parafina): avaliada em estudo quase-experimental de Nível III (Brandão; Santos; Lanzillotti, 2016; Soares; Brandão; Tonole, 2020) e associada a gel hidrocoloide com ácido hialurônico por Chen *et al.* (2026), forma uma interface lipídica protetora que mantém a umidade, impede a aderência ao leito erodido, permite a passagem do exsudato para a cobertura secundária absorvente e possui excelente custo-efetividade, sendo trocada a cada 24 a 48 horas; (2) Hidrofibra com prata iônica (carboximetilcelulose sódica com prata): indicada para

erosões com exsudato moderado a intenso e risco ou presença de infecção local, pois gelifica em contato com o exsudato, reduzindo o atrito e a dor, promove desbridamento autolítico e libera prata iônica de amplo espectro antimicrobiano por até 5 dias, diminuindo a frequência de manipulação dolorosa (Soares; Brandão; Tonole, 2020; Cavalcanti *et al.*, 2022); (3) Espumas de poliuretano com interface de silicone macio atraumático: recomendadas após o controle da carga infecciosa ou em lesões de exsudação moderada e lacerações em pele senil, proporcionando absorção vertical sem trauma na retirada (Cavalcanti *et al.*, 2022; Holloway; Da Silva; Ousey, 2025); e (4) Hidrogel com ácido hialurônico: aplicado em camada fina sob malha não aderente para estimular a proliferação endotelial e a epitelização em leitos ressecados ou recém-descomprimidos (Soares; Brandão; Tonole, 2020; Chen *et al.*, 2026).

Para a cobertura secundária e fixação segura em pacientes com múltiplas áreas anatômicas acometidas (axilas, regiões inguinais, dorso e membros), a literatura destaca estratégias inovadoras de enfermagem. Enquanto Soares, Brandão e Tonole (2020) recomendam o uso de compressas estéreis fixadas exclusivamente com ataduras de crepom ou malhas tubulares elásticas sem adesivo, Chen *et al.* (2026) desenvolveram coxins de algodão estéril de alta absorção recortados sob medida (em formato de "borboleta" para as axilas, "V" para as regiões inguinais e tubulares para os membros), interconectados por tiras respiráveis formando um colete macio com abertura frontal. Essa tecnologia de enfermagem permitiu inspecionar as feridas diariamente, absorver o exsudato por 24 a 48 horas sem vazamentos, evitar o deslocamento dos curativos durante a mudança de decúbito e reduzir custos hospitalares.

Adicionalmente, não se pode dissociar o curativo protetor da terapia tópica imunomoduladora específica do penfigoide bolhoso. Conforme demonstrado pela revisão sistemática Cochrane de Singh *et al.* (2023), evidência de Nível I envolvendo 1.442 pacientes, e pelas diretrizes de Miyamoto *et al.* (2019) e Borradori *et al.* (2022), a aplicação de creme de propionato de clobetasol a 0,05% (em regime de 10 a 30 g/dia) alcança taxas de cicatrização cutânea superiores a 98% em 21 dias e reduz significativamente a mortalidade e as complicações sistêmicas graves em comparação à prednisona oral. Contudo, como enfatizam Geng e Sibbald (2025) e Yamashita *et al.* (2025), pacientes idosos com limitações motoras ou cognitivas raramente conseguem realizar a autoaplicação corporal adequada do corticosteroide tópico, tornando a atuação técnica da enfermagem, tanto na internação quanto na atenção domiciliar, determinante para o sucesso terapêutico, bem como para o monitoramento da atrofia cutânea induzida pelo corticoide e a prevenção de infecções bacterianas secundárias.

4.3. Controle da Dor e do Prurido, Assistência Multiprofissional e Educação em Saúde Voltada Ao Idoso e Seus Cuidadores

O manejo multidimensional da dor e do prurido constitui o terceiro eixo crítico das intervenções de enfermagem identificadas nesta revisão. No penfigoide bolhoso, a dor decorre tanto da inflamação neurogênica na junção dermoepidérmica quanto da exposição de nociceptores nas erosões cutâneas, sendo exacerbada pela aderência de tecidos secos e pelo procedimento de troca de curativos (Brandão; Santos; Lanzillotti, 2016; Cavalcanti *et al.*, 2022; Chen *et al.*, 2026). Reconhecendo a dor como o quinto sinal vital, o enfermeiro deve mensurá-la sistematicamente antes, durante e após os cuidados tópicos por meio de escalas unidimensionais

(Escala Visual Numérica) ou escalas cromáticas adaptadas ao idoso (Brandão; Santos; Lanzillotti, 2016; Chen *et al.*, 2026).

