

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**PREVENÇÃO
E TRATAMENTO
DE FERIDAS**



**Porto Alegre
2024**



**prefeitura de
PORTO ALEGRE**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

Prefeito Municipal
Sebastião de Araújo Melo
Vice- Prefeito
Ricardo Gomes

Secretário Municipal de Saúde
Fernando Ritter
Diretoria de Atenção Primária
Vânia Maria Frantz

Responsável Técnico Enfermagem
Diretoria de Atenção Primária
Leonardo Rodrigues

AUTORES:

ADRIANA ROSA SPADER

Enf^a Estomaterapeuta - Mestre em Educação na Saúde e Especialista em Saúde da Família - AE Murialdo - PMPA

ALESSANDRA GARCIA DE FIGUEIREDO AGOSTINI

Enf^a Estomaterapeuta - AE IAPI- PMPA

ANA PAULA GOSSMANN BORTOLETTI

Enf^a Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família

CARLA CRISTINA KOMMERS MOLINA

Enf^a Estomaterapeuta e Especialista em Saúde Pública- AE IAPI- PMPA

CELITA ROSA BONATTO

Enf^a Estomaterapeuta - Especialista em Saúde Pública- AE Vila dos Comerciantes - PMPA

DAGMA FÁTIMA DA SILVA

Enf^a Especialista em Saúde Pública e Esp. Enfermagem do Trabalho- Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre

ELAINE MARIA ALEXANDRE

Enf^a Estomaterapeuta - Mestre em Enfermagem -Especialista em Saúde Pública e Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde- AE Santa Marta - PMPA

ELOÁ GIOSANE BRUM RAMBO DE ÁVILA

Enf^a Estomaterapeuta- Mestre em Educação e Esp. em Docência Superior e Enfermagem Cardiológica - AE Santa Marta- PMPA

LILIAN TELES RUBIRA

Enf^a Especialista em Enfermagem Dermatológica e Esp. em Saúde da Família- Prefeitura Municipal de Pelotas

LUCIANA ROSA PORTO

Enf^a Estomaterapeuta- Mestre em Enfermagem - AE Murialdo - PMPA

PATRÍCIA BUENO DE OLIVEIRA

Enf^a Estomaterapeuta - AE Camaquã -PMPA

SUSANE SCHIRMER MENDES SCHEID

Enf^a Estomaterapeuta e Esp. Saúde Pública- Coordenação Atenção Especializada - PMPA

SILVETE MARIA BRANDÃO SCHNEIDER

Enf^a Especialista em Dermatologia - Esp. em Saúde da Família e Saúde Pública- Hospital de Clínicas de Porto Alegre

COLABORADORES:

ANA RAQUEL CAMPELLO ROCCA

Técnica em Enfermagem - AE Murialdo- Prefeitura Municipal de Porto Alegre

LUCIANA FOPPA

Enf^a- Hospital de Clínicas de Porto Alegre

BEATRIZ HOPPEN MAZUI

Enf^a - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ORGANIZADORES E REVISORES:

ADRIANA ROSA SPADER

ERICA ROSALBA MALLMANN DUARTE

LUCIANA ROSA PORTO

SUSANE SCHIRMER MENDES SCHEID

*AE-Ambulatório de Especialidades

É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA PUBLICAÇÃO, DESDE QUE CITADA A FONTE.

ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AE	Ambulatório de Especialidades
AGE	Ácidos Graxos Essenciais
BVAPS	Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde
CIT	Centro de Informações Toxicológicas
CIAP	Classificação Internacional em Atenção Primária
CIPE	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
Cm	Centímetros
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DA	Dermatite Atópica
DAI	Dermatite Associada à Incontinência
DAP	Doença Arterial Periférica
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GERCON	Gerenciamento de Consultas
HPS	Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ITB	Índice Tornozelo Braço
IWGDF	International Working Group on the Diabetic Foot
IVC	Insuficiência Venosa Crônica
LP	Lesão por Pressão
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association International
NPIAP	National Pressure Injury Advisory Panel
PA	Pressão Arterial
PE	Processo de Enfermagem
PH	Potencial Hidrogeniônico
PHMB	Polyhexametileno biguanida ou Polihexanida
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PUSH	Pressure Ulcer Scale for Healing
ONG	Organização Não-Governamental
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCQ	Superfície Corporal Queimada
SF	Solução Fisiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde
UA	Úlcera Arterial
UV	Úlcera Venosa

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO	08
II - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	09
III - ORGANIZAÇÃO DO SÍTIO DE TRABALHO- SALA DE CURATIVOS/PROCEDIMENTOS	10
IV - PROCESSO DE ENFERMAGEM	11
V- FERRAMENTA DE APOIO ÀS (AOS) ENFERMEIRAS (OS)	13
A PELE	15
Funções da pele	15
FERIDAS E CLASSIFICAÇÃO.	16
Quanto ao tipo de lesão.	16
Quanto ao mecanismo de cicatrização.	17
Quanto ao tempo de cicatrização.	17
Quanto ao conteúdo bacteriano.	17
PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO	18
Fatores que interferem na cicatrização.	19
Fatores que favorecem o processo de cicatrização	20
AVALIAÇÃO DE FERIDAS	21
LIMPEZA DAS FERIDAS	25
Desbridamento.	26
Tipos de desbridamento.	26
COBERTURAS E CORRELATOS.	27
FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE LESÕES AGUDA E CRÔNICAS VIA GERCON.	34
PRINCIPAIS AGRAVOS RELACIONADO ÀS FERIDAS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.	35
LESÃO POR PRESSÃO.	36
LESÃO POR MORDEDURA/PICADA DE ANIMAL PEÇONHENTO	41
LESÃO POR MORDEDURA E ARRANHADURA DE CÃO E GATO	45
QUEIMADURAS.	46
Classificação quanto à Superfície Corporal Queimada (SCQ)	46
Classificação quanto à complexidade	47
Classificação quanto à espessura queimada.	48
Cuidados com as bolhas (flictenas)	49

SUMÁRIO

LESÃO POR FRICÇÃO/ SKIN TEARS.....	50
FERIDAS CIRÚRGICAS E DEISCÊNCIAS.....	51
ERISPELA.....	52
ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS.....	53
Indicações e tipos de Terapias Compressivas.....	56
LINFEDEMA / EDEMA LINFÁTICO.....	59
DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA.....	60
DERMATITE ATÓPICA.....	62
IMPETIGO.....	63
AVALIAÇÃO DOS PÉS DA PESSOA COM DIABETES.....	64
Avaliação da Sensibilidade Protetora plantar.....	66
Percepção de vibração: utilizando diapasão 128 Hz.....	67
Medição do Índice Tornozelo-braquial (ITB).....	68
Feridas nos pés relacionadas ao diabetes.....	71
AMPUTAÇÕES.....	72
ÚLCERAS DE PERNA RELACIONADAS À DOENÇA FALCIFORME.....	74
ÚLCERAS RELACIONADAS À HANSENÍASE.....	76
LESÕES ONCOLÓGICAS.....	78
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICE 1- FICHA DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS.....	90
APÊNDICE 2- ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO E-SUS.....	92
APÊNDICE 3- GUIA DE TRATAMENTO DE FERIDAS.....	93
ANEXO 1- ALGORITMO PARA AVALIAÇÃO DE FERIDAS.....	97
ANEXO 2- ESCALA DE BRADEN.....	91
ANEXO 3- PRESSURE ULCER SCALE FOR HAELING (PUSH).....	98
ANEXO 4- FLUXOGRAMA MANEJO PARA ÚLCERAS VENOSAS DE PERNA.....	100
ANEXO 5- RESOLUÇÃO COFEN 567/2018.....	101
CONTROLE DE ALTERAÇÕES/REVISÕES.....	108

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Camadas da pele	15
Figura 2- Funções da pele	15
Figura 3- Fases da cicatrização	18
Figura 4- Mensuração da ferida conforme extensão	22
Figura 5- Mensuração da ferida conforme profundidade	22
Figura 6- Tipos de tecidos presentes no leito da lesão	22
Figura 7- Imagem de borda com epibolia	23
Figura 8- Imagem de área da borda com epibolia	23
Figura 9- Imagem de borda plana.....	23
Figura 10- Imagem de borda irregular.....	23
Figura 11- Imagem de dermatite ocre	23
Figura 12- Ferida com necrose e exsudato purulento.....	24
Figura 13- Ferida neoplásica	24
Figura 14- Ferida com característica gelatinosa	24
Figura 15- Recomendações e informações sobre os insumos	33
Figura 16- Fluxograma de atendimento e encaminhamento de lesões agudas e crônicas	33
Figura 17- Principais pontos para desenvolvimento de lesões por pressão.....	36
Figura 18- Imagens de cobras e serpentes	41
Figura 19- Imagens de ferimento por picada de aranha	42
Figura 20- Imagens de ferimento por mordedura canina	45
Figura 21- Imagens de ferimento por arranhadura de animal	45
Figura 22- Etiologia das queimaduras	46
Figura 23- Regra dos 9	47
Figura 24- Regra da palma da mão.....	47
Figura 25- Queimadura por líquido superaquecido apresentando flictena	49
Figura 26- Lesões por fricção em pele de idoso	50
Figura 27- Ferida cirúrgica com sutura sem sinais flogísticos.....	51
Figura 28- Deiscência cirúrgica	51
Figura 29- Erisipela eritematosa	52
Figura 30- Erisipela bolhosa	52
Figura 31- Erisipela com celulite.....	52
Figura 32- Etapas da aplicação da bota de unna	57
Figura 33- Etapas do enfaixamento	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 34- Etapas da aplicação da bandagem de alta compressão.....	58
Figura 34- Imagens de membros inferiores com edema.....	59
Figura 35- Imagens de dermatite atópica.....	62
Figura 36- Maneira correta de cortar as unhas dos pés.....	65
Figura 37- Estratificação de Risco IWGDF 2023 e a frequência de triagem dos pés.....	65
Figura 38- Locais de testagem com o monofilamento Semmes-Weinstein 10g.....	66
Figura 39- Envergadura correta do monofilamento Semmes-Weinstein 10g.....	66
Figura 40- Método de uso do diapasão de 128 Hz.....	67
Figura 41- Itens que compõe o Kit de avaliação do pé em risco.....	68
Figura 42- Localização dos manguitos para ITB.....	69
Figura 43- Cálculo do ITB.....	70
Figura 44- Escores para classificação sobre a gravidade das isquemias conforme ITB.....	70
Figura 45- Areas dos pés com maior risco de ulcerações.....	71
Figura 46- Orientações sobre exercícios de fortalecimento muscular.....	73
Figura 47- Técnica de enfaixamento de coto.....	73
Figura 48- Úlcera na perna de pessoa com doença falciforme.....	74
Figura 50- Úlcera no pé de pessoa com hanseníase.....	76
Figura 51- Úlcera no pé de pessoa com hanseníase.....	76
Figura 52- Mãos com deformidade ocasionadas pela hanseníase.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação das feridas quanto ao tipo de lesão.....	16
Quadro 2- Classificação quanto ao mecanismo de cicatrização.....	17
Quadro 3- Fatores de interferem na cicatrização.....	19
Quadro 4- Fatores que favorecem a cicatrização.....	20
Quadro 5- Orientações para limpeza efetiva de feridas.....	25
Quadro 6- Tipos de desbridamento.....	26
Quadro 7- Descrição, indicação, disponibilidade e cuidados de enfermagem dos insumos utilizados no tratamento de feridas.....	28
Quadro 8- Estágios, características e cuidados de enfermagem nas lesões por pressão.....	37
Quadro 9- Características e cuidados de enfermagem lesões relacionadas aos animais peçonhentos....	43
Quadro 10- Classificação quanto a complexidade da queimadura.....	47
Quadro 11- Classificação quanto a espessura da queimadura.....	48
Quadro 12- Características e cuidados de enfermagem para úlceras de origem venosas e arteriais.....	55
Quadro 13- Modalidades de terapias compressivas e contensivas.....	56
Quadro 15- Categoria dos impetigos.....	63
Quadro 16- Tipos de lesões tumorais.....	76

I - INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO

O cenário da assistência à saúde brasileiro está organizado em rede, onde cada um dos equipamentos de saúde apresentam atribuições, conforme sua complexidade. O eixo central da Rede de Saúde é a Atenção Primária que configura como a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como um dos atributos essenciais a coordenação do cuidado. Dentre o escopo de atuação da Atenção Primária está a assistência aos usuários com lesões de pele.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) estabelece que o enfermeiro pode realizar prescrição de medicamentos conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas definidas pela gestão federal, estadual ou municipal, observadas as questões legais da profissão. De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 567/2018, é competência do enfermeiro a prescrição de medicamentos e coberturas para tratamento de lesões, conforme protocolos institucionais, assim como, solicitar exames, indicar e aplicar terapia compressiva, elástica e inelástica, de acordo com diagnóstico relativo ao tipo de úlcera e realizar encaminhamento dos indivíduos para serviços especializados, quando necessário. Com base na PNAB, no ano de 2022, a Secretaria da Saúde implementou a Política da Atenção Primária do município de Porto Alegre, que visa balizar os princípios e diretrizes de organização local e nortear a oferta de cuidado a partir dos atributos da APS.

A gestão do cuidado realizado pelo enfermeiro no tratamento das lesões de pele, através do raciocínio clínico baseado em evidências e na escolha das coberturas mais custo-efetivas, são alguns dos fatores que impactam os gastos em saúde, principalmente na modalidade ambulatorial.

Neste recurso, estarão reunidos as recomendações para o atendimento adequado de feridas e lesões de pele no âmbito da APS do município de Porto Alegre, auxiliando a equipe de saúde na tomada de decisão, na condução do diagnóstico mais preciso, na prevenção e nos cuidados dos usuários com feridas, inclusive nos casos de articulação com demais pontos da rede de saúde.

OBJETIVOS

- Orientar os profissionais de Enfermagem da Atenção Primária, da cidade de Porto Alegre, acerca da prevenção e do tratamento das feridas, considerando os materiais disponíveis na APS, seguindo os fluxos já estabelecidos.
- Disseminar as melhores práticas no tratamento de feridas.
- Otimizar o tempo da equipe de enfermagem da Atenção Primária no que tange aos cuidados com feridas.
- Disponibilizar aos usuários um tratamento adequado e eficaz.
- Promover práticas custo-efetivas no tratamento das feridas atendidas nas unidades de saúde.

II - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

É fundamental que a equipe de enfermagem conheça os usuários de sua área adscrita e que esta seja a referência para o cuidado relacionado às lesões de pele. Cabe ao enfermeiro, privativamente, a organização e a direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas, planejando, organizando, coordenando, executando e avaliando os serviços da assistência de enfermagem como traz o COFEN no decreto 94.406/87.

O Processo de Enfermagem possui papel fundamental, sustenta, organiza e confere estrutura à avaliação do enfermeiro, com foco no histórico do usuário, no diagnóstico de enfermagem relacionado às feridas, no planejamento das ações, na implementação e na avaliação do cuidado.

Intimamente ligado a esse processo, a avaliação da pessoa com ferida deve ocorrer de forma integral, considerando as necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais.

O enfermeiro deve supervisionar a equipe de enfermagem e estar presente nas avaliações de lesões de pele em sala de curativos. O técnico de enfermagem deve ser orientado não só para realizar o curativo, mas para estar atento aos sinais de alarme como sinais flogísticos clássicos, dor, rubor, edema local, hipertermia e piora ou estagnação da lesão e encaminhar o usuário à consulta de enfermagem para avaliação das necessidades.

Sempre que necessário o médico deve ser acionado para avaliar as condutas privativas desse profissional.

Há de se ter o entendimento de que as feridas não são a causa e sim a consequência de outros fatores e por este motivo o usuário deve ser avaliado em aspectos mais amplos para que se tenha sucesso na evolução e/ou cicatrização.

Diversos fatores interferem no processo de cicatrização sendo necessário o olhar vigilante da equipe na avaliação, no tratamento e direcionamento para outros locais da rede de atenção à saúde (RAS), sempre que necessário. As condições que influenciam no processo de cicatrização precisam ser de conhecimento da equipe, tais como: comorbidades, uso de medicamentos crônicos como corticoides, quimioterapia, radioterapia, desequilíbrios nutricionais, presença de tecido desvitalizado no leito da lesão, insuficiências venosas e arteriais, tabagismo, dor, estresse, desidratação, extremos de idade, presença de processo infeccioso e vulnerabilidade social.

A partir da acolhida, escuta qualificada e avaliação do usuário com ferida o enfermeiro poderá: dar seguimento do atendimento na US; incluir no atendimento das equipes do Melhor em Casa, conforme critérios (<https://bit.ly/48JnAr0>) ou encaminhar para uma consulta programada na agenda de Curativos Especiais nos Ambulatórios de Estomaterapia, conforme o FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE LESÕES AGUDAS E CRÔNICAS PARA AS US NO GERCON (<https://bit.ly/fluxoferidaspoa>).

Caso necessário o encaminhamento para outras especialidades e/ou outros serviços da rede de atenção à saúde, deverá ser feito mediante a inclusão no Sistema de Regulação GERCON, exceto em situações de urgências, tais como: inapetência severa, torpor e hipertermia que indiquem possível processo infeccioso sistêmico. Nesses casos, encaminhar o usuário ao serviço de urgência mais próximo.

III - ORGANIZAÇÃO DO SÍTIO DE TRABALHO- SALA DE CURATIVOS/PROCEDIMENTOS

A sala de curativos ou sala de procedimentos integra os sítios de trabalho na APS, onde a supervisão e organização de fluxos é realizada pelo enfermeiro (a) em parceria com a equipe de enfermagem. Perante a realidade dos fluxos de atendimento, o técnico em enfermagem é o profissional com maior atuação neste cenário, realizando procedimentos como aplicação de medicamentos, verificação de sinais vitais, curativos, entre outros.

O técnico em enfermagem atua com vínculo ativo entre o serviço e a comunidade, sendo o profissional de fácil acesso aos usuários, atuando em todos os espaços de trabalho, na Unidade de Saúde. Deve estar preparado para acolher o usuário, priorizando o atendimento com equidade e humanidade.

As ações de enfermagem devem ser coordenadas e organizadas com fluxos e rotinas para um desempenho das atividades prestadas. Na sala de procedimentos, deve ser ofertado um espaço com privacidade, onde os materiais utilizados fiquem à disposição e o fluxo seja de conhecimento de toda a equipe, independente da escala de trabalho.

Abaixo seguem alguns materiais de apoio que auxiliarão o atendimento na sala de procedimentos/curativos:

- Maca, escada 2 degraus, foco de luz, suporte para perna.
- Forno de microondas para aquecer solução fisiológica, utilizado somente para esse fim.
- Recipiente plástico com tampa para armazenar gaze de algodão (para limpeza da lesão).
- Instrumentais: tesouras, pinças anatômica com e sem dente, pinça adson, cabo de bisturi, bacia de alumínio, cuba redonda, etc.
- Insumos: solução fisiológica 0,9%, luvas de procedimentos, agulha 40x12, lâminas de bisturi 11 e 15, aparelho de barbear, sabão de glicerina líquido, clorexidina 2% ou outro degermante, régua de papel (descartável) para medir lesões, lençol descartável, esparadrapo, fita microporosa, ataduras crepe (20cm, 15cm, 10cm), atadura elástica (10cm), gaze rolo, apósitos, etc.
- Recipiente para armazenar as coberturas especiais disponíveis na APS (se abertas vedar na embalagem original, datar e rubricar).

Além dos itens acima, a sala deve ser composta de lixeiras individuais para o lixo contaminado, orgânico e reciclável. Assim como: caixa de perfuro-cortante; almotolias com álcool 70%, sabão de glicerina e degermante (datadas e rubricadas).

Cabe salientar que a enfermagem deve promover um local de privacidade, explicando os procedimentos a serem realizados e certificando-se que o paciente e o familiar estejam de acordo e cientes do plano de ação, atuando sempre dentro das realidades de cada indivíduo, utilizando uma linguagem de fácil entendimento, contribuindo para uma prática adequada e segura.

IV - PROCESSO DE ENFERMAGEM

O **Processo de Enfermagem (PE)** organiza o trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos. É realizado de modo sistemático e deliberado, em ambientes públicos ou privados conforme previstos na Resolução COFEN nº 736 de 17 de janeiro de 2024.

O PE é o método pelo qual o enfermeiro aplica o conhecimento técnico-científico e humano na organização e prestação do cuidado. Considerando as particularidades do processo de enfermagem na atenção básica, descrevemos a seguir as suas etapas:

- **“Avaliação de Enfermagem:** compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática. Na atenção básica, os dados podem ser coletados ao longo do atendimento, não obrigatoriamente no primeiro contato, uma vez que o cuidado é contínuo. O profissional pode constatar que os determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas, sendo necessário uma ação conjunta onde o protagonismo e autonomia do sujeito serão determinantes na melhoria da sua condição de saúde. O exame físico na atenção básica não ocorre de forma completa a cada consulta, pois a clínica é norteada para além do biológico, como para os aspectos sociais e subjetivos do usuário, de acordo com o vínculo estabelecido.
- **Diagnósticos de enfermagem:** compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais. Na atenção básica, essa etapa do processo de enfermagem vai além do indivíduo, ou seja, direciona o cuidado a pessoa, família ou comunidade, sendo de curto, médio ou longo prazo.
- **Planejamento de enfermagem:** compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde deverá envolver:
 - I - Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;
 - II - Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;
 - III - Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

IV - PROCESSO DE ENFERMAGEM

- **Implementação:** compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.

Na atenção básica, a implementação é o momento mais ativo de pactuação com o usuário, pois quanto mais consciente estiver do objetivo a ser alcançado, mais efetivos serão os resultados.

- **Evolução da Enfermagem:** compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem” (COFEN, 2024).

O registro da consulta de enfermagem no prontuário deve ser documentado por meio da utilização dos campos “Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano (SOAP)” e uso de taxonomias específicas de Enfermagem reconhecidas como a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE), RESSALTANDO que pelo ESUS-PEC precisamos registrar a Classificação Internacional em Atenção Primária (CIAP2).

Segundo o Parecer Técnico COREN-RS n.º 19/2016, a CIAP-2 é um item de preenchimento obrigatório que se encontra no e-SUS APS e poderá ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, entretanto ele não corresponde ou substitui o Diagnóstico de Enfermagem (DE) e há necessidade de complementá-lo com o uso dos demais sistemas de classificação utilizados pelos Enfermeiros (NANDA-I, CIPE). A CIAP-2 oferece nomenclaturas multiprofissionais, cabendo ao Enfermeiro utilizar as taxonomias de acordo com a sua categoria profissional.

V- FERRAMENTAS DE APOIO À EQUIPE DE ENFERMAGEM



**TELESSAÚDERS-
UFRGS**

TELESSAÚDERS-UFRGS: o TelessaúdeRS-UFRGS disponibiliza a ferramenta de teleconsultoria para todas(os) as(os) enfermeiras(os) da Atenção Primária à Saúde através do 0800 e está disponível para apoiar nos desafios diários da prática profissional.

Para dúvidas clínicas e assistenciais ligue gratuitamente, de Segunda à Sexta-feira, das 8h às 18h, para o número 0800 644 6543.

E para envio de materiais e atividades de educação permanente, cadastre-se na Plataforma Telessaúde.

Disponível em: <https://bit.ly/49DPNB0>



BVAPS POA

BIBLIOTECA VIRTUAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (BVAPS-POA):

a Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde tem por objetivo reunir, divulgar e garantir o acesso confiável e permanente aos documentos administrativos, técnicos, fluxos, protocolos, linhas de cuidado, entre outros que se julguem relevantes para a rede de atenção à saúde de Porto Alegre.

Disponível em: <https://bit.ly/3P7cvZT>



POP ENF BVAPS

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO: acesso direto aos POPs de Enfermagem que estão na A Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde

Disponíveis em: <https://bit.ly/3V56lxb>



CIT

CIT: Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul - seu objetivo principal é prestar assessoria e orientação frente a acidentes tóxicos, em caráter de emergência e em regime de plantão permanente (24 horas/dia) **0800.721.3000** .

Disponíveis em: <http://www.cit.rs.gov.br/>



PELE
CLASSIFICAÇÃO E
AVALIAÇÃO DE FERIDAS

A PELE

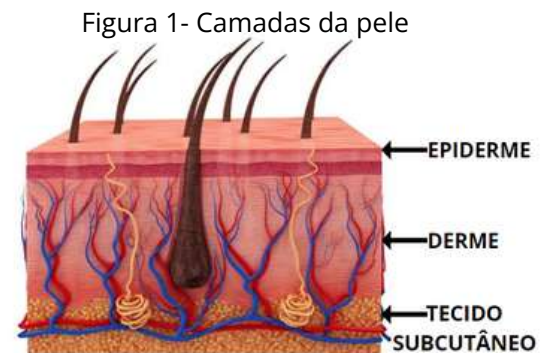
A pele é responsável pelo revestimento do corpo humano, representa aproximadamente 15% do peso corpóreo e é indispensável para a vida. Sua superfície é constituída de sulcos e saliências acentuando-se mais nas regiões plantares, palmares e extremidades dos dedos.

A pele apresenta 3 camadas de tecidos que são denominadas epiderme, derme e hipoderme ou tecido subcutâneo, descritas a seguir, segundo Rivitti (2014):

1. Epiderme é a camada mais superior da pele, responsável pela barreira contra a penetração de agentes externos, perda de eletrólitos e água.

2. Derme é a camada média da pele, rica em tecido conjuntivo, fornecendo força e elasticidade, nutre a epiderme através dos vasos sanguíneos. Na derme encontra-se as glândulas sudoríparas e as sebáceas, além de vasos linfáticos, receptores sensoriais e raízes pilosas.

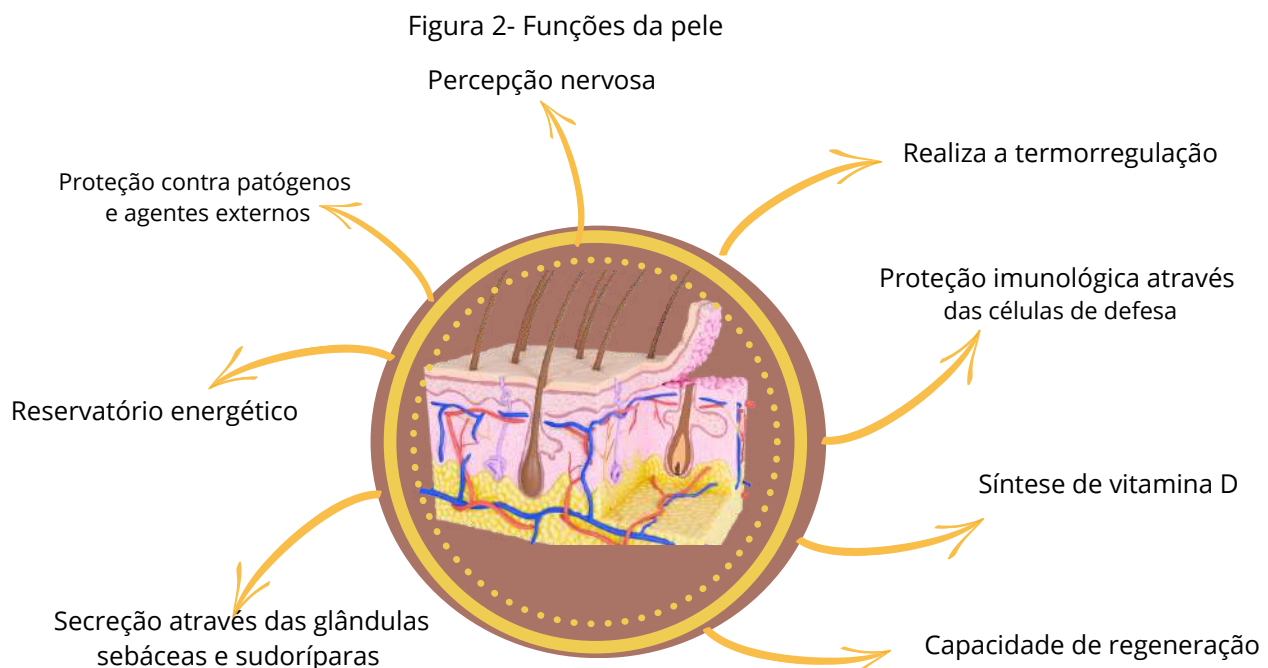
3. Hipoderme ou tecido subcutâneo é a camada mais profunda da pele composta basicamente de tecido adiposo, constitui nossa reserva energética, participa do isolamento térmico e auxilia na proteção dos órgãos internos em caso de traumas.



Fonte: arquivo próprio.

FUNÇÕES DA PELE

A pele em sua magnitude possui funções essenciais ao organismo.



Fonte: arquivo próprio, adaptado de Rivitti, 2014.

FERIDAS

CLASSIFICAÇÃO

Compreende-se por ferida toda perda de continuidade da pele. A lesão pode atingir parcial ou totalmente as camadas da pele (epiderme, derme, tecido subcutâneo) podendo atingir tecido muscular, ossos e tendões. Pode-se classificar as feridas quanto ao tipo da lesão; mecanismo de cicatrização e conteúdo bacteriano.

Quadro 1- Classificação das feridas quanto ao tipo de lesão

Quanto ao tipo da lesão:



Fonte: banco de imagens Canva.

Feridas Operatórias/Cirúrgicas:

são incisões, cortes ou aberturas cutâneas intencionais, com finalidade terapêutica. Geralmente há justaposição de bordas, cicatrizam por primeira intenção, possuem tendência à regressão espontânea e completa em um prazo esperado.

