

Protocolo para o **TRATAMENTO DE FERIDAS**



 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 2-132</p>	

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	2
2. ANATOMIA E FISILOGIA DA PELE.....	3
3. FISILOGIA DA CICATRIZAÇÃO.....	6
4. FERIDA.....	7
5. LESÃO POR PRESSÃO.....	47
6. ÚLCERAS VENOSAS.....	59
7. ÚLCERA ARTERIAL.....	72
9. ÚLCERA EM PÉ DIABÉTICO.....	78
10. FERIDA NA HANSENÍASE.....	94
11. INSUMOS PADRONIZADOS PELO MUNICÍPIO.....	98
13. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	102
1 - FICHA DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS.....	106

1. INTRODUÇÃO

As feridas crônicas, independentemente da etiologia, são lesões graves da pele e tecidos subjacentes que causam às pessoas com ferida e aos familiares diversos problemas, como dor permanente, incapacidade, sofrimento, perda da autoestima, diminuição na qualidade de vida, isolamento social, gastos financeiros, afastamento do trabalho e alterações psicossociais.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 3-132</p>	

No Brasil, as feridas constituem um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de pacientes com alterações na integridade da pele, embora sejam escassos os registros desses atendimentos.

São várias as etiologias, predominando nas feridas de perna a doença vascular periférica e principalmente a insuficiência venosa crônica (IVC), com 70% a 80% dos casos, seguidas da insuficiência arterial (8%), do diabetes (3%), do trauma (2%) e outras causas (14%) (DANTAS, et. al 2011).

Os cuidados com as feridas exigem atuação interdisciplinar, adoção de protocolo, conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de complexidade de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e participação ativa do paciente e seus familiares.

É fundamental no tratamento do paciente com ferida a assistência sistematizada pautada em protocolo, que contemple avaliação clínica, diagnóstico precoce, planejamento do tratamento, implementação do plano de cuidados, evolução e reavaliação das condutas e tratamento, além de trabalho educativo permanente em equipe envolvendo o paciente, familiares e cuidadores.

2. ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

A pele é o maior órgão do corpo, e exerce diversas funções, incluindo:

- Proteção
- Regulação da temperatura corporal
- Manutenção do equilíbrio hídrico e eletrolítico
- Percepção de estímulos dolorosos e táteis
- Participação na síntese de vitamina D

A pele é composta por três camadas: epiderme, derme, hipoderme ou tecido subcutâneo (Figura 1):

Figura 1 - Camadas da pele

Controlado por:
Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

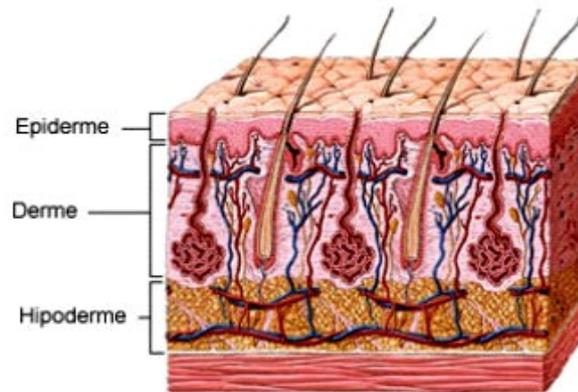
Proponente:
RDC

Código:

Data da Emissão:
2022

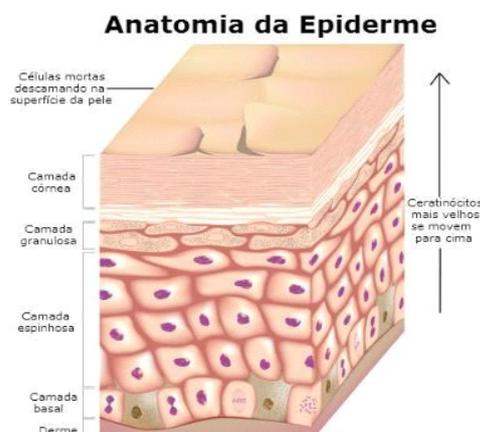
Revisão
01

Página
4-132



- **Epiderme (Figura 2):** é avascular, formada por epitélio estratificado, disposto em quatro ou cinco camadas (camadas: córnea, lúcida, granulosa, espinhosa e basal), que se ligam firmemente umas nas outras. Fina, porém resistente, sua espessura varia entre 0,007 a 0,12 mm. Formada em sua maior parte por queratinócitos, que se formam na camada mais profunda da epiderme chamada camada basal onde também encontramos os melanócitos que produzem a melanina e as células de Langerhans que fazem parte do sistema imunológico da pele. A epiderme tem como principal função formar uma barreira protetora para o corpo, protegendo contra danos externos, dificultando a saída de água e a entrada de substâncias e de microorganismos.

Figura 2 - Anatomia da Epiderme



- **Derme:** Diferente da epiderme, a derme é vascularizada. Esta rede vascular supre a camada viva da epiderme, a camada basal que está em constante

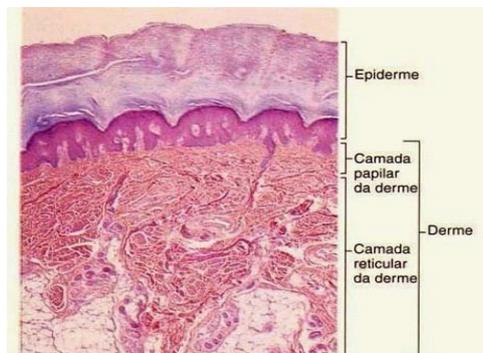
 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 5-132</p>

processo de mitose, e estruturas como folículos pilosos e glândulas. A derme é a segunda camada da pele, uma camada espessa de tecido fibroso e elástico (composta por colágeno, com um componente pequeno, mas importante, de elastina) que confere à pele a sua flexibilidade e resistência. Tais substâncias tornam a pele resistente e elástica.

A derme se subdivide em duas camadas, uma mais superficial, a camada papilar e uma mais profunda, a camada reticular (Figura 3).

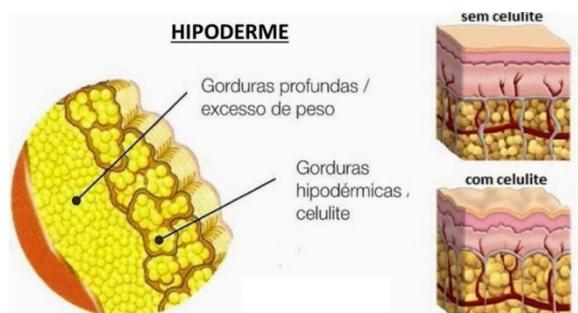
Na derme também está presente a inervação da pele, composta por nervos e terminações nervosas, que conferem à pele a sensibilidade a pressão, temperatura, prurido, dor e tato.

Figura 3 - Camadas da pele



- **Hipoderme:** é uma telasubcutânea, que une a derme aos tecidos e órgãos subjacentes. Composta por: células adiposas agem como isolante térmico, e reserva calórica (Figura 4).

Figura 4 - Células da hipoderme



	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE	PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS		
Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC		Proponente: RDC		
Código:	Data da Emissão: 2022	Revisão 01	Página 6-132	

3. FISIOLOGIA DA CICATRIZAÇÃO

O processo de cicatrização que se segue com a finalidade de cura das feridas pode ser dividido didaticamente em três fases que se sobrepõem conforme Quadro 1:

Quadro 1 - Fases do processo de cicatrização

Fases	Subfases
Fase inflamatória Início no momento que ocorre a lesão, durando entre 3 e 6 dias	- Inflamação precoce (acúmulo de neutrófilos) - Inicia com a hemostasia através da agregação de plaquetas a liberação de citocinas
Fase proliferativa Ocorre em aproximadamente 3 semanas	- Formação do tecido de granulação (proliferação de fibroblastos e células endoteliais) - Formação da matriz extra celular (síntese da matriz extra celular pelos fibroblastos) -Reepitelização (proliferação e migração de queranócitos)
Fase de remodelagem ou maturação Início em torno da terceira semana, podendo se estender por até 2 anos	- Remodelagem (degradação da matriz extracelular e reordenação do tecido conjuntivo)

3.1 Fatores que influenciam a cicatrização

Vários fatores podem influenciar negativamente a cicatrização, dentre eles os principais são: infecção, hematoma, edema, tecido necrótico, corpo estranho,

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 7-132</p>	

ressecamento, bem como a idade avançada, tabagismo, etilismo, alterações nutricionais, uso de determinados medicamentos como anti-inflamatórios, corticóides, ácido acetilsalicílico, antineoplásicos e outros como a piora das condições sistêmicas, presença de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e imunossupressão.

4. FERIDA

Ferida é definida por qualquer lesão no tecido epitelial, mucosa ou órgãos com prejuízo de suas funções básicas. São muito comuns e quando complicadas por infecção ou cronicidade podem representar grave problema de saúde pública, causando prejuízos ao paciente e sua família, limitando sua mobilidade e causando dependências. Podem ser causadas por fatores extrínsecos como incisão cirúrgica e lesões acidentais, por cortes ou traumas, ou por fatores intrínsecos, como infecção, alterações vasculares, defeitos metabólicos ou neoplasias.

Antes de iniciar a avaliação local da ferida, deve-se realizar uma avaliação integral do paciente, fazendo a coleta das informações através do histórico, definindo a queixa principal relacionada à ferida, seu tempo de surgimento, tratamentos anteriores, comorbidades e fatores que podem interferir na cicatrização.

No momento de realização do exame físico é importante verificar as condições gerais do paciente, como a nutrição, hábitos de higiene, condições da pele, autocuidado, perfusão tecidual, sensibilidade, dor, sinais de inflamação e infecção, deformidades como atrofia e calosidades. Já na avaliação local da ferida é preciso levantar dados quanto à sua classificação, etiologia, localização, dimensões, tecidos presentes, quantidade e características do exsudato, borda, pele ao perilesional e dor.

4.1 Classificação das feridas

4.1.1 Tempo de Evolução

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 8-132</p>	

- **Agudas:** são aquelas que apresentam início e cura rápida, sem complicações quanto à cicatrização. Podem ser intencionais (ocorridas no pós operatório) ou ocasionadas por acidentes (como queimaduras, lacerações, mordeduras e outros).
- **Crônicas:** podem originar-se a partir de um longo processo agudo, com perda de tecido, ou evoluir devagar com quadros diferentes de inflamação aguda. Não seguem o processo cicatricial normal, ou seja, este prolonga-se por período superior a quatro semanas, devido à presença de complicações, principalmente a infecção e a presença do biofilme. Das feridas crônicas cerca de 70% tornam-se feridas de difícil cicatrização, sendo o biofilme a principal causa dessa condição.

4.1.2 Acometimento Tecidual

- Ferida superficial: apenas a epiderme foi lesada.
- Perda tecidual parcial: epitélio e parte da derme são destruídos.
- Perda tecidual total: toda a epiderme, derme e camadas mais profundas como hipoderme/ tecido subcutâneo, músculos ou ossos podem estar envolvidos.

4.2 Avaliação do paciente e da ferida

O tratamento de ferida deve ser iniciado com a avaliação integral e criteriosa do paciente levando em consideração os aspectos biopsicossociais. A avaliação deve ser compartilhada com a equipe multiprofissional e contar com a participação ativa do paciente e sua família.

Para a efetividade do tratamento das feridas, o profissional deve estabelecer uma interação com o paciente, esclarecendo o seu diagnóstico, a importância da adesão, a continuidade do tratamento e a prevenção de complicações. A participação do doente deve ser ativa, buscando o esclarecimento de possíveis

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 9-132</p>	

dúvidas, levantando queixas e propostas alternativas de tratamento para o seu autocuidado, para juntos opinarem sobre o tratamento mais adequado a ser instituído, atendendo-se tanto às necessidades do doente como à proposta de intervenção dos profissionais.

No processo de cuidar, deve-se iniciar a abordagem com a anamnese, estando-se atento à identificação (nome, idade, sexo, endereço, etc.), história, condição socioeconômica e psicológica, higiene pessoal, estado nutricional, doenças associadas, uso de medicamentos e drogas, valores culturais, atividades da vida diária e de trabalho.

Ao avaliar a ferida, é importante considerar os seguintes pontos:

1) História clínica do paciente: verificar a queixa principal, presença de fatores que interferem na cicatrização, data do início da ferida, causa, se é a primeira ou uma ferida recorrente; presença de dor e tratamentos já utilizados anteriormente.

2) Exame físico: verificar as medidas antropométricas (peso e altura), localização da ferida, condições da pele, presença de calosidades, atrofia muscular, edema (inchaço), pulsos (pedioso e tibial posterior), alterações de sensibilidade e sinais de inflamação. O exame dos pulsos periféricos deve ser realizado para detecção de possível insuficiência arterial. A avaliação neurológica ajuda a detectar problemas de sensibilidade.

3) Avaliação psicossocial: este aspecto também deve ser avaliado, pois alterações em sua imagem corporal, ansiedade em relação ao diagnóstico, podem levar o doente a situações de estresse, o que contribui negativamente para a cicatrização.

4) Autocuidado: identificar esta possibilidade em relação à sua ferida, orientando-o e estimulando-o a realizar seu curativo, para adaptar-se às atividades da vida diária.

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p align="center">PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC		Proponente: RDC		
Código:		Data da Emissão: 2022	Revisão 01	Página 10-132

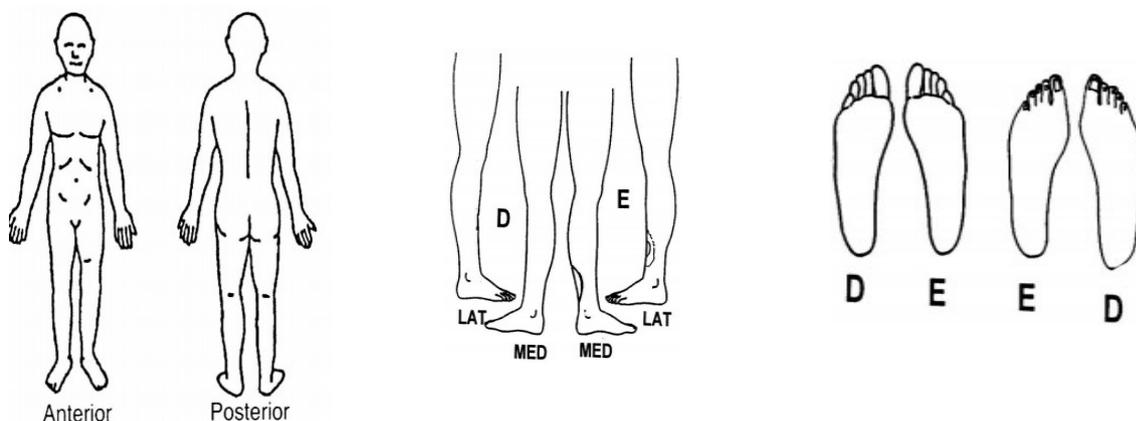
A avaliação deve ser realizada e registrada em prontuário e deve-se observar as condições gerais do paciente e as características da lesão, além de atentar-se para a evolução do processo cicatricial e a saturação da cobertura utilizada.

4.2.1 Avaliação da Ferida

Para avaliação da ferida deve-se considerar: localização anatômica, mensuração, identificação e mensuração de túneis/solapamentos, grau de lesão tecidual, exsudato, odor, dor, observação do leito da ferida, área perilesional e presença de infecção.

4.2.1.1 - Localização anatômica (Figura 5): sinalizar onde a ferida está localizada. A localização da ferida pode indicar problemas potenciais como risco de contaminação, por exemplo em feridas próximas a região sacral, e problemas de mobilidade, como em feridas localizadas nos pés.

Figura 5 - Localização Anatômica da ferida



Fonte: DEALEY, 2008.

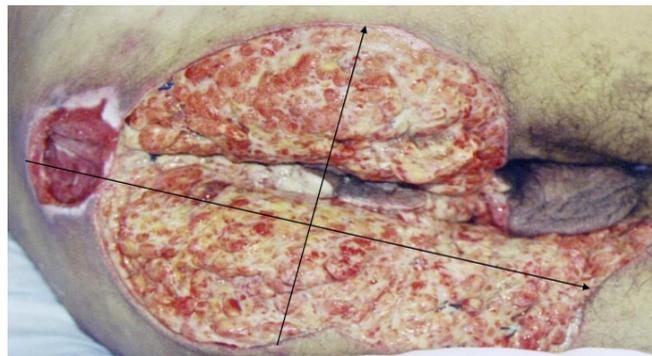
4.2.1.2 Mensuração da área da ferida (Figura 6)

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 11-132</p>

As mensurações das feridas englobam a profundidade e a área da lesão.

1. Proceder à limpeza da ferida conforme técnica de soro em jato;
2. Utilizar fita métrica ou régua, que seja exclusiva para esse serviço;
3. Traçar uma linha na maior extensão vertical e maior extensão horizontal;
4. Registrar medidas das linhas em cm para comparações posteriores.
5. Multiplicar uma medida pela outra para se obter a área em cm².

Figura 6 - Extensão (cm²) - Comprimento x Largura



4.2.1.3 Profundidade em centímetros (Figura 7): Proceder a limpar a ferida; introduzir pinça de procedimento estéril no ponto mais profundo da ferida; medir com uma régua o segmento marcado e anotar resultados em cm para comparação posterior. Presença de túneis, fístulas (medir em centímetros).

Figura 7 - Profundidade da ferida



 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 12-132</p>

A localização anatômica e a forma irregular de algumas feridas podem dificultar a realização da mensuração. Por isso, alguns profissionais optam em contornar o perímetro da borda externa da ferida com pincel, desenhado no papel ou acetato transparente sobre a lesão (Figura 8). O papel transparente estéril pode ser o papel próprio (interno) da cobertura que será aplicada ou o papel transparente dos pacotes de gazes.

Figura 8 - Mensuração de ferida irregular



4.2.1.4 Tecido e exsudato

Assim como a dimensão, o tipo e quantidade de tecido e exsudato presentes no leito da ferida são um indicador de cicatrização.

Essas características fornecem dados objetivos, que permitem ao avaliador inferir gravidade e duração da ferida, estimar o tempo aproximado necessário para a cicatrização total e identificar as características da fase predominante no processo de cicatrização.

O tipo e quantidade de tecido e exsudato também permitem inferir se a assistência clínica e terapia tópica empregada estão atingindo o objetivo.

4.2.4.1 Tipos de tecidos presentes no leito da ferida

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 13-132</p>

É comum haver combinação de diferentes tipos de tecidos no leito da mesma ferida (Quadro 2).

Quadro 2 - Tipos de tecido

Tecido	Descrição
<p>Escara</p> 	<p>Tecido necrótico seco, de coloração preta ou marrom, seco, endurecido e firmemente aderido ao leito.</p>
<p>Esfacelo</p> 	<p>Aspecto úmido, amolecido, de coloração amarelada, branca ou verde, frouxo ou aderido ao leito</p>
<p>Granulação</p> 	<p>Tecido úmido, rosado, composto por novos vasos sanguíneos, tecido conjuntivo, fibroblastos e células inflamatórias; é o tecido característico da fase proliferativa, que preenche a ferida; a superfície é granulada, assemelhando-se a uma framboesa. Esse tecido é importante para a epitelização, uma vez que age como uma matriz de suporte rica em nutrientes favoráveis à migração celular.</p>
<p>Epitelial</p> 	<p>Epiderme regenerada sobre a superfície da ferida; seca; de coloração rosada, mais frágil que a epiderme.</p>

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 14-132</p>

4.2.4.2 Exsudato

Líquido rico em proteínas e células é um dos elementos fisiológicos do processo de cicatrização. Na fase inflamatória, o aumento da permeabilidade vascular faz com que extravase do meio intracelular para o extracelular, para a manutenção do leito úmido.

Para a avaliação do exsudato, é necessário considerar tipo, odor e quantidade (Quadro 3).

Quadro 3 - Tipos de exsudato

Exsudato	Descrição
<p>Sanguinolento o</p>	<p>Avermelhado, fluído, indica dano de vasos sanguíneos ou a formação de novos; é típico da fase proliferativa; pode resultar da dilatação das junções interendoteliais, trauma endotelial ou do tecido de granulação que se apresenta friável; pode sinalizar infecção crônica da ferida, se presente em moderada a grande quantidade.</p>
<p>Serosanguinolento</p>	<p>Rosado ou avermelhado, fluído, é típico da fase inflamatória e proliferativa.</p>
<p>Seroso</p>	<p>Amarelado/transparente, aquoso, presente normalmente em lesões com tecidos viáveis</p>
<p>Purulento / pus</p>	<p>Amarelo, acastanhado ou esverdeado, opaco e denso, se desenvolve frente a atividade fagocitária e lise celular local; sinaliza infecção e pode estar associado a odor fétido.</p>

4.2.4.2 .1 Odor

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 15-132</p>	

O odor presente na ferida deve ser avaliado após o processo de limpeza, quando o mesmo permanece persistente, pode estar relacionado a processo de infecção local, indicando a necessidade do uso de curativos antimicrobianos.

Utilizar a Escala de Teler para a indicação do odor (Quadro 4).

Quadro 4 - Escala de Teler para indicação do odor

Código 5	Sem odor
Código 4	Odor é detectado na remoção do penso
Código 3	Odor é sentido na exposição do penso
Código 2	Odor é sentido à distância de um braço do doente
Código 1	Odor é sentido na entrada do quarto
Código 0	Odor é sentido na entrada da casa/enfermaria/clinica

4.2.4.2 .2 Quantidade

Quantidade: parâmetro: 12 gazes = 100% do curativo:

Exsudato em pequena quantidade-até 3 gazes (até 25% do curativo padrão saturado)

Moderada quantidade: 4 - 9 gazes (25 a 75% do curativo saturado)

Grande quantidade: acima de 10 gazes (+ 75% do curativo saturado)

Observação: Nunca solicitar que o paciente retire e/ou lave a ferida antes da consulta e/ou avaliação da ferida. É de suma importância avaliar a quantidade de exsudato, coloração e odor.

4.3 Borda da ferida

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p align="center">PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 16-132</p>

Delimita o seu contorno e deve estar em condições adequadas, no mesmo nível do tecido de granulação para favorecer a migração celular e propiciar a epitelização.