Os resultados do estudo quase-experimental de Brandão, Santos e Lanzillotti (2016) demonstram de maneira contundente o impacto autônomo do cuidado de enfermagem no alívio álgico: a implementação do protocolo de curativo não aderente com gaze vaselinada estéril e solução salina aquecida promoveu a migração dos pacientes da categoria de dor de alta intensidade (momento T0) para baixa intensidade já nas primeiras 24 horas (momento T1), independentemente da administração de opioides (tramadol) ou analgésicos simples (dipirona). Em casos de acometimento corporal muito extenso (> 30–40% da superfície corporal), a literatura recomenda articular medidas não farmacológicas, como irrigação suave, manutenção do meio úmido e ampliação do intervalo entre trocas para 48 horas a 5 dias com coberturas tecnológicas, à analgesia preventiva administrada 30 a 60 minutos antes do banho ou curativo, em parceria com a equipe médica ou Comissão de Dor (Cavalcanti *et al.*, 2022; Chen *et al.*, 2026). A redução da dor e do prurido reflete-se diretamente na restauração do padrão de sono, na diminuição da agitação noturna e na retomada gradual da mobilidade funcional no leito (Brandão; Santos; Lanzillotti, 2016; Geng; Sibbald, 2025; Chen *et al.*, 2026).

Outro achado convergente nos estudos de 2016 a 2026 é a indispensabilidade do cuidado multiprofissional e do suporte clínico sistêmico ao paciente geriátrico com penfigoide bolhoso. Na coorte brasileira de 189 pacientes analisada por Honorato *et al.* (2025), 77,8% apresentavam comorbidades cardiovasculares e metabólicas (hipertensão arterial em 63,5% e diabetes mellitus em 38,6%), 25,4% possuíam distúrbios neurológicos ou psiquiátricos (acidente vascular

encefálico, demência de Alzheimer e doença de Parkinson), 62,4% desenvolveram infecção bacteriana secundária e 7,9% sofreram eventos tromboembólicos venosos (trombose venosa profunda e embolia pulmonar), impulsionados pelo estado pró-trombótico e pela elevação do dímero-D durante a atividade da doença. Diante desse perfil de alta vulnerabilidade, as intervenções de enfermagem devem englobar: monitoramento rigoroso dos sinais vitais, da glicemia capilar e do balanço hidroeletrolítico (potássio, sódio e albumina) devido ao uso de corticosteroides sistêmicos e às perdas exsudativas (Brandão *et al.*, 2016; Chen et al., 2026); implementação de medidas de tromboprofilaxia mecânica e mobilização precoce nos pacientes acamados (Miyamoto *et al.*, 2019; Gao *et al.*, 2026); e articulação com o serviço de nutrição para oferta de dieta hiperproteica, hipercalórica e de consistência macia (peixes, carnes magras, ovos, laticínios, vitamina D e cálcio), essencial para suprir o hipercatabolismo, estimular a síntese de colágeno no leito das feridas e prevenir a osteoporose induzida por corticoides (Chen *et al.*, 2026; Gao *et al.*, 2026).