Sinais clínicos de FO infectada

- vermelhidão
- calor local
- dor
- edema
- drenagem de secreções
- febre
- bordas endurecidas



Fonte: banco de imagens Canva.



Fonte: acervo pessoal.

Feridas ulcerativas: podem se manifestar como feridas escavadas e ou circunscritas atingindo desde a epiderme até o tecido muscular, geralmente causadas por problemas circulatórios. São exemplos: úlceras venosas, arteriais, lesão por pressão, mal perfurante plantar.






Fonte: banco de imagens Canva.

Ferida traumática: são causadas acidentalmente por agentes mecânicos como contusão, corte, perfuração, queimaduras.

Fonte: elaborado pelos autores, adaptado de Duro *et al.*, 2018.

Quadro 2- Classificação quanto ao mecanismo de cicatrização.

Quanto ao mecanismo de cicatrização:		
Fechamento primário ou por PRIMEIRA INTENÇÃO	As bordas são aproximadas intencionalmente com perda mínima de tecido, ausência de infecção.	 <small>Fonte: banco de imagens do Canva.</small>
Fechamento secundário ou por SEGUNDA INTENÇÃO	A cicatrização depende da granulação e contração da ferida para aproximação das bordas. Pode haver presença de infecção. A reepitelização ocorrerá por contração.	 <small>Fonte: acervo pessoal.</small>
Fechamento primário tardio ou por TERCEIRA INTENÇÃO	As bordas são aproximadas após períodos de tempo de ferida aberta, geralmente ocorre quando há processos infecciosos que devem ser tratados inicialmente para após ocorrer a sutura.	 <small>Fonte: banco de imagens do Canva.</small>

Fonte: elaborado pelos autores, adaptado de Tazima; Vicente; Moriya, 2008.

Quanto ao tempo de cicatrização:

Ferida aguda: lesões recentes que normalmente cicatrizam em 4-6 semanas. São exemplos de feridas agudas os traumas, queimaduras, suturas. Nas feridas agudas há uma progressão linear das fases de cicatrização.

Ferida de difícil cicatrização: feridas com duração superior a 6 semanas, que não possuem progressão linear das fases de cicatrização, geralmente estacionado na fase inflamatória. Há um retardo no reparo fisiológico da cicatrização. Podem perdurar por meses à anos sem que ocorra a cicatrização, podendo muitas vezes nem mesmo cicatrizar.

Quanto ao conteúdo bacteriano:

Ferida limpa: feridas sem processo infeccioso em que a lesão foi realizada em tecido estéril ou passível de descontaminação como as incisões cirúrgicas com exceção das gastrointestinais, respiratórias e genitourinárias.

Ferida contaminada: presença de flora bacteriana não virulenta. Ex: feridas traumáticas com mais de 6 horas do ocorrido. Algumas lesões crônicas e agudas em geral.

Ferida Infectada: presença de infecção ativa e sintomas clássicos de sinais flogísticos: tecido desvitalizado, exsudação purulenta, odor aumentado, dor, calor e rubor.

Fonte: Murphy *et al.*, 2022; COREN MG, 2020.

PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

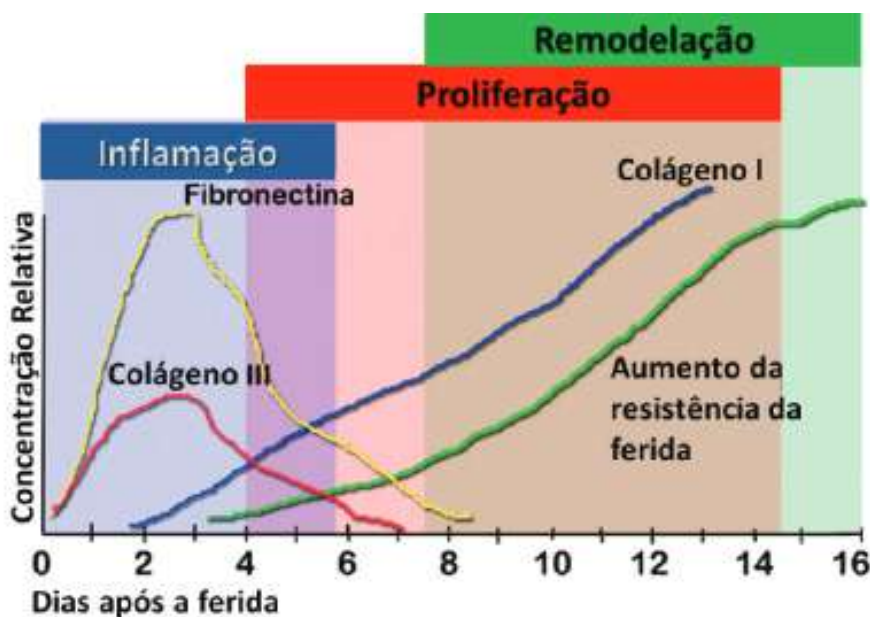
A cicatrização é um processo complexo e altamente regulado pelo corpo, que visa reparar e restaurar a integridade dos tecidos após uma lesão. Existem três fases principais na cicatrização de feridas: a fase inflamatória, a fase proliferativa e a fase de remodelação ou maturação.

Fase 1 - Inflamatória: esta é a primeira resposta do corpo à lesão. A área lesionada fica vermelha, edemaciada, quente e dolorida. Isso ocorre devido à dilatação dos vasos sanguíneos (vasodilatação) para aumentar o fluxo sanguíneo e permitir a chegada de células de defesa, como os leucócitos. Inicia nas primeiras 12 horas do trauma, exceto em queimaduras, e se encerra quando estabelece o contato entre as células das bordas da ferida. Geralmente dura de quatro a cinco dias. Processos envolvidos - hemostasia, resposta inflamatória e epitelização.

Fase 2 - Proliferativa: caracterizada pela angiogênese, formação do tecido de granulação, contração da ferida e reepitelização. Responsável pelo fechamento da lesão através da formação da cicatriz. Início cerca de 48 horas após o trauma. Geralmente dura de 12 a 14 dias.

Fase 3 - Maturação: caracterizada pela organização do colágeno, ocorrendo a remodelação da cicatriz. Aumento da força de tensão, diminuição do tamanho da cicatriz e do eritema, tornando-se mais clara. Inicia com três semanas após o trauma e dura até dois anos. Diminuição progressiva da vascularização, dos fibroblastos e macrófagos e aumento do colágeno (progressiva substituição do colágeno tipo III pelo tipo I - mais rígido). O conteúdo fibroso da cicatriz está relacionado com a tensão que atua sobre as suas bordas. Em algumas pessoas a coloração e a consistência da cicatriz ficam elevadas em relação a superfície cutânea, tornando-se dolorosas e pruriginosas. São chamadas cicatrizes hipertróficas e quando essas características se agravam, recebem o nome de quelóides.

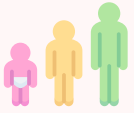
Figura 3- Fases da cicatrização



Fonte: Isaac *et al.*, 2010.

FATORES QUE INTERFEREM NA CICATRIZAÇÃO

Quadro 3 -Fatores de Interferem na cicatrização



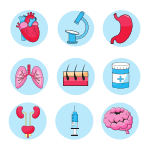
Idade: idade avançada, associado a alterações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas. Precária neoformação de tecido – cicatriz com menor conteúdo fibroso e conseqüentemente, menor força tênsil.



Estado nutricional: níveis de albumina baixos estão associados a maior incidência de deiscências e atraso na cicatrização de feridas. Proteínas - importante para síntese do colágeno, proliferação epidérmica, neovascularização e etc... Vitamina C é importante na síntese do colágeno, produção de fibroblastos e integridade capilar. É a hipovitaminose mais comumente associada à falência da cicatrização de feridas. Vitamina A – também importante para proliferação de fibroblastos. Vitamina E – melhora a resistência da cicatriz e destrói radicais livres.



Hábito de tabagismo: possui ação vasoconstritora levando a hipóxia tecidual.



Doenças associadas: anemia, hipertensão, diabetes, obesidade, consumo de álcool e outras drogas. Causam prejuízo em várias fases do processo de cicatrização por diversos mecanismos como: comprometimento da perfusão tecidual observado nos obesos e diabéticos, hipóxia nos anêmicos.



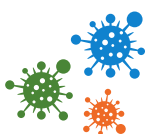
Medicações que interferem na cicatrização: corticóides e glicocorticóides interferem na fase inflamatória e na síntese do colágeno; quimioterápicos impedem a proliferação de fibroblastos e macrófagos; radioterapia causa endarterite (inflamação do revestimento interno da artéria), com obliteração (fechamento) de pequenos vasos e conseqüentemente isquemia.



Fatores Locais: vascularização e oxigenação tissular: boa vascularização significa bom aporte de nutrientes e de oxigênio, que facilita o processo de cicatrização.



Grau de contaminação da ferida: a causa mais comum de atraso do processo de cicatrização é a infecção de ferida e colonização. Clinicamente manifesta-se através dos sinais flogísticos. A infecção bacteriana prolonga a fase inflamatória e interfere com a epitelização, contração e deposição do colágeno.

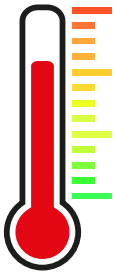


Biofilme de feridas: é definido como uma comunidade estruturada de micróbios com diversidade genética e expressão genética variável (fenótipo) que cria comportamentos e defesas que resultam na produção de infecções únicas (crônicas) com tolerância significativa a antibióticos e antimicrobianos enquanto são protegidos da imunidade do hospedeiro. O modo de crescimento do biofilme é uma estratégia de sobrevivência das bactérias e produz uma reação imunológica ou inflamação permanente no leito da ferida. Estima-se que aproximadamente 78% de todas as feridas crônicas são colonizadas por microrganismos patogênicos na forma de biofilmes.

Fonte: adaptado de Wu *et al.*, 2023; Beeckman *et al.*, 2020.

FATORES QUE FAVORECEM O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

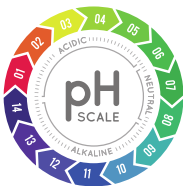
Quadro 4 -Fatores que favorecem a cicatrização



Temperatura - Para que as fases de cicatrização ocorram de forma organizada e linear, precisa-se manter uma temperatura adequada na ferida, por este motivo, muitas vezes, os curativos oclusivos ficam fechados por mais tempo, otimizando a temperatura ideal que deve se manter constante à 37°C. A essa temperatura há estímulo de mitose e aumento significativo na atividade mitótica. A solução fisiológica utilizada deve ter a temperatura aproximada de 35°C a 37°C. As trocas frequentes de curativos resfriam o leito da ferida, causam dor e, com isso vasoconstrição retardando o processo de cicatrização.



Umidade- A manutenção da umidade controlada no leito da ferida constitui fator importante para o processo de cicatrização. A atividade celular em meio úmido facilita a atividade celular acelerando o processo cicatricial. A manutenção e o manejo do exsudato são fundamentais para garantir a cicatrização oportuna da ferida. Feridas úmidas cicatrizam de 2 a 3 vezes mais rápido que feridas em meio seco.

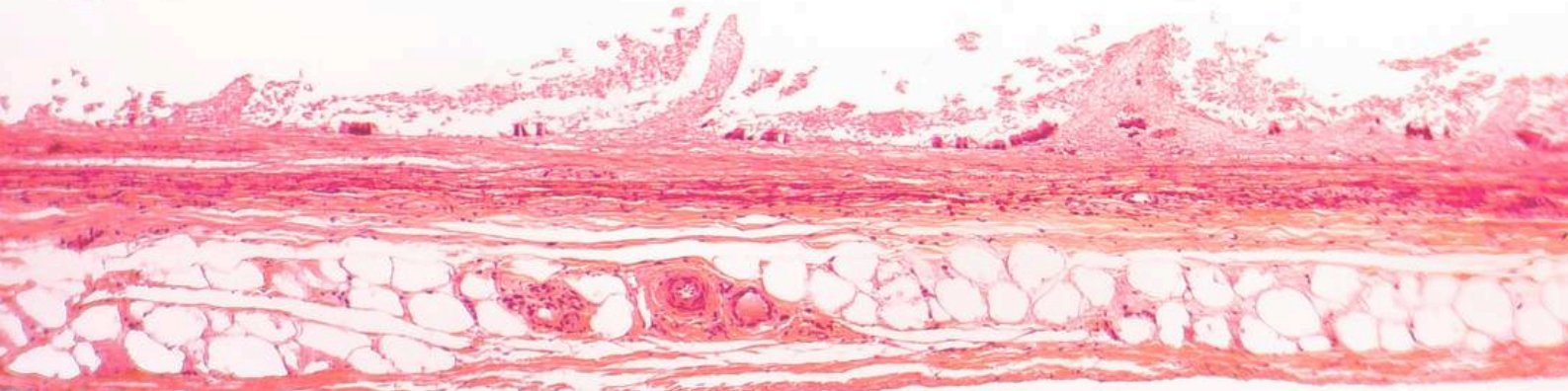


PH (Potencial hidrogeniônico) - Para que o processo de cicatrização de feridas ocorra adequadamente o PH deve-se manter ácido entre 5,8 a 6,6. Valores mais alcalinos de PH estão relacionados a retardo cicatricial. O ambiente ácido proporciona a manutenção da microbiota normal, dificulta a colonização pela biota patógena e auxilia a adequada função das enzimas responsáveis pela manutenção da barreira cutânea. Ao longo da cicatrização adequada os valores de PH reduzem até atingir valores próximos aos do PH da pele íntegra que varia de 4.0 a 6.0. Feridas com PH elevado remetem a processos infecciosos ativos e retardo considerável no processo de cicatrização



Controle bacteriano - Depende de fatores como uma vigorosa limpeza do leito da ferida e da perilesão, coberturas primárias que promovam barreiras microbiana ou que auxiliem em seu controle. Quanto maior a carga bacteriana em uma ferida mais estagnado estará o processo de cicatrização.

Fonte: adaptado de Beeckman *et al.*, 2020



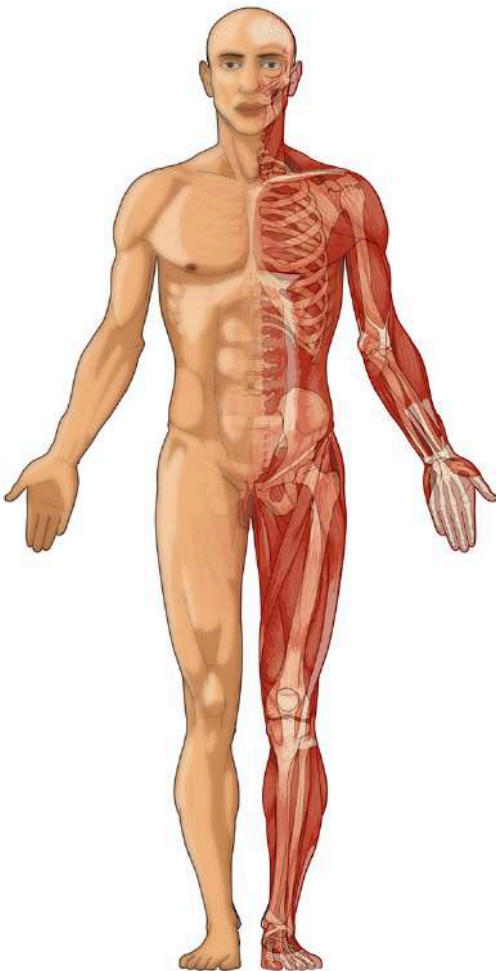
AValiação DE FERIDAS

A **avaliação inicial** deve ser integral buscando identificar as comorbidades, fatores de risco, terapias já realizadas, medicamentos em uso, alergias, estado nutricional, hidratação, questões sociais e familiares. Observar marcha, equilíbrio, sapatos adequados, meias, uso de órteses e próteses (Atkin, et al., 2019).

A etiologia da ferida é informação primordial para direcionar os cuidados com a lesão. **Não há como se tratar uma ferida sem que se saiba a sua etiologia.**

O tratamento das feridas possui etapas que são fundamentais para o sucesso da terapêutica proposta. A ferida deve ser avaliada quanto a **localização, dimensão, características do leito, bordas, exsudato, presença de infecção e perilesão**. Para que essa avaliação seja sistematizada e objetiva as escalas e ferramentas de avaliação de feridas como a *Pressure Ulcer Scale for Healing* PUSH (Anexo 3), TIMERS, e BRADEN (Anexo 2) podem ser utilizadas (Atkin, et al., 2019, Santos *et al.*, 2005, Paranhos, 1999).

Etapas essenciais para o tratamento das feridas incluem a **limpeza, o desbridamento, os cuidados com a perilesão, escolha das coberturas** e/ou correlatos, reavaliação e educação em saúde (Atkin, et al., 2019).



Como devemos avaliar?

1) Localização:

A localização da lesão deve ser descrita levando-se em consideração as **regiões anatômicas do corpo** humano e são importantes para observar feridas que estejam em locais potencialmente contaminados como a região perineal.

Localização anatômica

- Face; cabeça; pescoço;
- Tronco; tórax; abdômem; dorso;
- Membros superiores; braço; antebraço; mão;
- Membros inferiores; coxa; região maleolar; poplítea;
- Pé; antepé; médiopé; retropé.

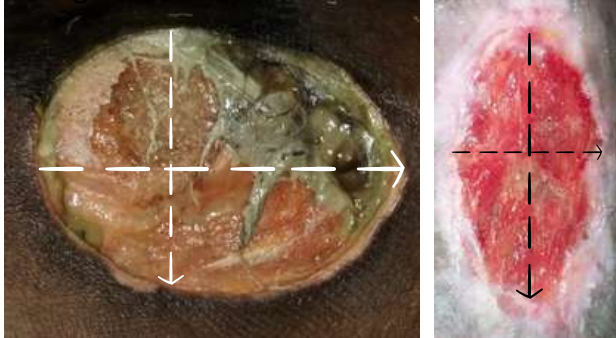
Fonte: adaptado de Atkin, *et al.*, 2019.

2) Dimensão:

A mensuração das feridas engloba a medição da **área e da profundidade**. Para medir a área utiliza-se régua descartável (<https://bit.ly/reguadescartavel>), traçando uma linha na maior extensão vertical e na maior extensão horizontal. Para se obter os cm² deve-se multiplicar uma área pela outra. Para mensurar a profundidade utiliza-se material flexível como sonda de aspiração.

Extensão (cm²) – Comprimento x Largura

Figura 4- Mensuração da ferida conforme extensão



Fonte: acervo pessoal.

Profundidade- cm

Figura 5- Mensuração da ferida conforme profundidade



Fonte: acervo pessoal.

3) Características do leito da ferida:

Avaliar qual tipo de tecido está mais presente no leito da ferida, podendo uma mesma ferida apresentar mais de um tipo de tecido no leito. Nesses casos pode-se descrever associando uma porcentagem para cada tipo de tecido encontrado.

Apresentamos aqui os principais tipos de tecidos presentes no leito da lesão.

Figura 6- Tipos de tecidos presentes no leito da lesão

NECROSE DE COAGULAÇÃO



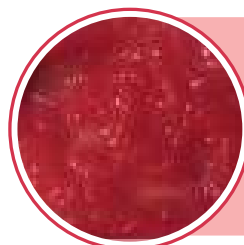
Tecido desvitalizado, seco, de coloração preta ou marrom, aderido ao leito da ferida.

NECROSE DE ESFACELO



Tecido desvitalizado úmido, mucóide, amarelado, branco ou esverdeado, de apresentação amolecida, frouxo ou aderido ao leito da ferida.

TECIDO DE GRANULAÇÃO



Tecido rosado, encontra-se na fase proliferativa, aspecto de granulação, rico em fibroblastos e nutrientes que favorecem a migração celular.

Fonte: elaborado pelos autores., adaptado de Atkin, *et al.*, 2019.

4) Características das bordas da ferida:

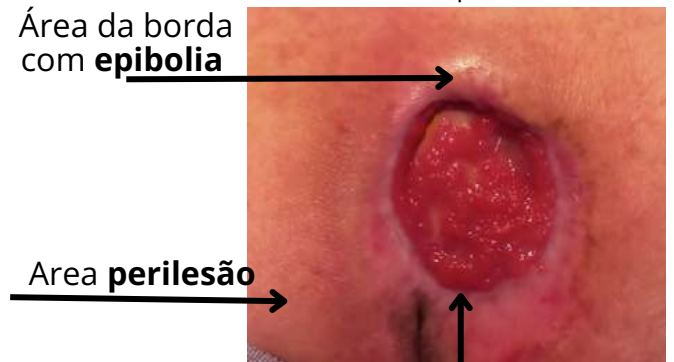
Considerando que na fisiologia do processo de cicatrização há contração das bordas para epitelização das feridas, a atenção a gestão da borda é uma etapa importantíssima na avaliação da lesão. As bordas podem apresentar-se planas, elevadas ou retraídas, descoladas, com epibolia ou maceradas.

Figura 7- Imagem de borda com epibolia



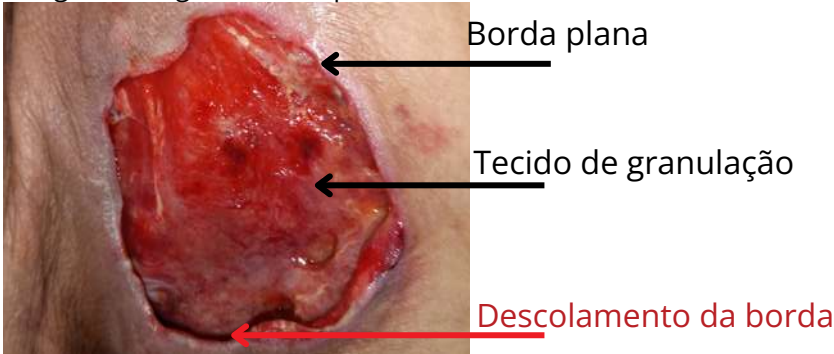
Fonte: acervo pessoal.

Figura 8- Imagem de área da borda com epibolia



Fonte: acervo pessoal.

Figura 9- Imagem de borda plana



Fonte: acervo pessoal.

Tecido de epitelização **hipergranulado** e acima das margens da borda da ferida impedirá a cicatrização

Figura 10- Imagem de borda irregular



Fonte: acervo pessoal.

Figura 11- Imagem de dermatite ocre



Fonte: acervo pessoal.

Fonte: adaptado de Atkin, *et al.*, 2019.

5) Presença de Infecção:

Observar a área perilesão, se há calor, edema, rubor; febre. Infecções presentes na ferida aumentam a quantidade de exsudato. Reforçar a etapa de limpeza da ferida, utilizar antissépticos, se disponíveis e optar por coberturas com poder bactericida.

Exsudato purulento e área de necrose com alta probabilidade de infecção.



Fonte: acervo pessoal.

6) Presença de Biofilme:

Na maioria das feridas de difícil cicatrização o biofilme estará presente, até mesmo na perilesão. O biofilme, por ser colônias bacterianas, não é possível a observação a olho nú.

São sinais clínicos de biofilme: tecido gelatinoso que ressurge após 24h do desbridamento ou limpeza. Deve-se realizar limpeza efetiva, com antissépticos e optar por coberturas com agentes antibiofilmes, como PHMB e EDTA, sempre que possível.

Figura 13- Ferida neoplásica



Fonte: acervo pessoal.

Figura 14- Ferida com característica gelatinosa



Fonte: acervo pessoal.

7) Características do Exsudato:

Exsudato é um líquido com composição semelhante ao plasma, rico em proteínas e que é importante para o processo de cicatrização, porém necessita ser controlado. A quantidade excessiva ou a falta de exsudato não favorecem as condições ideais de cicatrização, como meio úmido. Deve ser controlado através de coberturas específicas ou em algumas vezes com uso de terapias antimicrobianas. A quantidade e as características do exsudato variam dependendo da natureza da lesão. O exsudato pode ser classificado segundo os aspectos a seguir:

Sanguinolento: fluído, avermelhado, pode conter coágulos sanguíneos e indicar trauma em tecido friável, se em média ou grande quantidade pode indicar processo infeccioso em feridas crônicas.

Serosanguinolento: rosado ou avermelhado, geralmente presente na fase inflamatória.

Seroso: amarelado e/ou transparente, menos fluído geralmente apresenta-se em feridas com tecido viável.

Purulento: denso, amarelo, esverdeado ou acastanhado, indicativo de infecção ativa.

LIMPEZA E DESBRIDAMENTO

A limpeza constitui uma das principais etapas do cuidado com a ferida e deve ser executada em todas as trocas de curativos.

Uma boa limpeza do leito da ferida otimiza o processo cicatricial diminuindo riscos de infecções, carga bacteriana e biofilme. Tecidos desvitalizados, não só do leito da ferida, mas da área perilesional precisam ser retirados no momento da limpeza. Sujidades, crostas e hiperqueratoses precisam ser removidas. A limpeza deve ser iniciada utilizando solução fisiológica 0,9% (SF) morna atentando para que a temperatura não cause queimaduras na pele.

A SF deve estar em torno de **37°C** (em não havendo possibilidade de mensurar a temperatura testar no antebraço antes de utilizar no paciente). A limpeza com SF fria retarda o processo de cicatrização. Se a ferida apresentar sangramento utilizar SF 0,9% em temperatura ambiente.

Em feridas de difícil cicatrização a área perilesional (aproximadamente 20cm das bordas da ferida) pode ser limpa com a mesma solução utilizada no leito da ferida.

Existem agentes como a Polihexanida Biguanida (PHMB) que potencializam o processo de limpeza da feridas e auxiliam na descontaminação. A aplicação do PHMB solução deve ser realizada com auxílio de gaze de algodão embebida no composto e aplicada diretamente no leito da ferida, permanecendo pelo tempo recomendado pelo fabricante, que geralmente são de 5 a 20 minutos. Com esse procedimento espera-se um desprendimento de tecido desvitalizado da lesão que devem ser removido. Há outros produtos como géis, sabões, sabonetes e lenços que contém PHMB ou ácido hipocloroso (HClO) que auxiliam com os mesmos princípios a etapa de limpeza.

Quadro 5- Orientações para limpeza efetiva de feridas

01

- Limpe a pele perilesional, removendo escamas de pele morta, restos de produtos anteriores e calosidades.
- Limpe o leito da ferida, aplicando uma ligeira pressão onde necessário e conforme tolerado, removendo o tecido desvitalizado e corpos estranhos.

02

- Remova o tecido necrótico, o esfacelo, os detritos e o biofilme a cada mudança de curativo.

03

- Remova os bordos necróticos da ferida, com crosta e/ou detritos soltos.
- Garanta, se possível que os bordos da pele alinhem com o leito da ferida para facilitar o avanço epitelial e a contração da ferida.

04

- Trate o biofilme residual enquanto impede ou retarda o reaparecimento de biofilme utilizando coberturas que contenham agentes antibiofilme e/ou antimicrobianos, sempre que possível.

Fonte: elaborado pelos autores adaptado de Murphy *et al.*, 2022; Murphy *et al.*, 2020.



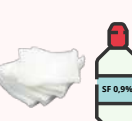


DESBRIDAMENTO

O tecido presente no leito da ferida desempenha papel fundamental no processo cicatricial e deve ser avaliado e descrito em evolução. O tecido inviável faz com que as feridas fiquem estagnadas na fase inflamatória, proporciona um meio propício para aumento de carga bacteriana, atrasa o processo de cicatrização e deve ser retirado o mais precoce possível através das técnicas de desbridamento.

O desbridamento consiste no ato de **remoção de material inviável da ferida**, necrose, esfacelo, crostas, hiperqueratose, corpo estranho, com o objetivo de promover um meio adequado para o processo de cicatrização.

TIPOS DE DESBRIDAMENTO

Quadro 6- Tipos de desbridamento

Autolítico	Consiste em manter o meio úmido e temperatura aproximada de 37°C pode-se optar por coberturas e correlatos como hidrogéis, hidrofibras, fibra de alginato, hidrocolóides.	
Enzimático	Realizado através de enzimas exógenas como a colagenase e a papaína.	
Mecânico	Realizado através de fricção com a utilização de gaze úmida e SF 0,9%, emprega-se força física para retirada do tecido desvitalizado do leito da ferida. Não é considerado um método seletivo.	
Instrumental	Realizado por meio de instrumentos cortantes como bisturi ou tesoura.	
Cirúrgico	Consiste na ressecção ou na excisão de toda área necrótica podendo incluir também parte do tecido viável da ferida com a intenção de agudização. Realizado por profissional experiente e em ambiente adequado.	 <small>Fonte: GHORBEL, lyadh, 2019</small>

Fonte: elaborado pelos autores, adaptado de Murphy et al., 2022; Abbade et al., 2020; SOBEST, 2017.

A avaliação da necessidade de desbridamento e a escolha do método é de competência do enfermeiro em consulta de enfermagem. O técnico de enfermagem seguirá a prescrição de enfermagem realizada pelo enfermeiro e promoverá o desbridamento autolítico, enzimático e mecânico, ficando a cargo exclusivo do enfermeiro o desbridamento instrumental, desde que tenha conhecimentos, habilidades técnicas e treinamentos específico para esse fim. O desbridamento cirúrgico é atribuição do profissional médico. O **desbridamento é desaconselhado em necrose seca e estável em calcâneo** (não infectada), quando aderida em todas as bordas e sem flutuação; na **doença terminal** ou em cuidados paliativos; **feridas arteriais com necrose seca** e aderida; em situações onde o **ITB** for **<0,5 mmHg** e em casos de **distúrbios de coagulação** (ATKIN et. al., 2019; SOBEST, 2017).

Prosseguindo nas etapas de cuidados com as feridas, após a avaliação global, definição da etiologia, resolução das condições que estão impedindo o processo de cicatrização, limpeza e desbridamento, chegamos na fase de escolha das coberturas.