4.3.1 Alterações da borda:

- o **Maceração:** ocorre devido ao excesso de umidade, apresenta-se intumescida e esbranquiçada.
- o **Ressecamento:** provocada pela falta de umidade, a borda encontra-se ressecada
- o **Epibolia:** condição onde a borda epitelial enrola-se sobre si mesma, inibindo o contato e cessando a epitelização.

4.3.2 Pele ao redor

A pele ao redor deve ser examinada atentando-se à presença de sinais flogísticos (hiperemia, calor, edema, dor) ou outros fatores que interferem na cicatrização, como maceração, ressecamento, perda da epiderme, endurecimento, calosidades ou hiperpigmentação, entre outros.

4.3.3 Dor

Um componente importante da avaliação é caracterizar a intensidade da dor, para direcionamento das opções de tratamento farmacológico e monitoramento da resposta terapêutica. Para tanto, pode-se utilizar a **Escala de Faces** (Figura 09) ou **Escalas numéricas** (Figura 10).

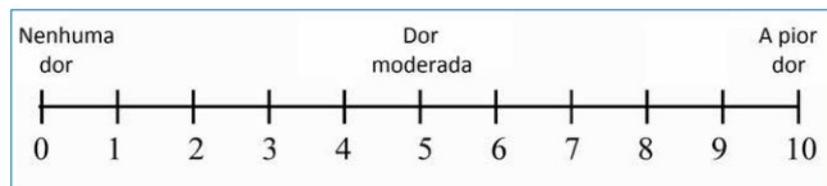


Figura 09 - Escala

de faces para dor

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 17-132</p>

Figura 10 - Escala numérica de dor



4.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): Todos os enfermeiros da Atenção Básica e Especializada devem utilizar o SAE (Anexo 1) neste protocolo para a avaliação do paciente.

Atuação da equipe de enfermagem no cuidado às feridas.

De acordo com a Resolução COFEN nº 567/2018 que Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências (Anexo 2).

4.5 Indicação da terapia tópica

A cicatrização da ferida é um processo fisiológico através do qual o organismo do paciente restaura e restabelece as funções dos tecidos lesionados, dessa forma depende das condições gerais de saúde do paciente, após uma avaliação integral do paciente e a modificação dos fatores que possam interferir na cicatrização, poderemos definir as ações locais que irão viabilizar o processo de cicatrização.

Além disso, exige dos profissionais, o conhecimento sobre os tipos de feridas, classificações e etiologia, acometimento tecidual, objetivo do tratamento (cicatrização ou cuidado de manutenção), fatores sistêmicos que interferem na cicatrização e a avaliação da ferida englobando os aspectos:

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 18-132</p>

- o Dimensões da ferida
- o Tipos de tecido e/ou coloração;
- o Exsudato (tipo, quantidade e odor),
- o Característica de borda e pele perilesional;
- o Dor e sinais de inflamação e/ou sinais de infecção.

É necessário estabelecer um plano de cuidados em conjunto com o paciente, envolvendo-o no auto cuidado, com objetivo principal na modificação dos fatores de risco, e cuidados locais para feridas, podendo ser utilizado a ferramenta “TIMERS” como norteador (Tabela 1).

4.5.1 Objetivos da Terapia Tópica

Dentre os principais objetivos no uso da terapia tópica adequada, podemos destacar:

- o Controle e/ou eliminação do fator causal
- o Limpeza da ferida
- o Remoção de tecidos desvitalizados, corpos estranhos e biofilme - Desbridamento
- o Tratamento de infecção local
- o Preenchimento de espaços ‘mortos’
- o Manutenção do meio úmido através do controle do exsudato
- o Cuidados com a borda da ferida e da pele perilesional
- o Proteção do leito da ferida através da utilização da cobertura
- o Controle da dor

4.5.1.1 Controle e/ou eliminação do fator causal

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 19-132</p>	

A medida inicial para realizar o tratamento de uma ferida é interferir diretamente na sua causa, e para isso é necessário que o profissional conheça as diversas etiologias, que irá determinar a causa da ferida, identificar comorbidades e complicações que possam contribuir para o retardo da cicatrização e direcionar a elaboração de um plano de cuidados individualizado.

4.5.1.2 Limpeza da ferida

A limpeza da ferida é uma etapa fundamental no tratamento, durante a limpeza do leito da ferida devemos remover tecido desvitalizado superficial, detritos da ferida, corpos estranhos e biofilme, devendo ser utilizados agentes de limpeza adequados para esse processo, sendo o soro fisiológico uma opção. Este processo otimiza a cicatrização e reduz o risco para infecção.

4.5.1.3 Desbridamento

O desbridamento é a remoção dos tecidos inviáveis aderidos no leito da ferida, até expor-se o tecido saudável, tendo como finalidade promover a limpeza da ferida, remover corpos estranhos, diminuir a carga microbiana e preparar a ferida para cicatrização. Os tipos de desbridamento, suas indicações e contraindicações serão descritos no processo Desbridamento da Ferida.

4.5.1.4 Tratamento de infecção local

A característica da ferida infectada difere nas feridas agudas e crônicas.

- o Feridas agudas: sinais flogísticos (hiperemia, calor, edema, dor) ou exsudato purulento ou aumento na quantidade do exsudato.
- o Feridas crônicas: sinais locais de inflamação, presença de exsudato purulento, tecido de granulação friável, aumento na quantidade de exsudato, surgimento ou aumento do tecido desvitalizado e demora no tempo de cicatrização

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 20-132</p>	

O objetivo do tratamento da infecção é a redução da carga bacteriana sem danificar o tecido sadio, baseado na limpeza, desbridamento e escolha da cobertura adequada. A manutenção da ferida limpa e sem tecidos desvitalizados pode auxiliar na diminuição da carga bacteriana e conseqüentemente o risco de infecção.

4.5.1.5 Preenchimento de espaços ‘mortos’

O espaço morto pode se apresentar como descolamento de tecido, área de espaço morto que não é visível através da superfície da ferida, ou como um túnel, cavidade com fundo cego, essas áreas favorecem o acúmulo de líquido e conseqüentemente a proliferação bacteriana. Sempre que essas condições estiverem presentes será necessário avaliar seu tamanho e o tipo de tecido presente, procedendo com o preenchimento dessas áreas com a cobertura adequada, mantendo contato direto com o tecido.

4.5.1.6 Manutenção do meio úmido através do controle do exsudato

Para que a cicatrização ocorra é preciso um ambiente úmido que favoreça a migração e divisão celular, neoangiogênese, formação de colágeno, a retenção de fatores de crescimento e enzimas, permitindo o desbridamento autolítico e a formação de tecido de granulação.

Dessa forma a quantidade exsudato no leito da ferida de estar sempre equilibrado, não podendo estar em excesso, pois pode prejudicar a pele perilesional causando a maceração, e nem escasso, pois pode causar o ressecamento do leito da ferida proporcionando a formação de crostas, retardando a migração celular e conseqüentemente a cicatrização. Alterações na quantidade e características do exsudato podem indicar presença de processo inflamatório ou infecção.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 21-132</p>	

Dessa forma, com o objetivo de manter o meio úmido ideal, devemos utilizar coberturas que regulem a umidade quando a ferida apresentar exsudato em pequena e moderada quantidade, que absorvam o excesso de umidade quando a ferida apresentar moderada a grande quantidade de exsudato e coberturas que ofereçam umidade quando a ferida estiver seca

4.5.1.7 Cuidados com a borda da ferida e pele perilesional

Para que a epitelização aconteça é fundamental que as bordas da ferida estejam saudáveis, pois o processo de epitelização começa da borda em direção ao centro da ferida.

Quando a borda não está saudável a cicatrização é retardada, mesmo havendo apenas tecido de granulação no leito da ferida.

A borda pode se apresentar de diversas formas e necessitará de intervenções específicas:

- o Seca: necessidade de hidratação local através de agentes tópicos que forneçam umidade;
- o Macerada descamativa: causada pelo excesso de exsudato, necessidade da utilização de coberturas absorventes. Deve-se reavaliar: a saturação da cobertura, em alguns casos necessitando reduzir o prazo de troca do curativo, o modo de aplicação para eliminar esse fator e a presença de processos que proporcionem um aumento de exsudato, como inflamação e infecção local.
- o Borda isquêmica: reavaliar a causa da perfusão diminuída ou necrose tecidual e eliminá-la.
- o Com sinais flogísticos (dor, calor, rubor e edema): sinais de inflamação devido à manipulação inadequada da ferida ou até mesmo por infecção.

4.5.1.8 Proteção do leito da ferida através da utilização da cobertura

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 22-132</p>	

Cobertura significa um material, produto ou substância colocada no leito da ferida, com a finalidade proteger, ocluir, umedecer e tratar.

A cobertura tem como objetivo regular o exsudato mantendo a umidade ideal, ou seja, absorver o excesso de exsudato, permitir a troca gasosa, promover isolamento térmico, proporcionar proteção contra infecção e permitir a remoção sem causar traumas.

As coberturas podem ser classificadas em:

- o Cobertura passiva - absorve, protege e cobre a ferida;
- o Cobertura interativa - mantém o microambiente úmido facilitando a cicatrização;
- o Cobertura bioativa - fornece elementos necessários à cicatrização, estimulando a cura da ferida.

As coberturas podem ser divididas em cobertura primária, que mantém contato direto com o leito da ferida ou secundária, quando são utilizadas sobre a cobertura primária.

4.5.1.9 Controle da dor

A dor nas feridas precisa ser investigada, descrita e quantificada através da utilização de escala. A dor crônica tal como isquemia, requer manutenção de medidas para o seu controle, já a dor aguda pode ser aliviada ou minimizada através de medidas como umedecer a cobertura antes de sua retirada, uso de coberturas que mantenham a umidade adequada, e administração de analgésicos antes de procedimentos como troca de coberturas e desbridamento.

4.6 Raciocínio Clínico

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 23-132</p>	

Outro aspecto que auxilia o raciocínio clínico é o preparo do leito da ferida, através de uma ferramenta específica com o objetivo de sistematizar a avaliação do paciente com ferida através da utilização do acrônimo da palavra inglesa “*TIMERS*” (Tabela 1).

T: viabilidade do tecido

I: infecção / inflamação

M: balanço de umidade

E: borda da ferida

R: reparo / regeneração

S: fatores sociais e relacionados ao paciente.

A etapa inicial contempla uma avaliação integral do paciente, com o diagnóstico da lesão, tratamento da causa, comprometimento do paciente, na sequência segue-se com a avaliação dos aspectos locais da ferida que interferem na cicatrização. Para cada letra (problemas) deve-se definir uma conduta e resultado esperado, na opção de conduta, será citado na tabela abaixo as opções mais comuns encontradas no Brasil.

Tabela 1: Uso da ferramenta de avaliação “TIMERS”



SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE

PROTOCOLO PARA
TRATAMENTO DE
FERIDAS

Controlado por:
Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

Proponente:
RDC

Código:

Data da Emissão:
2022

Revisão
01

Página
24-132

	T Tecido	I Inflamação / Infecção	M Desequilíbrio da umidade	E Borda da Ferida	R Reparação e Regeneração
Observação	Tecido desvitalizado	Inflamação e / ou infecção, biofilme	Balanco de umidade incorreto	Borda enrolada / epíbole / hiperqueratos e. Bordas não avançam	Fechamento lento / parado com falha na terapia conservadora
Conduta	Desbridamento: - instrumental, - autolítico, - mecânico ou - enzimático	Cobertura antimicrobiana Coberturas antibiofilme Antibiótico sistêmico Inibidores de proteases	Terapia por pressão negativa Compressão Curativos absorventes	Técnicas para melhorar a borda - Desbridamento - Protetores cutâneos - Preenchimento de descolamento	Terapia por pressão negativa Substitutos cutâneos Enxerto de pele Terapia Hiperbárica
Resultado esperado	Leito da ferida limpo, tecido viável no leito da ferida	Inflamação, infecção e biofilme controlados	Gerenciamento do ambiente de feridas com umidade favorável à cicatrização	Tamanho reduzido da ferida Epitelização	Fechamento de ferida, reparo de tecido

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 25-132</p>	

Quanto a letra S (fatores sociais e relacionados ao paciente), ela envolve toda a estrutura e reconhece a importância do envolvimento do paciente em aumentar a probabilidade de cura, contemplando os fatores psicossociais, fatores que afetam a adesão, fatores físicos e de comorbidade e fatores extrínsecos, a modificação desses fatores é necessária para encorajar o paciente a concordar e se envolver com o plano de cuidados.

Com base nas informações fornecidas até o momento, espera-se que os profissionais médicos e enfermeiros consigam desenvolver um raciocínio clínico para realizar a adequada indicação da terapia tópica no tratamento de feridas. Os produtos padronizados no município estão descritos no Quadro 10.

4.7 Limpeza

A limpeza da ferida é uma etapa fundamental para a evolução da cicatrização, tendo como objetivo a remoção de fragmentos de tecido desvitalizado ou corpos estranhos, excesso de exsudato, resíduos de agentes tópicos e microrganismos existentes no leito da ferida, devendo ser realizada a cada troca da cobertura primária.

A limpeza deverá sempre ser realizada da área menos contaminada para a área mais contaminada, iniciando pela pele perilesional, contemplando toda a área de pele coberta pelo curativo.

A solução preconizada neste protocolo para a limpeza da ferida é o soro fisiológico 0.9% morno, exceto nas feridas sangrantes, em quantidade suficiente e exaustiva até a remoção de debris, exsudato e tecidos frouxamente aderidos.

4.7.1 Conduta específica

Quando irrigação com Soro Fisiológico não for suficiente para remover todos os debris, deverá ser realizada uma limpeza mais efetiva, através de desbridamento. É

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 26-132</p>	

de suma importância saber identificar os tipos de tecido, para diferenciar os tecidos desvitalizados (esfacelo e escara) e realizar sua remoção o mais precoce possível com o objetivo de reduzir a carga microbiana e otimizar o processo de cicatrização.

O procedimento de limpeza da ferida está descrito no item 4.11 deste protocolo, Procedimento Operacional Padrão do Curativo (POP).

4.4.2 Desbridamento da ferida

O desbridamento de feridas consiste na remoção do tecido desvitalizado presente na ferida, seja o esfacelo ou a escara. A seleção do método de desbridamento mais apropriado dependerá das características e do tipo de ferida, da quantidade de tecido necrótico, das condições do doente, do local da ferida e da experiência do profissional que realizar o curativo. Entre os diversos métodos de desbridamento, destacamos: o cirúrgico, o instrumental conservador, o autolítico e o enzimático.

4.7.2.1 Desbridamento Cirúrgico ou com instrumental cortante - realizado pelo cirurgião, utiliza métodos cirúrgicos para remoção do tecido necrótico, preferencialmente em sala cirúrgica, sob anestesia local. É frequentemente considerado o método mais efetivo já que uma grande excisão pode ser feita com a remoção rápida do tecido.

4.7.2.2 Instrumental Conservador - Pode ser à beira do leito, através da utilização de instrumentos de corte. Utiliza-se o instrumental como pinças, tesoura ou bisturi e pode variar quanto a profundidade desde uma fina camada de tecido inviável ou até tecidos desvitalizados mais profundos. O profissional deve avaliar o paciente, ter domínio da técnica, habilidade em manejar o instrumental de corte e conhecer as estruturas anatômicas, podendo a ressecção mais simples e superficial

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p align="center">PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC		Proponente: RDC		
Código:	Data da Emissão: 2022	Revisão 01	Página 27-132	

ser realizada por enfermeiro habilitado, restrito ao tecido inviável, até o limite do tecido subcutâneo e que não necessite de anestesia (conforme parecer COREN-SP <http://www.coren-sp.gov.br/drupal6/node/3706>). Este tipo de desbridamento pode ser realizado em associação ao enzimático ou autolítico para maximizar o processo.

Parecer COREN - SP CAT nº 013/2009: Realização de desbridamento pelo enfermeiro (Anexo 3).

4.7.2.2.1 Técnicas de desbridamento instrumental conservador:

- **Técnica de Cover:** Utiliza-se a lâmina de bisturi para o descolamento das bordas do tecido necrótico (escara). Após o descolamento completo da borda, pinçá-la e tracioná-la, prosseguindo com o corte paralelo ao leito da ferida de forma a descolar toda escara (Figura 11).

Figura 11 - Técnica de Cover



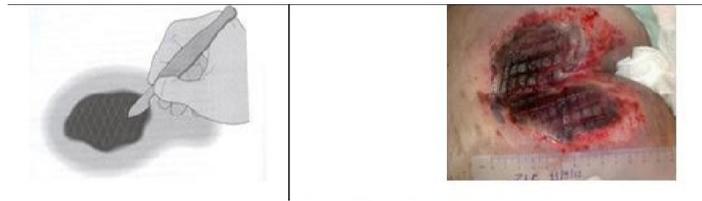
Fonte: UNICAMP, 2020

- **Técnica de Square:** Utiliza-se uma lâmina de bisturi para realizar incisões paralelas em todo tecido necrótico. Divide o tecido necrótico em pequenos

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p align="center">PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC		Proponente: RDC		
Código:		Data da Emissão: 2022	Revisão 01	Página 28-132

quadrados (2mm a 0,5cm) que vão sendo removidos da lesão um a um, sem risco de comprometimento tecidual mais profundo (Figura 12).

Figura 12 - Técnica de Square



Fonte: UNICAMP, 2020

- **Técnica de Slice:** Utiliza-se uma lâmina de bisturi ou tesoura de Íris a fim de remover necrose de coagulação ou esfacelo que se apresenta de forma irregular na ferida (Figura 13).

Figura 13 Técnica de slice



Fonte: UNICAMP, 2020

4.7.3 Autolítico: usa as enzimas do próprio organismo humano para degradar o tecido necrótico, baseado na manutenção de um ambiente úmido através do uso de coberturas, baseado em três fatores: hidratação do leito da ferida, fibrinólise e a ação de enzimas endógenas sobre os tecidos desvitalizados. Geralmente é indolor e requer pouca habilidade técnica para sua realização. É um método mais lento, porém é o mais seletivo.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 29-132</p>	

4.7.4 Enzimático : aplicação tópica de enzimas proteolíticas ou exógenas no leito da ferida, como a Colagenase, Fibrinolisa ou Papaína-Ureia. O desbridamento enzimático pode ser utilizado como método principal ou em associação com o desbridamento cortante. Os dois agentes mais comuns são a colagenase e papaína. A colagenase é uma enzima isolada do *Clostridium histolyticum*. Digere o colágeno mas não é ativo contra a queratina, gordura ou fibrina. O pH ideal da ferida para o seu uso é 6-8. A papaína é uma enzima proteolítica derivada do *Carica papaya*. Nos Estados Unidos é combinada com ureia para ativação e sua ação ocorre com o pH entre 3-12. No Brasil a papaína é encontrada na forma de pó, solúvel em água ou na forma de gel. É utilizada em concentrações diferentes de 2% a 10%, dependendo das características da lesão.

4.7.5 Mecânico - usam a força física para remover o tecido necrótico sendo produzido pela fricção com pinça e gaze, pela retirada da gaze aderida ao leito da ferida ou pela hidroterapia que força a remoção. Os curativos de gaze não são seletivos e danificam o tecido saudável ao remover o tecido necrótico; a cicatrização pode demorar mais tempo. A fricção pode ser obtida pelo esfregaço da ferida por 2 ou 3 minutos, utilizando gazes ou esponjas macias. Este método pode ser utilizado em feridas agudas, traumáticas, dependendo da extensão e profundidade da lesão e sob anestesia. Seu inconveniente é a dor, traumatismo e sangramento dificultando a preservação do tecido viável. É considerado um método pró-ativo, podendo ser empregado na quebra do Biofilme.

Paciente em uso de anticoagulantes, oxigenação tecidual reduzida, comprometimento vascular na lesão, lesões isquêmicas não revascularizadas, o desbridamento instrumental deve ser evitado.

Em Lesão por pressão na região dos calcâneos que apresentam necrose seca do tipo escara sem nenhum sinal de infecção, as recomendações são para não realizar o desbridamento, devendo apenas realizar a limpeza com soro fisiológico diariamente e realizar curativo oclusivo seco, realizar uma reavaliação durante a

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 30-132</p>	

troca do curativo e se houver sinal de infecção proceder com o desbridamento que passa a ser recomendado diante desse quadro.

4.8 Infecção em feridas

A presença das bactérias na ferida pode resultar em 5 situações:

- o Contaminação - Presença de microrganismos não replicantes na superfície da ferida.
- o Colonização - Presença de bactérias em proliferação sem resposta do hospedeiro;
- o Infecção local - Presença de organismos patogênicos dentro de tecido viável causando uma resposta inflamatória.
- o Infecção disseminada - Presença de bactérias em proliferação fora da borda da ferida. Pode afetar tecidos profundos, músculos, fáscias, órgãos ou cavidades corporais.
- o Infecção sistêmica - Resposta inflamatória de corpo inteiro. Presença de celulite, osteomielite e / ou septicemia.

4.8.1 Sinais clínicos de infecção em ferida

Os sinais variam de acordo com o tipo de ferida e a resposta inflamatória do paciente. Quando os microrganismos invadem tecidos saudáveis, o sistema imunológico desencadeia uma resposta inflamatória local – dor, calor, rubor, edema e aumento do exsudato.

Porém nas feridas crônicas esses sinais costumam estar associados com mudanças de características locais dos tecidos e do exsudato e os sinais inflamatórios clássicos não são perceptíveis:

- o Alteração do exsudato: cor, consistência, quantidade e odor
- o Dor nova ou piora da dor;

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 31-132</p>	

- o Edema nas bordas
- o Tecido de granulação friável ou descorado/ opaco;
- o Excesso de esfacelo
- o Aparecimento de lesões satélites
- o Estagnação da lesão

4.8.2 Diagnóstico de infecção em feridas

O diagnóstico é essencialmente clínico e baseado em sinais e sintomas:

- o Sinais de inflamação persistente (> 5 dias)
- o Sinais de infecção: pus, odor, mudança nas características do exsudato
- o Sinais sistêmicos: febre ou leucocitose
- o Elevação da glicose
- o Dor
- o Celulite

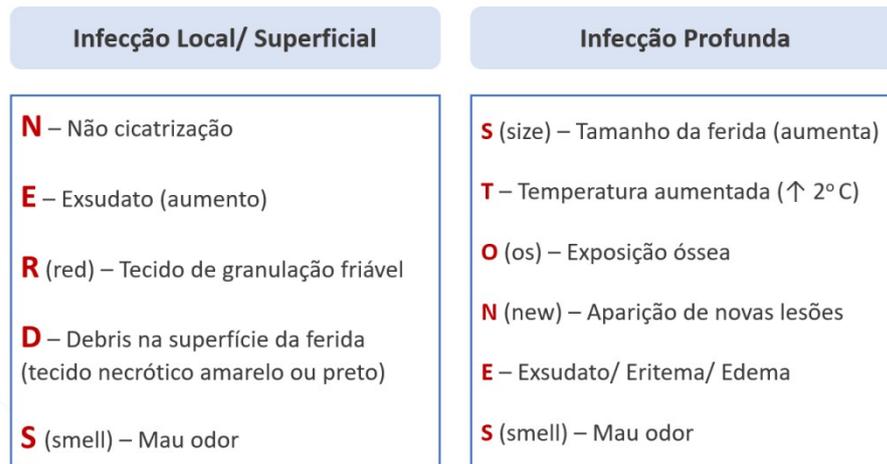
4.8.3 Conduta na infecção em feridas

A conduta será baseada no tipo de infecção que o paciente apresenta, podendo ser dividida em infecção local, infecção disseminada/profunda e infecção sistêmica.