Por fim, a dimensão psicossocial e a educação em saúde voltada ao paciente e aos seus cuidadores familiares mostram-se determinantes para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar e para a prevenção de recidivas (Brasil, 2021; Yamashita *et al.*, 2025; Chen *et al.*, 2026; Gao *et al.*, 2026). O caráter visível e exsudativo das lesões bolhosas frequentemente desperta medo, ansiedade, sentimento de impotência e estigma social, inclusive por crenças errôneas de contágio, exigindo escuta qualificada, acolhimento empático e estabelecimento de metas terapêuticas realistas pela equipe de enfermagem (Brandão *et al.*, 2016; Chen *et al.*, 2026). Como demonstrado por Yamashita *et al.* (2025) e Chen *et al.* (2026), o treinamento prático dos familiares quanto à técnica

asséptica de limpeza e troca de curativos, à aplicação correta de tópicos, à hidratação diária da pele íntegra com emolientes, ao reconhecimento precoce de sinais de infecção ou surgimento de novas bolhas e à proibição do abandono abrupto da corticoterapia viabiliza o manejo domiciliar seguro, reduz reinternações hospitalares e promove a reabilitação integral da pessoa idosa com penfigoide bolhoso.

5. CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa da literatura permitiu analisar e sintetizar as evidências científicas produzidas nos últimos dez anos (2016–2026) acerca das intervenções de enfermagem direcionadas ao cuidado e à cicatrização de lesões cutâneas em pacientes com penfigoide bolhoso, respondendo integralmente à questão norteadora e ao objetivo proposto. Constatou-se que a assistência de enfermagem exerce papel decisivo na restauração da barreira cutânea, no alívio da dor e do prurido e na prevenção de complicações infecciosas e sistêmicas que impactam diretamente a morbimortalidade da população idosa acometida por essa dermatose autoimune.

As evidências científicas demonstram que o cuidado de enfermagem eficaz fundamenta-se na articulação entre três dimensões assistenciais: (1) a avaliação clínica sistematizada da pele e das mucosas mediante instrumentos validados (como o PACD e o escore BPDAI), aliada à proteção rigorosa contra traumas mecânicos, fricção e adesivos médicos convencionais; (2) o manejo técnico-científico das lesões, pautado na preservação do teto epidérmico como cobertura biológica natural após punção asséptica de bolhas tensas (≥ 1 a 2 cm), na limpeza atraumática com soluções aquosas

aquecidas ou antissépticas biocompatíveis (como a polihexanida biguanida e a iodopovidona aquosa sem álcool) e na utilização de coberturas primárias não aderentes (gaze vaselinada estéril, hidrofibra com prata iônica, hidrogel com ácido hialurônico e espumas de silicone macio), associadas aplicação assistida de corticosteroides tópicos de alta potência (propionato de clobetasol a 0,05%); e (3) a abordagem integral e multiprofissional, englobando o controle multimodal da dor, a vigilância metabólica, hidroeletrolítica e tromboembólica, o suporte nutricional hiperproteico, o apoio psicossocial e a educação em saúde estruturada para pacientes e cuidadores domiciliares.

Como implicação para a prática profissional da Enfermagem, os achados deste estudo subsidiam a construção e a implementação de protocolos assistenciais padronizados e prescrições de enfermagem baseadas em evidências, superando condutas empíricas ou curativos aderentes que agravam o descolamento dermoepidérmico. Como limitação desta revisão, destaca-se o predomínio de estudos observacionais, diretrizes de consenso e estudos de caso na literatura específica de enfermagem voltada ao penfigoide bolhoso, recomendando-se o desenvolvimento de novos ensaios clínicos controlados liderados por enfermeiros para avaliar comparativamente a relação custo-efetividade das diferentes coberturas tecnológicas nessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNARD, Philippe; ANTONICELLI, Frank. Bullous pemphigoid: a review of its diagnosis, associations and treatment. American Journal of Clinical Dermatology, Auckland, v. 18, n. 4, p. 513-528, ago.

2017. DOI: https://doi.org/10.1007/s40257-017-0264-2. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28247089/. Acesso em: 19 out. 2026.

BORRADORI, Luca *et al.* Updated S2K guidelines for the management of bullous pemphigoid initiated by the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, Amsterdam, v. 36, n. 10, p. 1689-1704, out. 2022. DOI: https://doi.org/10.1111/jdv.18220. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35766904/. Acesso em: 19 out. 2026.

BRANDÃO, Euzeli da Silva; SANTOS, Iraci dos; LANZILLOTTI, Regina Serrão; FERREIRA, Adriano Menis; GAMBA, Mônica Antar; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Diagnósticos de enfermagem em clientes com dermatoses imunobolhosas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2766, ago. 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.0424.2766. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4996093/. Acesso em: 19 out. 2026.