Lembre-se de escolher a cobertura ideal, considerando as necessidades do leito da ferida, planejando o tempo de troca segundo as possibilidades do usuário e/ou do cuidador aliado a avaliação de custo-efetividade de cada produto conforme a localização anatômica da lesão.







COBERTURAS TIPOS, INDICAÇÕES E CUIDADOS

COBERTURAS

TIPO, INDICAÇÃO E CUIDADOS

Quadro 7- Descrição, indicação, disponibilidade e cuidados de enfermagem dos insumos utilizados no tratamento de feridas

	Descrição	Indicação	Periodicidade troca	Cuidados e Contraindicações	*
Limpeza	<p>Clorexidina 2% degermante</p> 	Limpeza de ferimentos originados por mordeduras caninas.	A cada troca de curativos.	Retirar o degermante com água ou SF abundantemente. Contraindicado o uso rotineiro em feridas com tecido de granulação viável.	APS
Limpeza	<p>Poliexanida e Betaína (PHMB)</p> 	Limpeza e descontaminação de feridas agudas ou de difícil cicatrização.	A cada troca de curativos.	Molhar gazes com PHMB solução e mantenha no leito da ferida por aprox. 15 min. ou conforme bula. Contraindicado a utilização em cartilagem hialina, queimaduras de 3º grau. Após abertura utilizar em 8 semanas.	AE
Limpeza	<p>Solução Fisiológica 0,9%</p> 	Auxilia na etapa de limpeza.	A cada troca de curativos.	Em feridas com esfacelo ou necrose e/ou sujidade deve ser utilizado SF morna e em jato (agulha 40x12) para favorecer o desbridamento. Uso único.	APS
Tratamento	<p>Hidrogel com alginato</p> 	Fornecer umidade ao leito da ferida, proporciona desbridamento autolítico.	A troca de curativo não deve exceder 72 horas. Obs: utilizar com gaze de viscosa ou tela não aderente.	Deve ser aplicado diretamente sobre o leito da ferida em quantidade que não extravase para as bordas por risco de maceração. Contraindica-se utilizar em feridas cirúrgicas fechadas e com excesso de exsudato. Depois de aberto, deve ser usado em até, no máximo, 4 semanas.	AE

*Disponibilidade dos materiais.

Os materiais indicados como AE são disponibilizados para APS via consultoria, conforme fluxo. (<https://bit.ly/fluxoferidaspoa>)

continua.

COBERTURAS: TIPO, INDICAÇÃO E CUIDADOS





	Descrição	Indicação	Periodicidade troca	Cuidados e Contraindicações	*
Tratamento	<p>Hidrogel Amorfo</p> 	Fornece umidade ao leito da ferida, proporciona desbridamento autolítico, opção para hidratação de tendão ou em feridas oncológicas.	A troca de curativo não deve exceder 72 horas. Obs: utilizar com gaze de viscosa ou tela não aderente.	Aplicado diretamente sobre o leito da ferida em quantidade que não extravase para as bordas por risco de maceração. Contraindica-se utilizar em feridas cirúrgicas fechadas e com excesso de exsudato. Uso único.	A E
Tratamento	<p>Hidrogel com PHMB</p> 	Fornece umidade, desbridamento autolítico, combate o biofilme, colonizações e infecções.	A troca de curativo não deve exceder 72 horas. Obs: utilizar com gaze de viscosa ou tela não aderente.	Aplicação tópica; Proteger bordas com creme barreira; Não utilizar em cartilagens. Após abertura utilizar em 8 semanas.	A P S
Tratamento	<p>Fibra de Alginato de Cálcio</p> 	Promove a hemostasia; absorve exsudato, mantém a umidade da ferida auxiliando no desbridamento autolítico e a granulação. Indicada para feridas com exsudato de moderado a intenso, com ou sem sangramento e cavitárias.	Em feridas infectadas a troca deve ocorrer de 24/24 horas, nas demais feridas conforme exsudato e no máximo em 7 dias.	-Possui absorção horizontal, por isso, deve ser recortado do tamanho exato da ferida para prevenir maceração das bordas; -Contraindicado para feridas secas ou com pouco exsudato. -Não utilizar em tecido ósseo ou tendões. -Não indicação em tunelizações de fístulas, devido a dificuldade de remoção e pela desintegração da placa em pedaços após saturação. Pode ser recortada.	A P S

continua.

*Disponibilidade dos materiais.

Os materiais indicados como AE são disponibilizados para APS via consultoria, conforme fluxo. (<https://bit.ly/fluxoferidaspoa>)

COBERTURAS: TIPO, INDICAÇÃO E CUIDADOS

	Descrição	Indicação	Periodicidade troca	Cuidados e Contraindicações	*
Tratamento	<p>Hidrofibra com prata</p> 	Indicada para feridas infectadas e exsudativas. Liberação controlada de prata iônica. Ação bactericida e bacteriostática.	Pode ficar no leito da lesão por até 7 dias a depender da saturação. Deve ser trocada se saturada.	Não utilizar em feridas secas. Aplicar o curativo sobre a ferida mantendo 1 cm maior que a borda da ferida. A cobertura secundária deverá ser trocada sempre que necessário. Pode ser recortada.	A E
Tratamento	<p>Espuma poliuretano, c/ prata, não adesivo</p> 	Indicada para feridas infectadas e muito exsudativas. Ação bactericida e bacteriostática contínua com alta absorção.	Pode ficar no leito da lesão por até 7 dias a depender da saturação. O lado liso que fica em contato com o leito.	Não utilizar em feridas secas. A espuma deve ultrapassar aproximadamente 2 cm da borda da ferida. Pode ser recortada.	A E
Tratamento	<p>Bandagem Inelástica Bota de Unna</p> 	Bandagem compressiva inelástica impregnada com óxido de zinco indicada para auxílio do retorno venoso em úlceras de origem venosa e em edema de origem linfática.	Trocas a cada 7 dias. A troca pode ser antecipada conforme avaliação do enfermeiro.	Avaliar ITB conforme descrito na pág.68. Não utilizar se úlceras mistas e/ou arteriais ou alergia aos componentes da bota, usuários que não deambulam e em casos de celulite e processo inflamatório intenso devido dor à compressão. Pode associar cobertura tópica no leito da ferida.	A E
Tratamento	<p>Bandagem Elástica de Alta Compressão</p> 	Bandagem de alta compressão elástica, indicada para auxílio do retorno venoso em úlceras de origem venosa e em edema de origem linfática.	Bandagem deve ser colocada pela manhã e retirada a noite, ou conforme orientação do especialista / estomaterapeuta.	Avaliar ITB conforme descrito na pág.68. Em casos de celulite e processo inflamatório intenso não está indicada compressão. Bandagem tem duração de aproximadamente 6 meses.	A E

*Disponibilidade dos materiais.

Os materiais indicados como AE são disponibilizados para APS via consultoria, conforme fluxo. (<https://bit.ly/fluxoferidaspoa>)

continua.

COBERTURAS: TIPO, INDICAÇÃO E CUIDADOS

	Descrição	Indicação	Periodicidade troca	Cuidados e Contraindicações	*
Tratamento	<p>AGE - Ácidos Graxos Essenciais</p> 	Promove angiogênese, mantém o leito úmido, pode ser utilizado em feridas com tecido de granulação.	A cada 24 horas. Obs: utilizar com gaze de viscosse ou tela não aderente.	<p>Uso prolongado pode causar hipergranulação.</p> <p>Não deve ser usado como hidratante, nem como barreira protetora de bordas.</p> <p>Está contraindicado para feridas tumorais.</p>	A E
Adjuvante	<p>Gaze de viscosse</p> 	Gaze antiaderente. Utilizar como cobertura primária, associada ao hidrogel ou AGE. Diminui o risco de adesão da gaze ao ferimento e minimiza a dor nas trocas.	A cada troca de curativo	<p>Não há contraindicações relatadas.</p> <p>Pode ser recortada.</p>	A P S
Adjuvante	<p>Malha de algodão com parafina</p> 	Malha antiaderente, estéril, utilizada como cobertura primária em feridas, evita traumas nas trocas e permitem a drenagem do exsudato para a cobertura secundária.	Troca está condicionada a terapia tópica associada. Trocar em no máximo 72h.	<p>Remover a proteção que envolve a malha. Pode ser recortada e adaptada ao leito da ferida, após aplicar cobertura secundária.</p> <p>Não há contraindicação.</p>	A E
Adjuvante	<p>Malha com emulsão de petrolato</p> 	Malha antiaderente, estéril, utilizada como cobertura primária em feridas, evita traumas nas trocas e permitem a drenagem do exsudato para a cobertura secundária.	Troca está condicionada a terapia tópica associada. Trocar em no máximo 72h.	<p>Pode ser recortada e adaptada ao leito da ferida. Após aplicar cobertura secundária.</p> <p>Pode desencadear processo alérgico local.</p>	A P S

*Disponibilidade dos materiais.

Os materiais indicados como AE são disponibilizados para APS via consultoria, conforme fluxo. (<https://bit.ly/fluxoferidaspoa>)

continua.

COBERTURAS: TIPO, INDICAÇÃO E CUIDADOS


	Descrição	Indicação	Periodicidade troca	Cuidados e Contraindicações	*
Adjuvante	Creme Barreira 	Proteção das bordas da ferida. Hidrata a pele e protege contra a ação de agentes externos, criando uma barreira protetora e auxiliando na manutenção do PH natural da pele.	A cada troca de curativo. Durante a limpeza, retirar todo creme barreira anterior.	Aplique uma camada fina na pele limpa e massageie suavemente até o produto desaparecer e formar película protetora, não aplicar o produto em excesso.	A E
Adjuvante	Apósito 15x30 cm 	Cobertura secundária. Composta de compressa algodoadada, indicada para absorção de exsudato.	Deve ser trocado sempre que estiver úmida.	Não há descrição de contraindicação.	A P S
Adjuvante	Atadura elástica branca 	Atua na fixação das coberturas e como parte da terapia compressiva. Material sintético e maleável.	Deve ser trocada a cada curativo.	Não há contraindicações relatadas. É de uso único , não reutilizar.	A P S
Adjuvante	Atadura crepe 	Atua na fixação das coberturas.	Deve ser trocada a cada curativo ou sujidade.	Não há contraindicações relatadas. É de uso único , não reutilizar.	A P S
Adjuvante	Filme transparente de poliuretano 	Promove fixação. É impermeável à água, realiza a fixação de coberturas, indicado também para usuários com alergia a fita microporosa.	A cada troca de curativos.	Não há descrição de contraindicação. Evitar o uso em perilesão friável. Cuidar na retirada para não causar trauma em peles frágeis.	A E

continua.

*Disponibilidade dos materiais.

Os materiais indicados como AE são disponibilizados para APS via consultoria, conforme fluxo. (<https://bit.ly/fluxoferidaspoa>)

COBERTURAS: TIPO, INDICAÇÃO E CUIDADOS

Descrição	Indicação	Periodicidade troca	Cuidados e Contraindicações	*
<p>Gaze de algodão pacote com 500 unidade</p> 	<p>Utilizada na limpeza de ferimentos.</p> <p>Pode ser esterilizada.</p>	<p>Pode ser usada como cobertura secundária absorvente.</p> <p>Trocar sempre que estiver úmida.</p>	<p>Evitar utilização como cobertura principal mesmo associada a óleos, géis e pomadas, pois a apresenta alta aderência no leito da lesão.</p> <p>Uso único.</p>	<p>A P S</p>

Fonte: elaborado pelos autores, adaptado de Moore et al., 2022; Abbade et al., 2020; Gonzáles et al., 2019; TelessaúdeRS, 2017.

*Disponibilidade dos materiais.



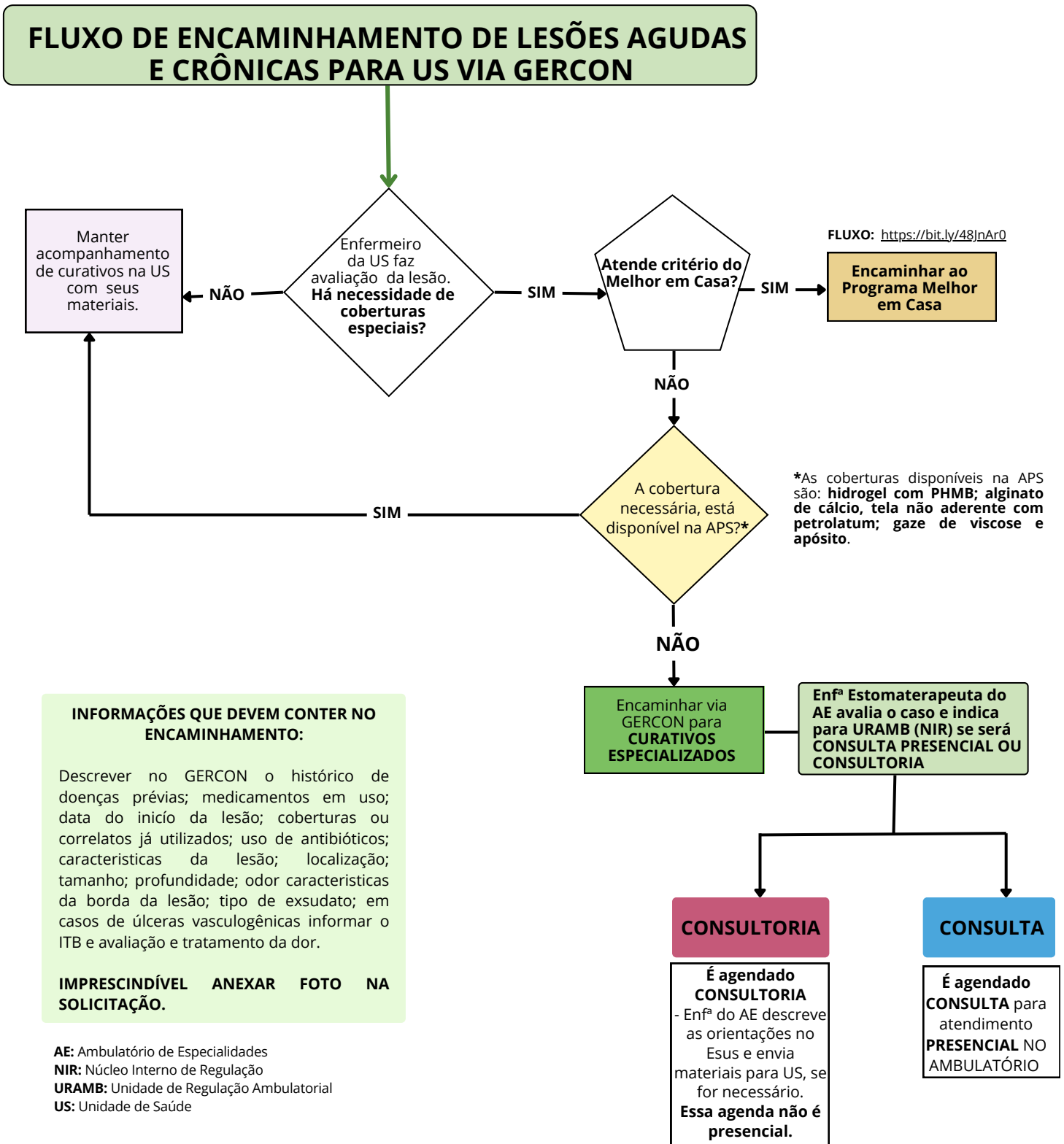
Figura 15- Recomendações e informações sobre os insumos



Fonte: elaborado pelos autores.

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE LESÕES AGUDAS E CRÔNICAS VIA GERCON

Figura 16- Fluxograma de atendimento e encaminhamento de lesões agudas e crônicas



LINK de acesso ao Fluxo de atendimento de lesões na BVAPS: <https://bit.ly/fluxoferidaspoa>



PRINCIPAIS AGRAVOS

PRINCIPAIS AGRAVOS RELACIONADO ÀS FERIDAS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

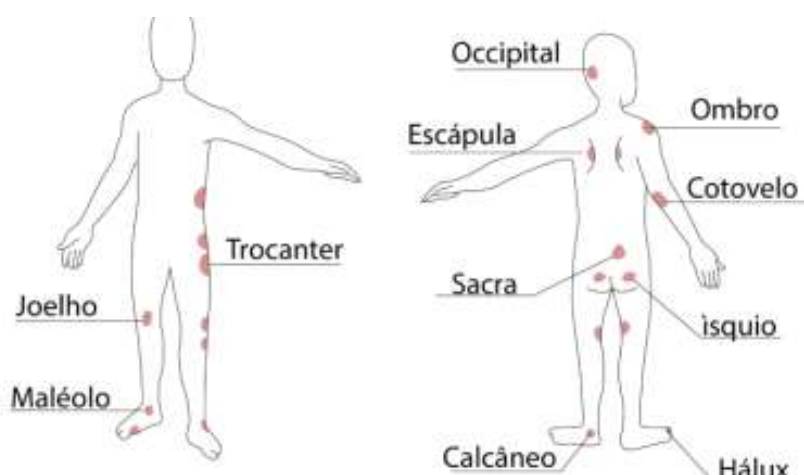
LESÃO POR PRESSÃO

A Lesão por pressão (LP) segundo o *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP) é caracterizada por dano à pele ou tecidos moles subjacentes, podendo também ser causada por dispositivos médicos. Localizada com frequência sobre **proeminências ósseas** pode ser dolorosa e apresentar-se como lesão aberta ou não. Ocorre em decorrência de pressão intensa e/ ou cisalhamento por tempo prolongado, causando danos tissulares à pele e ou tecidos subjacentes.

Quanto maior a exposição a estes fatores maiores são as chances de ocorrerem danos tissulares. A pressão pode ser decorrente do próprio peso da pessoa ou como resultado de forças externas a ele.

As lesões também podem ocorrer na vigência de dispositivos de saúde como sondas e cateteres, quando há pressão sobre alguma área específica. Fatores como mobilidade reduzida, aumento da temperatura corporal, umidade, nutrição deficitária ou índice de massa corporal aumentado e perfusão tissular são fatores que influenciam para o surgimento de LPs.

Figura 17 - Principais pontos para desenvolvimento de lesões por pressão.




Fonte: TelessaúdeRS, 2017.

Estágios e características da Lesão por Pressão		Cuidados de Enfermagem
<p>Estágio 1</p> 	<p>Pele íntegra com eritema que não muda de cor à digitopressão. Tonalidades de pele mais escuras podem apresentar-se de outra coloração. Podem ocorrer mudanças de sensibilidade do local comprometido, mudanças de temperatura ou endurecimento da área.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Manter a pele limpa e devidamente hidratada - Limpar a pele imediatamente após episódios de incontinência -Evitar uso de sabonetes ou produtos alcalinos - Proteger a pele da umidade com produto barreira (óxido de zinco/ creme barreira específico).
<p>Estágio 2</p> 	<p>Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. Há comprometimento e exposição da derme e perda de pele em sua espessura total. Tecidos desvitalizados não estão presentes nesse estágio de injúria tissular e tecidos profundos e adiposos não podem ser visualizados. Pode apresentar-se como flictena não rompido com presença de exsudato seroso. O leito da lesão apresenta-se com coloração rósea ou avermelhada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Utilizar gaze antiaderente e creme barreira para proteção das bordas. -Usar coberturas de hidrogel para lesões por pressão de Estágio 2 não infectadas.
<p>Estágio 3</p> 	<p>Perda da pele em sua espessura total. O tecido adiposo se torna visível, há perda da pele em sua espessura total. Esfacelos e ou necrose de coagulação também podem estar presentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Usar coberturas de hidrogel para lesões por pressão não infectadas com exsudato mínimo, se exsudativa optar por fibra de alginato. -Usar gaze úmida para manter o ambiente da ferida adequadamente úmido quando coberturas avançadas não forem uma opção.

continua.

Estágios da Lesão por Pressão	Cuidados de Enfermagem
<p>Estágio 4</p> 	<p>Perda da pele em sua espessura total e perda tissular, com presença frequente de epíbole e túneis, este estágio caracteriza-se por perda total da espessura da pele com exposição ou palpação de fáschia, músculos, tendões, ligamentos, cartilagens e/ou ossos podendo estar associado a esfacelos ou necroses.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Usar soluções de limpeza com antimicrobianos para limpar lesões por pressão com suspeita ou confirmação de infecção. -Desbridar o tecido devitalizado. -Usar coberturas de hidrogel para lesões pouco exsudativas ou fibra de alginato para exsudativas.
<p>LP não classificável</p> 	<p>Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível: Dano tissular que não pode ser classificado, pois está coberto por tecido inviável, esfacelo ou necrose, que impede a classificação exata da lesão. Após a remoção do tecido inviável a lesão passará a ser reclassificada conforme sua apresentação, geralmente em estágio 3 ou 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Usar soluções de limpeza com antimicrobianos para limpar lesões por pressão com suspeita ou confirmação de infecção. -Desbridar o tecido devitalizado. -Avaliar a lesão por pressão para a presença de osteomielite, na presença de ossos expostos.
<p>LP Tissular Profunda</p> 	<p>Neste estágio a pele pode apresentar-se íntegra ou não, com presença de descoloração vermelha escura, púrpura ou marrom que não muda de cor à digitopressão, pode ocorrer incidência de flictenas com exsudato sanguinolento ou lesão com leito escurecido após separação epidérmica. Pode ser precedido de dor e mudanças na temperatura da pele.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Manter a pele limpa e devidamente hidratada. -Limpar a pele imediatamente após episódios de incontinência. -Evitar uso de sabonetes ou produtos alcalinos. -Proteger a pele da umidade com produto barreira (óxido de zinco/ creme barreira específico).
<p>LP Relacionada a Dispositivo Médico</p> 	<p>Lesão formada a partir do uso de dispositivos médicos terapêuticos e diagnósticos e que geralmente apresenta-se no formato do próprio dispositivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reduzir e / ou redistribuir a pressão na interface entre a pele e o dispositivo. -Usar cobertura profilática sob um dispositivo de saúde para reduzir o risco de lesões por pressão relacionadas a esse dispositivo .

Estágios da Lesão por Pressão		Cuidados de Enfermagem
LP em Membranas Mucosas 	Lesão onde há dano em mucosas, não podendo ser categorizada devido à anatomia do tecido.	-Reduzir e/ou redistribuir a pressão.

Fonte: NPIAP, 2019.

EQUIPE DE ENFERMAGEM, VOCÊS JÁ SABEM, MAS NÃO CUSTA LEMBRAR:

Podemos atuar na **PREVENÇÃO** das lesões por pressão.

-Os serviços podem utilizar escalas como a BRADEN (ANEXO 2) para avaliar o maior risco de desenvolver LPs e planejar os cuidados para preveni-los.

-Avaliar criteriosamente a pele negra, pois o eritema inicial encontrado na lesão por pressão estágio 1 pode não ser identificado devido a associação dos níveis de melanina da pele. Nestes casos utilizar **avaliação da mudança de sensibilidade, endurecimento da pele ou mudança da temperatura do local**.

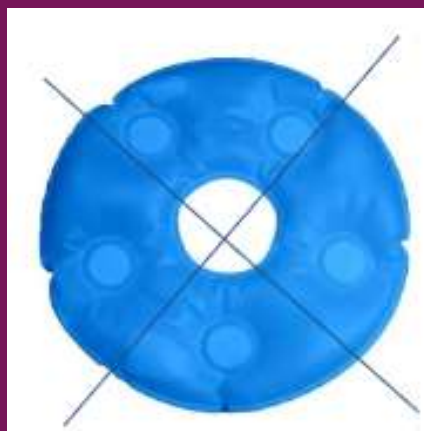
-Atenção especial deve ser dada para a **mudança de decúbito** visando a redistribuição da pressão sobre a pele, enfatizando as proeminências ósseas, podendo ser utilizado também **dispositivos de redistribuição de pressão** como o colchão pneumático de pressão alternada.

-Não há evidências que comprovem o intervalo ideal para que as mudanças de decúbito ocorram, elas devem ser ajustadas segundo as características clínicas de cada paciente e as superfícies de apoio que estão sendo utilizadas. No reposicionamento lateral, usar a posição de decúbito lateral a 30°.

-Seleção de cobertura mais apropriada para prevenção da lesão por pressão, como as espumas de poliuretano multicamadas e silicone, conforme possibilidade.

Fonte: NPIAP, 2019.

CONTRAINDICADO



Contraindica-se a utilização de dispositivos em forma de anel/argola, luvas, sacos, bolsas ou almofadas de água quente.

Fonte: NPIAP, 2019.

RECOMENDAÇÕES!!



NUTRIÇÃO

Pacientes malnutridos possuem duas vezes mais chances de desenvolver LP. Hidratação e fatores nutricionais devem ser revisados. Por esse motivo, muitas vezes o usuário necessitará apoio de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde como nutrição, fisioterapia, reabilitação física, além de orientações de cuidado ofertadas pelo profissionais de saúde aos cuidadores.



EXAMES COMPLEMENTARES

Avaliação global de pessoas com lesões por pressão é etapa fundamental para o sucesso da cicatrização. Além da avaliação e tratamento das comorbidades, há de se atentar para presença de anemia e carências vitamínicas que são essenciais para o processo de cicatrização.

A avaliação de exames como **hemograma, albumina sérica, vitamina B12, vitamina D, zinco, glicose de jejum e hemoglobina glicada**, se diabetes confirmada, são fundamentais. Se identificada carência ou alterações, encaminhar para consulta médica para ajuste de terapia medicamentosa ou suplementação.

Fonte: NPIAP, 2019.; Florianópolis, 2021; São Paulo, 2021.

LESÃO POR MORDEDURA/PICADA DE ANIMAL PEÇONHENTO

Conforme definição do Ministério da Saúde, acidentes por animais peçonhentos são aqueles provocados por picadas ou mordeduras de animais que produzem veneno e possuem algum aparato para injetá-lo na sua presa ou predador. Os principais animais peçonhentos que causam acidentes no Brasil mais frequentemente são: cobras, escorpiões, aranhas, abelhas, formigas, vespas e lacraias.

O **Centro de Informações Toxicológicas (CIT)** presta assessoria e orientação pelo canal **0800.721.3000** em situações que envolvam acidentes tóxicos, exposições químicas, intoxicações por pesticidas, acidentes que envolvam animais peçonhentos ou qualquer outro agente potencialmente tóxico. As unidades de saúde podem acessar diretamente o CIT em caso de dúvidas.

Mordedura por Ofídico (cobras e serpentes)

Acidentes causados por mordedura de serpente, também conhecidas como cobras, geralmente ocorrem em matas e estão associados a períodos de calor e umidade. Algumas delas possuem uma peçonha em suas glândulas produtoras de veneno capazes de desequilibrar os processos fisiológicos e bioquímicos do organismo causando alterações colinérgicas, necróticas, miotóxicas, citolíticas e inflamatórias .

Em caso de mordedura por ofídico a **vítima deve ser encaminhada ao Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS)** para verificar a necessidade de soro antiofídico. Através das marcas da inoculação do veneno na pele pode-se tentar identificar a espécie causadora do acidente.

Orientar a vítima a manter o membro afetado elevado, lavar o local com água e sabão, evitar que a vítima ande ou corra, de preferência que mantenha-se deitada.

Não realizar torniquete e desestimular que utilizem ervas e folhas como crenças populares que podem aumentar as chances de infecção local.

Esse agravo é de **notificação compulsória imediata**: <https://bit.ly/3T0b1SB>.

Figura 18- Imagens de cobras e serpentes.



Fonte: banco de imagens Canva.



Fonte: banco de imagens Canva.



Fonte: banco de imagens Canva.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No atendimento em Unidade de Saúde à acidente com ofídico e animais peçonhentos

Figura 19- Imagens de ferimento por picada de aranha.



Fonte: banco de imagens Canva.

-Priorize a avaliação de queixas de acidente com ofídicos, pois em algumas situações há necessidade de consultas rápidas (em até 30 minutos).

-**Avaliar sinais vitais**, imprescindíveis verificação de **pressão arterial** (POP nº 52) na bvsapsoa (<https://bit.ly/49YLKij>), pois o veneno poderá provocar tanto alterações locais, quanto sistêmicas.

Na presença de **edema e dor**, avaliar **necessidade de analgésicos**;

-Em casos moderados a graves pode haver **abcesso, celulite e erisipela**;

-Encaminhar para **avaliação médica na Unidade de Saúde** e considerar encaminhamento para emergência (**Hospital de Pronto Socorro**);

-Pode ocorrer equimose, cianose, hematoma e necrose no local da lesão;

-Dimensionar o tamanho da lesão, limpar a lesão com com anti-séptico (clorexidina 2% degermante);

-Avaliar necessidade de desbridamento em caso de necrose;

-**Situação vacinal** deve ser revisada. Atentar para esquema **antitetânico**;

-Os acidentes são de **notificação compulsória** e devem ser notificados em ficha própria. (<https://bit.ly/4bYlpBN>).