Para auxiliar na definição de infecção local ou profunda é possível utilizar duas ferramentas, também elaboradas através de acrônimos - “*NERDS*” e “*STONES*” (Figura 14)

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p align="center">PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC		Proponente: RDC		
Código:	Data da Emissão: 2022	Revisão 01	Página 32-132	

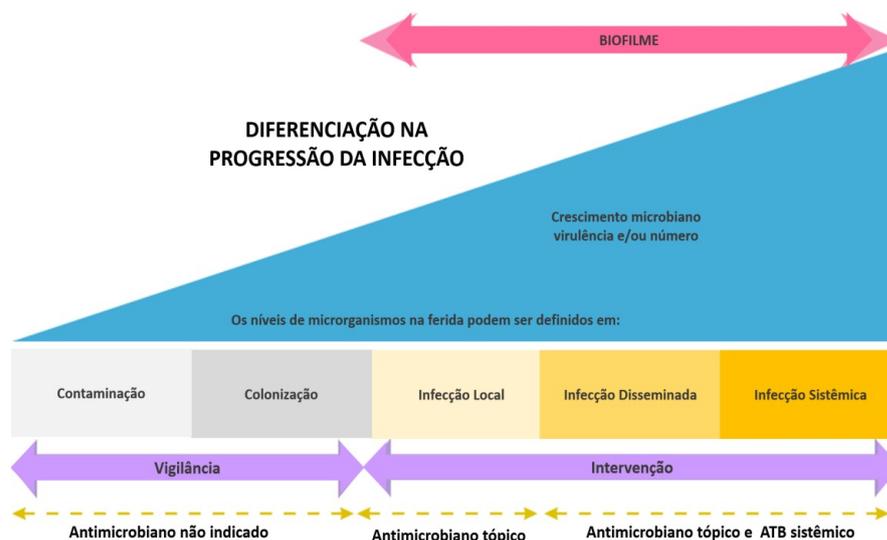
Figura 14 - Ferramenta Nerds/Stones



R Gary Sibbald, Kevin Woo, Elizabeth Ayello. Increased bacterial burden and infection: NERDS and STONES. Wounds UK, 2007, Vol 3, No 2

Após a definição do grau de infecção, a conduta poderá ser definida conforme a Figura 15 em antimicrobiano tópico para infecção local ou a associação do antimicrobiano tópico ao uso do antibiótico sistêmico nos casos de infecção disseminada/profunda e sistêmica.

Figura 15 - Uso do antimicrobiano



 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 33-132</p>	

Existem disponíveis no mercado alguns tipos de antimicrobianos tópicos, nesse protocolo o antimicrobiano tópico que será utilizado será a prata.

As principais funções dos curativos antimicrobianos, como os curativos de prata, no tratamento de feridas são a redução da carga microbiana em feridas infectadas ou incapazes de cicatrizar pela ação de microrganismos e/ou atuar como uma barreira antimicrobiana em feridas agudas ou crônicas com alto risco de infecção ou reinfecção.

4.9 Biofilme em feridas

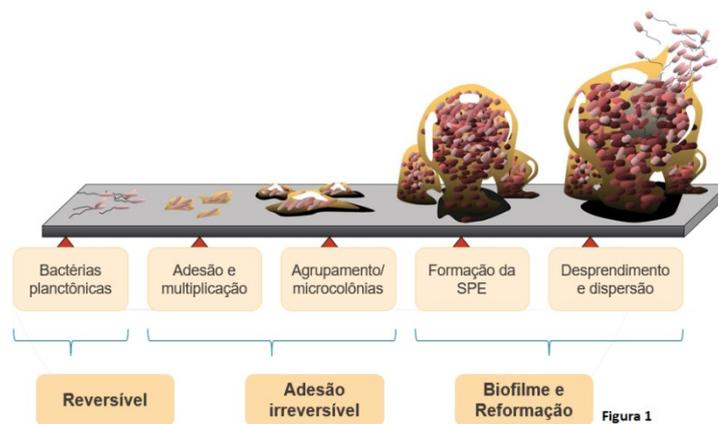
Biofilme é definido como uma associação de células microbianas (bactérias e fungos) fixadas às superfícies, envolvidas em uma matriz conhecida como substância polimérica extracelular (SPE). A matriz extracelular (ME) de um biofilme é heterogênea, sendo composta principalmente por polissacarídeos e outras biomoléculas, como proteínas, lipídios e ácidos nucleicos. De forma geral, um biofilme pode ser constituído por 80% de exopolímeros e 20% de células bacterianas.

A ME determina a estrutura e a integridade funcional do biofilme, agindo como barreira protetora contra ameaças externas como a ação dos agentes antimicrobianos, do sistema imunológico e situações de *stress*, como radiação ultravioleta e alterações de pH². Além disso, o biofilme mantém a ferida em estado inflamatório de baixo grau e se torna uma barreira física para a cicatrização, impedindo a formação do tecido de granulação e epitelização.

O desenvolvimento de um biofilme microbiano geralmente ocorre nas seguintes fases: aderência inicial reversível na superfície (estado planctônico), aderência irreversível, fase de maturação (formação da matriz extracelular protetora viscosa) e dispersão do biofilme maduro³ (Figura 16).

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 34-132</p>	

Figura 16 - Formação do Biofilme



O biofilme está presente em cerca de 60% a 80% das feridas crônicas, o que está intimamente relacionado ao estado crônico das lesões e pelo menos 80% das infecções bacterianas estão associadas à sua formação². Não há dúvidas sobre a participação de biofilme bacteriano contribuindo para a falha da cicatrização das feridas, desta forma, estratégias para prevenção e combate ao biofilme devem ser desenvolvidas a fim de otimizar o tratamento das feridas de difícil cicatrização.

4.9.1 Identificação do Biofilme

O biofilme não pode ser visualizado diretamente em uma ferida, porém podemos afirmar que as feridas de difícil cicatrização contêm biofilme, estando localizado essencialmente na superfície da ferida (embora possa aparecer agregado no tecido mais profundo) e distribuído de forma inconsistente pela ferida e dentro da mesma.

4.9.2 Critérios de identificação do Biofilme:

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 35-132</p>

- Falha no tratamento antibiótico adequado
- Resistência ao tratamento antimicrobiano apropriado
- Recorrência de cura retardada na cessação do tratamento antibiótico
- Atraso na cicatrização, apesar do gerenciamento ideal da ferida e suporte de saúde
- Aumento do exsudato
- Inflamação crônica de baixo nível
- Eritema de baixo nível
- Tecido de granulação não saudável
- Hipergranulação friável

4.9.3 Sinais do Biofilme (Figura 17):

- Camada viscosa e espessa na superfície da ferida
- Material gelatinoso recupera-se rapidamente depois de uma ação mecânica (em 24 - 48h)
- Pigmentação amarelada e/ou esverdeada
- Na maioria das vezes, não é possível ser visualizado no leito da ferida

Figura 17 - Biofilme



Arq. Pessoal - Imagem autorizada pelo indivíduo

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 36-132</p>	

4.9.4 Algoritmo clínico para identificação do Biofilme:



Controlado por:
Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC

Proponente:
RDC

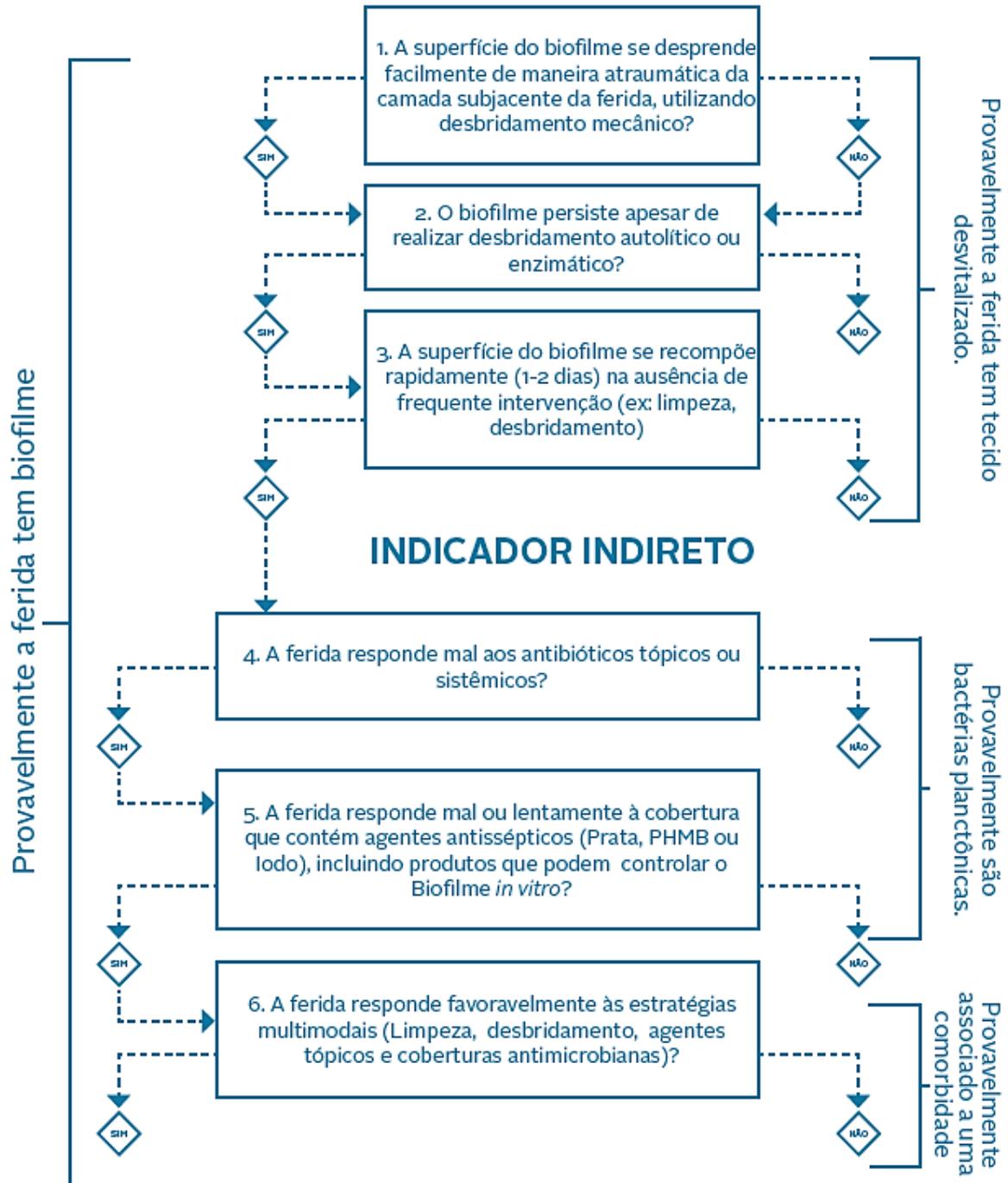
Código:

Data da Emissão:
2022

Revisão
01

Página
37-132

INDICADORES VISUAIS



4.9.5 Intervenções

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 38-132</p>	

Para promover a cicatrização, propõe-se lidar com o biofilme numa fase precoce com uma estratégia chamada Higiene da Ferida, que inclui:

- Limpeza (da ferida e da pele perilesional)
- Desbridamento (desbridamento inicial agressivo, se necessário, bem como manutenção)
- Remodelamento das bordas da ferida
- Aplicação da cobertura

O princípio central da higiene da ferida se baseia na remoção ou minimização de todos os materiais indesejados da ferida, incluindo o biofilme, tecidos mortos e corpos estranhos, o tratamento de qualquer biofilme residual e a prevenção do seu reaparecimento.

4.9.6 Estratégias para prevenção e combate ao Biofilme - Higiene da Ferida

1) Limpeza da ferida e da pele perilesional

Limpe o leito da ferida removendo o tecido desvitalizado, corpos estranhos e o biofilme. Limpe a pele perilesional removendo escamas de pele morta e calosidades e assim descontaminá-la, englobando toda a área que está sob a cobertura.

2) Desbridamento

Desbridamento mecânico (com utilização de força mecânica, como a fricção da gaze sobre o leito da ferida) ou cortante, para remover o tecido necrótico, o esfacelo, os detritos e o biofilme devendo ser realizado a cada mudança de curativo.

3) Remodelamento das bordas da ferida

Desbride com frequência as bordas da ferida, remova o tecido enrolado, seco, com calosidades ou hiperqueratótico e o tecido necrótico, com a finalidade de garantir que as bordas da pele se alinhem com o leito da ferida para facilitar o avanço epitelial e a contração da ferida.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 39-132</p>	

4) Aplicação da Cobertura

Trate o biofilme residual enquanto impede ou retarda o reaparecimento de biofilme utilizando curativos que contêm agentes antibiofilme e antimicrobianos e que podem também absorver e reter o exsudato adequadamente para promover a cicatrização.

4.9.7 Características de uma cobertura para o combate ao Biofilme e a sua reformação

A nova geração da cobertura antibiofilme apresenta algumas características que auxiliam em sua quebra e impedimento da reformação. Para o combate é necessário que a cobertura realize a decomposição ao biofilme e a interrupção da reformação. Deve permitir a exposição das bactérias para uma eficaz eliminação mediante um agente antimicrobiano potente e que impeça a reformação do biofilme maduro.

4.10 Protocolo de Terapias Tópicas

As coberturas são elaboradas para manter a lesão limpa e livre de contaminação e também para promover a cicatrização.

4.10.1 Colagenase: é uma das enzimas utilizadas no desbridamento, decompõem as fibras de colágeno natural que constituem o fundo da lesão, por meio das quais os detritos permanecem aderidos aos tecidos. A eficácia demonstrada pela colagenase no desbridamento pode ser explicada por sua exclusiva capacidade de digerir as fibras de colágeno natural, as quais estão envolvidas na retenção de tecidos necrosados. Alguns autores citam que, além do caráter enzimático, a

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 40-132</p>	

colagenase demonstra uma ação excitadora para o tecido de granulação, com aceleração do seu crescimento e enchimento do vazio da lesão, bem como sua epitelização. O ensaio clínico desta enzima demonstra ainda que está indicada exclusivamente nas feridas com tecido necrótico.

4.10.2 Hidrogel: deve ser utilizado em feridas pouco exsudativas, com tecido necrótico (realizar desbridamento autolítico na lesão), suas características são o alto conteúdo em água ou glicerina, pouco aderente ao leito ulceroso, tem ação analgésica, faz preenchimento de cavidades, favorece a epitelização e o desbridamento autolítico. **Aplicação:** o curativo com hidrogel deve ser substituído a cada 24-72 horas.

4.10.3 Hidrocolóide (Figura 18): deve ser utilizado em feridas ligeira-moderadamente exsudativas, com tecido necrótico (desbridamento autolítico) é composto de carboximetilcelulose, gelatina ou pectina, impermeáveis ao vapor de água, bactérias e ao oxigênio (ambiente hipóxico que favorece a proliferação fibroblástica e angiogênese, e inibe a proliferação bacteriana). A formação de um composto gelificado tem efeito analgésico e reduz a aderência à ferida, diminuindo o traumatismo epitelial associado à sua remoção. **Aplicação:** O hidrocolóide em placa é indicado para lesões vitalizadas ou com necrose com pouco/médio exsudato, como escoriações, queimaduras de 1º e 2º grau ou pequenos traumas em pele. Longa duração com necessidade de substituição de curativo a cada 2-7 dias. Substituição mais precoce no caso de fugas evidentes pelos bordos. Utilização de hidrogel com hidrocolóide. Nas lesões infectadas com cobertura primária de prata e ou antibioticoterapia sistêmica.

Figura 18 - Hidrocolóide



 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 41-132</p>	

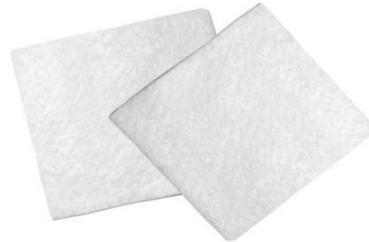
4.10.4 Cobertura de sulfadiazina de prata a 1%: com ação bactericida, bacteriostática e fungicida pela liberação de íons prata que levam à precipitação de proteínas. **Indicação:** Prevenção de colonização e tratamento de queimadura. **Tempo ideal de uso:** sete dias. **Contra Indicações:** uso prolongado, lembrar que esta cobertura é nefrotóxica.

4.10.5 Ácido graxo essencial (AGE): Solução oleosa originada de óleos vegetais poliinsaturados compostos fundamentalmente de ácidos graxos essenciais: ácido linoleico, caprílico, cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja. Utilizado para feridas agudas ou crônicas com perda de tecido superficial ou parcial. Indicação: Tratar feridas abertas vitalizadas, não infectadas, em fases de granulação e epitelização (com ou sem exsudato). Proteção de pele perilesão. Usado para hidratação.

4.10.6 Curativos de Alginato (Figura 19): são derivados principalmente de algas. Em contato com a ferida e o exsudato que é rico em sódio, formam um gel. São usados principalmente em feridas com grande quantidade de exsudato. São disponíveis em películas e fitas. **Vantagens:** são altamente absorventes, podendo absorver até 20 vezes o seu peso em exsudato, diminuindo a necessidade de troca do curativo; pode ser usado em diferentes tipos de feridas; tem propriedades hemostáticas em pequenos sangramentos; podem ser usados em áreas de túneis e descolamentos.

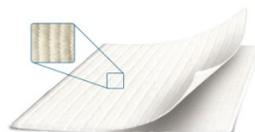
Figura 19 - Curativos de Alginato

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 42-132</p>	



4.10.7 Curativo de Hidrofibra com e sem prata (Figura 20): curativo absorvente composto por fibras de carboximetilcelulose sódica. Possuem ação bactericida quando associadas a prata. Auxilia no desbridamento osmótico autolítico ao manter o meio úmido, induz hemostasia, possui alta capacidade de absorção de exsudato e sua retirada é atraumática preservando o tecido vitalizado. **Indicação:** feridas com exsudato moderado a alto, feridas cavitárias. **Contraindicações:** Feridas com pouca exsudação.

Figura 20 - Curativo de Hidrofibra



4.10.8 Bota de Unna (Figura 21): bandagem inelástica impregnada com uma mistura de óxido de zinco, óleo rícino ou glicerina. A terapia de compressão/contenção é conhecida por aumentar significativamente as taxas de cicatrização de feridas venosas nas pernas e reduzir o risco de sua recorrência, sendo considerada padrão ouro no tratamento. A terapia compressiva/contensiva é indicada para pacientes com insuficiência venosa crônica, pois age na macrocirculação, aumentando o retorno venoso e a pressão tissular. Favorece a reabsorção do edema, fazendo com que os fluidos localizados nos espaços intersticiais retornem para dentro do sistema veno-linfático.

Figura 21 - Bota de Unna



**SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE**

**PROTOCOLO PARA
TRATAMENTO DE
FERIDAS**

Controlado por:

Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

Código:

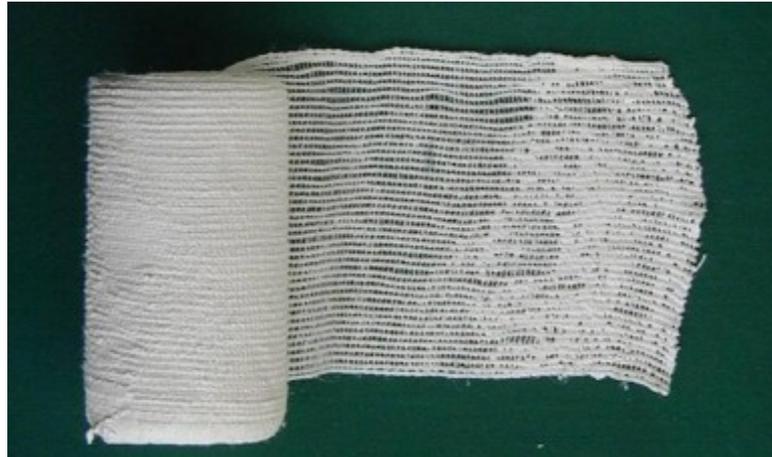
Proponente:

RDC

Data da Emissão:
2022

Revisão
01

Página
43-132



No Quadro 5 encontra-se descrito o Guia de Tratamento de Feridas:

Quadro 5 - Guia de tratamento de feridas



SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE

PROTOCOLO PARA
TRATAMENTO DE
FERIDAS

Controlado por:
Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

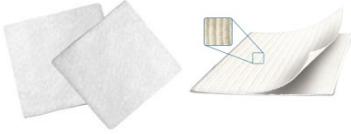
Proponente:
RDC

Código:

Data da Emissão:
2022

Revisão
01

Página
44-132

Tipos de feridas	Objetivo do tratamento	Coberturas	Observações
Necrose seca 	- Desbridamento - Hidratação	- Hidrogel com ou sem alginato + Hidrocolóide placa. 	- Realizar escarotomia antes da aplicação do produto e se necessário desbridamento mecânico para acelerar o processo (enfermeiro ou médico).
Necrose úmida 	- Desbridamento	- Hidrofibra c/ prata ou Placa de alginato + Hidrocolóide placa. 	- Feridas com moderado a alta quantidade de exsudato cobrir o curativo primário com gaze ou zobec e trocar sempre que estiver saturado.
Granulação com exsudato abundante 	- Estimular a granulação - Controlar exsudato - Controle microbiano	- Hidrofibra com prata ou Placa de alginato 	- Usar gaze como cobertura secundária. - Se o tecido de granulação for predominante use Hidrofibra preferencialmente. - Na presença de alta colonização use Hidrofibra com prata ou Alginato com prata.
Granulação com pouco a moderado exsudato 	- Manutenção do meio úmido	- Hidrofibra com prata ou Placa de alginato 	- Usar gaze como cobertura secundária.
Epitelização 	- Proteção dos novos tecidos.	- Placa de Hidrocolóide - Rayon com AGE	- Cuidado na remoção da placa de hidrocolóide - Remover fazendo

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 45-132</p>	

4.11 Procedimento Operacional Padrão do Curativo - POP

4.11.1 Definição: É o procedimento que se baseia na limpeza da lesão, diminuindo a concentração de bactérias no local.

4.11.2 Objetivo: Proporcionar o processo de cicatrização da lesão

4.11.3 Responsável: Enfermeiro

4.11.4 Execução do Procedimento: Auxiliar de enfermagem

4.11.5 Materiais:

- o Bandeja contendo:
 - Pacote de curativo;
 - Luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção;
 - Gazes;
 - Micropore;
 - Soro Fisiológico a 0,9% (SF 0.9%) **morno** de 100 ou 250 ml;
 - Agulha 40x12 para lavagem;
 - Coberturas padronizadas pela Secretaria de Saúde.