BRANDÃO, Euzeli da Silva; SANTOS, Iraci dos; LANZILLOTTI, Regina Serrão. Redução da dor em clientes com dermatoses imunobolhosas: avaliação pela lógica fuzzy. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói, v. 15, n. 4, p. 675-682, dez. 2016. DOI: https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165467. Disponível em: https://objnursing.uff.br/nursing/article/view/5467/html_2. Acesso em: 19 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC).

Diretrizes Brasileiras da Epidermólise Bolhosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/e/epidermolise-bolhosa-diretriz-brasileira. Acesso em: 19 out. 2026.

CAVALCANTI, Carlos André Lucas; BONFIM, Ana Débora Alcântara Coelho; ARARIPE, Silvania Mendonça Alencar; QUEIRÓZ, Débora Taynã Gomes; SAMPAIO, Karine Bastos Pontes; ROCHA, Márcia Vital da. Intervenções de um serviço de estomaterapia em um caso de pênfigo bolhoso induzido por fármacos em um hospital de trauma: relato de experiência. Anais do Congresso Paulista de Estomaterapia, São Paulo, p. 1-4, dez. 2022. Disponível em: https://anais.sobest.com.br/cpe/article/view/210. Acesso em: 19 out. 2026.

CHEN, Xiaoyan; MOHAMMADNEZHAD, Masoud; ZHOU, Yuhua; QIN, Yubing. Multidisciplinary wound care in an elderly patient with extensive bullous pemphigoid: a case report. Frontiers in Medicine, Lausanne, v. 13, p. 1883790, set. 2026. DOI: https://doi.org/10.3389/fmed.2026.1883790. Disponível em: https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2026.1883790/full. Acesso em: 19 out. 2026.

DANTAS, Hallana Laisa de Lima; COSTA, Christefany Régia Braz; COSTA, Laís de Miranda Crispim; LÚCIO, Ingrid Martins Leite; COMASSETTO, Isabel. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, São Paulo, v. 12, n. 37, p. 334-345, 30 mar. 2022. DOI: https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345. Disponível em:

https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/575. Acesso em: 19 out. 2026.

GAO, Lingjie; ZHANG, Xinyue; YAN, Hongwei; DONG, Shiyao; LI, Xiaobo. Evidence-based practice for comprehensive management of pemphigus skin lesions: an evidence synthesis review. Journal of Clinical Medicine, Basel, v. 15, n. 5, p. 1965, mar. 2026. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm15051965. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12985849/. Acesso em: 19 out. 2026.

GENG, Ryan S. Q.; SIBBALD, R. Gary. Bullous pemphigoid: clinical aspects and treatments. Advances in Skin & Wound Care, Philadelphia, v. 38, n. 6, p. 287-293, jul. 2025. DOI: https://doi.org/10.1097/ASW.0000000000000309. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40539681/. Acesso em: 19 out. 2026.

GENOVESE, Giovanni; DI ZENZO, Giovanni; COZZANI, Emanuele; BERTI, Emilio; CUGNO, Massimo; MARZANO, Angelo Valerio. New insights into the pathogenesis of bullous pemphigoid: 2019 update. Frontiers in Immunology, Lausanne, v. 10, p. 1506, jul. 2019. DOI: https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.01506. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6614376/. Acesso em: 19 out. 2026.

HOLLOWAY, Samantha; DA SILVA, Cinthia Viana Bandeira; OUSEY, Karen. Principles and practice of skin tear management. WCET Journal, Osborne Park, v. 45, n. 2, p. 36-40, jun. 2025. DOI: https://doi.org/10.33235/wcet.45.2.36-40. Disponível em: https://journals.cambridgemedia.com.au/wcetes/volume-45-

number-2/principles-and-practice-skin-tear-management. Acesso em: 19 out. 2026.

HONORATO, Cecília Mirelle Almeida; SANTI, Claudia Giuli; MARUTA, Celina Wakisaka; AOKI, Valeria; MIYAMOTO, Denise. Bullous pemphigoid: epidemiological, clinical, and therapeutic analysis of 189 patients in a tertiary center in Brazil. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 100, n. 5, p. 501163, set./out. 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.abd.2025.501163. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12301729/. Acesso em: 19 out. 2026.