LESÃO POR MORDEDURA/PICADA DE ANIMAL PEÇONHENTO

Quadro 9- Características e cuidados de enfermagem em lesões relacionadas aos animais peçonhentos

Animais Peçonhentos	Características gerais	Manifestações sistêmicas e locais	Cuidados de Enfermagem
<p>Escorpião espécie amarela (Tityus serrulatus)</p> 	<p>Acidente escorpiônico ou escorpionismo é o quadro clínico de envenenamento provocado quando um escorpião injeta sua peçonha através do ferrão. Podem-se esconder em calçados, roupas de cama, restos de materiais de construção, esgotos, caixas de hortaliças, vivem em locais frescos e escuros. Espécie amarela (Tityus serrulatus) possui maior potencial de gravidade e envenenamento em relação às outras espécies, adaptando-se facilmente ao meio urbano.</p>	<p>Sistêmicas: sudorese profusa; agitação psicomotora; tremores; náusea; vômito; sialorréia; hipertensão ou hipotensão arterial; arritmia cardíaca; insuficiência cardíaca congestiva; edema pulmonar agudo; choque.</p> <p>Locais: dor imediata; parestesia; eritema; sudorese local.</p>	<p>Tratamento: soro antiescorpiônico administrado exclusivamente no HPS POA. Os cuidados com a lesão baseiam-se na lavagem do local com antisséptico e observar surgimento de manifestações cutâneas que beneficiem-se de coberturas específicas.</p> <p>Mais informações em : https://bit.ly/4c2Y0QF</p>
<p>Cnidários (água-viva, caravela ou medusa)</p> 	<p>Na fase adulta a maior parte dos Cnidários possuem tentáculos compostos por organelas secretoras que injetam peçonha quando há necessidade de defender-se ou capturar sua presa, essa por sua vez secreta uma substância responsável por causar efeitos tóxicos e alérgicos. Os acidentes acontecem quando há contato da pele com as águas vivas ou caravelas. As manifestações podem ser locais ou sistêmicas. A gravidade da lesão se dará pela extensão da área comprometida.</p>	<p>Sistêmicas: cefaléia; mal estar; náuseas; vômitos; febre; espasmos musculares; arritmia cardíaca; anafilaxia; choque.</p> <p>Locais: ardência; dor; placas urticariformes; placas eritematosas, flictenas; vesículas; necrose.</p>	<p>Deve-se retirar os tentáculos utilizando uma pinça ou bisturi atentando para não esfregar o local, lavar com solução fisiológica abundantemente, usar vinagre em compressas por 30 minutos, não utilizar água da torneira ou solução de glicose, pois há risco de potencializar o veneno. Em caso de manifestações sistêmicas há necessidade de avaliação médica com urgência.</p>

continua.

LESÃO POR MORDEDURA/PICADA DE ANIMAL PEÇONHENTO

Quadro 9- Características e cuidados de enfermagem em lesões relacionadas aos animais peçonhentos

Principais Animais Peçonhentos	Características do ferimento	Cuidados de Enfermagem
Aranha-marrom 	Não são aranhas agressivas e a maior parte dos acidentes ocorrem quando comprimidas contra o corpo por buscar esconderijos em vestimentas. Conhecida pela sua picada necrosante , possui veneno que leva a obstrução de pequenos vasos e degrada moléculas da membrana basal causando lesões cutâneas necróticas.	Muitos casos irão necessitar de soro antiaracnídeo, corticóide e ou soroterapia específica, porém com o passar das horas o tratamento vai se tornando menos eficaz. Encaminhar ao HPS POA com brevidade. Aplicação de compressas frias aliviam a dor. Analgésicos podem ser necessários, se presença de necrose realizar desbridamento, em caso de sinais de infecção na lesão encaminhar para avaliação médica.
Aranha Viúva Negra 	Veneno atua nas terminações nervosas sensitivas causando dor no local da picada que geralmente inicia-se em pequena quantidade evoluindo posteriormente para sensação de queimação. Placas urticariformes, sudorese, eritema, prurido, cefaléia, podem estar presentes e quadros mais graves como choque podem se instalar.	Os cuidados com as lesões causadas pelas aranhas iniciam-se pela lavagem do local da picada com utilização de antisséptico, pode-se fazer uso de compressas de água fria para alívio da dor e a escolha da cobertura ou manejo da lesão deve ser avaliado conforme o tecido que se apresentar.
Abelha e vespa 	A gravidade depende da reação particular de cada indivíduo, nem sempre relacionada com o número de ferroadas. As reações sistêmicas podem iniciar por prurido intenso, edema, eritema, placas urticariformes disseminadas, pápulas, taquicardia, broncoespasmo, podendo levar ao quadro de anafilaxia, exigindo manejo imediato.	Deve-se remover os ferrões fazendo raspagem com lâmina de bisturi. Não retirar o ferrão com pinça para evitar a inoculação do veneno neles contido, corticoterapia tópica conforme avaliação médica.

Fonte: Ceará, 2021; Brasil, 2022.

LESÃO POR MORDEDURA E ARRANHADURA DE CÃO E GATO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- A primeira ação a ser realizada é **lavar com água e sabão** ainda em ambiente domiciliar.
- Em serviços de saúde recomenda-se utilizar, se disponível, antissépticos que inutilizem o vírus da raiva como **livinilpirrolidona-iodo (povidine), gluconato de clorexidina**. Eles deverão ser utilizados uma única vez, na primeira consulta, e, posteriormente, a região deve ser lavada com solução fisiológica.
- Não se recomenda a sutura do local, somente aproximação das bordas, se necessário.
- Lesões extensas devem ser encaminhadas ao Hospital de Pronto Socorro ou Hospital Cristo Redentor para avaliação.
- **Cão e/ou gato domiciliado (proprietário conhecido) e sem suspeita de raiva no momento da agressão não há indicação de vacinação antirrábica** mesmo em se tratando de acidente grave, o **animal deve ser observado por 10 dias**, se neste período se manter sadio, não desaparecer ou morrer não há risco de transmissão do vírus da raiva.
- O animal deve ser observado por 10 dias que compreende o período de incubação do vírus da raiva, excreção do vírus pela saliva e sua morte.



Figura 20- Imagens de ferimento por mordedura canina



Fonte: banco de imagens Canva.

Figura 21- Imagens de ferimento por arranhadura de animal



Fonte: banco de imagens Canva.



Fluxo da Profilaxia da Raiva Humana Pós exposição



BVAPS POA
NOTA TÉCNICA No 8/2022-
CGZV/DEIDT/SVS/MS

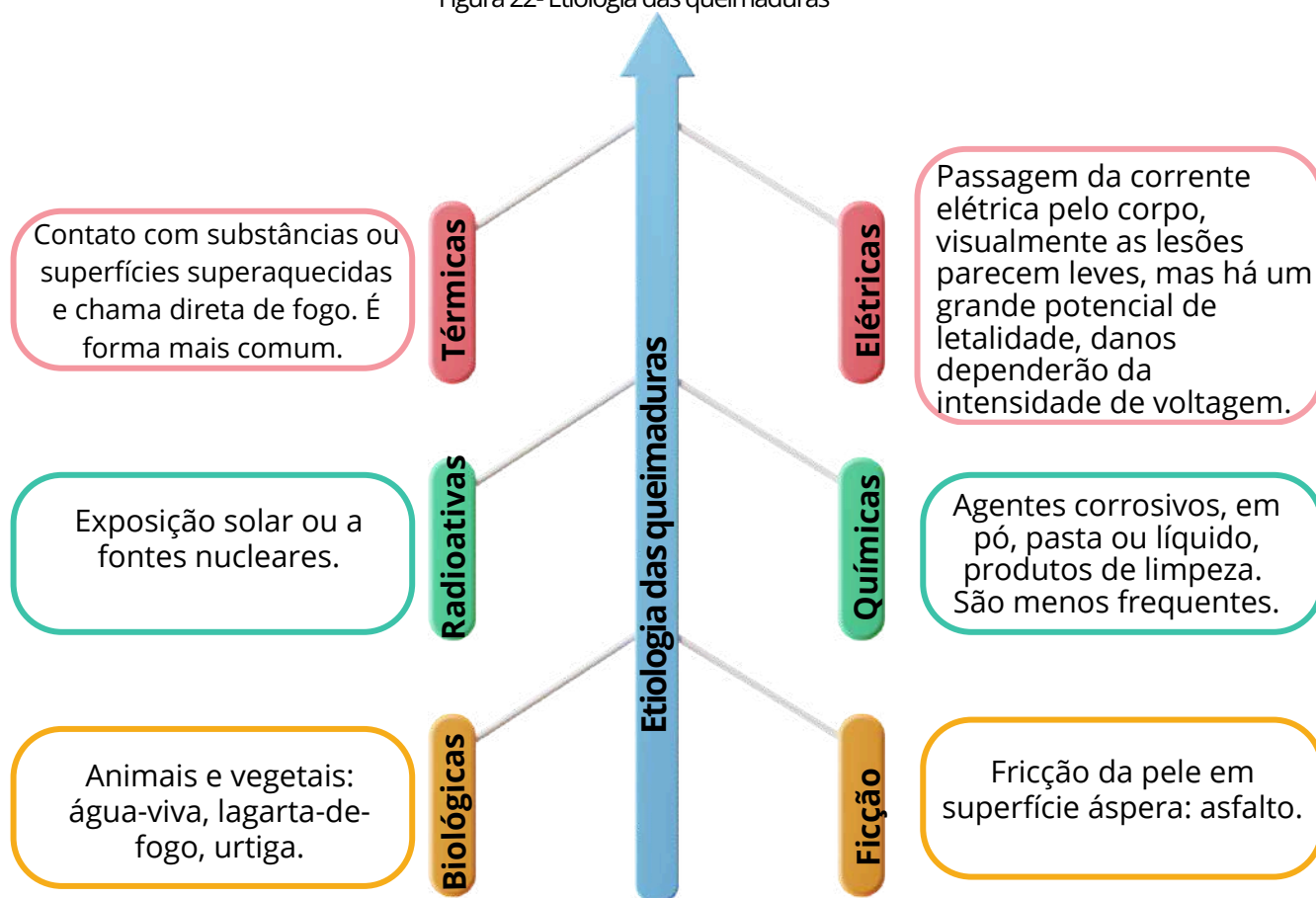
LINK:
<https://bit.ly/3wDrHb4>

QUEIMADURAS

As queimaduras são feridas traumáticas que causam lesões na pele, destruindo tecidos e acarretando na coagulação dos vasos sanguíneos adjacentes. Podem ser ocasionadas por agentes térmicos, químicos, elétricos, biológicos, radioativos ou por fricção.

Diversos fatores influenciam na gravidade das queimaduras: a profundidade, o percentual de superfície corporal queimada (SCQ) e parte do corpo atingida. Ainda podem ser um indicador de gravidade a avaliação de fatores como: idade da vítima, etiologia da queimadura, local do acidente, área do corpo afetada, pois a definição desses fatores pode indicar a necessidade de hospitalização, referenciamento a um centro especializado ou a manutenção dos cuidados na Unidade de Saúde da Atenção Primária. Em queimaduras recentes está contraindicado a utilização de antibióticos sistêmicos profiláticos.

Figura 22- Etiologia das queimaduras

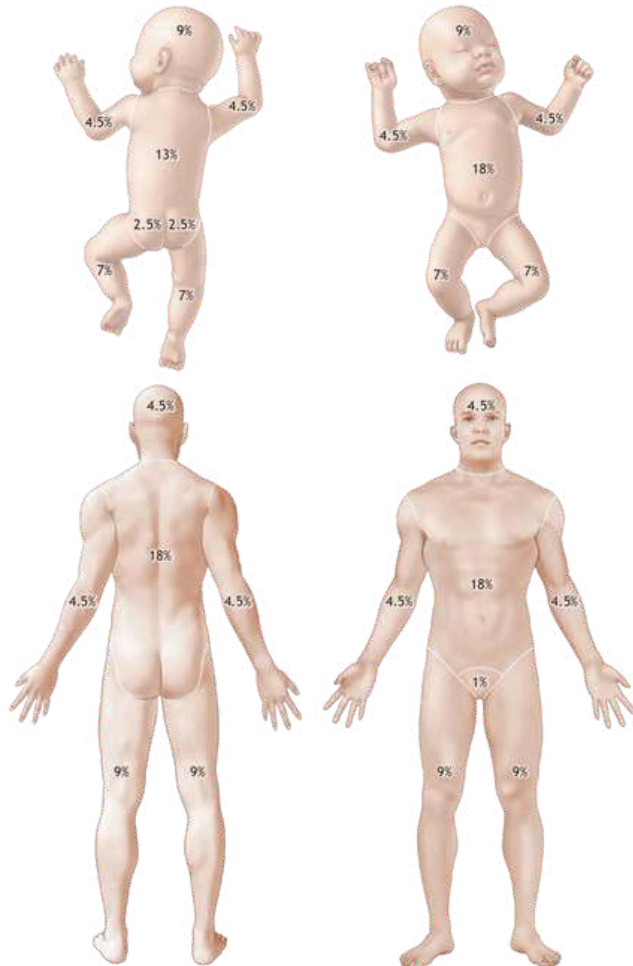


Fonte: elaborado pelos autores, adaptado de Jeschke, et al, 2020.

Classificação quanto à Superfície Corporal Queimada (SCQ)

A classificação das queimaduras através da SCQ pode utilizar diversos métodos. Os recursos mais conhecidos são a Regra dos Nove, onde serão atribuídos: 1, 9 ou 18% às regiões distintas do corpo e o esquema de Lund-Browder, utilizado em ambientes hospitalares. Quando se avalia SCQ de crianças esses percentuais sofrem adaptações. Outro método utilizado para determinar a SCQ é a área da mão do doente, incluindo os dedos, que corresponde a 1% de área queimada, válida quando as queimaduras são pequenas e difíceis de mensurar pela regra dos 9.

Figura 23- Regra dos 9



Fonte: Fontana, Souza, Viegas, 2021 baseado no Advanced Burn Life Support Course, 2018.

Figura 24- Regra da palma da mão



Fonte: elaborado pelos autores, baseado no Advanced Burn Life Support Course, 2018.




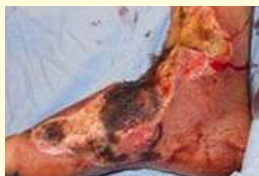
Classificação quanto à complexidade

Quadro 10- Classificação quanto a complexidade da queimadura

	CRIANÇAS (Pessoas menores de 12 anos)	ADULTOS (Pessoas maiores de 12 anos)	CONDUTA
Pequeno queimado	TODAS as queimaduras de 1º grau em qualquer extensão e em qualquer idade.		Pode ser atendida totalmente na APS. Hidratação da pele. Avaliação e manejo da dor.
Médio queimado	Queimaduras de 2º grau com SCQ entre 5% a 15% em crianças. Queimaduras que não envolvam áreas especiais e que sejam de <u>3º grau com até 5% SCQ</u> em crianças até 12 anos.	Queimaduras de 2º grau com SCQ entre 10% a 20% em adultos. Queimaduras que não envolvam áreas especiais e que sejam de <u>3º grau com até 10% SCQ</u> em maiores de 12 anos	Necessita de avaliação médica em hospital de referência. Após, pode ser encaminhado para APS se não necessitar internação.
Grande queimado	Queimaduras de 2º grau SCQ acima de 15% ou 3º grau que envolvam áreas especiais. Queimaduras por eletricidade.	Queimaduras que envolvam áreas especiais e que sejam de 3º grau com até 10% SCQ. Comorbidades. Queimaduras por eletricidade.	Necessita de avaliação médica em hospital de referência.

Fonte: elaborado pelos autores, adaptado de Jeschke, et al, 2020.

Quadro 11- Classificação quanto a espessura da queimadura

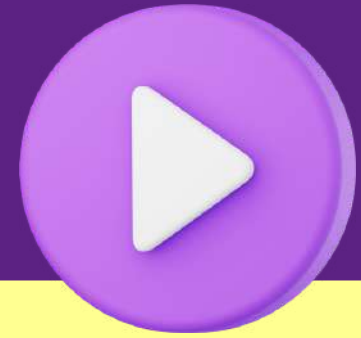
	ESPESSURA SUPERFICIAL (1º grau)	ESPESSURA PARCIAL SUPERFICIAL (2º grau superficial)	ESPESSURA PARCIAL PROFUNDA (2º grau profundo)	ESPESSURA TOTAL (3º grau)
ESPESSURA	 <small>Fonte: banco de imagens Canva.</small>	 <small>Fonte: arquivo pessoal.</small>	 <small>Fonte: arquivo pessoal.</small>	 <small>Fonte: GHORBEL, Iyadh, 2019.</small>
DESCRIÇÃO	Lesão somente na epiderme	Lesão na epiderme e parte da derme	Lesão na epiderme, derme podendo atingir o tecido subcutâneo	Lesão na epiderme, derme tecido subcutâneo, podendo atingir músculos ossos
DOR	Extremamente dolorida	Dolorida	Dolorida	Indolor devido a destruição das terminações nervosas
COR	Avermelhada ou eritematosa	Avermelhada vivo	Avermelhada pálida	Nacarado, pardacento
ASPECTO	Lesão solar	Pode apresentar bolhas e ruptura de pele	Pode apresentar bolhas rotas	Parece couro
APARÊNCIA	Seca, não apresenta flictenas, empalidece com digitopressão	Úmida, empalidece com digitopressão	Não empalidece à digitopressão	Não empalidece à digitopressão
TEMPO DE CURA	Regenera-se em 7 dias	Aproximadamente 14 dias	Aproximadamente 21 dias	Mais que 21 dias
CICATRIZ	Não ocorrerá	Raramente ocorrerá	Pode ocorrer	Frequentemente ocorre
CUIDADOS	Melhora com hidratação da pele	Cuidados com coberturas específicas*, que pode ser hidrofibra com prata, gel com PHMB, tela parafinada e espuma com prata	Cuidados com coberturas específicas, que pode ser hidrofibra com prata, gel com PHMB, tela parafinada e espuma com prata	Pode haver áreas adjacentes com lesão de espessura parcial, pode requerer cuidados cirúrgicos

Fonte: elaborado pelos autores. Adaptado de Lopes, Ferreira, Adrono, 2021; Fontana, Souza, Viegas, 2021; Jeschke, et al, 2020, Ro et al., 2018.

*A relação das coberturas disponíveis, com tempo de troca e cuidados de enfermagem está no Quadro 7, página 28.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM AS BOLHAS (FLICTENAS)

QUEIMADURAS



Observe se as bolhas estão íntegras ou já rompidas.

Bolhas rompidas: desbridar totalmente- cobrir a área com cobertura de ação prolongada.

Bolhas íntegras: avalie o tamanho e a localização.

Bolhas menores que uma moeda de UM real e que não estejam em área de articulação devem ser mantidas íntegras.

Bolhas maiores- há duas opções:

Opção 1) Aspira-las e manter a epiderme como um curativo biológico e cobrir com cobertura antiaderente- geralmente gaze com petrolatum ou gaze vaselinada.

Opção 2) Desbridamento total da bolha. Caso tenha condições de utilizar outra cobertura de ação prolongada como hidrofibra com prata e espuma.

ASPIRAÇÃO DAS BOLHAS

- Calce luvas de procedimento;
- Abra um conjunto de seringa e agulha de espessura fina (25x6 ou 25x7);
- Introduza o bisel com cuidado em ângulo de 15°, perpendicular a pele;
- Aspire o conteúdo da bolha atentando para não rompê-la.
- Retire o líquido totalmente;
- Cubra a área da queimadura com cobertura não aderente;

Em queimaduras com mais de 48h o líquido da bolha poderá estar espesso, impedindo a aspiração. Nesse caso, pode-se optar pelo desbridamento total da bolha e cobertura com curativo.

Fonte: Adaptado por Porto, L.R., 2023, baseado em Ro et al, 2018.



Assista aqui **vídeo sobre cuidados com queimaduras** elaborado para equipe de enfermagem da APS onde demonstra como realizar a limpeza, o cuidado com as bolhas e a escolha das coberturas em casos de queimaduras.



Link:

<https://youtu.be/Ysrk2P70FLQ>

Figura 25- Queimadura por líquido superaquecido apresentando flictena



Fonte: arquivo pessoal.

LESÃO POR FRICÇÃO/ SKIN TEARS

Ferida traumática resultante de fricção e/ou cisalhamento, levando a separação da epiderme e da derme ou separando as estruturas de sustentação. Também chamada de lesão por fricção. *Skin* significa pele e *tears* significa lágrimas, em inglês.

Causadas pela fragilidade do corpo do idoso com a redução da espessura da pele, redução da umidade, elasticidade e resistência. Fatores nutricionais/deficiências nutricionais; atividades de transferência (cadeira para a cama, por exemplo); uso de ataduras e fitas adesivas; presença de forças de cisalhamento; deficiência visual; mobilidade prejudicada; uso de medicamentos como corticóides e anticoagulantes; edema de extremidades, rigidez e espasticidade podem ser causadores de *skin tears*.

Características: lesões normalmente dolorosas, produtoras de exsudato serosanguinolento intenso. Ocorrem, principalmente, nas extremidades superiores, mas também podem acometer membros inferiores, dorso, costas e glúteos.

Figura 26- Lesões por fricção em pele de idoso



Fonte: arquivo pessoal.



Fonte: arquivo pessoal.

- Limpar com SF 0,9% a lesão e o retalho de pele;
- Secar cuidadosamente a pele perilesional;
- Controlar o sangramento, quando presente;
- Realinhar o retalho (usá-lo como cobertura, se possível);
- Reavaliar a viabilidade do retalho em 24 horas;
- Cobrir a lesão com curativo não aderente (tela de silicone, gaze com petrolatum ou parafina, espumas).
- Proteger a pele perilesional com creme barreira.
- Evitar uso de fitas e películas devido fragilidade da pele.
- Retirar o curativo cuidadosamente, sempre a favor do retalho.
- Usar cobertura secundária e orientar a troca da mesma sempre que estiver úmida.
- O curativo deve ser confortável, facilmente removível, funcionar como barreira protetora antimicrobiana e resistente.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Uso de cobertura aderentes é contraindicado pelo risco de danos ao retalho de pele e a pele perilesional.
- Lesões com sinais flogísticos devem ter seu prazo de troca diminuído em comparação com as lesões sem sinais de infecção/ inflamação.
- Avaliar necessidade uso de antibiótico sistêmico.
- Orientar vacina antitetânica.
- Remover tecidos necróticos/ desvitalizados.

PREVENÇÃO:

-Hidratação da pele 2x ao dia, com hidratante a nível de pH de 4,5 a 6,5 sem fragrância e sem sensibilizantes. A temperatura da água do banho não pode ser muito quente e a pele deve ser seca com uma toalha macia em vez de esfregar.

-Uso de sabonete líquido com PH próximo ao da pele. Hidratação e nutrição adequadas são fatores importantes para serem avaliados e corrigidos se necessário.



Fonte: Fletcher Jaqui et al., 2020.

FERIDAS CIRÚRGICAS E DEISCÊNCIAS

As **feridas cirúrgicas** ou pós-operatórias são intencionais, realizadas por instrumentais específicos sob técnica estéril.

O **curativo pós-cirúrgico** tem a função de **proteção, compressão, imobilização ou absorção de exsudatos**. Em geral podem ser removidos após 48 horas nas feridas limpas e secas. A retirada dos pontos deve ser feita após o ciclo de maturação de uma ferida suturada que pode levar de 4 até 15 dias.

Figura 27- Ferida cirúrgica com sutura sem sinais flogísticos

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Manter **cobertura oclusiva seca** nas primeiras 48 horas após a cirurgia. Após esse período, se ferida operatória (FO) seca, pode-se manter área sem curativo.
- Se FO úmida, manter curativo com gaze de viscose seca ou apósito.
- Realize a limpeza com SF 0,9% (no domicílio, com água e sabão neutro) e secagem com gaze.
- Não indicar, nem aplicar pomadas, óleos ou cremes na FO.
- Não é recomendado uso de Iodopolividona (PVP-I).



Fonte: arquivo pessoal.

Deiscência cirúrgica refere-se a **separação das margens de uma incisão cirúrgica** fechada podendo envolver uma ou mais camadas da pele. As deiscências podem ocorrer por diversos fatores como técnica de fechamento da incisão, estresse mecânico como a tosse, comorbidades ou medicamentos em uso que prejudiquem a correta cicatrização e induzam a infecção de sítio cirúrgico. As feridas cirúrgicas passam pelas fases de cicatrização, por isso é normal ocorrer eritema de 2 à 5 dias após o procedimento, momento em que a ferida encontra-se na fase inflamatória, não sendo necessário utilizar anti-inflamatórios ou antibióticos, se após esse período permanecer com eritema incisional exacerbado, edema, rubor e dor deve-se avaliar presença de infecção.

Figura 28- Deiscência cirúrgica



Fonte: WUWHS, 2018.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Avaliar a ferida em suas dimensões incluindo profundidade, pode-se introduzir uma pinça ou uma sonda para fazer a medição.
- Realizar uma avaliação global do paciente, além da avaliação da ferida em sua localização, dimensões, tecido presente no leito, exsudato, bordas e perilesão.
- A partir da avaliação do leito da lesão e localização, escolha as coberturas e correlatos.
- Oriente a troca da cobertura secundária, sempre que úmida.



ERISPELA

Erisipela é uma infecção bacteriana de tecidos moles que compromete a pele e, muitas vezes, os vasos linfáticos. Acomete principalmente os membros inferiores e pode ser classificada em:

- **eritematosa:** presença de edema, eritema, dor e entumescimento local.
- **bolhosa:** presença de bolhas volumosas e líquidas não purulentas ou hemorrágicas ou ainda na forma gangrenosa, com ulceração superficial.

Nos dois tipos de erisipela a febre repentina pode estar presente e ser elevada, entre 38,5° a 40°C, com arrepios, mal estar geral e náuseas. Ocorre o **surgimento de placa eritematosa**, de cor vermelha viva, com edema, calor e dor, formando lesão única, com bordas bem delimitadas e definidas, geralmente acometendo um dos membros inferiores.

Fatores como a presença de diabetes, obesidade, doença arterial obstrutiva periférica, linfedema crônico, presença de lesões fúngicas, principalmente interdigitais aumentam a probabilidade de surgimento de erisipela.

Deve-se orientar sempre o paciente a inspecionar a pele dos membros inferiores na busca de lesões, e orientar a secar entre os dedos dos pés, observando a presença de lesões fúngicas.

O tratamento da erisipela consiste basicamente em terapia medicamentosa com uso de antibióticos sistêmicos e, muitas vezes, de uso de profilaxia que deve ser indicada pelo médico em avaliação.

Figura 29- Erisipela eritematosa



Fonte: banco de imagens Carva.

Figura 30- Erisipela bolhosa



Fonte: banco de imagens Carva.

Figura 31- Erisipela com celulite



Fonte: banco de imagens Carva.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Avaliar a possibilidade de utilização de terapia compressiva, calculando ITB e considerando os fatores que contraindicam compressão, como as isquemias;
- Higienizar as lesões com água e sabão neutro e /ou jatos de solução fisiológica morna;
- Se houver flictenas, aspirar o conteúdo e manter epiderme como curativo biológico;
- Se houver descontinuidade da pele, retirar tecidos desvitalizados e utilizar coberturas adequadas, dependendo das características da ferida;
- Definir também periodicidade das trocas conforme cobertura escolhida;
- Usar cobertura secundária e fazer sua troca sempre que úmida;
- Enfaixamento leve para diminuição do edema, conforme avaliação;
- Orientar elevar os membros inferiores para diminuir edema;

Na reavaliação observar eficácia da terapia antibiótica sistêmica prescrita pelo médico assistente;

- Manter a pele hidratada com hidratante do tipo lanete;
- Considerar discussão de caso com teledermato ou encaminhamento para dermatologista em avaliação médica.

-Lembrem que óleos como o **AGE NÃO tem poder de hidratação** e seu uso é desaconselhado para esse fim.



Fonte: Araújo, Alexandrino e Souza, 2021; Rodrigues *et al.*, 2021 Gozzo *et al.*, 2020.

ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS

As úlceras vasculogênicas **são feridas que acometem os membros inferiores**, especificamente abaixo dos joelhos e podem ser de origem venosa, arterial ou mista. São feridas consideradas de difícil cicatrização com comprometimento de estruturas cutâneas, epiderme e derme, podendo afetar, também, tecidos mais profundos.

Normalmente estão relacionadas com patologias sistêmicas, como: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, entre outras. Prejudicam e atrasam o processo de cicatrização, causam dor física, estigma e preconceito. Provocam impactos negativos na qualidade de vida, no trabalho e no convívio social. A redução de fatores de risco como tabagismo, controle do diabetes, hipertensão arterial, redução de lipídeos séricos auxilia na melhora do processo de cicatrização.

A partir da etiologia das úlceras a terapêutica deve ser avaliada, sendo o diagnóstico baseado na anamnese e exame físico. Os exames para diagnóstico de úlceras de membros inferiores são o ecodoppler e o Índice Tornozelo-braquial (**ITB**), sendo o ITB a ferramenta de escolha para triagem primária. A descrição da execução do ITB está no capítulo de Avaliação do Pé da Pessoa com Diabetes, a partir da pág. 68. A seguir, destacamos a classificação das úlceras vasculogênicas:

Úlceras Venosas (UV): Tipo mais comum de úlcera de perna, ocorrem no estágio mais avançado da doença venosa crônica onde há a presença de incompetência valvar, refluxo, obstrução venosa ou a combinação destes fatores. Estão geralmente localizadas na porção distal dos membros inferiores. Pode ocorrer eczema, eritema, vesículas, descamação e lipodermatoesclerose. A dor pode estar presente, geralmente piora no final do dia e melhora com a elevação dos membros. **Os pulsos periféricos pedioso e tibial posterior são palpáveis e cheios.** Importante sempre realizar o ITB para descartar comprometimento arterial. Em pacientes diabéticos com pulso palpável não se pode descartar completamente a doença arterial, pois a calcificação vascular pode elevar a pressão arterial sistólica, conferindo valores falsos para o ITB. Para diagnóstico diferencial é recomendado avaliação médica vascular e realização de ecodoppler de vasos dos membros inferiores.

Fatores de risco:

- Idade avançada;
- Sexo feminino: devido ao número de gestações e uso de anticoncepcional;
- Hipertensão;
- Diabetes;
- Tabagismo e/ou consumo de assemelhados;
- Obesidade;
- Trombose venosa profunda (TVP) resultando em oclusão;
- Trauma em membros inferiores,
- Presença de veias varicosas.

O **tratamento consiste em manejo para eliminar ou mitigar os efeitos da hipertensão venosa**, sendo indicados a terapia compressiva ou em alguns casos tratamento cirúrgico. O uso de substâncias que afetam o tônus venoso ou flebotômicas pode ser avaliada pelo médico.

Úlcera Arterial (UA): se desenvolvem a partir do suprimento inadequado de sangue arterial e estreitamento das artérias periféricas causadas pela **aterosclerose**. Em algumas situações o tromboembolismo pode causar infarto cutâneo e levar também a ulcerações. Tem como etiologia a DAP (**doença arterial periférica**) que em seu estágio mais grave há presença de dor em repouso e/ou ferida isquêmica, geralmente localizada na ponta dos pés ou em protuberâncias ósseas do pé e também na porção inferior da perna. A **claudicação intermitente** frequentemente está presente embora em algumas formas mais brandas não ocorra essa manifestação. Geralmente são feridas dolorosas, com piora da dor ao elevar o membro e com melhora quando o membro fica pendente para baixo. As **extremidades são frias**, os pulsos periféricos são fracos ou ausentes e o tempo de enchimento capilar é lento, sendo maior que 3-4 segundos. A pele geralmente apresenta-se fina, descamativa, com quantidade diminuída de pelos ou ausência e unhas espessas. O fluxo de suprimento de sangue arterial deficitário necessita ser corrigido, por meio de abordagem cirúrgica ou farmacêutica. Em razão disso é necessário o encaminhamento para serviço de referência vascular.

Fatores de risco:

- Tabagismo;
- Diabetes;
- Idade avançada;
- Histórico de doença arterial pessoal ou familiar;
- Sedentarismo.

Úlcera Mista: ocorre quando há **comprometimento venoso e arterial ao mesmo tempo**. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, são localizadas normalmente no tornozelo medial e lateral, geralmente têm pulsos palpáveis. A terapia compressiva ou contensiva pode ser indicada se ITB for $>0,9$ sob supervisão clínica rigorosa e deve ser constantemente avaliada.

Na Unidade de Saúde, as pessoas que apresentarem lesões vasculogênicas ou histórico prévio dessa condição devem ser avaliadas pelo Enfermeiro da APS que poderá instituir a terapia compressiva/contensiva e/ou solicitar consultoria ao enfermeiro estomaterapeuta dos ambulatórios municipais, via fluxo descrito na página 34.

No Quadro 12, descreveremos as características e cuidados de enfermagem para pessoas que apresentam úlceras vasculogênicas e como diferenciar as úlceras venosas das arteriais.

ÚLCERA VENOSA



Fonte: arquivo pessoal.

-Lesões únicas ou múltiplas com variação de tamanho, formato irregular.

- Lesão superficial, no início, podendo se tornar mais profundas com o tempo;
- Bordas definidas;
- Leito da lesão com tecido de granulação ou esfacelos;
- Exsudato de média a alta quantidade e, em alguns casos, presença de dor;
- Ressecamento da pele e lipodermatoesclerose;
- Pode haver edema, varizes, prurido, fadiga, dor/desconforto nas pernas, hiperpigmentação da pele adjacente (dermatite ocre).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O **padrão-ouro no tratamento da UV é a utilização de terapia compressiva elástica ou contensiva inelástica.**

Ao utilizar terapia compressiva atentar ao desconforto, irritação, dormência e latejamento dos dedos;

- Prescrever cobertura primária conforme as características do leito da lesão;
- Hidratar pele ressecada/ descamada;
- Manter hidratação após cicatrização da lesão utilizando umectantes e não produtos à base de AGE;
- Estimular deambulação se não houver comprometimento da mobilidade;
- Prescrever meias de compressão após a cicatrização de lesões para evitar recidiva (30- 40mmhg).



ÚLCERA ARTERIAL



Fonte: banco de imagens Canva.

-Lesão circular profunda e bem demarcada.

- Ausência de tecido de granulação, apresenta-se com leito necrótico, pálido, localizada geralmente nos calcâneos, artelhos, espaços interdigitais e proeminências ósseas;

-Exsudato mínimo ou ausente;

-A claudicação intermitente está quase sempre presente. Observar a marcha do paciente em busca de claudicação;

-Cãimbras na panturrilha ou nos pés que aliviam no repouso.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

-Avaliar necessidade de encaminhamento ao especialista vascular;

-Prescrever cobertura primária conforme as características do leito da lesão;

-Não realizar desbridamento instrumental, pois o procedimento aumenta a demanda de aporte de oxigênio no local induzindo a hipóxia e, com isso aumentando a necrose na ferida.



Indicações e tipos de Terapias Compressivas

A terapia compressiva é amplamente recomendada para indivíduos com índice tornozelo-braquial (ITB) entre 0,9 e 1,3 que sofrem de úlceras associadas a comprometimento venoso. Reconhecida como o padrão-ouro no tratamento e na prevenção de úlceras venosas, esta abordagem visa melhorar o retorno venoso e prevenir a estase, além de controlar o edema e revitalizar o sistema de drenagem linfática. No entanto, é crucial observar que a terapia compressiva está parcialmente contraindicada em certos casos, como na presença de doença arterial periférica (DAP), insuficiência cardíaca, neuropatia periférica e úlceras venosas infectadas.





As terapias compressivas são categorizadas com base no tipo, número de componentes, camadas utilizadas e níveis de compressão. Entre as opções mais comuns estão as meias de compressão, bandagens elásticas de alta compressão, ataduras inelásticas como a bota de Unna e sistemas de compressão com um único ou múltiplos componentes.

Segundo o Parecer nº 04/2016 da Câmara Técnica do Conselho Federal de Enfermagem, enfermeiros estomaterapeutas e enfermeiros capacitados têm a competência para prescrever terapia compressiva na prevenção e tratamento de úlceras venosas.

O Parecer 01/2020 do COREN-MG determina que a aplicação da bota de Unna não é atribuída ao Técnico de Enfermagem devido à sua complexidade, mas eles podem colaborar com o Enfermeiro durante o procedimento. A retirada da bota de Unna pode ser avaliada e prescrita pelo enfermeiro, sendo realizada pelos técnicos de enfermagem sob sua supervisão direta.

A solicitação para a utilização da terapia compressiva/contensiva deve ser encaminhada por meio de consultoria ao enfermeiro estomaterapeuta dos ambulatórios municipais, conforme o fluxo indicado na página 34 (<https://bit.ly/fluxoferidaspoa>).

Quadro 13- Modalidades de terapias compressivas e contensivas

Meias elásticas 	<ul style="list-style-type: none">-Meias de compressão, sistemas de meias multicamadas.-Podem ser utilizadas ainda na vigência da úlcera, se não for muito extensa.-A pressão externa que a compressão deve fazer no tornozelo é em torno de 35-40 mmHg.-Após a cicatrização devem continuar sendo utilizadas para prevenir recidivas.
Terapia contensiva Inelástica (Bota de Unna) 	<ul style="list-style-type: none">-Fornece alta pressão durante a deambulação,-Não esta indicada quando há restrição importante de marcha, fornece pequena compressão durante o repouso.-Possui compressão de 18-24 mmHg.-É impregnada basicamente por óxido de zinco.-Não deve ser utilizada na presença de infecções e miíase. Não reutilizável.
Bandagem de Alta Compressão 	<ul style="list-style-type: none">-Atadura de compressão graduada.-É uma bandagem de alta compressão, elástica, reutilizável.-Possui maior estiramento do que as inelásticas e causam alta pressão tanto na marcha quanto no repouso.-Deve ser colocada conforme orientações do fabricante.
Sistema Multicomponentes 	<ul style="list-style-type: none">-Compressão com mais de uma camada ou componente, fornecendo alta compressão sustentada e pode permanecer até 7 dias.-Combina a terapia elástica com a inelástica.-Não reutilizável.

Fonte: Abadde et al., 2020; Paranhos et al., 2019; Borges; Santos; Soares, 2017.

TERAPIA CONTENSIVA INELÁSTICA (BOTA DE UNNA)

Modo de aplicação:

- Realizar a limpeza da ferida conforme protocolo descrito na pág. 25;
- Escolher cobertura primária da ferida quando necessário;
- Aguardar 15 min com membro elevado;
- Iniciar enfaixamento com a bota de unna na base do pé (dedos livres) e subir em movimentos circulares ou espirais, fazer enfaixamento em “oito” no tornozelo e prosseguir em espiral até 2cm abaixo do joelho, sobrepondo 50% da bandagem em cada volta;
- Aplicar atadura elástica (branca) com técnica semelhante a da bota de unna, porém com compressão;
- Aplicar cobertura secundária absorvente, se necessário;
- Aplicar atadura de crepom;
- Orientar a trocar do secundário sempre que estiver úmido.

A bota de unna pode ser trocada em até 7 dias, conforme avaliação do enfermeiro. Orientar proteção do curativo durante o banho, para não molhar.

Sinais de alerta: aumento da dor, cianose de extremidades, piora do edema e formigamento: suspender o uso da bota de unna e reavaliar.



CUIDADOS DE ENFERMAGEM

SEQUENCIA DA APLICAÇÃO DA TERAPIA INELÁSTICA BOTA DE UNNA

Figura 32- Etapas da aplicação da bota de unna



Fonte: elaborado pelos autores.

Enfaixamento

Figura 33- Etapas do enfaixamento



Passo 1



Passo 2



Passo 3



Passo 4

Fonte: Duro, 2018.

TERAPIA COMPRESSIVA COM BANDAGEM DE ALTA COMPRESSÃO ELÁSTICA

Modo de aplicação:

- Realizar a limpeza da ferida conforme protocolo descrito na pág. 25;
 - Aguardar 15 min com membro elevado;
 - Escolher e aplicar a cobertura primária da ferida quando necessário;
 - Aplicar atadura branca elástica, em espiral;
 - Após, utilizar cobertura secundária absorvente (apósito, gaze de algodão);
 - Aplicar bandagem de alta compressão, conforme orientações do fabricante;
- Orientar a troca da cobertura secundária sempre que necessário e a troca primária conforme prescrição do enfermeiro;
 - O Membro deve ser protegido na hora do banho para não molhar a atadura;

Observar **sinais de alarme** como aumento da dor, cianose de extremidades, piora do edema e formigamento.

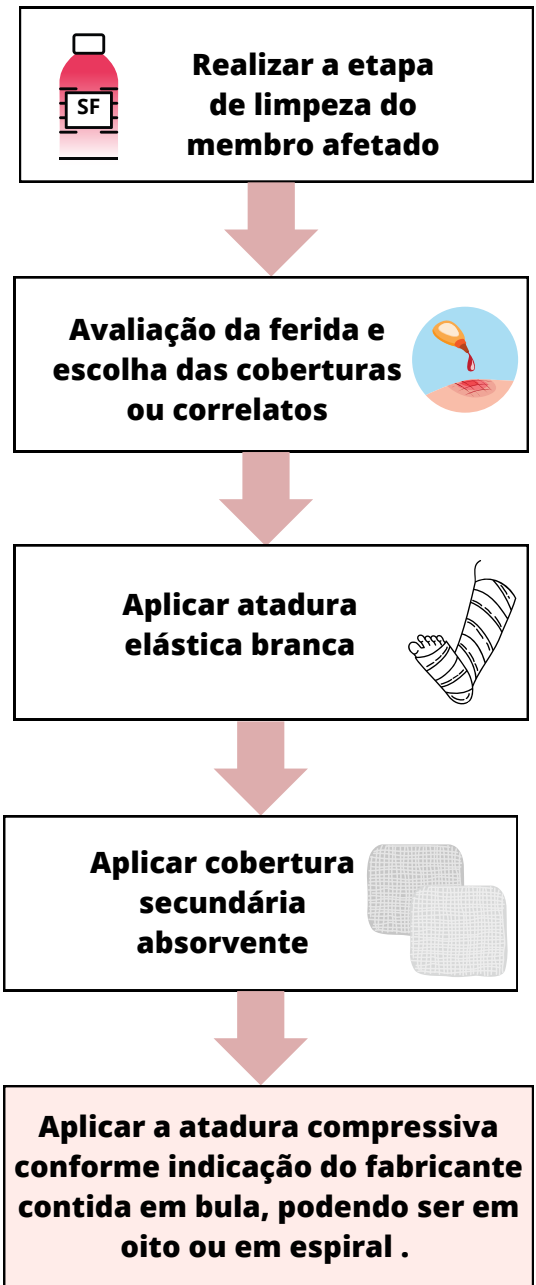
Nesses casos deve retirar a bandagem compressiva e retornar para avaliação presencial com enfermeiro.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM



SEQUENCIA DA APLICAÇÃO DA BANDAGEM ELÁSTICA DE ALTA COMPRESSÃO

Figura 34- Etapas da aplicação da bandagem de alta compressão



Fonte: elaborado pelos autores.

LINFEDEMA / EDEMA LINFÁTICO

Figura 34- Imagens de membros inferiores com edema



Fonte: banco de imagens Canva.



Fonte: banco de imagens Canva.

Conceito: excesso de líquido intersticial no espaço tecidual, que ocorre devido a alterações do sistema linfático.

Etiologia: progressivo; associado a inflamação de membros e aumento da espessura da pele e tecido moles. Inflamação crônica de estruturas linfáticas que leva a fibrose irreversível dos canais linfáticos tornando-os inadequados para exercer suas funções. Pode surgir em qualquer idade, repentinamente ou lentamente. Normalmente não apresenta dor. Edema piora no final do dia. Pode causar aumento do risco de infecções, diminuição dos movimentos e alterações sensitivas. Altera a qualidade de vida do paciente (autoestima, sequelas físicas, psíquicas e sociais).

Características: afeta mais os membros inferiores, unilateral ou bilateral. Edema diminui com o repouso, podendo ser reversível na fase inicial. Na fase mais avançada, pode levar a deformidades e tornar-se irreversível. Pode ser:

Primário: instalação da patologia sem sinais prévios. Não há causa externa associada. O sistema linfático apresenta anomalias devido a mutações genéticas como malformações arteriovenosas, capilares, entre outras. Normalmente é reversível.

Secundário: associado a causas externas como, por exemplo, remoção de nódulo linfático, infecção, filariose, entre outros. Pode ser uma patologia maligna se houver invasão de células neoplásicas ou obstrução de vasos e nódulos.

Diagnóstico: é sobretudo clínico. Exames podem ser necessários para confirmação do diagnóstico e elucidação do grau de lesão do sistema linfático bem como, para excluir outras causas desencadeadoras do edema.

Tratamento: é realizado com suporte multidisciplinar. Drenagem linfática manual. Terapia compressiva com meias ou ataduras de alta compressão, desde que afastado comprometimento arterial.



Guidelines on the
Management of
Cellulitis in
Lymphoedema

DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA

Dermatite Associada à Incontinência (DAI), está dentre as lesões de pele associadas à umidade, sendo um dos tipos mais comuns proveniente da exposição crônica da pele a urina e/ou fezes. É caracterizada por uma dermatose inflamatória que apresenta eritema, exsudato e ulceração, atingindo áreas como períneo, região glútea, abdome inferior e coxa. Diferencia-se das lesões por pressão por estarem em áreas maiores que as de proeminência óssea.

Condições que facilitam a evolução para DAI:

- Extremos de idade;
- Estado geral de saúde do paciente;
- Estado nutricional;
- Oxigenação tecidual;
- Perfusão tissular;
- Exposição da pele à fricção ou ao cisalhamento e a temperatura corporal.

Avaliação: a pele deve ser sempre inspecionada na busca de **alteração na coloração**. Em pessoas de pele clara pode-se manifestar somente por hiperemia local, já em pessoas de pele mais escura a região afetada encontra-se pálida ou com alterações de coloração que vão desde o púrpura ao vermelho.

A DAI pode ser categorizada por rubor persistente ou perda de pele, utilizando a ferramenta de categorização da DAI de Gante descrita por Beeckman et al., 2018.

Quadro 14- Categoria da Dermatite Associada a Incontinência

1A

Categoria 1: Rubor persistente



Vermelhidão persistente sem sinais clínicos de infecção.

Pele **macerada, aspecto brilhante**, vesículas ou bolhas intactas, ardor, formigamento, prurido e dor.

1B

Categoria 1: Rubor persistente



Vermelhidão persistente com sinais clínicos de infecção

Vermelhidão persistente com **sinais clínicos de infecção** que podem apresentar-se como escamação branca da pele ou pústulas no entorno da lesão.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Realizar a limpeza da área ao menos uma vez ao dia ou a cada episódio de incontinência;
- Utilizar produtos com **PH neutro**;
- Utilizar proteção contra umidade a base de óxido de zinco, creme barreira específico ou película polimérica não irritante;
- Atentar para a saturação da fralda;
- Não utilizar fraldas sobrepostas e de panos.**



continua.

Quadro 14- Categoria da Dermatite Associada a Incontinência

Categoria 2: Perda de pele

2A



Perda da pele SEM sinais clínicos de infecção

Perda da pele que pode manifestar-se por **erosão cutânea, flictenas, ardor, prurido e dor.**

Categoria 2: Perda de pele

2B



Perda da pele COM sinais clínicos de infecção

Perda da pele que pode manifestar-se por **erosão cutânea, flictenas, ardor, prurido e dor**, o padrão das lesões pode ser difusa. Esfacelo visível no leito da ferida. Exsudato indicativo de infecção bacteriana.

Fonte: Beekman *et al.*, 2020; Beekman *et al.*, 2018.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Realizar a limpeza da área ao menos uma vez ao dia ou a cada episódio de incontinência.
- Utilizar produtos com **PH neutro.**
- Utilizar proteção contra umidade a base de óxido de zinco, creme barreira específico ou película polimérica não irritante.
- Secagem da pele deve ser realizada de forma suave evitando a fricção.
- Atentar para a saturação da fralda.
- Não utilizar fraldas sobrepostas e de pano.
- Avaliar necessidade de coberturas específicas para o leito da ferida e antifúngicos tópicos.



Sempre que possível, a causa da incontinência deve ser identificada e eliminada.

-Dispositivos externos para incontinência urinária acoplados em bolsa coletora são indicados até a melhora da DAI.

-Utilizar surfactantes suaves e pouco irritantes e agentes de limpeza com pH levemente acidificado. Sabonetes líquidos infantis geralmente possuem essas características e podem ser utilizados para a limpeza da pele afetada.

-Os hidratantes não possuem poder de barreira, só de hidratação, não sendo indicados em caso de DAI.

-As fraldas de pano estão contraindicadas.

-**Cremes antifúngicos, corticóide e antibiótico tópicos devem ser indicados somente na vigência de infecções ou presença de fungos, não devendo serem utilizados de rotina.** Quando necessário a utilização de corticóides optar pelos de baixa potência, pois seu efeito é aumentado pela oclusão das fraldas, discutir com equipe médica.



Best practice recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity



DERMATITE ATÓPICA

A Dermatite Atópica (DA), também conhecida como Eczema Atópico, é definida como uma doença inflamatória crônica e pruriginosa da pele, atingindo com mais frequência as crianças. Costuma ser recorrente e está normalmente associada a uma história pessoal ou familiar de alergias, rinite alérgica e asma.

Em indivíduos com DA, a barreira cutânea encontra-se suscetível a xerose, prurido, eritema, edema, erosões e/ou escoriações, exsudação e formação de crostas.

A DA está associada com a exposição a substâncias irritantes, fragrâncias, corantes e produtos de limpeza em geral, tecidos, agentes infecciosos, suor, ansiedade e alguns alimentos.

Figura 35- Imagens de dermatite atópica



Fonte: banco de imagens Canva.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- O curso da doença deve ser explicado ao paciente e/ ou a seus responsáveis;
- Orientar a hidratação da pele ao menos duas vezes ao dia e imediatamente após o banho ou lavagem das mãos. O hidratante deve ser livre de perfumes, fragrâncias e outras substâncias potencialmente sensibilizantes;
- Orientar banhos curtos (5 -10 minutos) e à temperatura de 27 a 30°C;
- Os sabonetes precisam ter PH fisiológico e formulações antissépticas devem ser evitadas;
- Sabonetes e hidratantes que contenham ingredientes alimentares como proteína do trigo ou amido de arroz podem causar sensibilização cutânea e devem ter uso cauteloso;
- Orientar o uso de roupas de preferência confeccionada em algodão evitando a lã;
- Observar a temperatura do ambiente e utilizar, se possível, umidificador de ar no inverno e verão;
- Orientar a lavagem das roupas com sabão de glicerina, de preferência sem o uso de alvejante ou amaciante;
- Afastar agentes que possam estar relacionados com as crises, como a presença de ácaros, fumaça de cigarro e fogão à lenha;
- Encaminhar para avaliação médica para indicação de anti-inflamatórios tópicos e sistêmicos , se necessário.



Fonte: Brasil, 2023; Antunes *et al*, 2017.

IMPETIGO

O impetigo trata-se de uma **infecção bacteriana da pele**, também conhecida como **piodermia**, é uma infecção de pele altamente contagiosa e apresenta-se em qualquer parte do corpo onde há descontinuidade da integridade da pele. O impetigo é causado por 2 agentes patogênicos *Streptococcus* beta-hemolítico e *Staphylococcus aureus*. Pode apresentar-se de duas formas, impetigo bolhoso ou não-bolhoso.

O **impetigo bolhoso** inicia com vesículas e bolhas, que se rompem após 2 a 3 dias, resultando em úlceras eritematosas circulares, com crostas aderentes e edema eritematoso ao redor, podendo ocorrer febre e diarreia.

As lesões de **impetigo não-bolhoso** iniciam com pápulas eritematosas que rapidamente evoluem para vesículas e/ou pústulas que se rompem, formando crostas cor de mel sobre a base eritematosa.

Quadro 15- Categoria dos impetigos

Impetigo bolhoso

Apresenta-se com **vesículas, bolhas e úlceras eritematosas circulares**, geralmente em nádegas, tronco e axilas.



Bowen, A. et al, 2018

Impetigo não-bolhoso

Apresenta-se como uma **crosta cor de mel**, geralmente no rosto, ao redor do nariz e boca, em extremidades e couro cabeludo.



Tove Agner, 2022.

Fonte: Tove Agner, 2022; Markus; Simoni; Schiavan, 2021; Bowen *et al.*, 2018.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Orientar a limpeza delicada e remoção das crostas com sabonete neutro para evitar que a doença se espalhe. Quando as crostas estiverem muito aderidas orientar compressas de água morna durante o banho para soltura;
- Incentivar a limpeza e higienização constante das mãos e corte de unha para não haver autoinoculação;

O uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos e afastamento das atividades fica a **critério médico**, porém por se tratar de doença infectocontagiosa é fortemente recomendado o afastamento.



AValiação dos Pés da Pessoa com Diabetes



A Atenção Primária tem um papel importantíssimo na identificação e na prevenção das doenças do pé relacionadas ao diabetes. O rastreio anual é prática recomendada pelos órgãos internacionais e guidelines que orientam as condutas com Diabetes Mellitus (DM), sendo assim, incentive sua equipe na identificação dos diabéticos e na execução dos testes de avaliação. As orientações a seguir estão ancoradas nas Diretrizes do Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético (IWGDF, 2023).

A etiopatologia do pé em risco divide as ocorrências desse agravo em **neuropático, vascular ou misto**.

A **neuropatia diabética** é a complicação crônica mais predominante do DM, acometendo mais da metade dos pacientes. A perda da sensibilidade protetora plantar é o principal fator para o desenvolvimento de ulceração no pé.

A incidência anual de úlceras nos pés em pessoas diabéticas é de 2%, no entanto estudos evidenciam um risco de 25% de desenvolvimento de uma úlcera ao longo da vida, com risco elevado para amputações.

O **diagnóstico da neuropatia diabética é clínico**, com avaliação, anamnese, identificação de fatores de risco e outras complicações relacionadas ao diabetes.

As desordens vasculares (**isquêmicas**) acontecem geralmente por aterosclerose, e apresentam histórico de **dor a elevação do membro ou claudicação intermitente**. Pode apresentar **dificuldade na palpação da artéria pediosa dorsal e tibial posterior** e palidez do pé a elevação do membro.

As complicações de ordem mista tem a ocorrência da doença neuropática e isquêmica, juntas.

Enfermeiro, realize a avaliação geral e dos pés durante a consulta de Enfermagem e observe:

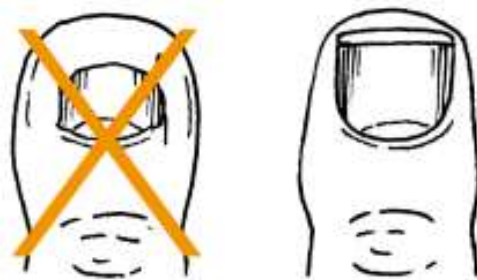
- **Marcha:** modo de execução da marcha e pontos de apoio dos pés ao solo. Observe a marcha no caminhar ou na entrada do usuário no consultório.
- **Calçado:** observe o material e anatomia do calçado que a pessoa está utilizando. Calçados com tiras estreitas e de borracha tem mais propensão para formação de úlceras.
- **Cor e temperatura do pé:** o aspecto avermelhado sugestivo de infecções pode ser de difícil visualização dependendo da tonalidade da pele. Toque em ambos os pés simultaneamente e compare a temperatura. Pés pálidos e frios pode indicar distúrbios arteriais.
- **Edema:** presença de edema sugere má circulação e/ou processo infeccioso. Avalie.
- **Presença de calosidades ou deformidades:** pode indicar espessamento protetor da epiderme por atrito recorrente. Avalie novamente se o calçado não pode ser o responsável pelo atrito. A presença do calo pode ser um precursor de uma ulceração.
- **Higiene dos pés:** Avalie se há uma higiene adequada. Incentive a inspeção diária dos pés.



Rastreio da neuropatia diabética e da doença arterial periférica deve ser **ANUAL** em pessoas com diabetes que apresentam risco muito baixo de ulceração.

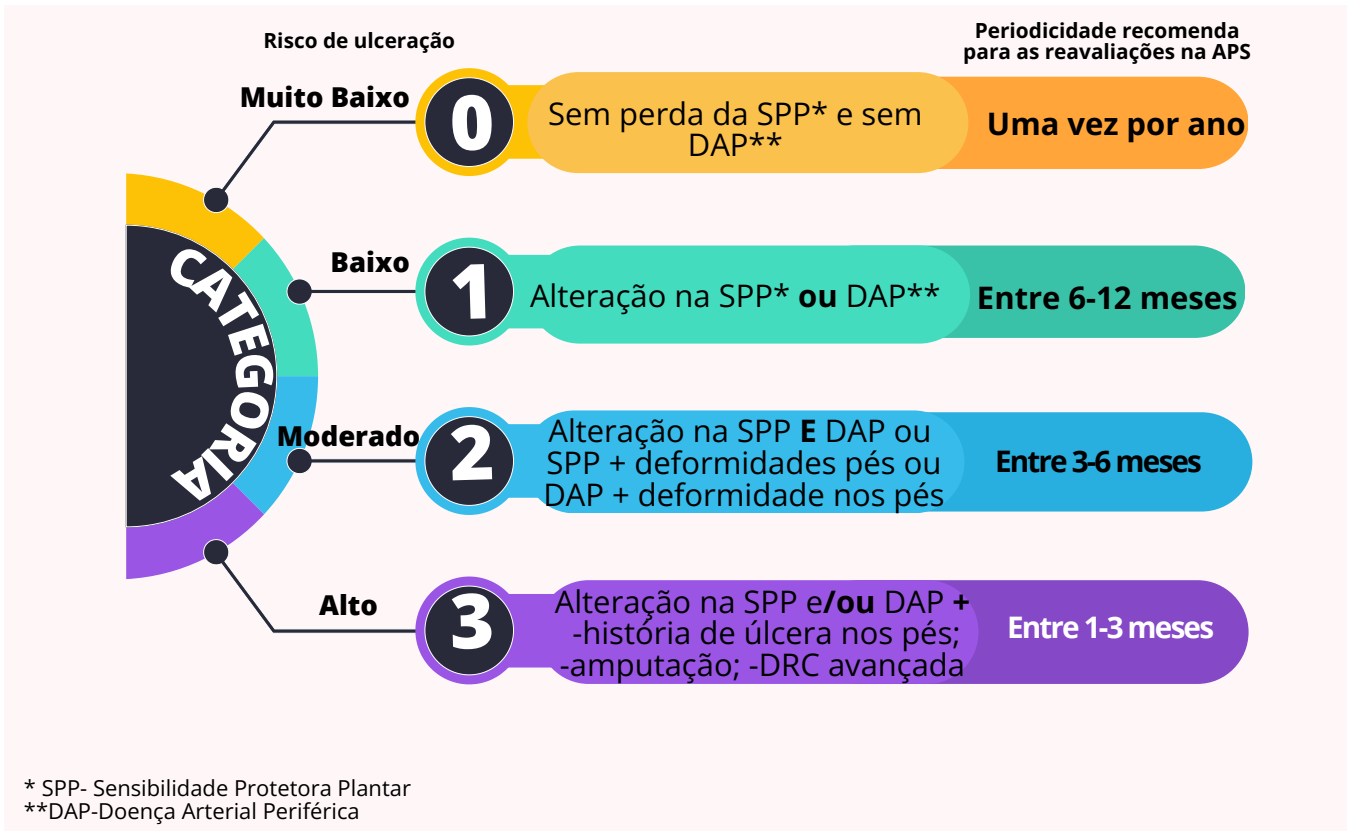
- **Presença de úlcera nos pés:** se o usuário já tiver ulceração nos pés, precisa ser realizado manejo adequado da ferida, encaminhamento vascular, avaliação com serviço especializado e vigilância atenta da APS para evitar amputações e morte.
- **Corte das unhas:** o corte reto das unhas pode prevenir ulcerações. Incentive que o usuário diabético corte suas unhas em formato reto.
- **Palpação de pulso pedioso ou tibial posterior:** pulsos ausentes ou filiformes podem ser um indicativo de Doença Arterial Periférica (DAP). Pergunte se usuário sente dor ao caminhar, pode ser indício de claudicação intermitente e desordem arterial.

Figura 36: Maneira correta de cortar as unhas dos pés.



Fonte: IWGDF, 2023.

Figura 37: Estratificação de Risco IWGDF 2023 e a frequência de triagem dos pés



Fonte: elaborado pelos autores. Baseada em IWGDF, 2023.

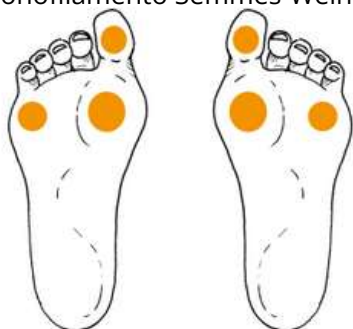
Avaliação da Sensibilidade Protetora plantar

Percepção de pressão: monofilamento Semmes-Weinstein de 10 gramas - avalia a perda da sensação protetora plantar.

Os locais de avaliação da sensação de pressão, utilizando monofilamento, foram atualizados no Consenso de 2023 da IWGDF.

- Teste primeiro aplicando o monofilamento nas mãos, cotovelo ou testa do usuário, para demonstrar a sensação percebida.
- Informe o usuário para que não olhe a execução dos teste e certifique-se dessa ação.
- Aplique o monofilamento perpendicularmente à superfície da pele, com força suficiente para fazer com que o filamento dobre ou entorte, conforme Figura 39. Todo procedimento deve durar aproximadamente 2 segundos.
- Teste três locais diferentes em ambos os pés, de acordo com a Figura 38.

Figura 38: Locais de testagem com o monofilamento Semmes-Weinstein 10g



Fonte: IWGDF, 2023.

Figura 39: Envergadura correta do monofilamento Semmes-Weinstein 10g



Fonte: IWGDF, 2023.

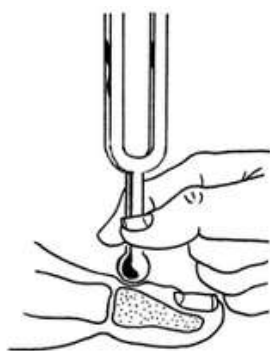
- Não aplique o filamento diretamente sobre úlcera, calo, cicatriz ou tecido necrótico.
- Não permita que o filamento deslize pela pele ou faça contato repetitivo no local do teste.
- Pressione o filamento contra a pele e pergunte ao paciente se ele sente a pressão aplicada ('sim'/'não') e em seguida onde sente a pressão (por exemplo, 'planta do pé esquerdo'/'calcâneo direito').
- Repita esta aplicação duas vezes no mesmo local, mas alterne com pelo menos uma aplicação "simulada" na qual nenhum filamento é aplicado (um total de três perguntas por local).
- A sensação protetora é:
 - **presente:** se o paciente responder corretamente em duas das três aplicações;
 - **ausente:** se o paciente responder duas de três respostas incorretas.
- Incentive os pacientes durante os testes, dando *feedback* positivo.

Os monofilamentos tendem a perder força de flambagem temporariamente após serem usados várias vezes no mesmo dia, ou permanentemente após uso prolongado. Dependendo do tipo de monofilamento, sugerimos não usar o monofilamento nas próximas 24 horas após avaliar 10 a 15 pacientes e substituí-lo após usá-lo em 70 a 90 pacientes.

Percepção de vibração: utilizando diapasão 128 Hz

- Teste primeiro aplicando o diapasão no pulso, cotovelo ou clavícula do usuário para demonstrar como é a sensação.
- Certifique-se de que o paciente não consiga ver onde o examinador aplica o diapasão.
- Aplique o diapasão em uma parte óssea na face dorsal da falange distal do primeiro dedo do pé (ou em outro dedo do pé se o hálux estiver ausente).
- Aplique o diapasão perpendicularmente, com pressão constante (Figura40).
- Repita esta aplicação duas vezes, mas alterne com pelo menos uma aplicação 'simulada' na qual o diapasão não esteja vibrando.

Figura 40: Método de uso do diapasão de 128 Hz



Fonte: IWGDF, 2023.

- O teste é positivo se o paciente responder corretamente pelo menos duas das três aplicações, e negativo se duas das três respostas estiverem incorretas.
- Se o paciente não conseguir sentir as vibrações no dedo do pé, repita o teste mais proximalmente (por exemplo, maléolo, tuberosidade da tíbia).
- Incentive o paciente durante o teste, dando *feedback* positivo.
- **Teste de toque leve:** este teste simples pode ser usado para **rastrear a perda de sensação protetora**, quando o monofilamento de 10 gramas ou o diapasão de 128 HZ não estiver disponível. O teste tem concordância razoável para determinar perda da sensação protetora plantar, mas sua precisão na previsão de úlceras nos pés não foi estabelecida.
- Explique o procedimento e certifique-se de que tudo foi compreendido.
- Instrua o usuário a fechar os olhos e dizer sim quando sentir o toque.
- O examinador toca levemente e sequencialmente com a ponta do seu dedo indicador as pontas do primeiro, terceiro e quinto dedos de ambos os pés por 1–2 segundos.
- Ao tocar, não empurre, bata ou cutuque.

-Perda de sensação protetora é provável quando o toque leve não é detectado em 2 ou mais locais.



Monofilamento 10g

ALTERADO: se duas respostas forem erradas (em três aplicações), inclusive a simulação.

Diapasão de 128 Hz

ALTERADO: se há resposta incorreta em duas das três aplicações, inclusive a simulação.

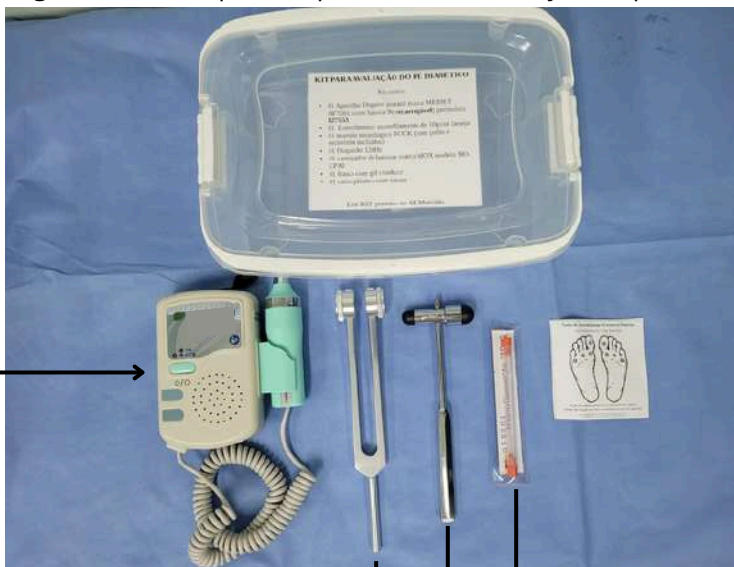
Há perda da sensibilidade protetora plantar se os exames estiverem alterados.

Fonte: IWGDF, 2023.



Os **Kits de avaliação do pé em risco** estão disponíveis nas Unidades de Saúde de Porto Alegre para utilização!

Figura 41: Itens que compõe o Kit de avaliação do pé em risco.



Fonte: acervo pessoal.

-Aparelho de doppler vascular portátil para realização do ITB

-Diapasão de 128 Hz

-Monofilamento de 10g- cor laranja

-Martelo Neurológico tipo Buck

MEDIÇÃO DO ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL (ITB)

Exame de rastreio da Doença Arterial Periférica

Materiais e cuidados necessários:

- Aparelho de Doppler portátil de 5-10 MHz.
- Gel transdutor.
- Esfigmomanômetro (selecione um manguito de pressão arterial de tamanho suficiente para ser colocado ao redor dos braços e panturrilhas (aproximadamente 40% extra para envolver).
- O ambiente deve ser tranquilo, com temperatura confortável em torno de 22-24 °C.
- Orientar usuário a não ingerir substância alcoólica ou cafeína e não realizar exercícios 2 horas antes do teste e permanecer na posição supina horizontal, durante 10 minutos antes da medição.
- Descobrir os braços e pernas.

Sempre use a mesma sequência de medições descrita abaixo, com uso de doppler vascular.

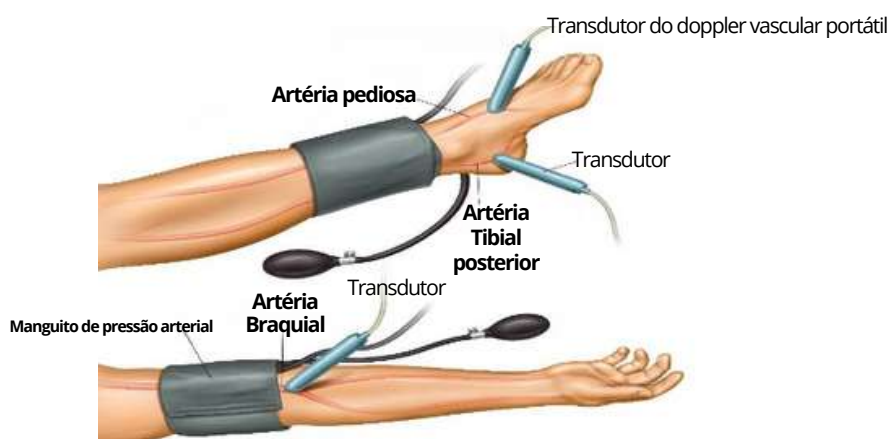
1) Pressão braquial:

- Coloque o manguito em volta do braço;
- Aplique o gel sobre a área da artéria braquial (pode ser palpada primeiro) e posicione o transdutor do doppler sobre a artéria. Certifique-se de que um sinal sonoro claro seja detectado no aparelho de doppler;
- Insufle o manguito até valores suprassistólicos, ou seja, cerca de 30 mmHg acima da pressão quando o sinal desaparecer completamente;
- Esvazie lentamente o manguito a uma taxa de 2-3 mmHg por segundo até que um sinal sonoro reapareça; a pressão do manguito naquele momento é igual à pressão sistólica na artéria. Registre o resultado. Repita este procedimento no outro braço.

2) Pressão no tornozelo:

- Coloque o manguito da panturrilha aproximadamente 2 cm acima do maléolo, com os tubos apontando para cima;
- Aplique o gel nas áreas da artéria dorsal do pé e das artérias tibiais posteriores (Figura 42);
- Coloque o transdutor do doppler com um ângulo de 40-60° apontando para montante em a área de cada artéria ;
- Mova lentamente a sonda para selecionar a área com o melhor sinal;
- Avalie de forma audível o som do doppler;
- Um sinal ausente ou um sinal monofásico é anormal e é indicativo da presença de doença arterial periférica;
- Infle o manguito até 30 mmHg acima da pressão onde o som pulsátil é perdido/a forma de onda visual desaparece;
- Esvazie lentamente o manguito a uma taxa de 2-3 mmHg por segundo; a pressão sistólica deve ser medida assim que uma forma de onda audível retornar ou houver um pequeno movimento ascendente regular de uma forma de onda visual (que ocorre antes do retorno completo da forma de onda) e registre o resultado;
- Após um minuto de descanso, realize a medição na outra artéria do mesmo pé ou se o sinal foi perdido durante a primeira medição (não reinsufle o manguito durante o procedimento) Repita essas medições na outra perna.

Figura 42: Localização dos manguitos para ITB.



Fonte: Eur J Vasc Endovasc Surg, 2018.

Cálculo do ITB

O ITB é obtido a partir da divisão da **maior pressão arterial sistólica do tornozelo** (artéria tibial posterior ou artéria dorsal do pé) **e do braço** (artéria braquial), verificadas nos quatros membros, com auxílio de maguito e sonar.

Figura 43: Cálculo do ITB

$$\text{ITB} = \frac{\text{PA SISTÓLICA DO TORNOZELO}}{\text{PA SISTÓLICA DO BRAÇO}}$$

Fonte: elaborado pelos autores, adaptado de IWGDF, 2023.

Exemplo:

$$\text{ITB} = \frac{120 \text{ mmHg}}{120 \text{ mmHg}}$$

(Pressão Arterial sistólica do **Tornozelo**)
(Pressão Arterial sistólica do **Braço**)

$$\text{ITB} = 1$$

(Resultado do cálculo de divisão de 120/120=1)

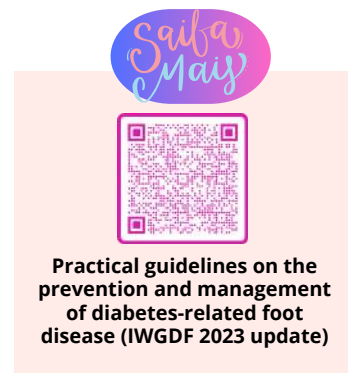
CLASSIFICAÇÃO SOBRE A GRAVIDADE DAS ISQUEMIAS CONFORME SCORE DO ITB

Figura 44: Escores para classificação sobre a gravidade das isquemias conforme ITB

Resultado do ITB	INTERPRETAÇÃO
> 1,3	Calcificação arterial pode estar presente.
0,9 - 1,3	Sem isquemia óbvia. Em situações de úlceras de perna pode-se optar por terapia compressiva.
< 0,5	Isquemia severa. Encaminhar para avaliação do vascular com urgência. Não comprimir.

Fonte: elaborado pelos autores, adaptado de IWGDF, 2023.

- A DAP é menos provável na presença de ITB 0,9-1,3 (IWGDF, 2023).
- Se ITB for <0,5 **encaminhe ao vascular com urgência.**
- Em casos de dificuldades na realização do ITB, contate as enfermeiras estomaterapeutas do Ambulatório de Especialidades de sua região.
- Em pacientes diabéticos, níveis de ITB acima de 1,3 podem ser sugestivos de calcificação arterial, referenciar para avaliação do vascular, se possível.



AMPUTAÇÕES

São caracterizadas pela perda ou remoção parcial ou total de algum membro, inferior ou superior. As maiores causas de amputações de membros superiores são os traumas como acidentes automobilísticos, enquanto as amputações de membros inferiores estão mais relacionadas a doença arterial obstrutiva periférica. Algumas outras causas como osteomielite, tumores e alterações congênitas também podem levar a amputações, porém em menor escala.

Os cuidados direcionados as amputações na APS vão muito além do coto de amputação, devem estar focados em questões psicológicas, sociais e de rede de apoio. A reabilitação física para esses pacientes constitui espaço importante de encaminhamento dentro da rede de atenção à saúde, objetivando órteses e próteses.

As **complicações** mais frequentes após a cirurgia de amputação de membros são: **dor local, dor fantasma** (dor neuropática devido à disfunção dos sistemas nervosos central e periférico), **hematomas, edema, deiscência de sutura, presença de tecido desvitalizado** em leito de ferida, fraqueza muscular, depressão e ansiedade.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- **AVALIAÇÃO DO COTO:** observar perfusão sanguínea, sinais de palidez, sangramento excessivo, espículas ósseas, pontos de necrose e/ou sinais flogísticos. Em caso de alterações, discutir com equipe médica.
- Atentar para **retirada de pontos**, conforme nota de alta e avaliação do enfermeiro.
- Orientar sobre a **dor fantasma** e solicitar avaliação médica quando necessário;
- **Realizar enfaixamento compressivo, em formato de oito, envolvendo o coto.** Este método reduz o edema e melhora a circulação prevenindo hematomas. A maior compressão deve ser realizada distalmente ao coto e essa pressão deve ser gradativamente diminuída em direção proximal ao segmento amputado. O enfaixamento adequado auxilia o posterior processo de protetização moldando o coto para a adaptação. Orientar o usuário ou familiar a retirar a atadura 3x ao dia para massagear o coto por 15 min e após aplicar novamente o enfaixamento.
- Se relatos de sensação de formigamento após a realização do enfaixamento deve-se refazer o enfaixamento com menor pressão;
- O enfaixamento deve abranger toda a extensão do coto de amputação e quando a amputação for a nível transfemural o enfaixamento deve-se dar até a cintura pélvica.
- Estimular a realização de exercícios leves de fortalecimento muscular para prevenção de contraturas.



EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR

Figura 46: Orientações sobre exercícios de fortalecimento muscular



TÉCNICA DE ENFAIXAMENTO

- 1- Posicione uma das pontas da faixa pouco abaixo do joelho, leve para parte posterior da perna.
- 2- Dê uma volta circular completa na perna com objetivo de prender a ponta da faixa.
- 3- Então, desça na diagonal dando pressão na região da ponta do coto, depois suba na diagonal pela parte posterior.
- 4- Repita os movimentos nas diagonais formando desenhos de X, aliviando a pressão na região próxima ao joelho.
- 5- O enfaixamento deve finalizar próximo ao joelho.
- 6- Prenda a faixa sem garrotear o membro.
- 7- Não se esqueça!! A pressão da faixa elástica deve ser maior na ponta do coto, e menor na região próxima ao joelho.

Figura 47: Técnica de enfaixamento de coto para amputações **abaixo do joelho**



Fonte: Barreiros; Boas; Silva, 2019.

- 1- Posicione uma das pontas da faixa próxima a virilha, desça até a ponta do coto e leve para parte posterior da coxa.
- 2- Realize movimentos nas diagonais formando desenhos de X, dando pressão na região da ponta do coto, aliviando a pressão na região próxima a virilha.
- 3- Prenda a faixa sem garrotear o membro.
- 4- A pressão da faixa elástica deve ser maior na ponta do coto, e menor na região próxima a virilha.

Técnica de enfaixamento de coto para amputações **acima do joelho**



Fonte: Barreiros; Boas; Silva, 2019.

ÚLCERAS DE PERNA RELACIONADAS À DOENÇA FALCIFORME

A Doença Falciforme (DF) é decorrente da mutação de genes estruturais da hemoglobina, resultando em uma mutação chamada **hemoglobina S**. Originária da África, essa doença chegou ao Brasil com o tráfico de pessoas negras escravizadas. Caracterizada por anemia hemolítica crônica com redução do número de eritrócitos e alteração no formato das hemácias (forma de foice), essas hemácias falcizadas de superfície irregular podem aderir as paredes dos vasos sanguíneos apresentando fenômenos vaso-oclusivos, isquemias e hipóxia tissular que acarretam em lesões teciduais e crises algicas agudas. Muitas vezes as **feridas iniciam por traumas simples como contusões ou picadas de insetos e evoluem progressivamente para piora com presença de dor intensa**. São lesões de difícil tratamento e há alto índice de recidiva após cicatrização. As úlceras estão presentes em aproximadamente 8% até 10% das pessoas com doença falciforme e podem aparecer precocemente, a partir dos 10 anos de idade, sendo mais comuns em homens.

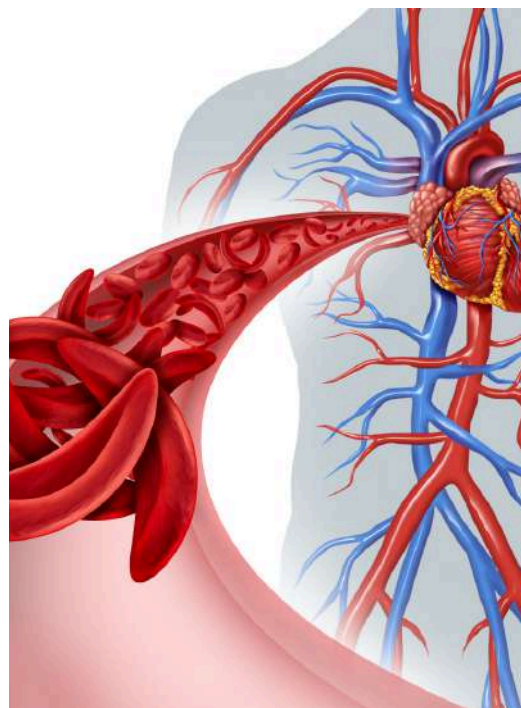


Figura 49: Úlcera na perna de pessoa com doença falciforme



Fonte: Granja et al., 2020.

O **tratamento das úlceras deve seguir as características do tecido apresentado no leito e nas bordas** utilizando a indicação de cobertura (Quadro 7) conforme avaliação do enfermeiro.

Geralmente as úlceras são rasas, com presença de necrose e exsudação relativa, variam de tamanho, podendo ser únicas ou múltiplas e são resistentes as terapias utilizadas. Pessoas com doença falciforme necessitam de um olhar atento, multiprofissional e que contemplem todas as peculiaridades que essa enfermidade acarreta ao longo da vida. Necessário que seja encaminhada ao serviço especializado para manejo da anemia falciforme, aconselhamento genético, nutrição e demais pontos da RAS sempre que necessário. **Porto Alegre possui uma linha de cuidado e fluxo de atendimento da pessoa com doença falciforme que pode ser acessada na Biblioteca Virtual em Saúde** ou pelo endereço eletrônico: <https://bit.ly/3uZNgC1>

Fonte: Granja et al., 2020; Brasil 2015a; Brasil 2015b; Brasil, 2012.

ÚLCERAS DE PERNA RELACIONADAS À DOENÇA FALCIFORME

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Verificar vinculação com serviço especializado de hematologia e encaminhar para consulta médica se necessidade de outros encaminhamentos na RAS;
- Avaliar situação vacinal e atualizar quando necessário;
- Possíveis deficiências de vitaminas, anemias, desidratação ou desnutrição precisam ser observadas e manejadas em consulta médica para auxiliar o processo de cicatrização.
- Verificar sinais vitais incluindo temperatura axilar. Osteomielites não são incomuns e podem levar a infecções importantes, onde um dos primeiros sinais é febre;
- Observar sinais de dor importante, eritema e edema, o que pode evidenciar infarto ósseo;
- Avaliar intensidade da dor e encaminhar para avaliação médica, com vistas ao ajuste da analgesia;
- Indicar o uso de repelentes e inseticidas para evitar lesões decorrentes de picadas de insetos, que podem ser precursores de traumas e ulcerações;
- Orientar o autocuidado e avaliação regular dos pés e pernas. Em qualquer sinal de aparecimento de lesão procurar o serviço de saúde;
- Orientar uso adequado de calçados confortáveis, que não sejam apertados, que se ajustem ao pé sem pressão, uso de meias de algodão de preferência brancas para que possíveis lesões possam ser percebidas.



Fonte: Granja *et al.*, 2020; Brasil 2015a; Brasil 2015b; Brasil, 2012.

ÚLCERAS RELACIONADAS À HANSENÍASE

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, **doença infecciosa de evolução lenta**. A transmissão ocorre por contato próximo e prolongada com pessoa doente sem tratamento e com carga bacilar elevada, pela via aérea superior, através de gotículas de saliva eliminadas na fala ou secreção nasal. O diagnóstico geralmente é tardio e passa pela quebra de barreira do estigma e preconceito causados pela falta de informação, medo e questões históricas que a hanseníase traz. Com o passar dos anos, a progressão da doença sem o tratamento adequados, acarreta alterações limitantes e incapacitantes em mãos, pés e olhos. Vale salientar que a pessoa interrompe a transmissão da doença assim que inicia o tratamento, por isso, o diagnóstico e o início imediato do tratamento são tão importantes.

Sinais e sintomas da hanseníase são: manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas, em qualquer parte do corpo, com perda ou alteração da sensibilidade ao calor e ao frio; ao tato e à dor, principalmente nas extremidades das mãos e dos pés, na face, nas orelhas, no tronco, nas nádegas e nas pernas; áreas do corpo com diminuição dos pelos e do suor; dor e sensação de choque, formigamento, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços e das pernas; caroços no corpo; inchaço e dor nas articulações.

As primeiras alterações ocorrem em nervos periféricos o que evidencia neuropatias severas, com probabilidade de ulcerações de difícil cicatrização. Os danos ocasionados pela hanseníase em fibras nervosas autônomas e sensitivas podem levar a alterações na marcha, assim como o aumento do risco de traumas e queimaduras, elevando a probabilidade de ulcerações traumáticas e de mal perfurante plantar devido pressão excessiva em pontos anômalos. Em formas difusas da doença vários nervos podem ser afetados e a dor neuropática pode acabar surgindo muito tempo após o término do tratamento.

A avaliação oftalmológica deve fazer parte da rotina de encaminhamentos desses pacientes que comumente apresentam afecções oculares como cegueira e deficiência visual, o que prejudica muito o autocuidado, incluindo a inspeção dos pés em risco.

Alguns procedimentos cirúrgicos podem ser realizados para prevenção de deformidades, melhora da estética para estimular convívio social e também para reduzir ou eliminar a compressão intraneural e extraneural, melhorando a dor e a recuperação do nervo acometido.

A instabilidades da resposta imunológica, as reações inflamatórias e a neurite aguda dos nervos periféricos desencadeiam o surgimento do mal perfurante plantar em áreas de déficit de sensibilidade protetora.

Fonte: Batista et al., 2023; Brasil 2022c; Granja 2020.

Figura 50 - Úlcera no pé de pessoa com hanseníase



Fonte: Batista et al., 2019.

Figura 51 - Úlcera no pé de pessoa com hanseníase



Fonte: Batista et al., 2019.

ÚLCERAS RELACIONADAS À HANSENÍASE

As deformidades em mãos e pés geralmente são visíveis e causam incapacidades físicas importantes como atrofia muscular, dedos em garra e martelo, muitas vezes com necessidades de adaptações.

O **TECHansen** é uma ação contra a hanseníase que visa a melhoria da qualidade de vida das pessoas e pode ser acessado pelo site: <https://aal.org.br/techansen/>. Insumos adaptados como colheres e escovas de cabelo, entre outros aparatos adaptados, podem ser solicitados pelo profissional através desse canal.

A hanseníase é um agravo de **notificação compulsória** onde o paciente necessitará, ao longo da evolução do seu tratamento, de articulação com outros pontos da RAS, além da APS. O tratamento das úlceras deve seguir as características do tecido apresentado no leito e nas bordas, utilizando a indicação de cobertura (Quadro 7) conforme avaliação do enfermeiro.

Figura 52 - mãos com deformidade ocasionadas pela hanseníase



Fonte: canva imagens.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- **Observar calçado do paciente**, tamanho adequado, formato, altura de salto, se há desgastes ocasionados por pisada incorreta, material de confecção, solado liso e orientar ajustes, se necessário;
- **Observar a marcha**, se há perda de equilíbrio, se há claudicação. Muitas pessoas apresentam pé caído, deformidades como dedos em garra e artropatias neuropáticas e necessitam de encaminhamento para palmilhas ou calçados adaptados através da reabilitação física ou até mesmo procedimentos cirúrgicos que podem ser preventivos ou reabilitadores;
- **Estimular o autocuidado**, a inspeção da pele com atenção especial para os pés em busca de possíveis sinais de complicações como pele seca e presença de infecções, orientar sempre a inspecionar os sapatos antes de calçá-los em busca de objetos que possam causar trauma, como pedras e pregos;
- Avaliar necessidade ou adequação de analgesia e encaminhar para avaliação médica na unidade de saúde.
- Verificar se há encaminhamento para oftalmologista para avaliação e acompanhamento, visto a acuidade visual diminuída e a cegueira serem complicações da hanseníase.



Fonte: Batista et al., 2023; Brasil 2022c; Granja 2020.

LESÕES ONCOLÓGICAS

As lesões cutâneas oncológicas acometem cerca de 5% a 10% dos pacientes com câncer, as quais apresentam maior predominância em indivíduos com faixa etária entre 60 e 70 anos de idade e no último ano de vida. As lesões oncológicas são conhecidas também, como lesões neoplásicas, fungóides ou tumorais e apresentam características peculiares como sangramento, exsudação intensa e odor. Segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA):

As lesões tumorais são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. Ocorre quebra da integridade do tegumento, levando à formação de uma ferida evolutivamente exofítica. Isso se dá em decorrência da proliferação celular descontrolada, que é provocada pelo processo de oncogênese.

O processo de formação das lesões oncológicas compreende três eventos: crescimento do tumor causa rompimento da pele, neovascularização substrato para o crescimento e invasão de células saudáveis que ocasionam o processo expansivo da lesão. Com o crescimento anormal e desorganizado, tem-se a formação, no sítio da ferida, de verdadeiros agregados de massa tumoral necrótica, onde ocorrerá contaminação por microorganismos aeróbicos (por exemplo: *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*) e anaeróbios (bacteroides). O produto final do metabolismo desses microrganismos são os ácidos graxos voláteis (ácido acético, caproico), além dos gases putrescina e cadaverina, que provocam odor fétido às lesões tumorais (INCA, 2009).

As lesões oncológicas apresentam um prognóstico desfavorável, frequentemente não cicatrizam e exigem cuidados de enfermagem para aliviar os sintomas e diminuir complicações, melhorar a qualidade de vida por meio da prevenção e do alívio do sofrimento do paciente e sua família. Na maior parte dos casos, além do odor, as lesões tumorais manifestam características como sangramento e exsudação intensa, ocasionando sofrimento físico e psicológico, baixa da autoestima, isolamento sociofamiliar, constrangimento e a pessoa pode sentir nojo de si, em função das mudanças provocadas na imagem corporal e problemas na realização de atividades da vida diária. Essas características exigem do enfermeiro o desenvolvimento de competências e cuidados de enfermagem, que devem consistir na promoção do conforto, da confiança, da sensação de bem-estar e da qualidade de vida da pessoa afetada, assim diminuindo a possibilidade de isolamento sociofamiliar. No quadro 16 são apresentados alguns tipos de lesões tumorais.

Quadro 16: Tipos de lesões tumorais



Fonte: acervo pessoal.

Inicialmente é importante avaliar as condições clínicas do paciente de forma global, buscando compreender seu histórico de saúde, tratamentos já realizados ou programados como quimioterapia, radioterapia, entre outros. Um aspecto a ser ressaltado é a necessidade do profissional de saúde, que atende o paciente com feridas tumorais, em conhecer a rede de apoio do paciente e os serviços da rede intersetorial para acesso, tais como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), as Organizações não-Governamentais (ONG) e serviço de apoio psicológico.

No cuidado à usuários com feridas tumorais, a equipe de enfermagem pode usar a ferramenta TIMERS para avaliação e manejo da lesão. Alguns aspectos a serem observados: **localização, tamanho, configuração, área de envolvimento, cor, extensão (fístula ao redor), exsudato, sangramento, dor, prurido, descamação, sinais de infecção**, acometimento ou invasão de órgãos e sistemas.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM LESÕES ONCOLÓGICAS

- **Dor:** dependendo da localização e extensão da ferida a dor pode ser intensa. alguns medicamentos como medicamentos antidepressivos tricíclicos e ligantes dos canais de cálcio, podem auxiliar (encaminhar para avaliação médica).
- **Odor:** o **metronidazol gel 0,8%** (com indicação médica) pode ser utilizado nas trocas de curativos para diminuir o odor. Na presença de carga bacteriana excessiva, observada pelo aumento do exsudato, as coberturas antimicrobianas podem ser úteis para diminuição do odor.
- **Exsudato:** coberturas superabsorventes ou absorventes como fibra de alginato, espuma de poliuretano ou hidrofibras podem ser utilizadas se exsudato médio ou abundante, apósitos podem ser utilizados como cobertura secundária. Muitas vezes o aumento do exsudato pode estar relacionado a carga bacteriana aumentada sendo necessário a utilização de coberturas antimicrobianas.
- **Sangramento:** optar por coberturas antiaderentes ou que não causem trauma na retirada. Coberturas com **alginato de cálcio** favorecem a hemostasia.
- **Aspectos psicossociais:** avaliar a rede de apoio, familiares, vizinhos, amigos que possam auxiliar se houver necessidade. Muitas vezes, a assistência social necessita ser acionada. Observar a necessidade de avaliação psicológica referenciando para atendimento médico quando detectada necessidade.

-**Suspenda o uso de óleos, géis ou coberturas que contenham AGE**, pois seu uso é contraindicado em feridas tumorais.

-A remoção de tecido necrótico diminui em muitos casos a intensidade do odor, atentar para sangramentos após a manipulação, nem sempre é possível ou recomendado a remoção com desbridamento instrumental.



A avaliação do paciente em cuidados paliativos / Instituto Nacional de Câncer, 2022.

REFERÊNCIAS

- ABBADE, Luciana Patricia Fernandes et al. **Consensus on the diagnosis and management of chronic leg ulcers-Brazilian Society of Dermatology**. Anais brasileiros de dermatologia, v. 95, p. 1-18, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abd/a/xcqblRR9jwcMWHdVBFKknRx/?format=html&lang=en&stop=previous>>. Acesso em: 28 set. 2023.
- ALVES, Anne Karolyne da Silva et al. Assistência de enfermagem à saúde da pessoa amputada. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e450111234854, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34854>>. Acesso em: 24 set. 2023.
- AMERICAN BURN ASSOCIATION. **Advanced Burn Life Support- ABLIS**, 2018. Disponível em: <<https://ameriburn.org/education/abls-program/abls-live-course>>. Acesso em: 30 set. 2023.
- ANTUNES, Adriana A. et al. **Guia prático de atualização em dermatite atópica-Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico**. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 131-156, 2017. Disponível em: <http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=772>. Acesso em: 24 set. 2023.
- ARAÚJO, Rita de Cássia; ALEXANDRINO, Arthur; SOUSA, Alana Tamar Oliveira de. Erisipela e celulite: diagnóstico, tratamento e cuidados gerais. **Rev. Enferm. Atual In Derme**; v.95, n.36, p. 1-25, 2021. Disponível em: <<https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1240/1160>>. Acesso em: 24 abril 2023.
- ARMSTRONG, D. G.; MEYR, A. J. **Compression therapy for the treatment of chronic venous insufficiency**. UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/compression-therapy-for-the-treatment-of-chronic-venous-insufficiency>>. Acesso em: 24 abril 2023.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). **Guia de boas práticas: preparo do leito da lesão-desbridamento**, 2017. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Preparo-do-leito-da-ferida_SOBEST-e-URGO-2016.pdf. Acesso: 16 ago 2023.
- ATKIN, Leanne 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://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>>. Acesso 24 de abril de 2023.
- BARREIROS, B. A; VILLAS BOAS, J. F.; SILVA, T. R. **Guia de orientações ao paciente amputado**. [recurso eletrônico] Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, a de Medicina, NEAD. TIS, 2019. E-Book. Disponível em: <<http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2019/06/Amputado-1.pdf>>. Acesso 24 de abril de 2023.
- BATISTA, KATIA TORRES et al. Treatment of leprosy-induced plantar ulcers. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 34, p. 497-503, 2023. Disponível em: <<http://www.rbc.org.br/details/2666/pt-BR/tratamento-da-ulcera-plantar-devido-a-hanseniose>>. Acesso em: 03 dez. 2023.

BEECKMAN, Dimitri et al. Towards an international language for incontinence-associated dermatitis (IAD): design and evaluation of psychometric properties of the Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD) in 30 countries. **British Journal of Dermatology**, v. 178, n. 6, p. 1331-1340, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29315488/>>. Acesso em: 28 set. 2023.

BEECKMAN, D. et al. Best practice recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity. **Wounds International**, v. 28, 2020. Disponível em: <<https://woundsinternational.com/best-practice-statements/best-practice-recommendations-holistic-strategies-promote-and-maintain-skin-integrity/>> Acesso em: 28 set. 2023.

BERNARDINO, Lilian de Lana; MATSUBARA, Maria das Graças Silva. Construção de um Instrumento para Avaliação do Conhecimento sobre Ferida Neoplásica Maligna. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 1, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2022v68n1.1377>>. Acesso em: 24 set. 2023.

BORGES, Eline Lima; SANTOS, C. M.; SOARES, Mariana Raquel. Modelo ABC para o manejo da úlcera venosa de perna. Estima – **Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 15, n. 3, p. 182-7, 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4997104/mod_folder/content/0/U%CC%81Iceras_varicosas.pdf>. Acesso em: 24 set. 2023.

BOWEN, A. et al. **National Healthy Skin Guideline:** for the prevention, treatment and public health control of impetigo, scabies, crusted scabies and tinea for indigenous populations and communities in Australia. Nedlands, WA: Telethon Kids Institute, 2018. Disponível em: <<https://infectiousdiseases.telethonkids.org.au/siteassets/media-images-wesfarmers-centre/national-healthy-skin-guideline-1st-ed.-2018.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dermatite Atópica**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/20230418_relatorio_de_recomendacao_pcdt_dermatite_atopica_cp_09.pdf>. Acesso em: 24 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro : INCA, 2022a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf> Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Acidentes por ofídicos**. Saúde de A a Z [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, DF: 2022b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos/acidentes-ofidicos>> Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase** [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. 152 p. : il. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseniaze/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-da-hanseniaze-2022>> Acesso em: 21 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 24 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença falciforme: conhecer para cuidar.** Telelab. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2015a. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/311-doenca-falciforme-conhecer-para-cuidar>. Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 82 p. il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_diretrizes_basicas_linha_cuidado.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-d-eficiencia/publicacoes/diretrizes-de-atencao-a-pessoa-amputada.pdf/view>>. Acesso em: 21 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial. **NOTA TÉCNICA No 8/2022-CGVZ/DEIDT/SVS/MS.** Informa sobre atualizações no Protocolo de Profilaxia pré, pós e reexposição da raiva humana no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1FyZei1RPbm2NIMqPZfhH131_X98CBGWt/view>. Acesso em: 21 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme: úlceras : prevenção e tratamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 80 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_ulceras_prevencao_tratamento.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado:** série cuidados paliativos. Brasília, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf>. Acesso 24 de abril de 2023.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Tratamento de Feridas.** Campinas: SP, 2020. Disponível em: <https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/Guia_Tratamento_Feridas.pdf> Acesso em: 30 out. 2023.

CAMPO NOVO DO PARECIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Gerenciamento de Enfermagem e SAE:** normas e rotinas, 2023. Disponível em: <https://ftp.ramilandia.pr.gov.br/pagina/335_Gerenciamento-de-Enfermagem-e-SAE-2023.htm>. Acesso em: 11 dez. 2023.

CAUDURO, Fernanda Pinto et al. Atuação dos enfermeiros no cuidado das lesões de pele. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 10, p. 2628, 7 out. 2018. Disponível em: (<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236356p2628-2634-2018>)>. Acesso em: 24 set. 2023.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde. **Guia de suporte para diagnóstico e tratamento de vítimas de acidente por animais peçonhentos**. 1ª edição, 2021. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Guia de Suporte Sug PL Acervo CIATOX IJF Revkkc finalizado.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Guia_de_Suporte_Sug_PL_Acervo_CIATOX_IJF_Revkkc_finalizado.pdf). Acesso em: 24 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 567/2018**. Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Brasília, DF: COFEN, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html> Acesso em: 21 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Nº 736 DE 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>> Acesso em: 11 abr. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer de Câmara Técnica Nº 04/2016/CTAS/COFEN**. Brasília, DF: COFEN, 202016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-no-042016ctascofen/>> Acesso em: 28 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decreto 94406/87**. Regulamenta a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html> Acesso em: 19 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986**. Brasília: Presidência da República do Brasil, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm> Acesso em: 19 nov. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Cuidado à pessoa com lesão cutânea: manual de orientações quanto à competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem**[texto] / Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. – Belo Horizonte: Coren-MG, 2020. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/MANUAL-DE-CUIDADO-A-PESSOA-COM-LESAO-CUTANEA.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Cuidado à pessoa com ferida cutânea: manual de orientações quanto à competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem**. / Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. 2. ed.– Belo Horizonte: Coren-MG, 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Câmara Técnica de Estomaterapia 01 de 19 de fevereiro de 2020**. Competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem nos procedimentos de aplicação e retirada de bota de Unna./ Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. 2. ed.– Belo Horizonte: Coren-MG, 2023. Disponível em: https://sig.corenmg.gov.br/sistemas/file/doc/parecer_cate/2020_3_1.pdf>. Acesso em: 26 jun 2024.

CUNHA, Fernanda Furtado da; RÊGO, Luciana de Paiva. Nursing and cancer pain. **Revista Dor**, v. 16, p. 142-145, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/wnSB4pM8VQtDrL6QMYhkNbb/?lang=en>>. Acesso em: 24 set. 2023.

CUNHA, J. B. da; DUTRA, R. A. A.; SALOMÉ, G. M. Elaboration of an algorithm for wound evaluation and treatment. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 16, 2018. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/524>. Acesso em: 27 set. 2023.

DURO, Carmen Lucia Mottin et al. **Cartilha de orientações para profissionais de enfermagem sobre o cuidado com lesões de pele**. 2018. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/197706/001084686.pdf?sequence>>. Acesso em: 28 set. 2023.

FLETCHER, Jaqui et al. International Best Practice Recommendations: Prevention and management of moisture-associated skin damage (MASD). **Wounds International**, 2020. Disponível online em www. <https://www.sobenfee.org.br/files/ugd/29b632_804f8b594b0e442a98546d289859072c.pdf>. Acesso em: 28 set. 2023.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Apoio matricial de Enfermagem no cuidado à pessoa com ferida**- Guia de Acesso. 2021. 24p. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=12&s>>. Acesso em: 30 out. 2023.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem volume 6- Cuidado à pessoa com ferida**. Florianópolis, 2019. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>>. Acesso em: 30 out. 2023.

FONTANA, Tiago da Silva. SOUZA, Emiliane Nogueira de. VIEGAS, Karin. **Guia de prática clínica para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado: Metodologia ADAPTE** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2021. Recurso on-line (100 p. il.) Disponível em: <<https://bit.ly/3Ny2dLS>>. Acesso em: 20 mar. 2023.

GHORBEL, Iyadh. **The Specificities of Electrical Burn Healing**. In: MOALLA, Slim (org.). Scars. Tradução Amir Karra. Rijeka: IntechOpen, 2019. p. Ch. 3. E-book. Disponível em: <https://www.intechopen.com/chapters/65309>. Acesso em: 20 mar. 2023.

GONZÁLES Carol Viviana Sernaet al. Análise da 1a Recomendação brasileira para gerenciamento do biofilme em feridas crônicas e complexas, **ESTIMA**, São Paulo, v17, e1819, 2019. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/download/783/pdf_1/2309>. Acesso em: 15 nov. 2022.

GOZZO, Thais Oliveira et al. Erisipela em mulheres com câncer de mama seguidas em um serviço de reabilitação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/55712/34955>>. Acesso 24 de abril de 2023.

GRANJA, P. D. et al. Úlceras de perna em pacientes com anemia falciforme. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 19, p. e20200054, 2020.

HARDING, Keith et al. Simplificando o manejo da úlcera venosa da perna. **Recomendações de Consenso. Wounds International**, 2015.

ISAAC, Cesar et al. Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. **Comunicação & Educação**, v. 89, n. 3-4, p. 125-131, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v89i3/4p125-131>>. Acesso em: 29 set. 2023.

LUCENA, Pablo Leonid Carneiro. Evidências científicas sobre intervenções para pessoas com feridas em cuidados paliativos: revisão de escopo. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**. v:12, p:730-736, 2020. Disponível em: <<https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/9467/pdf>>. Acesso em: 24 set. 2023.

JESCHKE, Marc G. et al. Burn injury. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 6, n. 1, 13 fev. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/s41572-020-0145-5>>. Acesso em: 24 set. 2023.

LOPES, Derek Chaves; FERREIRA, Isabella de Liz Gonzaga; ADORNO, José. **Manual de queimaduras para estudantes**. 2021. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/manual-de-queimaduras-orienta-estudantes-no-atendimento-de-urgencias-e-emergencias>>. Acesso em: 16 ago. 2023.

MAXWELL-SCOTT, Hector; KANDIL, Hala. Diagnosis and management of cellulitis and erysipelas. **British Journal of Hospital Medicine**, v. 76, n. 8, p. C114-C117, 2015. Disponível em: <<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/hmed.2015.76.8.C114?journalCode=hmed>>. Acesso em: 24 set. 2023.

MOORE, Zena et al. Patients presenting with 'red legs': Differential diagnosis and the role of compression. Londres: **Wounds International**, 2022. Disponível em: <<https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/sites/8/2023/02/97f654a22b9afb-ac3bc6c9dac73e49d3.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2023.

MORGAN-JONES, Rhidian et al. Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from an international meeting of surgeons from Eastern Europe [Internet]. London: **Wounds International**, 2022. Disponível em: <<https://www.woundsinternational.com/resources/details/incision-care-and-dressing-selection-surgical-incision-wounds-findings-international-meeting-surgeons-eastern-europe>>. Acesso em: 24 set. 2023.

MURPHY, Christine et al. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. **Journal of Wound Care**, v. 29, n. Sup3b, p. S1-S26, 2020. Disponível em: <<https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2020.29.Sup3b.S1>>. Acesso em: 24 set. 2023.

MURPHY, Chris et al. Embedding Wound Hygiene into a proactive wound healing strategy. **Journal of Wound Care**, v. 31, n. Sup4a, p. S1-S19, 2022. Disponível em: <https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/208/906c1b46fad68e01186996897d31cf8d.pdf> Acesso em: 24 set. 2023.

NOAL, Helena Carolina; DE LIMA, Suzinara Beatriz Soares. Custo-efetividade do tratamento de feridas crônicas. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. e12758-e12758, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/12758>. Acesso em: 11 dez. 2023.

ORTIZ-LAZO, E. et al. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. **Actas Dermo-Sifiliográficas**, v. 110, n. 2, p. 124-130, 2019. Disponível em: <<https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S-0001731018304253>>. Acesso em: 24 set. 2023.

PARANHOS, Thalita et al. Assessment of the use of Unna boot in the treatment of chronic venous leg ulcers in adults: systematic review protocol. **BMJ open**, v. 9, n. 12, p. e032091, 2019. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/9/12/e032091.abstract>>. Acesso em: 12 out. 2023.

PARANHOS, Wana Yeda. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. 1999. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999. Acesso em: 26 abr. 2024.

PATTON, Declan et al. A meta-review of the impact of compression therapy on venous leg ulcer healing. **International Wound Journal**, v. 20, n. 2, p. 430-447, 2023. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/iwj.13891>> Acesso em: 27 set. 2023.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Política da Atenção Primária do município de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/15N0mn0rI5hrmEs07qnk_U_4qyXY0p5ug/view> Acesso em: 30 out. 2023.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária do município de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1fap5XzuXvPELLuJzM7xkthPQHCFNWeUV/view>> Acesso em: 30 out. 2023.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Fluxo de atendimento de lesões agudas e crônicas para Unidades de Saúde via Gercon**. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1o1RydkhJGdVUnUMmVff2QGLIJJ1e2gm7/view>> Acesso em: 25 abr. 2024.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Fluxo de acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa**. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1nBZC9dMuG7u_E6S0mvYs1ddbzYcQTyPp/view> Acesso em: 25 abr. 2024.

RIO GRANDE DO SUL, Estado do. Secretaria da Saúde. **Guia Prático de Atendimento antirrábico no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde (Rio Grande do Sul). Porto Alegre; 2017. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/13165919-guia-pratico-de-atendimento-antirrabico-no-rs-2017.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2023.

RIOS, Amanda Rodrigues et al. Dermite atópica: um olhar sobre os tratamentos atuais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 6, p. e7595-e7595, 2021. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7595>>. Acesso em: 24 set. 2023.

RIVITTI, Evandro A. **Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti**. Artes Médicas Editora, 2014.

RO, Hyung-Suk et al. Effectiveness of aspiration or derroofing for blister management in patients with burns: A prospective randomized controlled trial. **Medicine** (Baltimore). V. 97, n. 17. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29703044/>>. DOI: 10.1097/MD.000000000010563. Acesso em: 7 mar. 2023.

RODRIGUES, Luciana Miranda et al. Safety and efficiency of carboximethylcellulose hydrogel 2% in leg ulcers. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 4, p. 690-695, 13 set. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i4.690-695>>. Acesso em: 24 set. 2023.

RODRIGUES, Maria Alexandra et al. Dermo-Hipodermite Bacterianas Agudas Não Necrotizantes: Erisipela e Celulite Infecciosa. **Acta Médica Portuguesa**, v. 34, n. 3, p. 217-228, 2021. Disponível em <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/12642/6274>>. Acesso em 24 de abril de 2023.

RUIZ, Paula Buck de Oliveira; LIMA, Antônio Fernandes Costa. Custos diretos médios da assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar prestada aos pacientes com feridas crônicas.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 56, 2022. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0295pt>>. Acesso em: 11 dez. 2023.

SÃO PAULO, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Padronização de Curativos**. São Paulo, 2021. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SANTOS, Bárbara Kons dos, et al. Atuação de equipe multiprofissional no atendimento à pessoa amputada: contextualizando serviços e protocolos hospitalares. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 3, p. 527-537, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/JTKSN5jH7bjhRNR9N9Vjk8m/abstract/?lang=pt#>> Acesso em: 24 set. 2023.

SANTOS, Fernanda Silva. **Portal Grande Queimado**. Queimadura elétrica. Disponível em>

<<https://grandequeimado.com.br/queimadura-eletrica/>> Acesso em: 24 set. 2023.

SANTOS, Lucimere Maria dos; SILVINO, Zenith Rosa. Organização dos serviços de saúde sob a perspectiva da metodologia lean healthcare em uma comissão de cuidados com a pele. **Revista Enfermagem Atual In Derme** . v.97, n.1, 2023. . Disponível em:

<https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/14425>. Acesso em: 11 dez. 2023.

SANTOS, Willian Alves dos, et al. Perfil dos pacientes com feridas tumorais malignas atendidos em um hospital universitário: estudo descritivo. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e906986825, 2 ago. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6825>>. Acesso em: 24 set. 2023.

SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia et al. Adaptação transcultural do pressure ulcer scale for healing (PUSH) para a língua portuguesa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 305–313, maio 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300004>> Acesso em: 24 set. 2023.

SCHAPER, Nicolaas C. et al. **Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease** (IWGDF 2023 update). *Diabetes/Metabolism. Research and Reviews*, p. e3657, 2023. Disponível em: <<https://iwgdfguidelines.org/practical-guidelines-2023/>>. Acesso em: 24 set. 2023.

SIMONI, Andrea Gisele Pereira; SCHIAVAN, Gina Bressan, MARKUS, Jandrei Rogério. **Tratado Brasileiro de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. v. 1 (5ª edição), 2021.

SUNDHED. Portal de saúde pública da Dinamarca. **Manual Médico-Paciente**. Impetigo. Dinamarca, 2022. Disponível em:

<<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hud/illustrationer/saar/boernesaar-impetigo-arm/>>. Acesso em: 24 set. 2023.

TAZIMA, M. F. G. S.; VICENTE, Y. A. M. V. A.; MORIYA, T. *Biologia da ferida e THULER, Suely Rodrigues; PAULA, Maria Angela Boccara de. Preparo do Leito da Lesão - Desbridamento - Guia de Boas Práticas* – SOBEST, 2016. Disponível em:

<https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Preparo-do-leito-da-ferida_SOB EST-e-URGO-2016.pdf>. Acesso em: 24 set. 2023.

TAZIMA, M. de F. G. S.; ANDRADE VICENTE, Y. A. de M. V.; MORIYA, T. *BIOLOGIA DA FERIDA E CICATRIZAÇÃO. Medicina (Ribeirão Preto)*, [S. l.], v. 41, n. 3, p. 259-264, 2008. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v41i3p259-264. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/271>. Acesso em: 8 dez. 2023.

TELESAÚDERS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tele Condutas – **Lesão por pressão**. Versão digital, 2017. Disponível em:

<https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_lesaopressao.pdf> Acesso em: 24 set. 2023.

TILLEY, Charles P.; FU, Mei R.; LIPSON, Jana M. Palliative wound, ostomy, and continence care. **Oxford textbook of palliative nursing**, p. 251-284, 2019. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1093/med/9780190862374.003.0019>>. Acesso em: 30 set. 2023.

VIEIRA, Cláudio Luís et al. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados do Centro de Especialidade em Reabilitação CER/UNESC em uso de prótese. **Inova Saúde**, v. 12, n. 2, p. 119-134, 2022. Disponível em:

<<https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/5987>>. Acesso em: 24 set. 2023.

VOEGELI, David; HILLERY, Sarah. Prevention and management of moisture-associated skin damage. **British Journal of Nursing**, v. 30, n. 15, p. S40–S46, 12 ago. 2021. Disponível em:

<<https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.15.s40>>. Acesso em: 27 set. 2023.

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). Consensus Document. Surgical wound dehiscence: improving prevention and outcomes. **Wounds International**, 2018. Disponível em:

<<https://woundsinternational.com/consensus-documents/surgical-wound-dehiscence-improving-prevention-and-outcomes/>>. Acesso em: 28 set. 2023.

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). Consensus Document. Wound exudate: effective assessment and management. Londres:**Wounds International**. Londres, 2019. Disponível em:

<<https://woundsinternational.com/consensus-documents/wuwhs-consensus-document-wound-exudate-effective-assessment-and-management-2/>> Acesso em: 24 set. 2023.

WU, Stephanie et al. Best practice for wound repair and regeneration use of cellular, acellular and matrix-like products (CAMPs). **Journal of Wound Care**, v. 32, n. Sup4b, p. S1-S31, 2023. Disponível em:

<<https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2023.32.Sup4b.S1>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

YOUNG, Trudie. Caring for patients with malignant and end-of-life wounds. **Wounds UK**, v. 13, 2017. Disponível em: <<https://wounds-uk.com/journal-articles/caring-for-patients-with-malignant-and-end-of-life-wounds/>> Acesso em: 24 set. 2023.



APĚNDICE
E
ANEXOS

APÊNDICE 1 - FICHA DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
FICHA DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS



Data da consulta: ____/____/____ Cartão SUS: _____ Telefone: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ DN: _____ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Raça/Cor: () Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena

Ocupação: _____

Recebe benefício social? () Sim, Qual?/Tempo? _____ () Não

Escolaridade: () Analfabeto () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio () Ensino Superior

DOENÇAS CORRELACIONADAS

() HAS () DM () Cardiopatia () Doenças vasculares () Obesidade () Nefropatia () DRC
 () Tabagismo () Etilismo () Parkinson () Alzheimer () Demência () HIV/AIDS () Hepatite Viral tipo A, B ou C
 () Hanseníase () Tuberculose () Neoplasias Alergias? () NÃO () SIM _____

MOBILIDADE () deambula () deambula com auxílio () acamado

SINAIS VITAIS

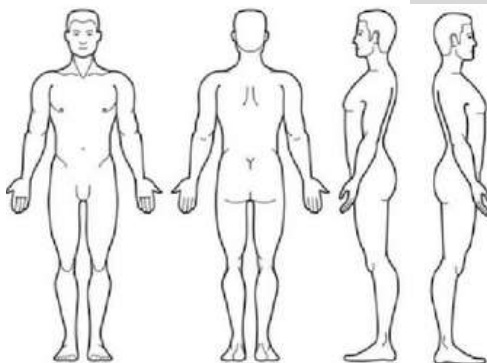
PA: _____ mmHg
 FR: _____ mpm
 FC: _____ bpm
 HGT: _____ mg/dL
 DOR: _____

ETIOLOGIA DA LESÃO

() Deiscência de sutura () Trauma/escoriação () Queimadura () Lesão por pressão
 () Doença Venosa -úlcera venosa () Doença Arterial-úlcera arterial
 () Úlcera neuropática no pé () Úlcera arterio/venosa () Outros: _____

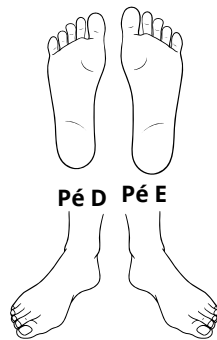
LOCALIZAÇÃO

(marque a área afetada)



Presença de Pulso pedioso/ e ou tibial posterior?

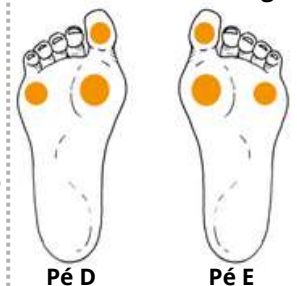
() SIM () NÃO Qual? _____



EXAME DOS PÉS em diabéticos

História de úlcera nos pés () SIM () NÃO
 Há deformidade nos pés () SIM () NÃO
 Há calos nos pés () SIM () NÃO
 O corte da unha está adequado () SIM () NÃO
 Há presença de bolhas nos pés () SIM () NÃO
 Há presença de edema? () SIM () NÃO
 Há dificuldade na marcha? () SIM () NÃO
 Está usando calçados adequados? () SIM () NÃO
 Há micose nas unhas ou dedos () SIM () NÃO
 Fissuras ou rachaduras nos pés? () SIM () NÃO
 A pele do pé está ressecada? () SIM () NÃO
 Normalmente seca entre os dedos depois da higiene dos pés? () SIM () NÃO
 O pé está frio? () SIM () NÃO
 Há presença de pelos no pé? () SIM () NÃO

Exame com monofilamento de 10g



Marcar presença ou ausência da sensação

DESCRIÇÃO DA FERIDA

LEITO DA LESÃO*:	PRESENÇA DE INFECÇÃO:	SINAIS DE BIOFILME:	EXSUDATO: Aspecto:	BORDAS:	DIMENSÕES:
() Tecido de granulação () Tecido necrótico seco () Esfacelo (tecido inviável amarelado mucóide) () Tecido friável () Tecido hipergranulado	() Retardo na cicatrização () Aumento da Dor () Odor () Aumento de exsudato () Calor local	() Tecido gelatinoso persistente () Retardo na cicatrização () Aumento de exsudato	() Seroso () Sanguinolento () Purulento Quantidade: () Seca-nenhuma () Pouca () Moderada () Grande	() Plana () Macerada () Granulosa () Epíbolia- borda enrolada () Hiperqueratose () Descolada	Largura: _____ cm Comprimento: _____ cm Profundidade: _____ cm PERILESÃO: () sem alteração () Quente () hiperemiada () Fria () Induração () Seca () Maceração () Bolha

*Em situações onde há mais de um tipo de tecido no leito da lesão, avaliar descrevendo o percentual de cada um dos tecidos.

APÊNDICE 2 - ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO E-SUS



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
FICHA DE ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
NO ATENDIMENTO À PESSOA COM FERIDA



O registro em prontuário eletrônico é essencial para continuidade do cuidado, respaldo profissional e para fins de gestão. Em razão disso, elaborou-se um roteiro para anotação de Enfermagem do(a) técnico(a) de Enfermagem que realiza o curativo.

Copie o texto abaixo e cole na aba “Evolução” do prontuário eletrônico E-sus PEC, selecione com um “X” a característica da ferida no momento em que realizar o curativo.

Ao final da evolução, registre o curativo na aba “Procedimentos” como (03.01.10.028-4) CURATIVO SIMPLES se não for utilizado coberturas especiais. Caso utilize alguma cobertura ou correlato utilize o código de CURATIVO ESPECIAL (03.01.10.027-6).

Entende-se por CURATIVO ESPECIAL: curativos realizados em feridas complexas, com uso de elementos de cobertura adicionais à gaze, como géis, alginatos, enzimas, hidrofibras, espuma de poliuretano, tela impregnada com solução, etc.

Atendimento à Pessoa com Ferida

Tipo de tecido na lesão:

necrose() esfacelos() granulação() epitelização()

Exsudato:

pouco() moderado() grande()

Características:

seroso () sanguinolento() purulento() serosanguinolento() outro()

Odor:

sem odor () moderado() intenso()

Margem/Borda:

regular () irregular() macerada() queratose() enrolada()

Pele perilesional:

Íntegra () macerada() desvitalizada()

Dor:

Nenhuma() pouca() moderada() intensa()

Realizado curativo com: (Descreva se utilizou degermantes ou soluções de limpeza, a cobertura primária utilizada, a cobertura secundária, tempo programado para retorno e cuidados combinados com usuário.

TIPO DE FERIDA		 OBJETIVO DO TRATAMENTO/ COBERTURA E OBSERVAÇÕES
NECROSE SECA EM CALCÂNEO sem flutuação e aderida		 Manter necrose- não desbridar Opção: gaze de algodão seca; apósito seco; atadura.
NECROSE SECA EM CALCÂNEO com flutuação		 Desbridamento com fornecimento de umidade Opção: hidrogel com PHMB; hidrogel amorfo; hidrogel com alginato. Opção: desbridamento instrumental* - não desbridar se cuidados paliativos, coagulopatias ou DM.
NECROSE SECA		 Desbridamento com fornecimento de umidade Opção: hidrogel com PHMB; hidrogel amorfo; hidrogel com alginato. -Necessidade de escarificação para penetração do gel
BOLHA HEMORRÁGICA ÍNTEGRA EM CALCÂNEO		 Manter a integridade da pele. Opção: curativo com gaze seca e atadura. Está desaconselhado romper a bolha.
NECROSE ESFACELO		 Desbridamento autolítico para retirada do tecido inviável Opção: hidrogel com PHMB; hidrogel amorfo; hidrogel com alginato; alginato de cálcio. -Proteger as bordas com creme barreira
ESFACELO + TECIDO DE GRANULAÇÃO com exsudato abundante		 Desbridamento seletivo com controle de exsudato Opção: alginato de cálcio; hidrofibra com prata. Opção: desbridamento instrumental de esfacelos não aderidos.
NECROSE ESFACELO em ferida cavitária		 Desbridamento seletivo Opção: hidrogel com PHMB; hidrogel amorfo; hidrogel com alginato; alginato de cálcio. Obs: cobrir o leito da ferida cavitária com gel e recobrir com gaze de viscose, após preencher a cavidade com gaze de algodão. Se utilizar alginato, recobrir o leito com alginato e preencher a cavidade com gaze de algodão.

*A execução do desbridamento instrumental requer maior habilidade e técnica do Enfermeiro, sendo indispensável capacitação ou especialização para proporcionar segurança ao paciente e ao executor”

TIPO DE FERIDA		 OBJETIVO DO TRATAMENTO/ COBERTURA E OBSERVAÇÕES
TÉCNICA "SQUARE"		 Abertura da placa necrótica Procedimento realizado, por enfermeiro habilitado*, com auxílio de lâmina de bisturi para produzir ranhuras/ pequenas incisões sobre a placa necrótica com objetivo da penetração do hidrogel.
FERIDA COM INFECÇÃO		 Controle da carga microbiana Opção: hidrogel com PHMB; hidrofibra com prata; espuma com prata; alginato com prata.
FERIDA HEMORRÁGICA		 Controle do sangramento Opção: alginato de cálcio. Caso haja pequenos sangramentos ativos na lesão, pode-se usar o poder hemostático do alginato de cálcio e aplica-lo diretamente na área sangrante.
BORDA MACERADA		 Controle da umidade Opção: alginato de cálcio; hidrofibra com prata; espumas de poliuretano. -Gerenciar exsudato e trocas sistemáticas do curativo secundário. -Uso de creme barreira para proteção da borda.
BORDA DESCOLADA		 Preenchimento da cavidade Opção: alginato de cálcio; hidrofibra com prata; espumas de poliuretano. -Gerenciar exsudato e trocas sistemáticas do curativo secundário.
BORDA COM EPIBOLIA		 Agudização para remodelamento da borda Procedimento realizado, por enfermeiro habilitado*, com auxílio de lâmina de bisturi, que produz pequenas ranhuras perpendiculares na borda com objetivo de retorno da ferida para fase inflamatória.
BORDA COM HIPERQUERATOSE		 Desbastamento/ desbridamento da hiperqueratose Procedimento realizado por por enfermeiro habilitado*, com auxílio de lâmina de bisturi.

*A execução do desbridamento instrumental requer maior habilidade e técnica do Enfermeiro, sendo indispensável capacitação ou especialização para proporcionar segurança ao paciente e ao executor”

TIPO DE FERIDA		OBJETIVO DO TRATAMENTO/ COBERTURA E OBSERVAÇÕES
<p>QUEIMADURA ESPESSURA PARCIAL COM BOLHA</p>		<p> Drenagem da bolha ou desbridamento epiderme; aplicação cobertura</p> <p>Opção1): Drenagem da bolha- manter a epiderme como curativo biológico. Aplicar tela parafinada; gaze de viscose com AGE ou gaze com petrolatum.</p> <p>Opção2): Desbridamento total da epiderme desvitalizada: Aplicação de hidrofibra com prata; espuma com prata; hidrogel com PHMB.</p>
<p>QUEIMADURA ESPESSURA PARCIAL SEM BOLHA E COM EPIDERMES ÍNTEGRA</p>		<p> Manter epiderme como curativo biológico</p> <p>Opção1): Drenagem da bolha- Aplicar tela parafinada; gaze de viscose com AGE ou gaze com petrolatum.</p>
<p>QUEIMADURA ESPESSURA PARCIAL</p>		<p> Cobertura antimicrobiana tópica</p> <p>Opção: aplicação de hidrofibra com prata; espuma com prata; hidrogel com PHMB.</p>
<p>QUEIMADURA ESPESSURA PARCIAL COM TECIDO DE EPITELIZAÇÃO</p>		<p> Hidratação da pele</p> <p>Opção: utilizar hidratantes do tipo lanette, sem perfume.</p> <p>-Orientar cuidados com sol, pois a pele nova é suscetível a manchas quando exposição ao sol.</p>
<p>LESÃO POR FRICÇÃO SEM AVULSÃO DA PELE</p>		<p> Reposição do retalho epidérmico</p> <p>Opção: tela parafinada; gaze de viscose com AGE ou gaze com petrolatum; tela de silicone; espuma de poliuretano.</p>
<p>LESÃO TUMORAL</p>		<p> Evitar aderência e sangramentos, promoção do conforto</p> <p>Opção: tela parafinada; hidrogel com gaze de viscose; gaze com petrolatum; tela de silicone; espuma de poliuretano.</p> <p>Reforço na absorção da cobertura secundária.</p>

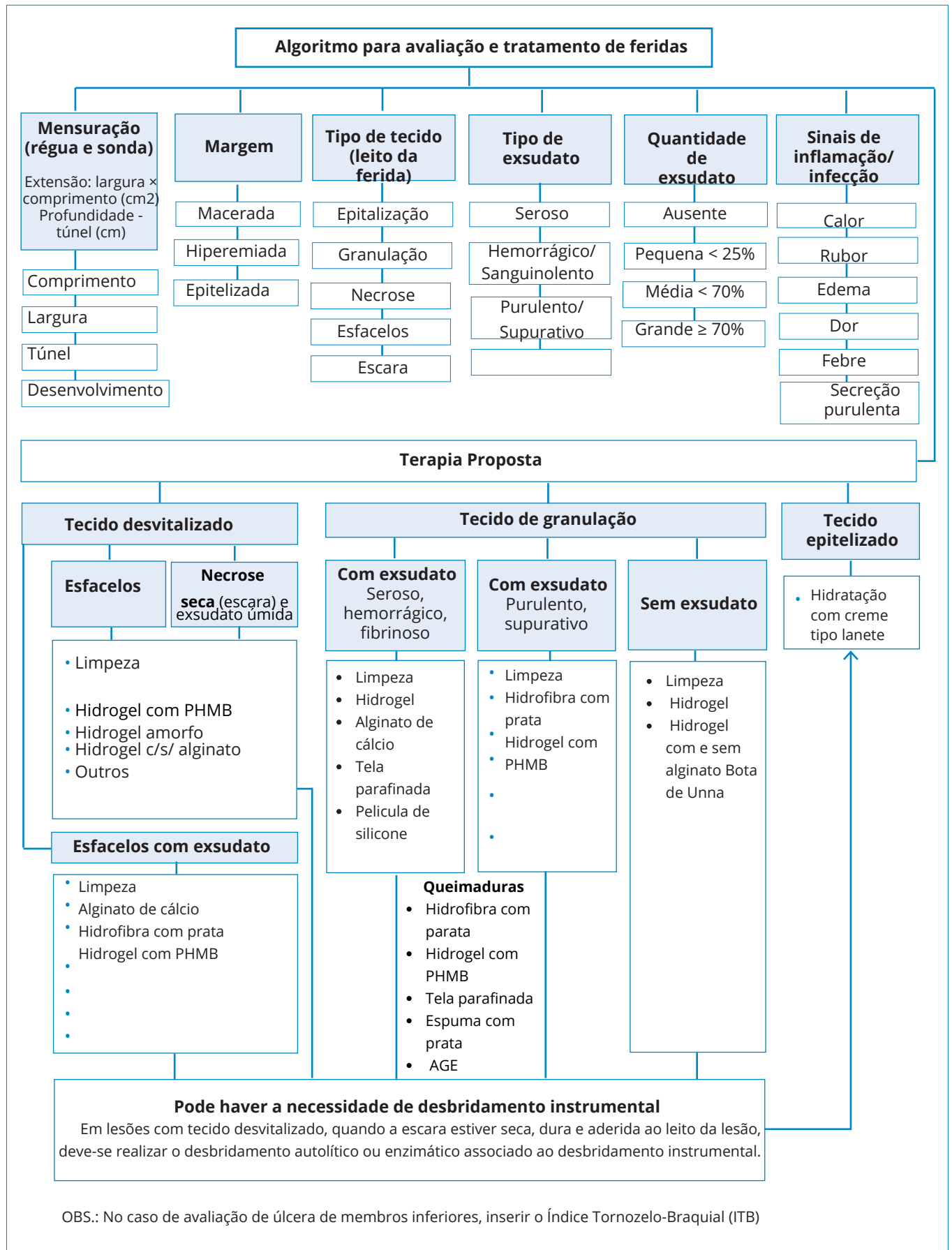
*A execução do desbridamento instrumental requer maior habilidade e técnica do Enfermeiro, sendo indispensável capacitação ou especialização para proporcionar segurança ao paciente e ao executor”

TIPO DE FERIDA		 OBJETIVO DO TRATAMENTO/ COBERTURA E OBSERVAÇÕES
TECIDO DE GRANULAÇÃO		 Manutenção do meio úmido Opção: tela parafinada; gaze de viscosa com AGE; gaze com petrolatum; tela de silicone; espuma de poliuretano; hidrogéis; fibra de alginato.
TECIDO DE GRANULAÇÃO com pouco exsudato		 Fornecimento de umidade controlada Opção: tela parafinada; gaze de viscosa com AGE; gaze com petrolatum; hidrogéis; fibra de alginato.
HIPERGRANULAÇÃO		 Controle da umidade Opção: hidrofibra com prata; espuma com prata; fibra de alginato com ou sem prata.
TECIDO EPITELIZADO		 Hidratação da pele Opção: utilizar hidratantes do tipo lanette, sem perfume.
FERIDA CIRÚRGICA SECA		 Manutenção da sutura seca Opção: gaze de viscosa seca e fita microporosa.
FIXADOR EXTERNO		 Curativo com gaze seca nos pinos -Limpeza dos locais de junção entre a pele e o pino e as hastes do fixador com gaze e álcool a 70%; -Coloque gaze seca nos locais dos pinos e feche com atadura ou esparadrapo; -Retire as crostas que se formam nos pinos do fixador externo com auxílio de gaze; -Áreas de lesão no entorno dos pinos podem ser tratadas conforme apresentação do tecido.
LESÃO COM MIÍASE		 Extinção das larvas Moscas são atraídas por ambientes úmidos e quentes. -Extraí-las com pinças; -Não espremer para expulsão da larva; -Encaminha para avaliação médica na Unidade de Saúde.

*A execução do desbridamento instrumental requer maior habilidade e técnica do Enfermeiro, sendo indispensável capacitação ou especialização para proporcionar segurança ao paciente e ao executor”

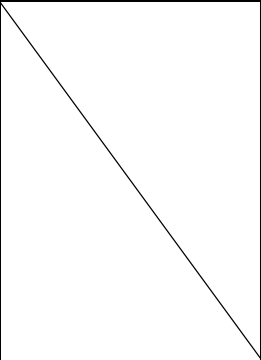
Fonte: elaborado pelos autores, adaptado de Campinas, 2020.

ANEXO 1- ALGORITMO PARA AVALIAÇÃO DE FERIDAS



ANEXO 2- ESCALA DE BRADEN

(adaptada e validada para o Brasil- avaliação do risco para desenvolvimento de Lesão por Pressão)

Nome do paciente:	Nome do avaliador:	Data da avaliação:		
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	1. Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acamado: Confinado a cama.	2. Confinado a cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.
NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de alimentação por sonda.	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	2. Problema em potencial: Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.	
PONTUAÇÃO TOTAL ➔				

Copyright Braden, Bergstrom 1988. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos 1999. Disponível em: <<http://www.bradenscale.com/translations.htm>>.

Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (nº esp): 191-206. Disponível em: <<http://143.107.173.8/reeusp/upload/pdf/799.pdf>>.

Risco muito alto	6 a 9	Baixo risco	15 a 18
Risco alto	10 a 12	Sem risco	19 a 23
Risco moderado	13 a 14		

ANEXO 3- PRESSURE ULCER SCALE FOR HAELING (PUSH)

Escala de cicatrização da Úlcera de Pressão

Nome: _____

Localização da úlcera: _____ Data: ____ / ____ / ____

INSTRUÇÕES:

Observe e meça a úlcera de pressão. Caracterize a úlcera no que respeita à área de superfície, exsudado e tipo de tecido. Faça um registo do subtotal de cada uma destas características da úlcera. Some os subtotais para obter a pontuação total. A comparação das pontuações totais calculadas durante um período dá uma indicação do melhoramento ou deterioração da cicatrização da úlcera de pressão:

Comprimento X largura	0 0 cm ²	1 < 0,3 cm ²	2 0,3 - 0,6 cm ²	3 0,7 - 1,0 cm ²	4 1,1 - 2,0 cm ²	5 2,1 - 3,0 cm ²	SUB- TOTAL
		6 3,1 - 4,0 cm ²	7 4,1 - 8,0 cm ²	8 8,1 - 12,0 cm ²	9 12,1 - 24,0 cm ²	10 > 24 cm ²	
Quantidade de exsudado	0 Nenhum	1 Escasso	2 Moderado	3 Abundante			SUB- TOTAL
Tipo de tecido	0 Tecido cicatrizado	1 Tecido de epitelização	2 Tecido de granulação	3 Tecido desvitalizado	4 Tecido necrótico		SUB- TOTAL
							TOTAL

Comprimento x largura: Meça o maior comprimento (no sentido da cabeça para os pés) e a maior largura (do sentido de um lado para o outro) usando uma régua em centímetros. Multiplique estas duas medidas (comprimento x largura) para obter uma área de superfície estimada em centímetros quadrados (cm²). Atenção: Não tente adivinhar! Use sempre uma régua em centímetros e utilize sempre o mesmo método de cada vez que a úlcera for medida.

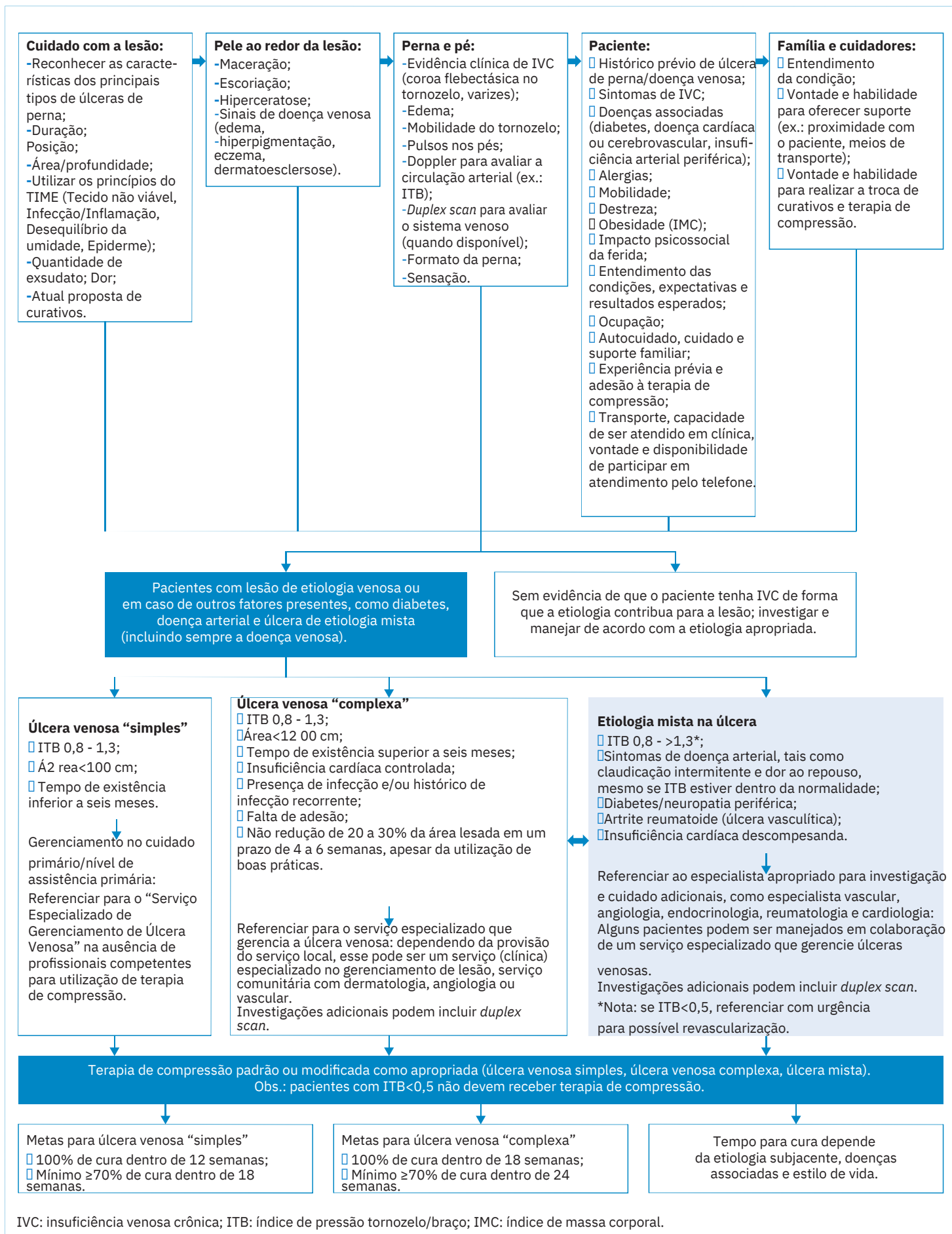
Quantidade de exsudado: Avalie a quantidade de exsudado (drenagem) presente após a remoção do penso e antes de aplicação de qualquer agente tópico na úlcera. Quantifique a exsudado (drenagem) como nenhum, escasso, moderado ou abundante.

Tipo de tecido: Refere-se aos tipos de tecido presentes no leito da ferida (úlceras). Pontue com “4” se houver algum tipo de tecido necrótico. Pontue com “3” se houver alguma quantidade de tecido desvitalizado e se não houver tecido necrótico. Pontue com “2” se a ferida estiver limpa e contiver tecido de granulação. A ferida superficial que está em re-epitelização é pontuada com “1”. Quando a ferida estiver cicatrizada, pontue com “0”.

- 4 - **Tecido necrótico (dura):** tecido negro, castanho ou castanho-claro que adere firmemente ao leito da ferida ou aos bordos e que pode estar mais firme ou mole do que a pele circundante.
- 3 - **Tecido desvitalizado:** tecido amarelo ou branco que adere ao leito da ferida em fios ou camadas espessas ou com muco.
- 2 - **Tecido de granulação:** tecido cor-de-rosa ou vermelho-vivo com um aspecto brilhante, húmida e granulosa.
- 1 - **Tecido epitelial:** para úlceras superficiais, novo tecido cor-de-rosa ou brilhante (pele) que cresce a partir dos bordos ou como ilhas na superfície da úlcera.
- 0 - **Tecido cicatrizado/re-epitelizado:** a ferida está completamente coberta de epitélio (pele nova).

ANEXO 4- FLUXOGRAMA MANEJO PARA ÚLCERAS VENOSAS DE PERNA

Caminho para tratamento do paciente com úlcera venosa



IVC: insuficiência venosa crônica; ITB: índice de pressão tornozelo/braço; IMC: índice de massa corporal.

ANEXO 5- RESOLUÇÃO COFEN 567/2018



cofen
conselho federal de enfermagem

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem - Genebra

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0567/2018

Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas.

O Conselho Federal de Enfermagem-Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012,

CONSIDERANDO o Artigo 11, inciso I, alíneas "j", "l" e "m", da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, o Artigo 8º, inciso I, alíneas "f", "g" e "h" e o Art. 11, inciso III, alínea "c", do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987;

CONSIDERANDO o disposto no art. 22, X, do Regimento Interno do Cofen, aprovado pela Resolução Cofen nº 421/2012, que autoriza o Conselho Federal de Enfermagem baixar Resoluções, Decisões e demais instrumentos legais no âmbito da Autarquia;

CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001, que aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais;

CONSIDERANDO a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências;

CONSIDERANDO tudo o mais que consta nos autos dos PADs Cofen nºs 0194/2015, 519/2016 e 689/2016 e a deliberação do Plenário em sua 495ª Reunião Ordinária.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Regulamento da atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas na conformidade do anexo a esta Resolução que pode ser consultado no site: www.cofen.gov.br.

Art. 2º O Enfermeiro tem autonomia para abertura de Clínica/Consultório de Prevenção e Cuidado de pessoas com feridas, respeitadas as competências técnicas e legais.



cofen
conselho federal de enfermagem

2


filial do conselho internacional de enfermagem - genebra

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0567/2018

Art. 3º Cabe ao Enfermeiro da área a participação na avaliação, elaboração de protocolos, seleção e indicação de novas tecnologias em prevenção e tratamento de pessoas com feridas.

Art. 4º Cabe aos Conselhos Regionais de Enfermagem adotar as medidas necessárias para acompanhar/fiscalizar o cumprimento deste regulamento, visando a segurança do paciente e a dos profissionais envolvidos.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, especialmente a Resolução Cofen nº 501/2015.
Brasília, 29 de janeiro de 2018.


MANOEL CARLOS N. DA SILVA
COREN-RO Nº 63592
Presidente


MARIA R. F. B. SAMPAIO
COREN-PI Nº 19084
Primeira-Secretária

.../ASSLEGIS



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem

ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 0567/2018

**REGULAMENTO DA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM
FERIDAS**

**I. REGULAMENTAÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AOS
PACIENTES COM FERIDAS**

1. Geral:

- a) Avaliar, prescrever e executar curativos em todos os tipos de feridas em pacientes sob seus cuidados, além de coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado de pessoas com feridas.

2. Específicas:

- a) Abrir clínica/consultório de enfermagem para a prevenção e cuidado aos pacientes com feridas, de forma autônoma e empreendedora, respeitadas as competências técnicas e legais.
- b) Realizar atividades de prevenção e cuidado às pessoas com feridas, a ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo às determinações das normatizações do Cofen e aos princípios da *Política Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, do Sistema Único de Saúde-SUS*.
- c) Prescrever medicamentos e coberturas utilizados na prevenção e cuidado às pessoas com feridas, estabelecidas em Programas de Saúde e/ou Protocolos Institucionais.
- d) Realizar curativos em todos os tipos de feridas, independente do grau de comprometimento tecidual.
- e) Executar o desbridamento autolítico, instrumental, mecânico e enzimático.
- f) Realizar a terapia de compressão elástica e inelástica de alta e baixa compressão, de acordo com diagnóstico médico (úlceras venosas ou mistas e linfedemas).
- g) Participar da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e cuidado aos pacientes com feridas.

1



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem

- h) Estabelecer política de avaliação dos riscos potenciais, por meio de escalas ou outras ferramentas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional.
- i) Desenvolver e implementar plano de intervenção para o indivíduo em risco de desenvolver lesão/úlceras por pressão.
- j) Avaliar estado nutricional do paciente através de seu IMC (Índice de Massa Corporal) e se necessário utilizar-se de indicadores nutricionais como: hemoglobina, glicemia, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D, e outros, conforme protocolo institucional.
- k) Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias.
- l) Utilizar novas técnicas e tecnologias tais como laser e LED, terapia por pressão negativa, eletroterapia, hidrozonioterapia, entre outros, mediante capacitação.
- m) Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomada de decisão imediata.
- n) Garantir com eficácia e eficiência o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito no contexto do processo de enfermagem.
- o) Coordenar e/ou participar de pesquisas clínicas relacionadas a produtos, medicamentos e tecnologias a serem utilizados na prevenção e tratamento de feridas, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão.
- p) Delegar ao Técnico de Enfermagem os curativos de feridas, respeitadas suas competências técnica e legais, considerando risco e complexidade.
- q) Prescrever cuidados de enfermagem às pessoas com feridas a serem executados pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as disposições legais da profissão.
- r) Solicitar exames laboratoriais e radiografias inerentes ao processo do cuidado, estabelecidos em protocolos institucionais, às pessoas com feridas.
- s) Utilizar materiais, equipamentos, medicamentos e novas tecnologias aprovados e que venham a ser aprovados pela Anvisa, para a prevenção e cuidado às pessoas com feridas.
- t) Executar, coordenar e supervisionar as atividades de enfermagem relacionadas à terapia hiperbárica.
- u) Realizar foto documentação para acompanhamento da evolução da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou responsável, por meio de formulário institucional, respeitando os preceitos éticos e legais do uso de imagens.
- v) Realizar coleta de material para exame microbiológico das feridas quando necessário o diagnóstico etiológico de infecção.
- w) Participar e solicitar parecer técnico das Comissões de Curativos.

IV. REFERÊNCIAS

- BLANCK, M.; GIANNINI, T. Úlceras e feridas - As feridas tem alma. Di livros editora Ltda., 2014.
- BORGES, E. L. et al. Feridas – Como Tratar. Coopmed Editora Médica, 2009.
- BORGES, E. L. Feridas – Úlceras de Membros Inferiores. Editora Guanabara Koogan, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011
- BRASIL. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz, 2013.
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BR). Lei do Exercício Profissional, nº 7.498/86; Decreto nº 94.406/87 e Código de Ética dos profissionais de enfermagem.
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BR). Resolução 311 de 2007, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BR). Resolução 358 de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BR). Resolução 429 de 2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN SP. PARECER COREN – SP CAT Nº 011/2009. Uso do laser de baixa intensidade pelo profissional enfermeiro no tratamento clínico de feridas.
- Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia – COREN RO. Parecer nº 06/2013, referente à solicitação de esclarecimentos sobre as regulamentações dos Enfermeiros no tratamento de feridas, bem como o direito de atender consultas em estabelecimentos privados e o direito de usar lâmina de bisturi no desbridamento conservador.
- CUNHA, N. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas Crônicas. Monografia. Fundação de Ensino Superior de Olinda. Olinda, 2006.
- ERNANDES, L. R. A. **Fisiologia da cicatrização: feridas e curativos**. 2005. Disponível em URL: Acesso em 3 abril 2007.



4



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem

- EPUAP/NPUAP. Prevenção de Úlceras de Pressão - Guia de consulta rápido. Disponível em: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf.
- MORAIS, G. F. da C.; OLIVEIRA, S. H. dos S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 98-105, mar. 2008.
- OLIVEIRA, Adriana Cristina. Infecções Hospitalares: Epidemiologia, Prevenção Controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. 2005.
- PEREIRA, A. L. Revisão sistemática de literatura sobre produtos usados no tratamento de feridas. Goiânia, 2006. Dissertação de mestrado. Disponível em: <HTTPS://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/732/1/Angela%20Lima%20Pereira.pdf>.
- SANTOS, J. B. et al. Avaliação e tratamento de feridas: orientações aos profissionais de saúde. Hospital de Clínicas de Porto Alegre RS. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34755/000790228.pdf>.
- SANTOS, I. C. R. V.; OLIVEIRA, R. C. de; SILVA, M. A. da. Desbridamento cirúrgico e a regulamentação legal do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 184-192, mar. 2013.
- YAMADA, B. Limpeza e desbridamento no tratamento da úlcera por pressão. In: BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. São Paulo: Atheneu, 2014.

5

CONTROLE DE ALTERAÇÕES/REVISÕES

As revisões e alterações desse Protocolo ficarão sob responsabilidade da Coordenação de Enfermagem (COENF) da Direção de Atenção Primária do município de Porto Alegre, com previsão de execução a cada dois anos e/ou quando houverem alterações impactantes nas recomendações.



prefeitura de **PORTO ALEGRE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