4.11.5.1 Se necessário:

- 01 Lâmina de Bisturi com cabo estéril
- 01 Bacia ou cuba
- Ataduras de crepe
- Luvas de procedimento

4.11.6 Descrição do procedimento:

1. Lavar as mãos com água e sabonete;
2. Usar EPIs (luvas, óculos, aventais e máscaras);
3. Reunir o material e levá-lo próximo ao paciente;
4. Colocar o lixo contaminado do lado oposto do material estéril (triângulo: paciente, lixo e o material estéril)
5. Explicar ao paciente o que será feito;

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 46-132</p>	

6. Garantir a privacidade do paciente;
7. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
8. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
9. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
10. Calçar as luvas;
11. Perfurar na parte superior do frasco do SF a 0,9% com a agulha 40x12
12. Remover o curativo antigo;
13. Desprezar estas luvas;
14. Calçar novas luvas;
15. Realizar a limpeza da ferida com Soro Fisiológico 0,9% em jato, conforme prescrição de enfermagem;
16. Cobrir a ferida com cobertura primária prescrita pelo enfermeiro para manter o leito da ferida úmida conforme o Protocolo para o Tratamento de feridas na Atenção Básica e Especializada;
17. Cobrir a ferida com cobertura secundária (gaze ou zobec) e fixar com micropore ou atadura de crepe quando necessário;
18. Retirar as luvas;
19. Lavar as mãos;
20. Anotar em prontuário, assinar e carimbar;
21. Registrar o procedimento em planilha de produção.

4.11.7 Observação:

- 1 - Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida;
- 2 - Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária;
- 3 - A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada;

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 47-132</p>	

4 - Proceder a desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, com desinfectante preconizado pela Secretariada Saúde do município;

5 - Após cada curativo, encaminhar o material usado ao expurgo da unidade;

6 - O lixo deverá estar próximo do local onde se realiza o procedimento para descarte dos resíduos.

7 - O enfermeiro deve avaliar os curativos, criando uma rotina no serviço, para orientação da equipe e boa evolução das lesões

5. LESÃO POR PRESSÃO

Lesão por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea (Figura 22) ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como ferida aberta e pode ser dolorosa, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento.

Figura 22 - Proeminências ósseas

Controlado por:
Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

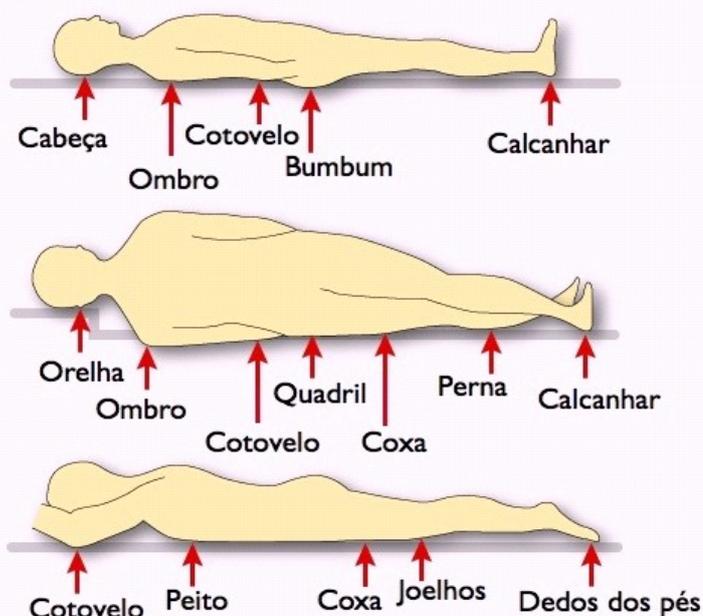
Proponente:
RDC

Código:

Data da Emissão:
2022

Revisão
01

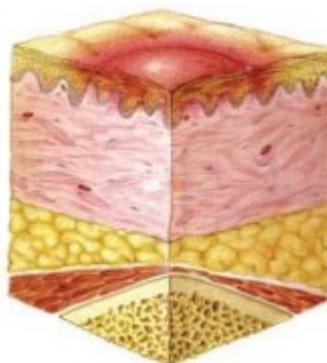
Página
48-132



5.1 Estágios das Lesões por Pressões

5.1.1 Lesão por Pressão Estágio 1 - Pele íntegra com eritema que não embranquece: Pele intacta com hiperemia (Figura 23) de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor.

Figura 23 - Pele hiperemiada



 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 49-132</p>	

5.1.2 Lesão por Pressão Estágio 2 - Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme (Figura 24): Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como ferida superficial com o leito de coloração vermelha pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/rompida.

Figura 24 - Pele com perda parcial de espessura dérmica



5.1.3 Lesão por Pressão Estágio 3 - Perda da pele em sua espessura total (Figura 25): Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis.

Figura 25 - Perda com perda de tecido em sua espessura total



 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 50-132</p>

5.1.4 Lesão por pressão Estágio 4 - Perda da pele em sua espessura total e perda tissular (Figura 26): Perda total de tecido com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis.

Figura 26 - Perda com perda de tecido com exposição óssea



5.1.5 Lesão por Pressão Não Classificável - Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

5.1.6 Lesão por Pressão Tissular Profunda - descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece: Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 51-132</p>	

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

5.2 Definições adicionais:

5.2.1 Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

5.2.2 Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

5.3 Medidas preventivas para lesão por pressão

Segundo as recomendações da National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) , as medidas preventivas devem ser baseadas em 6 estratégias:

- Avaliação do risco
- Avaliação da pele

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 52-132</p>	

- Avaliação nutricional
- Manejo da umidade
- Minimizar a pressão
- Cuidados com a pele e medidas preventivas

5.3.1 Avaliação de Risco

A avaliação do risco para LP deve ser realizada na admissão, diariamente no momento de o enfermeiro realizar o exame físico e sempre que houver alteração do estado clínico do paciente, utilizando instrumentos de predição de risco como a Escala de Braden. De acordo com a pontuação obtida, a escala irá nos predizer o risco do paciente para desenvolver a LP e auxiliar na seleção das medidas preventivas.

5.3.1.1 Escala de Braden

A Escala de Braden é composta por seis subescalas que avaliam:

1. percepção sensorial
2. umidade
3. atividade
4. mobilidade
5. nutrição
6. fricção e cisalhamento.

Cada uma das subescalas varia de 1 a 4 pontos, exceto na fricção e cisalhamento, em que o escore varia de 1 a 3 pontos. A somatória dos pontos de cada item determinará o grau do risco para o desenvolvimento de LP. Esse escore varia de 6 a 23 pontos:

- **Em risco:** de 15 a 18 ponto

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 53-132</p>	

- **Risco moderado:** de 13 a 14 pontos
 - **Risco alto:** de 10 a 12 pontos
- **Risco muito alto:** 9 ou menos pontos

5.4 Avaliação da pele

- Aplique a escala de predição de risco – avaliação clínica.
- Inspecione a pele na admissão e reavalie diariamente.
- Aplique hidratante na pele, sem massagear áreas de proeminências ósseas ou hiperemiadas.
- Atente-se às áreas de proeminências ósseas (sacral, trocânteres, calcâneos, maléolos, orelhas e occipital) e de contato com dispositivos médicos, realize o rodízio do local de fixação sempre que possível.

5.5 Manejo da umidade

A pele exposta a umidade altera a tolerância tecidual, ou seja, a resistência da pele, e aumenta o risco de LPP. A umidade pode ser proveniente de urina e/ou fezes. Desta forma recomenda-se:

- Manter a pele limpa e seca.
- Utilizar produto de limpeza para pele com pH fisiológico, ligeiramente ácido.
- Favorecer a ida ao banheiro ou o uso de comadre e papagaio ao invés da fralda
- Avaliar a necessidade da utilização de fraldas, e quando utilizada trocar sempre que estiver saturada.
- Aplicar protetores cutâneos (creme barreira, óxido de zinco, películas a base de acrilato, entre outros) para evitar o contato direto com as fontes de umidade, após a higiene íntima, cada troca de fralda.
- Corrigir a diarreia com abordagem multidisciplinar.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 54-132</p>	

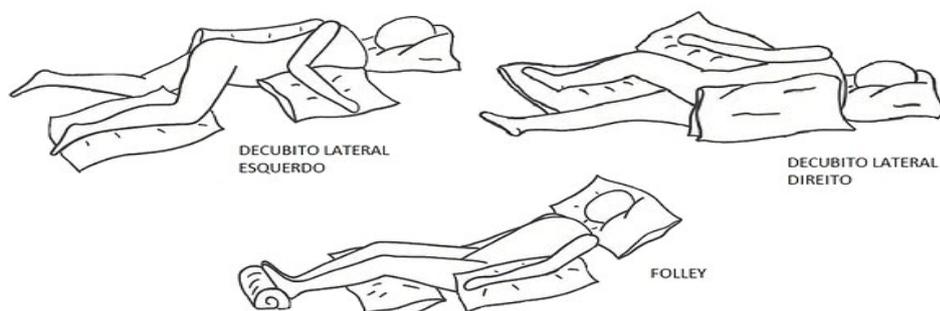
- Utilizar dispositivos para gerenciamento da incontinência (dispositivo urinário externo)

5.6 Minimizar a Pressão

A redistribuição da pressão é a principal estratégia para prevenção da LP seja utilizando superfícies estáticas ou dinâmicas.

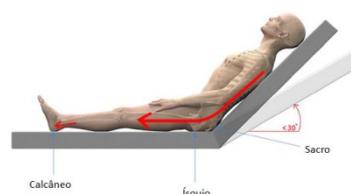
- Siga o relógio de mudança de decúbito - reposicionamento o paciente a cada 2h no máximo (Figura 27).

Figura 27 - Reposicionamento do paciente



- Eleve a cabeceira em no máximo 30°, de acordo com a condição clínica (Figura 28).

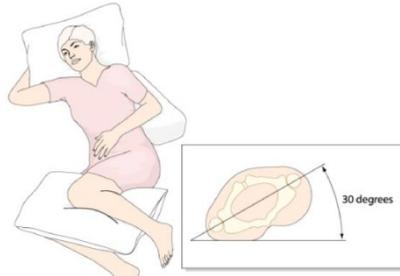
Figura 28 - Elevação da cabeceira



- Utilize coxins para o reposicionamento para facilitar a lateralização a 30° (Figura 29).

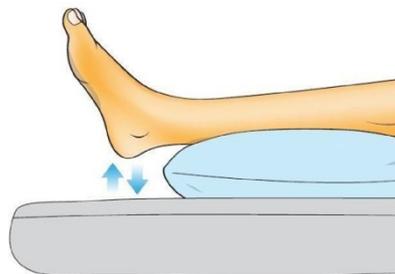
Figura 29 - Lateralização

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 55-132</p>	



- Utilize 'lençol móvel' para reposicionamento do paciente no leito ou transferência.
- Mantenha os calcâneos flutuantes (Figura 30).

Figura 30 - Calcâneos flutuantes



- Estimule a mobilização precoce (do leito para poltrona, deambulação).

5.7 Educação

Implemente programas educacionais para o paciente e familiares com a finalidade de prevenção de LP e redução de sua ocorrência, conscientizando e ensinado sobre as medidas preventivas citadas anteriormente.

Observação: As lesões por pressão não devem ser encaminhadas aos CEMEGs. As Unidades Básicas de Saúde e EMADS devem realizar o cuidado do paciente.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 56-132</p>	

5.8 Nutrição

Sabemos que a nutrição inadequada submete o indivíduo a um risco maior de desenvolver feridas ou de retardar o processo de cicatrização das feridas existentes. Com a terapia nutricional espera-se a recuperação do estado nutricional prejudicado, a garantia das necessidades do metabolismo humano, a colaboração no processo de cicatrização e o estímulo na regeneração tecidual evitando a deiscência da lesão.

A deficiência nutricional dificulta o processo de cicatrização, uma vez que o sistema imune deprime-se diminuindo a qualidade e a síntese de tecido de reparação.

O tratamento deve contemplar os cuidados com a ferida, controle das doenças associadas e a recuperação do estado nutricional. Neste sentido, a oferta de terapia nutricional individualizada é primordial.

O processo de cicatrização consome energia utilizando principalmente o carboidrato sob forma de glicose. Para que o organismo não utilize proteínas no processo de cicatrização, é necessário manter o fornecimento adequado de calorias. É recomendado de 30 a 35 kcal/kg/dia de energia e 1,2 a 1,5 g/kg/dia de proteínas, além de 1 mL/kcal de ingestão de líquido. Pacientes com várias lesões por pressão e/ou extensas, situações de grande catabolismo e sem outras comorbidades, pode-se avaliar a oferta de pelo menos 1,5 g/kg/dia de proteína.

As proteínas relacionam-se diretamente com o sistema imunológico e são integrantes dos tecidos corporais. Além disso, desempenham funções como marcadores diretos/indiretos de desnutrição, dentre as quais, podem ser mencionadas albumina e pré-albumina como as principais, utilizadas para determinar o estado nutricional associado com demais marcadores antropométricos, bioquímicos, história alimentar e anamnese clínica em pacientes que são acometidos pelas consequências das lesões por pressão (LPP).

Assim, entre os fatores nutricionais que interferem no risco para o desenvolvimento de LPP, estão: inadequação da ingestão dietética, especialmente proteína; baixo índice de massa corporal (IMC); perda de peso, para o qual, deve-se

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 57-132</p>

atentar se foi voluntário ou involuntário. O involuntário caracteriza-se por risco nutricional em triagens e rastreamento nutricionais, além de valores baixos de referências das pregas cutâneas e baixos níveis séricos de albumina.

5.8.1 Nutrientes no processo de cicatrização

Alguns nutrientes são fundamentais para o processo de cicatrização Tabela 2 :

<p>Tabela 2 - Principais nutrientes para o processo de cicatrização</p>		
<p>Nutrientes</p>	<p>Ação</p>	<p>Fonte</p>
<p>Vitamina A</p>	<p>Auxilia a produção de colágeno que desenvolve a pele e cartilagem</p>	<p>Ovos, peixes (sardinha, truta, robalo), frutas e legumes amarelos - alaranjados e verdes escuros, leites e derivados</p>
<p>Vitaminas Complexo B</p>		<p>Castanha do pará, aveia, fígado, peixes, banana, abacate, ovos, espinafre, lentilha, feijões</p>
<p>Vitamina C</p>	<p>Auxilia na produção de colágeno e combate à infecções</p>	<p>Frutas cítricas (laranja, limão, acerola), morango, tomate, legumes e hortaliças verdes</p>
<p>Vitamina E</p>	<p>Combate aos radicais livres, reduz o envelhecimento da pele</p>	<p>Óleos vegetais, azeite e sementes (gergelim, chia, abóbora, linhaça)</p>
<p>Vitamina K</p>	<p>Evita o sangramento excessivo, auxilia na coagulação</p>	<p>Óleos vegetais, brócolis, couve-flor, folhas verde escuros</p>



SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE

PROTOCOLO PARA
TRATAMENTO DE
FERIDAS

Controlado por:
Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

Proponente:
RDC

Código:

Data da Emissão:
2022

Revisão
01

Página
58-132

Minerais: Zinco, Ferro, Selênio, Cobre e Manganês	Ajudam na formação do colágeno, ação antioxidante, reduz o envelhecimento da pele, combate a anemia	Carnes magras (patinho, lagarto, músculo, coxão mole, peito, sobrecoxa sem pele, tilápia, merluza), vísceras (fígado, coração), cereais integrais (arroz integral, aveia em flocos, farelo de aveia e farinha de trigo integral), vegetais verdes escuros (couve, espinafre, rúcula, almeirão, mostarda, taioba)
Água	Compõe todas as atividades das células e funções fisiológicas	Consumir cerca de 2 litros de água por dia
Proteína	Produção de colágeno e formação da cicatrização, melhora do sistema imunológico, combate infecções	Leites e derivados, ovos, carnes vermelhas e brancas, leguminosas (Feijões, soja, grão de bico, ervilha, lentilha)
Carboidrato	Fornece energia para as atividades celulares	Pão integral, arroz, tubérculos (batata, mandioca, inhame, cará, mandioquinha)
Gordura	Fornece energia e auxilia na formação de novas células	Leites e derivados, óleos vegetais, óleo de peixe e castanhas

É importante ter uma alimentação variada, com o consumo de alimentos da safra tornando o alimento mais acessível.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 59-132</p>

Alimentos como doces (balas, chocolates, sorvetes, biscoitos recheados), sucos artificiais, refrigerantes, temperos industrializados, frituras, massas folhadas, carne gordurosas (costela, cupim, bacon), carne processada (salsicha, linguiça, presunto, peito de peru) devem ser evitados pois dificultam o processo de cicatrização.

6. ÚLCERAS VENOSAS

As **úlceras venosas** (Figura 31) constituem a manifestação clínica mais grave da insuficiência venosa crônica. De modo geral as feridas venosas são mais superficiais que as feridas de perna de outras etiologias; as bordas são normalmente irregulares; são extremamente exsudativas; a dor é geralmente variada, melhorando com a elevação do membro; há presença de edema e a evolução é lenta.

Figura 31 - Ferida Venosa



Dentre as feridas encontradas nos membros inferiores, a ferida de etiologia venosa é a que possui maior prevalência. Corresponde aproximadamente de 80% a 90% das feridas encontradas nessa localização, sendo que a insuficiência venosa crônica (IVC) é a principal responsável pelo seu surgimento.

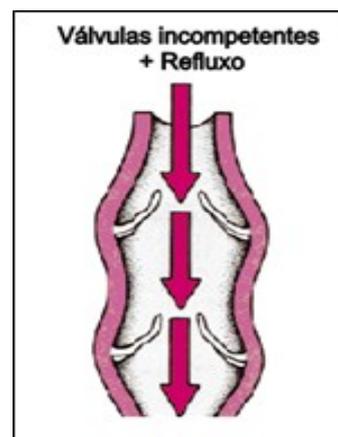
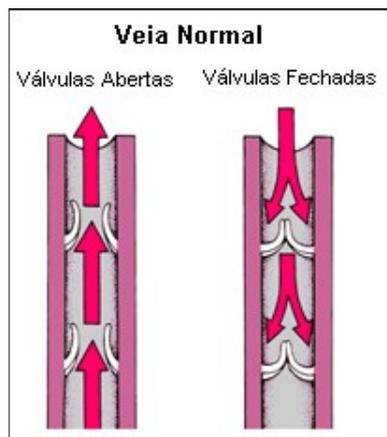
A insuficiência venosa crônica (IVC) é definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por uma incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso. Pode afetar o sistema venoso superficial, o sistema venoso profundo ou ambos (Figuras 32 e 33).

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 60-132</p>

Figura 32 - Veia Normal

Figura 33 - Refluxo

Sanguíneo



FONTE: MANUAL MERCK, 2008

6.1 Fatores de risco para a insuficiência venosa

- História de trombose venosa profunda.
- História de cirurgia de varizes.
- Ficar longos períodos na posição sentada ou em pé.
- Obesidade.
- Predominância nas pessoas do sexo feminino.
- Gestações múltiplas.
- História de trauma sério nas pernas.
- Debilidade congênita nas válvulas das veias na parte inferior da perna.
- História de presença de veias varicosas.
- Massa tumoral que obstrui o fluxo sanguíneo.
- Radioterapia.
- História de condições relacionadas à trombose, com Mutação Leiden do Fator V aumenta a trombose venosa de 5 a 10 vezes com uma prevalência de insuficiência venosa crônica de (IVC) de 23%.

6.2 Classifica o da doença venosa

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 61-132</p>	

A doença venosa é classificada quanto aos sinais clínicos (C), Etiológicos (E), Anatômicos (A) e Fisiopatológicos (P), caracterizando a sigla CEAP, com o intuito de sistematizar e uniformizar a linguagem médica.

A classificação vai de C0 a C6, variando da ausência de sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa até alteração da pele com úlcera ativa:

- C0= sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa;
- C1= telangectasias e/ou veias reticulares;
- C2= veias varicosas;
- C3= edema;
- C4= hiperpigmentação, eczema, lipodermatofibrose;
- C5= C4 com úlcera cicatrizada;
- C6= C4 com úlcera ativa.

Quanto à classificação etiológica (E):

- EC= congênita;
- EP= primária;
- ES= secundária (pré-trombótica, pós-traumática, malformação AV).

Quanto à classificação anatômica (A):

- AS= veias superficiais;
- AD= veias profundas.

Quanto à classificação fisiopatológica(P):

- PR= refluxo;
- PO= obstrução;
- PRO= refluxo e obstrução.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 62-132</p>	

6.3 Características da doença venosa

A doença venosa (Figura 34) apresenta várias manifestações nas pernas como: edema, dor, varizes, dermatite ocre (mudanças da cor da pele), lipodermatoesclerose.

6.3.1 Edema

- o Queixa inicial da maioria dos pacientes.
- o Desenvolve-se insidiosamente, agrava-se durante o dia após a permanência em pé, e retorna ao normal depois de uma noite de sono.
- o Pode apresentar marcas (cacifo) à pressão digital, no início, mas com as mudanças crônicas relacionadas ao endurecimento e fibrose, as marcas desaparecem.
- o Sensação de peso nas pernas.
- o Frequentemente mole.
- o Diuréticos não são geralmente utilizados, exceto para tratar outros problemas apresentados pelo paciente.

Figura 34 - Ferida Venosa

6.3.2



Varizes

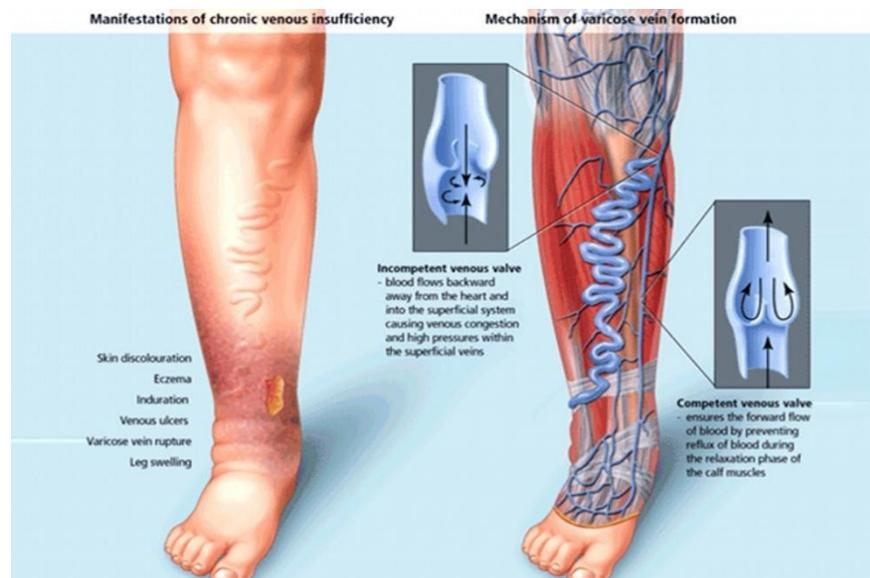
(Figura 35)

- o Frequentemente precedem o edema.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 63-132</p>	

- o Causam a sensação de peso nas pernas.
- o Refletem o envolvimento do sistema venoso superficial.

Figura 35 - Varizes na ferida venosa



6.3.3 Dor nas pernas

- Pode ser uma dor leve e permanente cujo alívio se dá com a elevação ou caminhadas.
- Pode ser severa e envolver o sistema venoso profundo - claudicação venosa, ruptura de tecido e liberação de enzimas.
- Frequentemente aliviada ou reduzida com a elevação da perna; a dor piora quando a perna fica pendente durante um período de tempo; é mais forte no final do dia, principalmente após longos períodos de permanência em pé ou na posição sentada.
- Síndrome do golpe no tornozelo - feridas venosas dolorosas que ocorrem próximas do maléolo medial. São geralmente múltiplas e pequenas. São

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 64-132</p>

doloridas, pois minúsculas veias ingurgitadas em volta do tornozelo ligam-se diretamente ao sistema venoso profundo sem a interferência de uma veia perfurante de proteção. A ruptura dessas veias causa hemorragia e várias feridas pequenas. A terapia de compressão geralmente alivia a dor.

- Feridas dolorosas podem indicar a presença de infecção bacteriana.
- A dor deve ser diferenciada da dor relacionada à doença arterial com claudicação intermitente da panturrilha da perna ou constrição local ao caminhar.

6.3.4 Dermatite ocre (Figura 36): Causada pelo derramamento de hemácias através dos poros capilares dilatados, o depósito de hemossiderina e a promoção de deposição de melanina.

Figura 36 - Dermatite ocre



6.3.5 Lipodermatoesclerose (Figura 37): Endurecimento e aparência grosseira da pele. Pode modificar o formato da perna, dando-lhe a aparência de uma garrafa de champanhe invertida.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 65-132</p>

Figura 37 - Lipodermatoesclerose



6.3.6 Dermatite Estática (Figura 38): Pele seca crônica (descascando em partículas finas até a ictiose com escamação).

Figura 38 - Dermatite Estática



6.3.7 Atrofia branca (Figura 39): Percebida na forma de zonas avasculares de pele esbranquiçada rodeadas de pigmentação.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 66-132</p>

Figura 39 - Atrofia branca



6.4 A Úlcera venosa (Figura 40) caracteriza-se por:

- Localização geralmente no 1/3 inferior da perna na face medial;
- Lesão superficial, geralmente de grande extensão;
- Leito da ferida vermelho vivo;
- Exsudato de moderado a excessivo;
- Margem da ferida irregular e elevada quando há edema e rasa, se o edema for controlado;
- Dermatite ocre;
- Eczema de estase, pruriginosas;
- Dermatofibrose ou dermatoesclerose;
- Dor de pequena a moderada intensidade;
- Evolução lenta;
- Atentar para os pulsos presentes ou ITB >0,9.

Figura 40 - Feridas venosas



6.5 Conduta

Terapêutica

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 67-132</p>	

A conduta terapêutica da insuficiência venosa crônica é determinada de acordo com a classificação clínica CEAP:

- C0 - Sintomas isolados que necessitem de tratamento e apresentam melhora clínica com uso de medicamentos venoativos e/ou compressão elástica;
- C1 - O tratamento de escolha é a escleroterapia com opção de tratamento cirúrgico por mini-incisões para remoção de veias reticulares;
- C2 - Tratamento cirúrgico na presença de refluxo safeno-poplíteo e/ou safeno- femoral, presença de veias tributárias ou perforantes insuficientes; paciente com história prévia de TVP deve ser investigado por propeidética ampliada podendo ou não ser beneficiado pelo tratamento cirúrgico; meias elásticas com compressão acima de 40 mmHg;
- C3 - Meias de compressão elástica acima de 35 mmHg e medicamentos venoativos; correção cirúrgica para refluxo das junções;
- C4 - Uso de meia elástica de compressão acima de 35 mmHg;
- C5 - Compressão elástica acima de 35 mmHg e tratamento cirúrgico para insuficiência venosa superficial;
- C6 - Uso de antibióticos nos casos de infecção, meias de compressão elástica e bandagens inelásticas.

O tratamento compressivo com meias elásticas deve ser incorporado ao dia a dia mesmo quando não há ferida, geralmente não é necessário o repouso para a sua aplicação, exceto nos casos extremos de edema logo após ao acordar.

As meias são classificadas em:

- Leve compressão (15-23 mmHg) - prevenção de trombose venosa profunda e telangiectasias com o mínimo de varizes.
- Média compressão (20-30 mmHg) - IVC moderada para varizes já com edema e queixas de dor, peso e cansaço e após tratamento cirúrgico de

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 68-132</p>

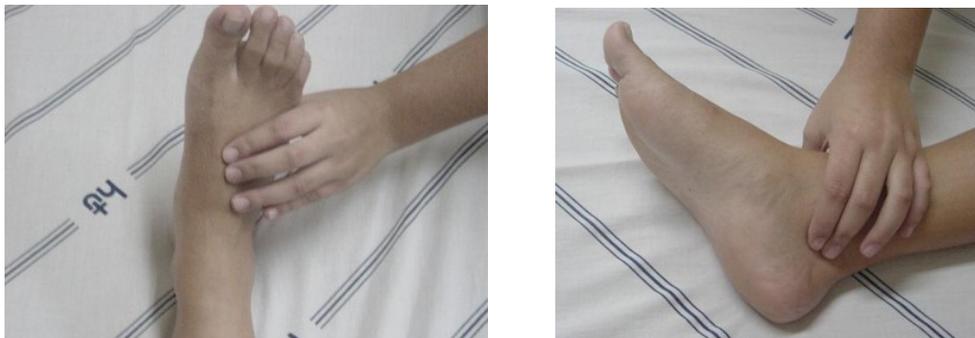
varizes, tromboflebites, úlcera varicosa e prevenção de trombose venosa profunda em pacientes de alto risco.

- Alta compressão (30-40 mmHg) - IVC avançada com edema reversível, fibroedema, linfedema e prevenção de recorrência, nos casos de úlceras cicatrizadas.

6.6 Terapia compressiva e tratamento da ferida

A avaliação da circulação arterial é obrigatória nos pacientes com ferida de perna. A palpação dos pulsos distais e medida do ITB (Índice Tornozelo/Braço) oferecem os elementos básicos necessários para o diagnóstico diferencial com as feridas isquêmicas (Figura 41).

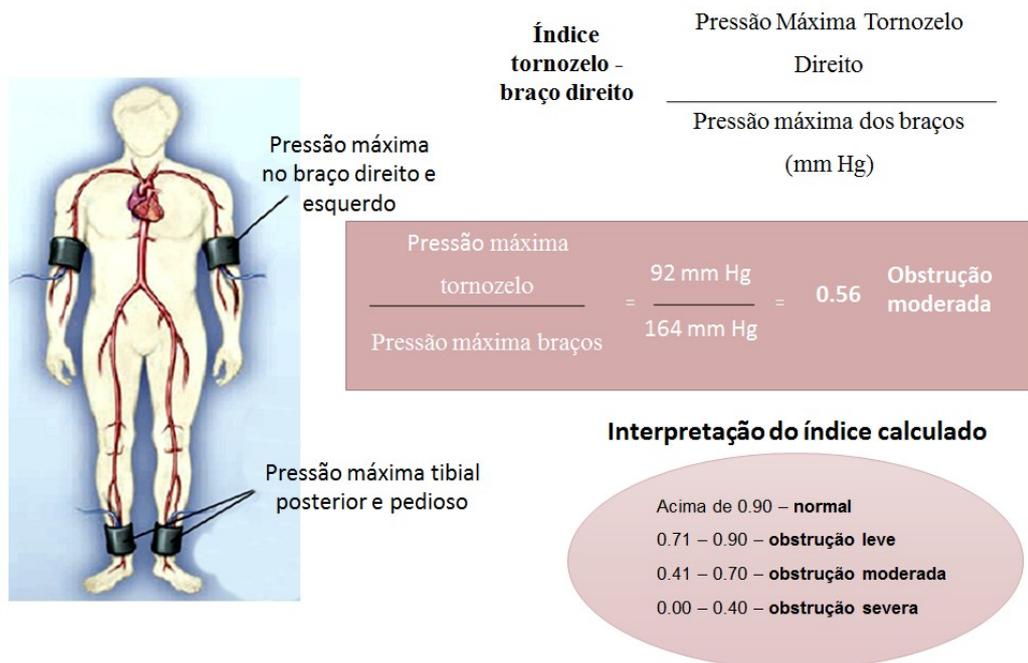
Figura 41 - Avaliação dos pulsos periféricos



A indicação da terapia compressiva irá depender do Índice Tornozelo Braço (ITB), calculado através dos valores mais altos da pressão sanguínea sistólica do tornozelo, dividido pela pressão sanguínea sistólica da artéria braquial. Este dado é obtido por Doppler dos membros inferiores, o qual pode ser agendado no Laboratório Vascular. As reavaliações devem ser periódicas para verificar a ocorrência concomitante de doença arterial obstrutiva (Figura 42).

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p align="center">PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC		Proponente: RDC		
Código:	Data da Emissão: 2022	Revisão 01	Página 69-132	

Figura 42 - Índice tornozelo - braço



A terapia de compressão/contenção é conhecida por aumentar significativamente as taxas de cicatrização de feridas venosas nas pernas e reduzir o risco de sua recorrência, sendo considerada padrão ouro no tratamento. Apesar dos benefícios, muitas vezes os profissionais direcionam o tratamento das feridas venosas com o uso de tecnologias avançadas, havendo subutilização da terapia de compressão/contenção.

A terapia compressiva/contensiva é indicada para pacientes com insuficiência venosa crônica, pois age na macrocirculação, aumentando o retorno venoso e a pressão tissular. Favorece a reabsorção do edema, fazendo com que os fluidos localizados nos espaços intersticiais retornem para dentro do sistema venolinfático. As ataduras inelásticas criam alta pressão com a contração muscular (durante a deambulação) e pequena pressão ao repouso. Por esta razão, é imprescindível que o paciente continue a realizar suas atividades diárias, como as laborais ou realizar

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p align="center">PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 70-132</p>	

pequenas caminhadas quando estiver em uso da Bota de Unna para efetivar a atuação da terapia.

6.6.1 Bota de Unna (Figura 43): é uma bandagem inelástica (terapia de contenção) impregnada com pasta à base de óxido de zinco. Melhora o retorno venoso dos membros inferiores.

Figura 43- Bota de Unna



6.6.1.1 Indicação para o uso da Bota de Unna:

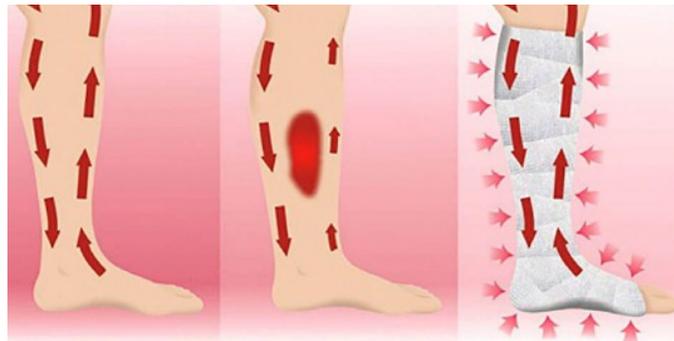
- Oferece suporte para o bombeamento muscular da região da panturrilha durante o caminhar e promove o retorno venoso.
- Feridas Venosas de MMII.
- Sinais e sintomas agudos de trombose das veias profundas.

6.6.1.2 Contraindicação para o uso da Bota de Unna (Figura 44):

- Há contraindicação da bota de Unna para feridas arterial, insuficiência arterial, e em casos de sensibilidade conhecida ao produto ou aos seus componentes.

Figura 44 – Bota de unna.

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p align="center">PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 71-132</p>



COREN - SP

**6.6.2 Parecer
007/2013 - CT:**

**Competência e capacitação para realização do curativo Bota de Unna
(Anexo 4).**

“O enfermeiro se destaca como membro primário e atuante, entendemos que compete ao Enfermeiro devidamente capacitado proceder à avaliação, prescrição, confecção e remoção do curativo de bota de Unna contextualizadas no Processo de Enfermagem, em conjunto com a avaliação médica. O Técnico e o Auxiliar de Enfermagem podem vir a receber a delegação apenas da confecção e remoção do curativo bota de Unna, desde que devidamente capacitados para tal procedimento, e sempre sob orientação e supervisão do Enfermeiro”.

6.6.3 Contra-indicações para a terapia compressiva

Absoluta: ITB < 0,5

Relativa com cautela: ITB entre 0,5 a 0,8 e quando pacientes portadores de diabetes.

6.6.4 Aplicação da Bota de Unna

Manual sobre a Técnica de aplicação da Bota de Unna em Pacientes com Feridas Venosas - Unifesp:

https://cenfewc.com.br/wp-content/uploads/2018/10/2018_08_MP_EDMUNDO-MARTINS-JUNIOR.pdf

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 72-132</p>	

Consultar o vídeo: https://www.youtube.com/watch?v=fnO7AcP_hfl

6.7 Prevenção da ferida venosa consiste em:

- Elevação dos membros inferiores. O doente deve evitar ficar em pé por muito tempo e procurar repousar a perna, elevando-a 30cm acima do quadril, para auxiliar o retorno venoso. Observação: é fundamental exercitar a panturrilha e a articulação tibiotalar com movimentos de dorso flexão e drenagem linfática.
- O uso de meias de compressão com pressão entre 30 a 50 mmHg são aconselháveis para prevenir o edema e melhorar o efeito da bomba muscular. A prescrição das meias de compressão é realizada pelo profissional de saúde.
- A caminhada e exercícios de elevar o calcanhar, ocasiona flexão e contração dos músculos da panturrilha. Estes são necessários para a manutenção da bomba muscular.
- Reduzir o peso corporal.
- Realizar avaliação clínica periódica, para pesquisa de anemia, desnutrição, hipertensão e insuficiência cardíaca. Observação: No caso de paciente do gênero feminino atenção a possível presença de varizes pélvicas e comprometimento oncológico abdominal devido a possível comprometimento linfático.
- Tratamento de eczemas e do processo inflamatório do membro comprometido se dará com a pasta da bota de unha devendo evitar o uso de corticoide tópico.
- Evitar traumatismos de membros inferiores.
- Tratamento de infecções bacterianas e fúngicas na região interdigital.

7. ÚLCERA ARTERIAL

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 73-132</p>

Algumas doenças associadas à insuficiência arterial podem favorecer a formação destas úlceras, tais como: trombose aguda, arteriosclerose obliterante, malformação arteriovenosa, tromboangeíte obliterante, vasculites (artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica, meningococemia), traumatismos agudos, anemia falciforme, insuficiência venosa, úlceras hipertensivas, Lesão por pressão, pioderma gangrenoso, picaduras, traumatismos, doença concomitante à neuropatia entre outras (POTERIO FILHO, 2009).

A úlcera arterial pode ser ocasionada por um quadro agudo (por trauma, trombo ou êmbolo) ou crônico (secundária à aterosclerose) com a formação de trombos e ambas podem ocasionar a formação de úlceras nos MMII, caracterizando-se clinicamente por extremidade fria e escura, palidez, ausência de estase, retardo no retorno da cor após a elevação do membro, pele atrófica, perda de pêlo, diminuição ou ausência das pulsações das artérias do pé e dor severa aumentada com a elevação das pernas.

A úlcera arterial (Figura 45) apresenta bordas regulares, localizada nos tornozelos, maléolos e extremidades digitais (perna, calcanhar, dorso do pé ou artelho). O paciente deverá ser encaminhado para avaliação pelo vascular, o principal tratamento desta condição é o restabelecimento do fluxo sanguíneo por meio de intervenções medicamentosas, procedimentos cirúrgicos e uso de curativos apropriados.

Figura 45 - Ferida arterial.



 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 74-132</p>	

7.1 Fatores de risco para ocorrência da ferida arterial

- Tabagismo
- Diabetes
- Hiper-homocisteína
- Hiperlipidemia
- Idade > 40 anos
- História de doença arterial coronariana/ doença cerebrovascular
- Sedentarismo

7.2 Avaliação do paciente

Deve-se realizar avaliação do Índice Tornozelo Braço (ITB) com doppler. O ITB é um método não invasivo, usado para a detecção de insuficiência arterial. Esse exame baseia-se na medida das pressões arteriais (do tornozelo e dos braços, utilizando-se um esfigmomanômetro e um aparelho de doppler-ultrassom manual e portátil).

Quanto maior a insuficiência arterial (Figura 46) menor é o ITB, menor o fluxo sanguíneo e conseqüentemente menor é o aporte de nutrientes e oxigênio ao leito da ferida e maior a dificuldade cicatricial.

- ITB 0,9 a 1,1 = normal
- ITB 0,7 a 0,9 = isquemia leve
- ITB 0,5 a 0,7 = isquemia moderada
- ITB 0,3 a 0,5 = isquemia grave
- ITB menor 0,3 = isquemia crítica

Considera-se ITB < 0,9 para se contraindicar a terapia de alta compressão, sob risco de necrose do membro acometido.

O exame físico deve ser direcionado para inspeção em busca de:

- cianose,

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 75-132</p>

- palidez,
- ausência de pelos,
- atrofia muscular,
- presença de lesões e/ou crostas negras delimitadas em artelhos e
- áreas de gangrena

Deve-se avaliar também:

- pulsos femoral, poplíteo, tibial posterior, pedioso dorsal bilateralmente
- sinais de palidez,
- rubor postural e
- perfusão periférica diminuída, com tempo de enchimento venoso retardado (maior que 15 a 20 segundos)

Figura 46 - Ferida arterial



7.3 Características clínicas

- Dor em repouso
- Alívio da dor quando abaixa o membro – perna em pêndulo
- Claudicação intermitente (dor provocada pela atividade e aliviada após repouso), alterações biomecânicas
- História de perda de pelos
- Membro frio, pálido e cianótico
- Dor variável – moderada a intensa
- Pele lisa, brilhante e inelástica
- Pulso tibial filiformes ou ausentes
- ITB \leq 0,9

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 76-132</p>	

7.4 Características da úlcera arterial

- Localização em artelhos, polpas digitais, dorso do pé, região maleolar, calcanhar ou lateral da perna;
- Ferida profunda, acometendo pele, subcutâneo e aponeurose, geralmente de pequena extensão;
- Ferida com borda definida;
- Leito da ferida pálido, tendência ao tecido necrótico seco;
- Exsudato mínimo;
- Margem definida;
- Gangrena dos dedos dos pés;
- Ausência de edema;
- Dolorosa, com dor extrema que aumenta com a elevação dos membros inferiores;
- Evolução rápida;
- Atentar para pulso diminuído ou ausente e ITB<0,9.

7.5 Terapia Tópica da úlcera arterial

Deverá ser indicado após avaliação da ferida:

- úlceras isquêmicas crônicas com tecido desvitalizado: desbridamento autolítico, hidrogel com remoção mecânica gradativa.
- áreas de gangrena seca (prévia à revascularização): a limpeza diária com soro fisiológico, secagem, aplicação de age óleo, se houver exsudação e cobertura seca.
- úlceras pós revascularização: manutenção de meio úmido com para favorecer desbridamento autolítico, através do uso de hidrogel ou coberturas que regulem a umidade caso apresente exsudato, associado ao desbridamento mecânico gradativo e cirúrgico quando necessário.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 77-132</p>

7.6 Prevenção e tratamento

- Elevação da cabeceira da cama em 20cm.
- Proteção contra traumatismos
- Evitar ou recuperar atrofia muscular.
- Cuidado com paroníquias e unha encravada
- Pesquisar e tratar as micoses superficiais
- Reduzir e controlar de triglicérides e colesterol
- Controlar a HAS e o DM
- Reduzir o uso de cafeína e tabaco
- Hidratar a pele
- Curativos adequados

O quadro 6 está descrito o comparativo entre ferida venosa e arterial.

Quadro 6 - Comparativo entre feridas venosas e arteriais.

Sinais e Sintomas	Venosas	Arteriais
Localização	Maléolo medial ou próximo	Dedos, pés ou lateral da perna
Evolução	Lenta	Rápida
Aparência	Leito amarelado ou com granulação, exsudato e bordas irregulares	Sinais de isquemia, necrose, palidez e bordos regulares
Aparência da perna	Marrom, manchas varicosas, eczemas, quente	Brilhante, fria, descorada
Edema	Presente, piora no final da tarde	Presente qdo imóvel
Dor	Varia, associada a edema e infecção	Muito dolorosa
Pulso pedial	Presente	Reduzido ou ausente
História Clínica	TVP, flebite, veias varicosas	DVP,DM, D cardíacas Isquêmicas

8. FERIDAS MISTAS

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 78-132</p>

As feridas podem ser divididas em arteriais e venosas, sendo que cerca de 70% das feridas de MMII são de origem venosa, 10-20% de origem arterial e 10-15% de origem mista (Figura 47). Causadas por problemas circulatórios, a venosa deve-se à deficiência de retorno venoso para o coração e a arterial por diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo para o membro, na ausência ou diminuição de pulsos deve-se levantar a possibilidade de doença arterial como causa da úlcera ou associação com doença venosa, caracterizando a úlcera de etiologia mista.

Figura 47 - Ferida mista



8.1 Diagnóstico:

- Pulso tibial posterior pedioso normalmente presentes
- Lesão de características regulares
- Pouco ou muito exsudativas
- Mudança do padrão de dor
- Características inconclusivas
- ITB \leq 0,9mmHg

9. ÚLCERA EM PÉ DIABÉTICO

9.1 Ferida Neuropática - Pé diabético

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 79-132</p>	

As úlceras do pé diabético são uma preocupação mundial, o custo humano e financeiro dessa complicação é imenso e dependente, para o seu controle ou prevenção, da conscientização quanto à necessidade de um bom controle da doença e da implantação de medidas relativamente simples de assistência preventiva, de diagnóstico precoce e de tratamento mais resolutivo nos estágios iniciais da doença.

O pé diabético é caracterizado pela presença de, pelo menos, uma das seguintes alterações: neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas, que podem ocorrer no pé do paciente com diabetes.

O Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde comum na população brasileira e sua prevalência - que, no ano de 2013, em duas pesquisas nacionais, alcançou as marcas de 6,2% (Pesquisa Nacional de Saúde 2013) e 6,9% (VIGITEL 2013) - vem aumentando nos últimos anos. Entre as complicações crônicas do DM, a ulceração e a amputação de extremidades - complicações estas do Pé Diabético - são algumas das mais graves e de maior impacto socioeconômico, sendo, infelizmente, ainda frequentes na nossa população.

É de suma importância a abordagem educativa das pessoas com DM, para a prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés, a partir do cuidado diário e adequado dos membros inferiores e o exame periódico dos pés das pessoas com DM, que pode identificar precocemente as alterações, permitindo o tratamento oportuno e evitando o desenvolvimento de complicações (nível de evidência B) (ADA, 2013).

9.1.1 O que é o pé diabético?

O pé diabético é considerado uma complicação do Diabete mellitus e a maior causa de amputações de membros inferiores. Para evitar seu aparecimento são necessárias orientações de medidas preventivas e autocuidado da pessoa com diabetes.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 80-132</p>	

Denomina-se Pé Diabético a presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica em pessoas com DM.

As alterações de ordem neurológica e vascular em extremidades, provocadas pelo quadro de DM, produzem distorções na anatomia e fisiologia normais dos pés. A alteração do trofismo muscular e da anatomia óssea dos pés provoca o surgimento dos pontos de pressão, enquanto o ressecamento cutâneo prejudica a elasticidade protetora da pele e o prejuízo da circulação local torna a cicatrização mais lenta e ineficaz. Em conjunto, essas alterações aumentam o risco de feridas nos pés, podendo evoluir para complicações mais graves, como infecções e amputações.

O Pé Diabético pode ser classificado, segundo sua etiopatogenia em:

- Neuropático - caracterizado pela perda progressiva da sensibilidade. Os sintomas mais frequentes são os formigamentos e a sensação de queimação (que tipicamente melhoram com o exercício). A diminuição da sensibilidade pode apresentar-se como lesões traumáticas indolores ou a partir de relatos, como perder o sapato sem se notar.
- Vascular (também chamado isquêmico) - caracteriza-se tipicamente por história de claudicação intermitente e/ou dor à elevação do membro. Ao exame físico, pode-se observar rubor postural do pé e palidez à elevação do membro inferior. À palpação, o pé apresenta-se frio, podendo haver ausência dos pulsos tibial posterior e pedioso dorsal.
- Misto (neurovascular ou neuroisquêmico).

Quadro 7 - A classificação fisiopatológica do Pé Diabético é apresentada, acompanhada dos seus sinais e sintomas típicos.

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE	PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS		
Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC		Proponente: RDC		
Código:	Data da Emissão: 2022	Revisão 01	Página 81-132	

Sinal / Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Temperatura do pé	Quente ou morno	Frio
Coloração do pé	Coloração normal	Pálido com elevação ou cianótico com declive
Aspecto da pele do pé	Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Deformidade do pé	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro	Deformidades ausentes
Sensibilidade	Diminuída, abolida ou alterada (parestesia)	Sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes
Pulsos pediais	Pulsos amplos e simétricos	Pulsos diminuídos ou ausentes
Calosidades	Presentes, especialmente na planta dos pés	Ausentes
Edema	Presente	Ausente
Localização mais comum da ferida (se houver)	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior), redondas, com anel querotásico periulcerativo; não dolorosas	Latero-digital, sem anel querotásico; dolorosas

A Figura 48 mostra as áreas com pressão plantar anormal no calcâneo, acentuação do arco, proeminência de cabeças dos metatarsos, arco desabado (Charcot – Figuras 49 e 50), região dorsal dos dedos, valgismo (que não é específico do DM) e regiões plantares mais vulneráveis a ulceração no antepé.

Figura 48- Deformidade do pé (dedo em garra e em martelo)

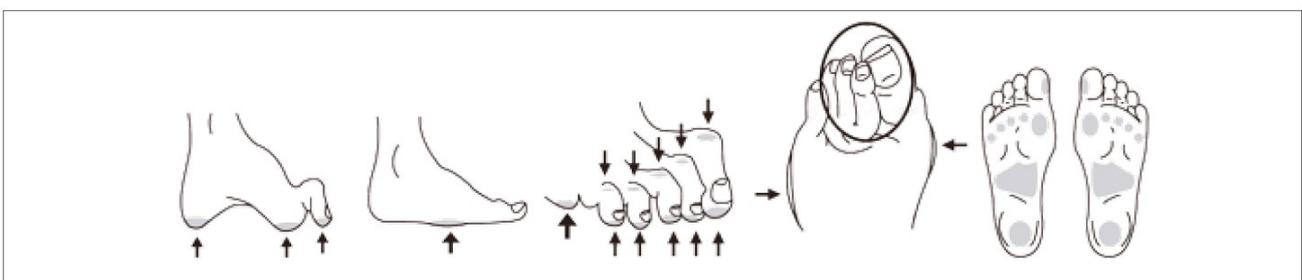


Figura 49- Pé de Charcot

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p align="center">PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 82-132</p>



Figura 50 -

Pé de Charcot.



São fatores de risco para desenvolvimento de feridas e amputações (as duas principais complicações do Pé Diabético), quase todos identificáveis durante a anamnese e o exame físico do indivíduo (BOULTON et al., 2008):

- o História de ulceração ou amputação prévia.
- o Neuropatia periférica.
- o Deformidade dos pés.
- o Doença vascular periférica.
- o Baixa acuidade visual.
- o Nefropatia diabética (especialmente nos pacientes em diálise).
- o Controle glicêmico insatisfatório.
- o Tabagismo.

9.2 Avaliação dos Pés nas consultas

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 83-132</p>	

Deve-se no exame físico, avaliar manifestações dermatológicas como pele seca, rachaduras, unhas hipertróficas, encravadas ou micóticas, maceração e lesões fúngicas interdigitais, calosidades, ausência de pelos e alteração de coloração e temperatura (indicando isquemia), e constituem condições pré-ulcerativas decorrentes de PND e DAP.

9.2.1 Histórico de alterações e feridas nos pés.

9.2.2 Mobilidade: Solicitar que o paciente caminhe três metros; observar alterações na marcha e distribuição de peso.

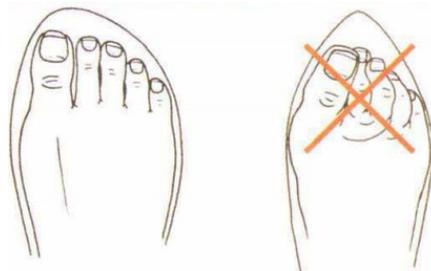
9.2.3 Sapatos e meias:

- o Avaliar o tamanho e as condições dos sapatos.
- o Os melhores sapatos são aqueles fechados. Sandálias não são recomendadas para pessoas com diabetes.
- o Solicite que o paciente se levante e faça um traçado do contorno de seu pé. Recorte o traçado e compare-o com a sola do sapato. O traçado deve caber dentro dos limites da sola do sapato. Assim, o paciente consegue perceber que isso não ocorre se o sapato estiver apertado. Ele poderá então levar o traçado consigo quando for comprar sapatos.
- o Sugira que compre sapatos no meio do dia, quando os pés estiverem levemente edemaciados.
- o Os sapatos devem ter aproximadamente de 1 a 1 ½ cm de espaço para os dedos. A área dos sapatos onde os dedos se acomodam deve ser arredondada ou quadrada e nunca afinada.
- o Sapatos feitos de couro ou lona permitem melhor circulação de ar e têm melhor resultado.
- o Fechos com cadarços ou velcro são os mais recomendados, pois podem ser ajustados de acordo com o edema dos pés.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 84-132</p>

- o Devem ser utilizadas meias de algodão.
- o Atenção às áreas de costura dos sapatos e meias, estas áreas podem provocar lesões em pacientes com neuropatia (Figura 51).

Figura 51 - Formato dos sapatos



9.2.4 Edema (Figura 52)

- o Obtenha o histórico do edema bilateral pois este pode indicar problemas relacionados ao coração, rins, ou estase venosa.
- o O edema localizado pode indicar infecção ou fratura neuropática precoce.

Figura 52 - Edema em pé diabético



9.2.5 Temperatura da pele

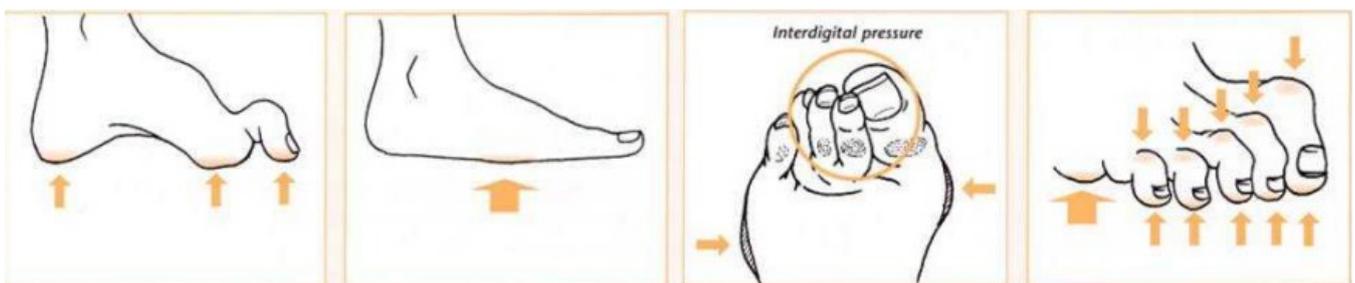
 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 85-132</p>	

- o Palpe ambos os pés simultaneamente, comparando áreas de temperatura elevada ou diminuída.
- o Verifique se existem “áreas quentes” (infecção, pé de Charcot) e áreas frias (insuficiência arterial).
- o Examine os pés para verificar a presença de celulite.
- o Examine os pés para identificar a presença de gangrena.

9.2.6 Formato dos pés

- o Examine os pés e para verificar a presença de fraturas neuropáticas, joanetes, arcos plantares planos ou altos, sinais de cirurgias anteriores e dedos em martelo (Figura 53).

Figura 53 - Formato dos pés



9.2.7 Unhas dos dedos dos pés

- o Verifique a existência de unhas grossas ou encravadas.
- o Cor das unhas - a cor arroxeadada ou avermelhada pode indicar sangramento dentro ou sob as unhas; unhas esverdeadas ou amareladas podem indicar a presença de fungos.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 86-132</p>

- o Verifique como as unhas são cortadas. Devem ser cortadas de forma reta, sem aprofundar os cantos.

9.2.8 Formação de calosidade

- o Indica a pressão de sapatos de tamanho inadequado ou a distribuição incorreta de peso ao caminhar.
- o Calosidades (Figura 54) aumentam a pressão localizada em até 30%. Feridas podem se desenvolver sob a calosidade, necessitando de remoção realizada através da técnica de desbastamento, realizada por profissional capacitado.

Figura 54 - Calosidade.



9.2.9 Fraqueza muscular

- o Com o paciente sentado, solicite que este levante e abaixe um pé de cada vez enquanto você exerce uma força contrária no pé com a mão. Pacientes com a musculatura fraca não conseguirão levantar ou abaixar o pé com essa pressão.

9.3 Avaliação vascular do pé

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 87-132</p>	

A Doença Vascular Periférica (DVP) apresenta a probabilidade de ocorrência 5 vezes maior em pessoas com diabetes, mas constitui uma causa para as feridas dos pés em somente 30% dos casos.

- o Pulsos: devem ser palpados os pulsos nas artérias tibiais posteriores e pediosas dorsais, mas sua presença não elimina a possibilidade de DVP. Caso haja ausência de pulsação, as pulsações das artérias poplíteas e femorais devem ser examinadas. O índice de pressão tornozelo/braço (ITB=pressão arterial sistólica do tornozelo dividida pela pressão arterial sistólica do braço, ambas medidas com o paciente na posição supina) abaixo de 0,9 indica doença arterial oclusiva. A calcificação arterial dos vasos dos pés ocasiona o endurecimento das artérias, que provoca um resultado falso positivo na avaliação do índice isquêmico.
- o Perda de pêlos.
- o Claudicação no andar é o primeiro sintoma de DVP.
- o Verifique a presença de dor noturna e/ou do alívio durante o repouso com pendência das pernas.
- o Pés frios.
- o Rubor na posição pendente; empalidecimento à elevação.
- o Atrofia de tecido gorduroso subcutâneo.
- o Aparência brilhante da pele.
- o Verifique o tempo do enchimento capilar no leito ungueal.
- o Avalie os fatores de risco - tabagismo e nível de colesterol.

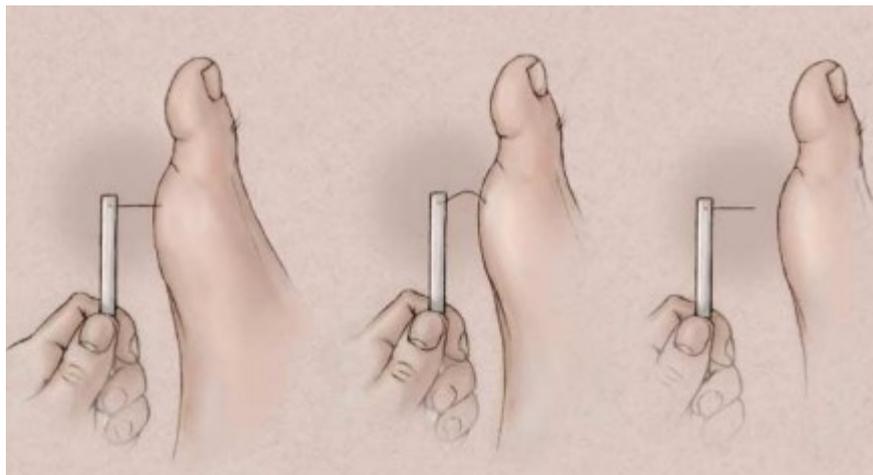
9.4 Sensação de Pressão. - *Estesiômetro ou monofilamento de náilon*

- o Medida com um monofilamento de 10 g - detecta alterações de fibras grossas (A alfa [α] e beta [β]), relacionadas com a sensibilidade protetora plantar, as recomendações práticas incluem o uso em apenas 10 a 15

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 88-132</p>	

pacientes ao dia, repouso de 24 horas, para assegurar 500 horas do instrumento em boas condições (Figuras 55 e 56)

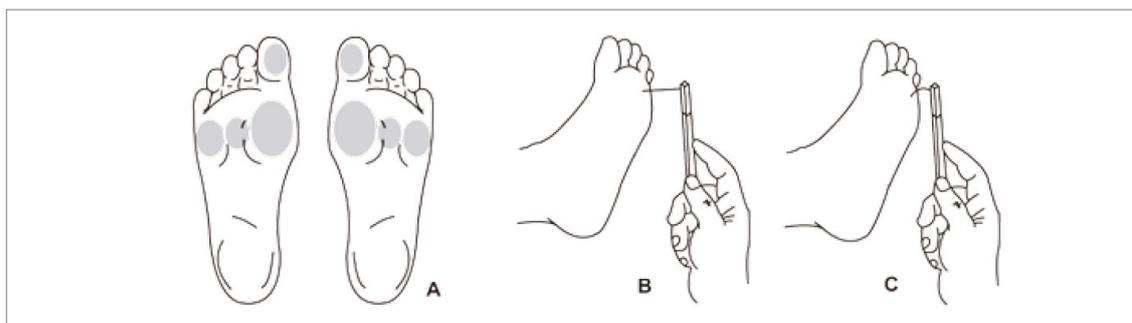
Figura 55 - Monofilamento.



Áreas de teste (A). Aplicação do monofilamento de 10 g. O local de teste deve ser silencioso, mostrar o instrumento e explicar o teste ao paciente. Solicitar que diga “sim” ou “não” durante o toque nas áreas de teste (para confirmar a existência ou não de sensibilidade), aplicando força apenas o suficiente para curvar o monofilamento; procede-se a uma aplicação simulada e uma aplicação concreta nas mesmas áreas, para confirmar a identificação, pelo paciente, do local testado: se duas em três respostas estiverem corretas, descarta-se perda de sensibilidade protetora (PSP). Qualquer área insensível indica sensibilidade protetora alterada.

Figura 56 - Áreas de teste com monofilamento.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 89-132</p>



9.5 Teste de Sensibilidade

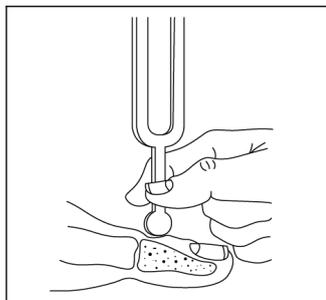
9.5.1 Diapasão (Figura 57)

O diapasão 128 Hz testa fibras grossas sensitivas A-beta ($A-\beta$) mielinizadas, para avaliação da sensibilidade vibratória, cuja função e de posição segmentar, de equilíbrio

O diapasão (figura 52) deve ser aplicado primeiro em uma proeminência óssea (por exemplo, cotovelo, clavícula, esterno, mento) para demonstrar ao paciente a sensação esperada. Usa-se a palavra referida por ele. Depois, aplica-se perpendicularmente e com pressão constante na face dorsal da falange distal do hálux ou de outro dedo do pé se o hálux estiver ausente, com o paciente de olhos fechados. Repete-se a aplicação duas vezes, mas alterna-se com pelo menos uma aplicação “simulada”, na qual o diapasão não está vibrando. O teste será positivo se o paciente responder corretamente a, pelo menos, duas das três aplicações; e negativo se duas das três respostas estiverem incorretas.

Figura 57 - Diapasão

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 90-132</p>	



9.5.2 Pino ou Palito

O palito descartável avalia fibras finas sensitivas (tipo C), para o teste de sensibilidade dolorosa; ou o *pinprick*, percepção da diferença entre uma ponta grossa e outra pontiaguda (por exemplo, um palito japonês)

Quadro 8 - Diagnóstico de polineuropatia diabética e perda de sensibilidade protetora - risco neuropático de ulceração.

	Fibras nervosas mielinizadas grossas	Fibras nervosas mielinizadas finas
Função	Equilíbrio, sensibilidade protetora	Nocicepção, dor, percepção de temperatura quente ou fria
Sintomas*	Dormência, formigamento, equilíbrio alterado (risco de quedas)	Dor: queimação (ardente), choques elétricos, dor lancinante (pontada, facada)
Exames**	- Sensibilidade de vibração: diapasão 128HZ (diminuída/ausente); - Monofilamento de 10 g: ausente (se duas respostas erradas em três aplicações, inclusive uma simulação em qualquer área de teste).	Sensibilidade dolorosa: toque pontiagudo com o palito (diminuída/ausente)

* Documentar a presença de sintomas para diagnóstico; atentar-se para o fato de que apenas sintomas não caracterizam polineuropatia diabética, sendo necessária a presença de déficit neurológico.

** Documentar a polineuropatia simétrica distal com padrão de distal a proximal. Observações: diagnóstico de perda de sensibilidade protetora - com o teste de monofilamento 10 g e um ou mais testes neurológicos alterados (diapasão 128 Hz, pino ou palito), que avaliam as sensibilidades vibratória e dolorosa, e o cabo do

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 91-132</p>	

diapasão 128 Hz, para a avaliação clínica de temperatura, o rastreamento de polineuropatia diabética e a identificação de risco de ulceração neuropática

9.6 Feridas

Como conduta inicial, deve-se classificar a lesão (neuropática, neuroisquêmica ou isquêmica) conforme histórico e exame físico, na sequência deve-se definir se há diagnóstico clínico de infecção, com base na presença de sinais ou sintomas locais ou sistêmicos de inflamação.

1. Fatores de risco associados às feridas.

- a) Neuropatia periférica.
- b) Anormalidade estrutural do pé.
- c) Limitação da Mobilidade Articular.
- d) História de feridas anteriores.
- e) História de amputação de extremidades dos membros inferiores.
- f) Retinopatia.
- g) Nefropatia.
- h) Duração da diabetes (aumentada).
- i) Controle glicêmico abaixo de condições ótimas.
- j) Idade avançada.
- k) Insuficiência vascular.
- l) Calçados inadequados/andar descalço.
- m) Fatores psicossociais (negação da doença, baixo nível socioeconômico, morar sozinho).

2. Características comuns das feridas do pé diabético.

- a) Lesão perfurada com a borda elevada.
- b) Hiperqueratose e anidrose circundantes.
- c) Geralmente associada a uma saliência óssea ou ponto de pressão.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 92-132</p>	

d) Drenagem baixa ou moderada, ao menos que esteja infeccionada.

e) Incomumente associada com escara ou tecido necrosado na base da ferida, exceto quando exista infecção associada a trauma contínuo ou doença vascular.

9.6.1 Frequência da avaliação do paciente com diabetes

Quadro 9 - Frequência da avaliação do paciente com diabetes

Categori	Risco	Frequência da avaliação
a		
0	Neuropatia ausente	Uma vez por ano
1	Neuropatia presente	Uma vez a cada seis meses
2	Neuropatia presente, sinais de doença vascular periférica e/ou deformidades nos pés	Uma vez a cada três meses
3	Amputação / ferida prévia	Uma vez entre 1 a 3 meses

9.6.2 Classificação das feridas do pé diabético

Quadro 10 - Sistema de Wagner

Controlado por:
Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

Proponente:
RDC

Código:

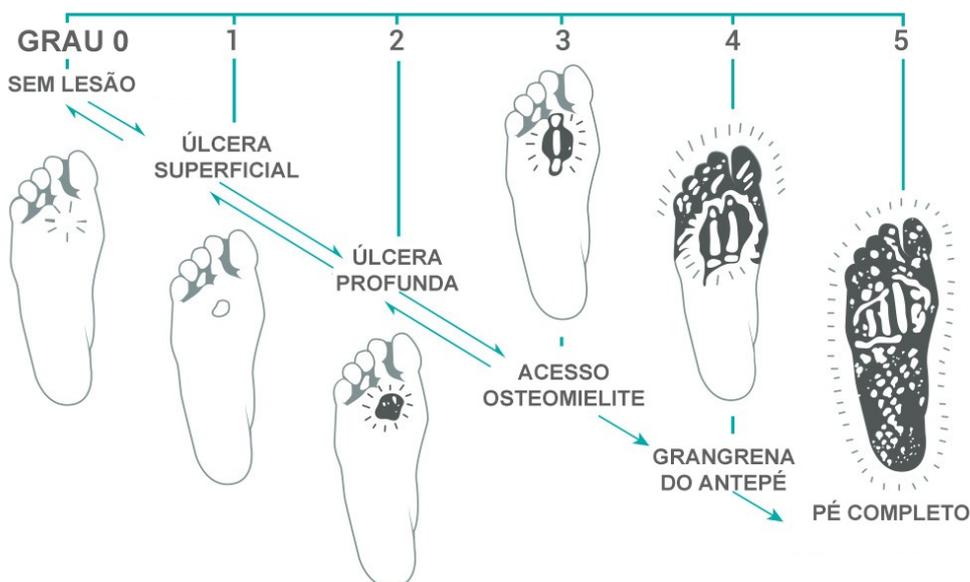
Data da Emissão:
2022

Revisão
01

Página
93-132

Grau	Aparência
Grau 0	Nenhuma lesão aberta; pode ter deformidade ou celulite
Grau 1	Úlcera diabética superficial (espessura parcial ou total)
Grau 2	Extensão da úlcera até o ligamento, tendão, cápsula articular ou fáscia profunda sem abscesso ou osteomielite.
Grau 3	Úlcera profunda com abscesso, osteomielite ou sepse articular
Grau 4	Gangrena localizada no antepé ou no calcanhar
Grau 5	Envolvimento gangrenoso extenso de todo o pé

Figura 58 - Sistema de Wagner



 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 94-132</p>	

9.6.3 Orientações:

- Verificar pés e dedos diariamente, checando eventuais cortes, calos, bolhas, hematomas, inchaços ou infecções.
- Em casos de lesões ou feridas que não cicatrizam bem, contatar o médico imediatamente.
- Escolher sapatos confortáveis, que se encaixam bem nos pés. Sapatos novos devem ser usados por apenas uma hora até lacear, a fim de evitar bolhas e feridas.
- Não cruzar as pernas enquanto está sentado, pois o ato reduz a circulação.
- Após lavar os pés secá-los cuidadosamente, especialmente, entre os dedos. Dar preferência a sabão neutro e água morna.
- Hidratar bem os pés (com exceção da pele entre os dedos).
- Quando for preciso cuidar dos pés, consulte um podólogo e, quando for cuidar dos pés em casa, cortar as unhas em linha reta e lixá-las.
- Evitar produtos químicos agressivos, tais como substâncias voltadas ao tratamento de verrugas.
- Nunca ir descalço à praia e evitar andar, especialmente, sobre areia quente ou pedras.

10. FERIDA NA HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença crônica cuja lesão nervosa ocasiona alterações sensitivas e motoras, levando a deformidades e formação de feridas cutâneas. O potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado à penetração do bacilo álcool-ácido resistente e gram-positivo nos nervos periféricos, especialmente nas células de Schwann, ocasionando danos às terminações nervosas livres e alterações na sensibilidade, térmica, dolorosa e tátil. Quando a sensibilidade protetora estiver comprometida pela doença, associada as deformidades do pé,

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 95-132</p>	

consequentes a fraqueza de músculos, traumatismos mecânicos e uso de calçados inadequados, produzirão hiperqueratoses, fissuras, escoriações, bolhas, erosões e feridas crônicas.

O principal motivo da formação da ferida plantar (Figura 59) na hanseníase é devido à perda de sensibilidade protetora ou anestesia total na região do nervo tibial posterior, associado à paralisia da musculatura intrínseca, garra de arnelhos, perda do coxim normal sob a cabeça dos metatarsianos e do volume dos músculos intrínsecos, pele anidrótica, pé caído e alteração na arquitetura óssea, que ocasiona pressão exagerada sob a cabeça dos metatarsianos e calcâneo, na sustentação e distribuição do peso corpóreo.

O comprometimento neural dentro do túnel do tarso pode ocasionar também a compressão venosa secundária e, algumas vezes, a compressão arterial, determinando a estase no pé, que facilita a produção de feridas plantares e retardo na cicatrização. As feridas ocorrem mais frequentemente no antepé. As feridas localizadas na borda lateral do pé são pouco frequentes e estão relacionadas com pé caído total, ou situações em que existe paresia dos músculos fibulares, ou posição em varo do pé. Por último, a perda do volume dos músculos intrínsecos da região hipotenar do pé permite que o processo estilóide ou a base do quinto metatarsiano fiquem proeminentes, ocasionando a formação de um calo e ulceração no quinto metatarsiano. A ferida do calcâneo é menos frequente, porém a mais difícil de ser tratada no pé. Frequentemente ela é de origem traumática, causada por prego, pedras ou irregularidades nos calçados, caminhadas rápidas ou passos muito longos que aumentam as forças na área calcânea, na fase de impacto e aumento das forças de fricção.

Figura 59 -Lesão plantar no primeiro metatarsiano e no hálux

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 96-132</p>



Figura 60- Paciente com mal perforante plantar



Do ponto de vista anatômico observa-se no terço inferior da perna (Figura 60), na porção anterior um estreito coxim areolar entre a tíbia e a pele que a recobre e, na parte posterior, um grande conjunto de tendões com um pobre revestimento de proteção. Pela posição ortostática em que o ser humano se apresenta durante o ciclo vital, e pela importância dos membros inferiores para a mobilidade e locomoção

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 97-132</p>	

humana, a ferida de perna torna-se um grave problema para a pessoa com diagnóstico de hanseníase e um desafio para os profissionais da saúde.

10.1 Eritema nodoso (Figura 61)

Os estados reacionais são manifestações do sistema imunológico do doente ao *Mycobacterium leprae*. Podem ocorrer antes, durante e depois do tratamento medicamentoso. Nos doentes multibacilares (MB) a reação hansênica é do tipo 2, que se manifesta com o aparecimento do eritema nodoso hansênico. Caracteriza-se por nódulos vermelhos e dolorosos que podem ulcerar, com presença de febre, adenomegalia, dores, espessamento dos nervos e mal-estar generalizado.

Figura 61- Eritema nodoso.



10.2 Tratamento

O tratamento medicamentoso deve ser realizado conforme prescrição médica. As feridas devem ser tratadas o mais rápido possível com medidas que promovam o desbridamento e devem ser seguidas conforme o tratamento de terapia tópica para feridas infectadas.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 98-132</p>	

11. INSUMOS PADRONIZADOS PELO MUNICÍPIO

Seguem insumos padronizados no município para o tratamento da ferida (Quadro 11).

Quadro 11 - Insumos padronizados do município.

Código	Item
332	Atadura crepe 06 cm
329	Atadura crepe 10 cm
330	Atadura crepe 15 cm
903	Compressa de gaze hidrófila 7,5 x 7,5 pcte c/ 10
906	Compressa tipo Zobec
4722	Esparadrapo impermeável 5x4,5
4261	Fita hipoalérgica micropore 10mm x 10m
1655	Fita hipoalérgica micropore 25mm x 10m
3683	Curativo esteril não aderente base de hidrofibra 15x15
3392	Curativo de alginato de cálcio - 10 x 20 cm
3679	Bota de una-10,16 x 9,14
6725	Hidrogel sem alginato
7077	Hidrogel com PHMB
7076	Hidrocolóide 20 x20 cm
6472	Colagenase (sem antibiótico)
3008	Sulfadiazina de prata 1%
7269	Sulfadiazida de prata + Nitrato de cério - 10 mg/ml + 4 mg/ml
54	Ácidos graxos essenciais (AGE) - 180 - 220 ml
3310	Retinol + Colecalciferol + Óxido de zinco - 5.000 UI/g + 900 UI/g + 150 mg/g - 45g

11.1 Observações:

- o Sulfadiazina de prata 1% = Necessita de prescrição médica
- o Sulfadiazida de prata + Nitrato de cério - 10 mg/ml + 4 mg/ml = Necessita de prescrição médica

12. FLUXOS

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 99-132</p>	

12.1 Objetivos do cuidado aos pacientes com feridas:

- o Sistematizar a assistência de enfermagem segundo o protocolo da SMS- DAIS - Guarulhos.
- o Acolher o usuário, estabelecer vínculo, garantir seguimento.
- o Otimizar recursos humanos.
- o Supervisionar a técnica do curativo, capacitar o profissional que atua na sala de curativo.
- o Ordenar a demanda.

12.2 Público Alvo

Pacientes com feridas, cadastrados pelo sistema de saúde do município de Guarulhos.

12.3 Critérios de inclusão

- o Enquadrar-se no público alvo;
- o Existir vaga disponível conforme capacidade operacional da unidade;

Assumir compromisso de continuidade do tratamento, através do preenchimento do **Termo de Compromisso (Anexo 5)**.

- o Comparecer ao tratamento, mediante datas estipuladas, para efetividade do tratamento.
- o Assumir compromisso em relação aos cuidados em saúde para a efetividade do tratamento.

12.4 Critérios de Desligamento

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 100-132</p>	

- o Alta por cura.
- o Abandono: possuir faltas nos agendamentos sem devida justificativa.
- o Não seguir corretamente as orientações dadas pelos profissionais da equipe de saúde.
- o Óbito.

12.5 Atribuições dos Centros de Especialidades Médicas

- o Avaliar e acompanhar os usuários encaminhados pelas unidades de saúde com feridas complexas.
- o Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e estabelecimento de vínculo.
- o Fazer acompanhamento contínuo dos usuários nos casos agudos ou nos casos crônicos.
- o Estar em contato permanente com as famílias/cuidadores desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como estimulando a autonomia e o auto-cuidado, de acordo com o planejamento da equipe.
- o Discutir em equipe casos com a Atenção Básica.

12.6 Atribuições das Unidades Básicas de Saúde

- o Identificar, avaliar e acompanhar os usuários da sua área de abrangência, acometidos por feridas.
- o Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e estabelecimento de vínculo.
- o Realizar ações de vigilância à saúde, através de monitoramento de ações em grupos prioritários.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 101-132</p>	

- o Fazer acompanhamento contínuo dos usuários nos casos agudos ou nos casos crônicos.
- o Estar em contato permanente com as famílias/cuidadores desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como estimulando a autonomia e o auto-cuidado, de acordo com o planejamento da equipe.
- o Discutir em equipe casos de difícil evolução e determinar plano terapêutico alternativo.

12.7 Fluxo de Contra referência entre os CEMEGs

o Cada Cemeg atenderá os pacientes da sua Região de Saúde. Caso haja agendamento de pacientes fora da sua região de saúde, este deve realizar o primeiro atendimento e solicitar, via email, ao CEMEG de referência do paciente, vaga para curativo. O paciente somente deve ser desligado do CEMEG inicial quando houver vaga de atendimento no CEMEG de referência.

12.8 Reuniões de matriciamento

- o Serão reuniões periódicas com os CEMEGs e Unidades Básicas de Saúde para a discussão dos casos, inclusão, na especialidade, de casos mais complexos e altas para a Atenção Básica.
- o O cronograma anual será encaminhado pelas Regiões de Saúde para as equipes da especialidade e atenção básica.

12.9 Dúvidas dos enfermeiros da Atenção Primária em Saúde: Referenciar aos ambulatórios da Região.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 102-132</p>	

13. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. SANTOS ICRV, et al. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. Rev Rene. 2014 jul-ago; 15(4):613-20.
2. DANTAS DV, TORRES GV, DANTAS RAN. ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE FERIDAS: CARACTERIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS EXISTENTES NO BRASIL. Cienc Cuid Saude 2011 Abr/Jun; 10(2):366-372.
3. BENEDETTI, Julia. Harvard Medical School. <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/biologia-da-pele/estrutura-e-fun%C3%A7%C3%A3o-da-pele>. 2019.
4. FAVRETO, FJL, et al. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. RGS 2017;17(2):37-47.
5. Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Departamento de Atenção Básica. Guia básico de prevenção e tratamento de feridas / Maria da Luz Bezerra Cavalcanti Lins [et al.] (comissão elaboradora). – Natal, 2016. 93 p.
6. Secretaria da Saúde de São Paulo. Programa de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e Pé Diabético. São Paulo: SMS, 2010.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Vigilância em Saúde. Protocolo de cuidados de feridas / Coordenado por Antônio Anselmo Granzotto de

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 103-132</p>	

Campos; Organizado por Lucila Fernandes More e Suzana Schmidt de Arruda. Florianópolis: IOESC, 2008.

9. Secretaria da Saúde de São José do Rio Preto. Protocolos de Enfermagem: Prevenção e Tratamento de Feridas. 3ª Ed. São José do Rio Preto: SMS, 2012.
10. DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras, Tradução: Rúbia Aparecida Lacerda, Vera Lucia Conceição Gouveia Santos, 3.ed. São Paulo Atheneu, 2008.
11. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de enfermagem volume 6: cuidando da pessoa com ferida. Florianópolis, 2019.
12. RABEH, Soraia Assad Nasbine, G Márcia Beatriz Berzoti Gonçalves. Características das feridas crônicas. http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=33.
13. BROWNE N, Grocott P, Cowley S, Cameron J, Dealey C, Keogh A, et al. Wound Care Research for Appropriate Products-WRAP: validation of the TELER method involving users. Int J Nurs Stud[Internet]. 2004[cited 2017 Jan 15];41(5):559-71. Available from: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(03\)00209-8/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(03)00209-8/pdf)
14. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo de Assistência para Portadores de Ferida. Prefeitura de Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006. Belo Horizonte/RS
15. Hospital de Clínicas da UNICAMP. Manual de processos de trabalho da equipe multiprofissional de prevenção e tratamento de feridas e estomias. Universidade Estadual de Campinas. 2ed. Campinas, SP 2011.
16. MELZACK, Ronald; Wall, Patrick - Desafio da Dor, tradução Nestor Rodrigues, Fundação Calouste Gulbenkian, 1987.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 104-132</p>	

17. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Plano nacional de luta contra a dor, Circular Normativa nº9/DGCG 2003. www.dgsaúde.pt
18. Conselho Federal de Enfermagem nº 501/2015. A norma regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. Brasília, 2015.
19. Aron, S; Gamba, M. A. Preparo do Leito da Ferida e a História do TIME. Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia. v7; n 4. 2009.
20. Gonçalves VBB, Rabeh SAN, Nogueira PC. Revisão - Terapia Tópica para Ferida Crônica: Recomendações para a Prática Baseada em Evidências. ESTIMA [Internet]. 2014 Mar. 1 [cited 2022 Jan. 20];12(1). Available from: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/337>
21. Hospital de clínicas da UNICAMP. Manual de Processos de Trabalho do Núcleo de Estomaterapia: Estomias, Feridas e Incontinência. 3ª edição. 2020
22. <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/biologia-da-pele/estrutura-e-fun%C3%A7%C3%A3o-da-pele>
23. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer 007/2013. Câmara técnica de assistência a saúde. São Paulo, 2013.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para tratamento de feridas em hanseníase e diabetes / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. - 2. ed., rev. e ampl. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 2)
25. https://cenfewc.com.br/wp-content/uploads/2018/10/2018_08_MP_EDMUNDO-MARTINS-JUNIOR.pdf
26. https://www.youtube.com/watch?v=fnO7AcP_hfl

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 105-132</p>	

27. Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.
<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>
28. Pesquisa nacional de saúde : 2013 : ciclos de vida : Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015
29. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nupes/Programa_Prevencao_e_Tratamento_de_Ulcera_Cronicas_e_do_Pe_Diabetico.pdf
30. Brasil. Vigitel Brasil 2013 - Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Brasília, 2013.
31. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2013
32. Hospital d clínicas da UNICAMP. Manual Curativos. 2016.
33. CROSSETTI, Camila Rocha; et al. Terapia Nutricional em úlceras de pressão: revisão bibliográfica. Nutr Pauta, n103, p 30-34. São Paulo, 2010.
34. Correia MITD, Renofio J, Serpa L, Rezende R, Passos RM. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Terapia Nutricional para Portadores de Úlceras por Pressão. 2011.
35. Oliveira, Karina Díaz Leyva de, Haack, Adriana e Fortes, Renata Costa Nutritional therapy in the treatment of pressure injuries: a systematic review. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]. 2017, v. 20, n. 04 [Acessado 24 Fevereiro 2022] , pp. 562-570. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160195>>.
36. Oliveira KDL de, Haack A, Fortes RC. Estado nutricional de idosos e prevalência de lesão por pressão na assistência domiciliar. REAID [Internet]. 9out.2017 [citado 24fev.2022];2017. Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/551>
37. <http://www.ipsemg.mg.gov.br>. MENSURAÇÃO DAS FERIDAS.

	<p align="center">SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p align="center">PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC		Proponente: RDC		
Código:	Data da Emissão: 2022	Revisão 01	Página 106-132	

38. Souza MAO, Souza NR, Melo JTS, Xavier MACA, Almeida GL, Santos ICRV. Odor evaluation scales for odor in neoplastic wounds: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(5):2552-60
39. https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Ilha_das_Flores/Feridas_MT1_v1.pdf
40. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf
41. http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=4
42. <http://www.sobest.org.br/textod/35>
43. http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=16&Itemid=24
44. <http://sobende.org.br/pdf/Portuguese-Quick%20Reference%20Guide-Jan2015.pdf>
45. Guimarães Barbosa, JA., Nogueira Campos, LM. Nogueira Campos, LM. DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO DA FERIDA VENOSA. Enfermeria Global, N^o 20 Outubro 2010 .
46. http://eerp.usp.br/feridasronicas/recurso_educacional_uv_4.html

ANEXO 1 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

1 - FICHA DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS

Unidade: _____ Prontuário: _____ Data: _____
 ___/___/___ Nome: _____ Sexo: () M () F
 DN: ___/___/___
 CNS: _____ Idade: _____ Profissão/Ocupação: _____

Fatores de risco e Avaliação física



SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE

PROTOCOLO PARA
TRATAMENTO DE
FERIDAS

Controlado por:
Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

Proponente:
RDC

Código:

Data da Emissão:
2022

Revisão
01

Página
108-132

Operatórias ()
Traumáticas ()
Lesão por
pressão ()
Úlcera venosa ()
Úlcera arterial ()
Úlcera
neuropática (Pé
diabético) ()
Queimaduras
()
Oncológicas ()

Tempo da ferida: _____ nº de Recidivas: _____
Já tratou a ferida anteriormente: () Sim () Não **Qual especialista:**

Medida da ferida (CxLxP): _____ **Área:** _____
Se lesão por pressão, qual estágio: () I () II () III
Queimadura: () Grau I () Grau II () Grau III
Tipo de tecido presente: Necrose seca () Necrose úmida ()
Granulação ()
Epitelizado () Esfacelo () Misto () Fibrina () Espaço morto (túnel/
fistula/cavidade)
Tipo de exsudato: Seroso () Purulento () Seropurulento () Sanguinolento
()
Piosanguinolento ()
Quantidade de exsudato: Pouco + () Moderado ++ () Grande +++ ()
Abundante ++++ ()
Presença de odor: Nenhum () Fétido ()
Perda tecidual: Superficial - até a derme () Profunda superficial -
até o subcutâneo () Profunda total - músculos e estruturas adjacentes ()
Pele perilesional: Hidratada, cor e temperatura ()
Desidratada ()
Eczema, mancha ocre, hiperpigmentada, escura () Temperatura
fria ()
Temperatura quente () Inflamada, hiperemia () Edema ()
Bordas: Regular () Irregular () Aderida () Descolada () Contraída ()
Esbranquiçada
() Hiperemiada () Macerada () Hiperqueratosa () Necrose () Epitelizada
() Fibrótica () Indistinta
Presença de edema: () Sem edema () + () ++ () +++ () ++++
Localização do edema:
Queixa de dor: () Ausente () Leve () Moderada () Intensa

Avaliação do “ Pé Diabético”

Responda as perguntas abaixo com sim ou não.

Perguntas e observações	Pé Direito	Pé Esquerdo
Possui histórico de alterações e úlceras nos pés?	(sim) (não)	(sim) (não)
Utiliza sapatos e meias adequados?	(sim) (não)	(sim) (não)

Enfermeiro -
COREN:



**SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE**

**PROTOCOLO PARA
TRATAMENTO DE
FERIDAS**

Controlado por:
Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

Proponente:
RDC

Código:

Data da Emissão:
2022

Revisão
01

Página
109-132

Possui edema?	(sim) (não)	(sim) (não)
A pele está ressecada?	(sim) (não)	(sim) (não)
Apresenta elevação na temperatura da pele?	(sim) (não)	(sim) (não)
O formato dos pés é anormal?	(sim) (não)	(sim) (não)
As unhas dos dedos dos pés estão encravadas ou inflamadas	(sim) (não)	(sim) (não)
Possui micose?	(sim) (não)	(sim) (não)
Possui calosidade?	(sim) (não)	(sim) (não)
Possui Hálux Valgus (joanete)?	(sim) (não)	(sim) (não)
Possui fissura interdigital?	(sim) (não)	(sim) (não)
Apresenta fraqueza muscular?	(sim) (não)	(sim) (não)
Possui amputação?	(sim) (não)	(sim) (não)

Ficha de Acompanhamento - Lesão nº _____

Prontuário:			
Data:			
C x L x P:			
Área			
Borda:			
Leito:			
Exsudato:			
Odor:			



SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE

PROTOCOLO PARA
TRATAMENTO DE
FERIDAS

Controlado por:
Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

Proponente:
RDC

Código:

Data da Emissão:
2022

Revisão
01

Página
110-132

Pele perilesional:			
Dor:			
Terapêutica:			
Enfermeiro - Coren:			

FICHA DE COBERTURAS ESPECIAIS

Unidade: _____ **Data:** ___/___/___

Enfermeiro

responsável:

Nome do paciente: _____

Prontuário: _____

Código	Item
3683	Curativo esteril não aderente base de hidrofibra 15x15
3392	Curativo de alginato de cálcio - 10 x 20 cm
3679	Bota de una-10,16 x 9,14
6725	Hidrogel sem alginato
7077	Hidrogel com PHMB
7076	Hidrocolóide 20 x20 cm
7269	Sulfadiazida de prata + Nitrato de cério - 10 mg/ml + 4 mg/ml
54	Ácidos graxos essenciais (AGE) - 180 - 220 ml

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 111-132</p>

ANEXO 2 - RESOLUÇÃO COFEN Nº 567/2018

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 112-132</p>	

24/02/2022 08:58

Cofen – Conselho Federal de Enfermagem » RESOLUÇÃO COFEN Nº 567/2018 » Print

- Cofen – Conselho Federal de Enfermagem - <http://www.cofen.gov.br> -

RESOLUÇÃO COFEN Nº 567/2018

Posted By *Secretaria-Geral* On 7 de fevereiro de 2018 @ 14:43 In [Legislação, Resoluções](#) | [No Comments](#)

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.

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.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 113-132</p>	

24/02/2022 08:58

Cofen – Conselho Federal de Enfermagem » RESOLUÇÃO COFEN Nº 567/2018 » Print

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

Article printed from Cofen – Conselho Federal de Enfermagem: <http://www.cofen.gov.br>

URL to article: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofeno-567-2018_60340.html

Copyright © 2021 Cofen - Conselho Federal de Enfermagem. All rights reserved.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 114-132</p>	

ANEXO 3 - RESOLUÇÃO COFEN Nº 567/2018



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

PARECER COREN-SP CAT Nº 013/2009

*Assunto: Realização de desbridamento pelo
Enfermeiro*

1. Do fato

Solicitado parecer por profissional de enfermagem sobre os aspectos legais e técnicos da realização de desbridamento pelo enfermeiro.

2. Da fundamentação e análise

Desbridar ou debridar é o ato de remover da ferida o tecido desvitalizado e ou material estranho ao organismo. O desbridamento ou debridamento é essencial para o tratamento de feridas, pois para que exista reparação tecidual, o tecido necrótico deverá ser removido previamente.¹⁻²

O desbridamento promove limpeza da lesão, reduz a contaminação bacteriana, promove um meio adequado para cicatrização e prepara a lesão para intervenção cirúrgica, como o enxerto ou rotação de retalho.²

Deve-se desbridar a lesão sempre que apresentar tecido desvitalizado, como necrose de coagulação - caracterizada pela presença de crosta preta e ou bem escura; necrose de liquefação - caracterizada pelo tecido amareloesverdeado e ou quando a lesão apresentar infecção e/ou presença de secreção purulenta.¹

No momento do desbridamento, o profissional deve avaliar a viabilidade do tecido, segundo a cor, a temperatura e a presença de sangramento.²

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 115-132</p>	



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Desbridamento cirúrgico, mecânico ou químico são algumas técnicas que podem ser utilizadas, considerando-se que cada procedimento possui vantagens, desvantagens e indicações para realização. A combinação de técnicas pode ser o método mais eficaz.²

Desbridamento Cirúrgico: consiste na remoção do tecido necrótico por meio de procedimento cirúrgico, com o uso de tesouras ou bisturis. Poderá ser utilizado para remoção da necrose de coagulação - áreas de necroses extensas, e de necrose de liquefação, sendo a técnica mais rápida e efetiva para remoção da necrose, principalmente quando o paciente necessita de intervenção urgente, como nos casos em que há presença de celulite ou sepsis.¹

Debridamento mecânico: realizado com o uso de jatos de solução salina à pressão de 2 a 10 pressão por metro quadrado, gaze ou qualquer outro material que remova mecanicamente o tecido desvitalizado.²

Debridamento químico: realizado a partir da utilização de curativos ou substâncias com propriedades químicas e autolíticas, que mantém o meio úmido adequado desbridamento da lesão.²

Yamada classifica o desbridamento, segundo o mecanismo de ação em: instrumental, mecânico, autolítico e químico. A autora divide o desbridamento instrumental em: desbridamento instrumental conservador, realizado por Médico ou Enfermeiro, e desbridamento instrumental cirúrgico, executado por médico cirurgião. Este último indicado para situações que *exigem a remoção maciça de tecidos ou em extrema emergência, como em casos de processos infecciosos graves, sob anestesia local, espinhal ou geral.*³

	SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE	PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS		
Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC		Proponente: RDC		
Código:	Data da Emissão: 2022	Revisão 01	Página 116-132	



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

No entendimento da Sociedade Brasileira de Estomaterapia, segundo Yamada: Ostomias, Feridas e Incontinências (SOBEST), no âmbito da Enfermagem, o Enfermeiro tem competência para realizar também o desbridamento instrumental conservador (usando pinça, tesoura ou bisturi), desde que tenha conhecimentos e habilidades para tal, obtidos por meio de cursos de treinamento, atualização ou de especialização.³

A autora considera ainda que “os Enfermeiros estomaterapeutas, ou não, são responsáveis pela monitoração da ferida, através de avaliação diária ou periódica, bem como pelo registro dessa avaliação para documentar a assistência prestada”³. Recomenda que, para tanto, o Enfermeiro deve “manter atualizados os seus conhecimentos relacionados aos avanços técnicos e científicos referentes ao processo fisiológico da reparação tecidual, para possibilitar a boa avaliação da ferida, através do reconhecimento das características do tecido vivo ou morto. Deve preocupar-se, ainda, com aqueles relacionados aos métodos e produtos utilizados no processo de limpeza das feridas...”³

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, esclarece que cabe ao enfermeiro privativamente a execução de atividades de maior complexidade, considerando o que consta na Lei 7.498/86⁴, regulamentada pelo Decreto 94.406/87.

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente:

...

m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

... (grifos nossos)⁴

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 117-132</p>	



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

3. Da conclusão

Considerando-se os conhecimentos científicos e técnicos adquiridos durante respectivo processo de formação profissional, o enfermeiro poderá assumir o procedimento de desbridamento de lesões, exclusivamente dentro da equipe de enfermagem, seja ele mecânico, enzimático, autolítico e instrumental conservador, cuja situação de necessidade de intervenção cirúrgica esteja descaracterizada.

É importante lembrar que em caso de desbridamento com a utilização de instrumentais cortantes, poderá ser feita a remoção de tecidos desvitalizados ao nível do subcutâneo, conforme protocolo da instituição.

O Enfermeiro precisa estar plenamente consciente quanto aos atos praticados ou a serem assumidos, respeitando seus limites de competência e responsabilidade. Para tanto, é necessária a busca pelo aprimoramento e desenvolvimento de competências, por meio da realização de cursos de capacitação.

Reitera-se a necessidade de realização de Protocolos Clínicos, e documentação do planejamento e resultados das intervenções assistenciais por meio da Sistematização da Assistência, conforme previsto na Resolução COFEN 358/2009⁵.

É o nosso parecer.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 118-132</p>



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Referências bibliográficas

1. Declair V. Desbridamento: Técnicas, Indicações e Benefícios para Tratamento de Feridas. Disponível em: <<http://www.tratamentodeferidas.com.br/admin/menu/siteexplorer/documentos/Desbridamento%20-%20T%C3%A9cnicas%20-%20Indica%C3%A7%C3%B5es%20e%20Benef%C3%ADcios%20para%20Tratamento%20de%20Feridas%20para%20convers%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2009.
2. Lee CK, Hansen SL. Management of acute wounds. Surg Clin N Am 2009; 89:659-76.
3. Yamada, B. F. A. O processo de limpeza. In: Jorge S A & Dantas S R P E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 45 – 67.
4. Brasil. Lei no. 7498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009, 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.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 119-132</p>



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

São Paulo, 21 de dezembro de 2009.

Revisão Técnica Legislativa

Dr^a Regiane Fernandes
COREN-SP 68.316

Dr^a Maria Angélica Azevedo Rosin
COREN-SP 45.379

Dr^a. Cleide Mazuela Canavezi
COREN-SP 12.721

Membros da Câmara de Apoio Técnico

Prof^a. Dr^a Maria De Jesus de C. S. Harada
COREN SP 34855
Coordenadora da Câmara de Apoio Técnico
Carmen Ligia Sanches de Salles
COREN SP 43745

Dra. Ariane Ferreira Machado Avelar
COREN SP 86722

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 120-132</p>	

ANEXO 4 - PARECER COREN - SP 007/2013 - CT



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

PARECER COREN - SP 007/2013 - CT

PRCI nº 100.083 e Ticket nº 294.881, 278.047, 283.134, 284.532, 287.431, 287.518,
288.951, 293.239, 293.524, 293.411, 293.716, 296.885

*Ementa: Competência e capacitação para
realização de curativo bota de Unna.*

1. Do fato

Feitos vários questionamentos por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem sobre a competência para confecção de curativo bota de Unna e se há necessidade de capacitação para tal.

2. Da fundamentação e análise

O curativo denominado bota de Unna consiste numa bandagem compressiva inelástica desenvolvida no séc. XIX pelo médico dermatologista alemão Paul Gerson Unna. Nesse curativo há a presença de uma pasta composta basicamente das seguintes substâncias: óxido de zinco, glicerina, água destilada e gelatina. Atualmente pode ocorrer alguma variação na sua composição devido à industrialização do material para esse curativo (BARBOSA; CAMPOS, 2010; BORGES, 2011; MACEDO et al., 2010; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A bota de Unna é indicada somente para pacientes deambulantes com úlceras venosas, úlceras neurotróficas em doentes de Hanseníase e edema linfático. Há contra-indicação da bota de Unna para úlceras arteriais e mistas (arteriovenosas), edema

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 121-132</p>



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

pulmonar agudo, celulite, trombose venosa profunda, insuficiência arterial, frente à suspeita de infecção e em casos de sensibilidade conhecida ao produto ou aos seus componentes (BORGES, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

As úlceras venosas (também conhecidas como úlcera por insuficiência venosa, úlcera venosa de perna, úlcera de estase ou úlcera varicosa) representam mais de 80% das ulcerações nos membros inferiores. Essas ulcerações representam um gasto significativo no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente quando são de longa duração (> 6 meses), de tamanhos maiores (> 10 cm²) e apresentam complicações tais como infecções, osteomielite e amputações (BELCZAK et al., 2011; FIGUEIREDO; ZUFFI, 2012; SILVA et al., 2009).

No exame do paciente/cliente portador de úlcera venosa, é necessário o levantamento de um histórico completo, com anamnese e exame físico, além da investigação de comorbidades. No exame da ulceração venosa deve se avaliar se há o comprometimento arterial, através do cálculo de Índice de pressão tornozelo/braço (ITB), que é um método diagnóstico não invasivo onde se realiza a mensuração das pressões arteriais do tornozelo (perna afetada) e dos braços. Além do cálculo do ITB, pode-se fazer uso de outros recursos não invasivos tais como o Doppler de onda contínua, o Duplex scan (ultrassonografia com Doppler) e a Plestimografia a ar (BORGES, 2011, IRION, 2005).

Também devem ser relevadas algumas condições agravantes para as ulcerações venosas, tais como presença de diabetes melito e dermatite de contato, além da suspeita de malignidade das lesões (BORGES, 2011; DEALEY, 2008).

O curativo de bota de Unna tem ações terapêuticas sobre as ulcerações venosas devido aos efeitos compressivo (que auxilia no retorno venoso efetivo), protetor (por meio da bandagem evitando a exposição das lesões) e cicatricial (ação das substâncias da pasta de Unna) (BORGES, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 122-132</p>



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

O tempo máximo recomendado para troca do curativo bota de Unna é de duas semanas, sendo o mais comum a realização da troca semanalmente. Durante sua utilização devem ser observadas as condições do paciente, com vistas a detecção precoce da ocorrência de anormalidades tais como sinais clínicos de infecção local ou sistêmica; extravazamento de exsudato, principalmente com forte odor; comprometimento da perfusão sanguínea; e parestesias. Frente a intercorrências deverá ocorrer reavaliação imediata do curativo. Para a confecção da bota de Unna é exigido habilidade do profissional de saúde (BAJAY; JORGE; DANTAS, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Nas legislações do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/86, artigo 11 inciso I, alíneas “i”, “j” e “m”, e inciso II alínea “c” e Decreto nº 94.406/87, artigo 8º, inciso I, alíneas “e”, “f” e “h”, e inciso II, alínea “b” e Resolução COFEN nº 358/09), temos expostas as competências privativas do enfermeiro aliadas ao seu conhecimento técnico-científico, bem como a determinação da contextualização assistencial de forma sistematizada no Processo de Enfermagem, observando-se os aspectos preventivos e curativos da assistência a ser prestada ao paciente/cliente (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Em relação à atuação de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem na confecção ou remoção de curativos, com base nas legislações do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/86, artigo 12 alínea “b”, artigo 13 alínea “b” e Decreto nº 94.406/87, artigo 10, inciso II, e artigo 11 alínea “c”) está explicitada a possibilidade da realização de tais procedimentos por esses membros da equipe de Enfermagem, sob a orientação e supervisão do Enfermeiro desde que observados a complexidade e risco envolvidos (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

Sobre a competência para prescrição do curativo bota de Unna, o Ministério da Saúde, em sua publicação denominada “Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas”, cita que “esse procedimento é restrito a profissionais especializados e deve ser realizado sob indicação médica.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 123-132</p>	



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Outros autores também demonstram o mesmo entendimento em relação ao curativo bota de Unna:

É o único tratamento de feridas que depende de avaliação especializada e prescrição médica por ser de uso específico para úlceras venosas de perna e edema linfático, podendo ser prejudicial se mal indicado, p. ex.: para úlceras arteriais ou mistas (BAJAY; JORGE; DANTAS, 2003, p. 92).

Já segundo a Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), em texto publicado no ano de 2008, em seu veículo de comunicação Revista Estima (sem no entanto haver citação do referencial utilizado), há a definição de competências do Enfermeiro Estomaterapeuta na abordagem de feridas, onde se lê:

[...]
2.2 Úlceras vasculogênicas de origem venosa
[... b) Tratamento
[...] Prescrever bota de Unna ou terapia compressiva.
2.3 Úlceras neurotróficas por Doença de Hansen
[... b) Tratamento
[...] Prescrever bota de Unna ou terapia compressiva.
(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2008, p. 33-43)

Finalmente, muitas instituições assistenciais em saúde constituem internamente Comissões de Curativos, que são equipes multiprofissionais com o intuito de tornar a terapêutica mais efetiva e eficiente. No entanto não existe uma regulamentação que uniformize a composição e funcionamento dessas comissões.

3. Da Conclusão

Considerando-se os vários fatores e condições envolvidos na gênese, manutenção e/ou agravamento das ulcerações venosas; a legislação do Exercício Profissional de Enfermagem; a existência de especializações em Enfermagem correlatas; e a existência e instituição de Comissões de Curativos nas instituições de assistência à saúde, nas quais o enfermeiro se destaca como membro primário e atuante, entendemos que compete ao Enfermeiro devidamente capacitado proceder à avaliação, prescrição, confecção e remoção



**SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE**

**PROTOCOLO PARA
TRATAMENTO DE
FERIDAS**

Controlado por:

Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

Código:

Proponente:

RDC

Data da Emissão:

2022

Revisão

01

Página

124-132

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 125-132</p>	



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

do curativo de bota de Unna contextualizadas no Processo de Enfermagem, em conjunto com a avaliação médica.

O Técnico e o Auxiliar de Enfermagem podem vir a receber a delegação apenas da confecção e remoção do curativo bota de Unna, desde que devidamente capacitados para tal procedimento, e sempre sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

É o parecer.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. Competências do enfermeiro estomaterapeuta (ET) ou do enfermeiro pós-graduado em estomaterapia (PGET). *Revista Estima*, v. 6, n. 1, p. 33-43, jan – mar 2008. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=99%3Aatualizacao&catid=6%3Aeducacao-61&Itemid=77&lang=pt>. Acesso em: 02 de jan. 2013.

BAJAY, H.M.; JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Curativos e coberturas para o tratamento de feridas. In: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 92-93.

BARBOSA, J.A.G.; CAMPOS, L.M.N. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. *Enfermería Global*. Murcia, n. 10, p. 1-13. oct. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_revision2.pdf>. Acesso em: 09 jan 2013.

BELCZAK, S.Q. et al. Tratamento da úlcera varicosa dos membros inferiores mediante cirurgia e bota de Unna: uma economia para o sistema de saúde brasileiro. *Einstein*. São

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>	<p>Proponente: RDC</p>			
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 126-132</p>	



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Paulo, v. 9, n. 3, p. 377-385, 2011. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1984-Einstein_v9n3_377-385_PT.pdf>. Acesso em 02 de jan. 2013.

BORGES, E.L. **Feridas: úlceras dos membros inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BORGES, E.L. **Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**. 2005. 305 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 02 jan. 2013.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 jun. 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 02 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília; DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf>. Acesso em 02 de jan. 2013.



**SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE**

**PROTOCOLO PARA
TRATAMENTO DE
FERIDAS**

Controlado por:

Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

Código:

Proponente:

RDC

Data da Emissão:

2022

Revisão

01

Página

127-132

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>	<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 128-132</p>	



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. 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. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 02 jan. 2013.

DEALEY, C. *Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras*. 3. ed. Tradução de Rúbia Aparecida Lacerda e Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos. São Paulo: Atheneu, 2008.

FIGUEIREDO, M.L.; ZUFFI, F.B. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Enfermería Global*. Murcia, n. 28, p. 147-158, oct. 2012. Disponível em: <<http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/28648/2/Cuidados%20aos%20portadores%20de%20%C3%BAlcera%20venosa,%20%20percep%C3%A7%C3%A3o%20dos%20enfermeiros%20da%20Estrat%C3%A9gia%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia..pdf>>. Acesso em: 02 jan 2013.

IRION, G. *Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores*. Tradução de João Clemente Dantas do Rego Barros. Revisão técnica de Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MACEDO, E.A.B. et al. Efetividade do uso da bota de Unna no tratamento de úlceras venosas: uma revisão de literatura. *Fiep Bulletin*. Foz do Iguaçu, v. 80, p. 1-5, 2010. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/1646>>. Acesso em: 02 jan.2013



**SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE**

**PROTOCOLO PARA
TRATAMENTO DE
FERIDAS**

Controlado por:

Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas -
RDC

Código:

Proponente:

RDC

Data da Emissão:

2022

Revisão

01

Página

129-132

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 130-132</p>



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C.T. (Org.) *Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. São Paulo: Martinari, 2010.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I.B. (Org.) *Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem*. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

SILVA, F.A.A. et al. *Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 62, n. 6, p. 889-893, nov-dez 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a14v62n6.pdf>>. Acesso em: 02 jan 2013.

São Paulo, 31 de Janeiro de 2013.

Câmara Técnica de Assistência à Saúde - CTAS

Relator
Prof. Dr. João Batista de Freitas
Enfermeiro
COREN-SP 43.776

Revisor CTLN
Alessandro Lopes Andrighetto
Enfermeiro
COREN-SP 73.104

Aprovado em 06 de Fevereiro de 2013 na 21ª Reunião da Câmara Técnica.

Homologado pelo Plenário do COREN-SP na 829ª Reunião Plenária Ordinária.

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 131-132</p>

ATENDIMENTO AO PORTADOR DE FERIDA

Unidade de Saúde: _____ **Data:** ____/____/____

Objetivos do tratamento:

No tratamento de feridas o Serviço tem por objetivos:

- Avaliar e acompanhar o portador de ferida;
- Encaminhar para outros profissionais quando se fizer necessário;
- Propiciar condições que facilitam a cicatrização da ferida;
- Orientar e estimular o autocuidado.

É de sua responsabilidade do paciente:

- Não faltar aos retornos agendados por duas vezes consecutivas ou três alternadas sem comunicação prévia;
- Respeitar e seguir todas as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde;
- Não retirar ou trocar o curativo no domicílio sem a autorização do profissional.

Consentimento

De acordo com o exposto acima, aceito participar do tratamento proposto pelo Serviço.

Assinatura do Participante

Nome legível: _____

Autorização

Autorizo que os dados referentes a evolução do meu tratamento sejam publicados na forma de pesquisa, desde que resguarde sigilo sobre minha identidade.

Assinatura do Participante

Data: _____, ____ de _____ de _____

Foi discutido o protocolo de tratamento com o paciente, usando linguagem acessível e apropriada. Acredita-se ter fornecido as informações necessárias e bom entendimento das mesmas.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

Prefeito Municipal

 <p>PREFEITURA DE GUARULHOS - SP</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE</p>	<p>PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS</p>		
<p>Controlado por: Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC</p>		<p>Proponente: RDC</p>		
<p>Código:</p>		<p>Data da Emissão: 2022</p>	<p>Revisão 01</p>	<p>Página 132-132</p>

Gustavo Henric Costa "Guti"

Secretária da Saúde

Ricardo Rui Rodrigues Rosa

Secretário Adjunto

Michael Rodrigues de Paula

Diretora de Departamento de Assistência Integral à Saúde

Lígia Ortolani dos Santos

Coordenadores da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas -RDC

Heloisa de Souza Garcia

Carolina Georgetto Pasetto Ramos

Diane Fernanda Bernal Calado Cardoso