KRIDIN, Khalaf; LUDWIG, Ralf J. The growing incidence of bullous pemphigoid: overview and potential explanations. Frontiers in Medicine, Lausanne, v. 5, p. 220, ago. 2018. DOI: https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00220. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6109638/. Acesso em: 19 out. 2026.

LU, Lingling; CHEN, Linjiao; XU, Yujuan; LIU, Aimin. Global incidence and prevalence of bullous pemphigoid: a systematic review and meta-analysis. Journal of Cosmetic Dermatology, Oxford, v. 21, n. 10, p. 4818-4835, out. 2022. DOI: https://doi.org/10.1111/jocd.14797. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35080093/. Acesso em: 19 out. 2026.

MELNYCHUK, Igor; JURIGA, Julia; BELLMAN, Betty. Stoma-related bullous pemphigoid: case report and literature review. Advances in Skin & Wound Care, Philadelphia, v. 39, n. 5, p. E258-E261, jun. 2026. DOI: https://doi.org/10.1097/ASW.0000000000000453. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42044394/. Acesso em: 19 out. 2026.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 28, p. e20170204, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/HZD4WwnbqL8t7YZpdWSYPJv/. Acesso em: 19 out. 2026.

MIYAMOTO, Denise; SANTI, Claudia Giuli; AOKI, Valéria; MARUTA, Celina Wakisaka. Bullous pemphigoid. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 94, n. 2, p. 133-146, mar./abr. 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20199007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abd/a/BsschZpGNWjSKJ3rFKBCXjm/?lang=en. Acesso em: 19 out. 2026.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, London, v. 372, p. n71, mar. 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71. Disponível em: https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71. Acesso em: 19 out. 2026.

PIPITÒ, Carlo; BAFFA, Maria E.; MAGLIE, Roberto; SENATORE, Stefano; ANTIGA, Emiliano. Post-surgical anti-BP230 bullous pemphigoid: a rare cause of non-healing wound. Dermatology Practical & Conceptual, Modena, v. 14, n. 1, p. e2024031, jan. 2024. DOI: https://doi.org/10.5826/dpc.1401a31. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10869025/. Acesso em: 19 out. 2026.

SINGH, Sanjay; KIRTSCHIG, Gudula; ANCHAN, Vinayak N.; CHI, Ching-Chi; TAGHIPOUR, Kathy; BOYLE, Robert J.; MURRELL, Dedee F.

Interventions for bullous pemphigoid. Cochrane Database of Systematic Reviews, Oxford, v. 8, n. 8, p. CD002292, ago. 2023. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD002292.pub4. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10421473/. Acesso em: 19 out. 2026.

SOARES, Hayana Pereira Leal; BRANDÃO, Euzeli da Silva; TONOLE, Renato. Coberturas primárias em pessoas com lesões por pênfigo vulgar: revisão integrativa de literatura. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 41, p. e20190259, jun. 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190259. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/GdXymnx3c4kV5Hs8QzQfVsQ/?lang=pt. Acesso em: 19 out. 2026.

SOUSA, Luís Manuel Mota de; FIRMINO, Cristina F.; MARQUES-VIEIRA, Cristina Maria Alves; SEVERINO, Sandy Silva Pedro; PESTANA, Helena Castelão Figueira Carlos. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, Porto, v. 1, n. 1, p. 45-54, jun. 2018. DOI: https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391. Disponível em: https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391. Acesso em: 19 out. 2026.

YAMASHITA, Hiromitsu; ANDO, Takayuki; FUJIKAWA, Hirohisa; SHIOTA, Masayoshi. Home-based collaborative management of bullous pemphigoid with delayed seropositive conversion of anti-BP180-NC16a antibody. Journal of General and Family Medicine, Tokyo, v. 26, n. 4, p. 355-358, jul. 2025. DOI: https://doi.org/10.1002/jgf2.70002. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12237815/. Acesso em: 19 out. 2026.

[1] Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Cesmac. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Orientadora. Professora Mestra do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Cesmac. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail