Prefeitura do Município de São Paulo | Secretaria Municipal da Saúde - SP

Manual de Padronização de Curativos

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

PREFEITO
Ricardo Luis Reis Nunes

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE
Edson Aparecido dos Santos

SECRETÁRIO ADJUNTO
Luiz Carlos Zamarco

SECRETÁRIOS ADJUNTOS EXECUTIVOS
Sandra Sabino Fonseca
Marilande Marcolin
Benedicto Accacio Borges Neto
Edson Tomaz de Lima Filho

CHEFE DE GABINETE
Armando Luís Palmieri

ELABORAÇÃO
Comissão Especial de Avaliação de Padronização de Curativos Médicos em Geral - CPCM
Secretaria Municipal da Saúde - SP
José Luiz Laurenti Arroyo
Anderson Luis Marcelino Martins
Christini Aparecida Pernela Di Onofre
Lucia Helena Marques de Oliveira Marcondes

REVISÃO TÉCNICA
Izis Zumyara Mirvana Damico
Christini Aparecida Pernela Di Onofre

CONSULTORIA TÉCNICA
Gabriela Wilke- Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética - SOBENFeE – www.sobenfee.org.br

COLABORAÇÃO INTERNA
Comissão de Avaliação de Tecnologia em Saúde – CATS
Comissão Especial de Avaliação de Padronização de Curativos Médicos em Geral - CPCM

REVISÃO
Núcleo de Criação
Assessoria de Comunicação e Imprensa – ASCOM

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 1 19/08/21 10:12

© 2021, Prefeitura do Município de São Paulo
É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada à fonte.

Secretaria Municipal de Saúde – Manual de Padronização de Curativos – Julho/2021

Elaboração, distribuição e informações:
Secretaria Municipal de Saúde/SP

Rua General Jardim, 36 – Vila Buarque
CEP 01223-010 – São Paulo/SP

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 2 19/08/21 10:12

AGRADECIMENTOS

Menção honrosa à D.ra Magaly Vicente Proença, Coordenadora de Saúde da Autarquia Hospitalar Municipal de Julho de 2018 à Novembro de 2020, atualmente Coordenadora Geral de Administração do Estado de São Paulo, por sua grande determinação e incentivo à realização deste Manual.

Nossos agradecimentos à Sr.a Sandra Sabino, Secretária Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância Sanitária na Prefeitura do Município de São Paulo que colaborou, juntamente com sua equipe, especialmente às enfermeiras Estomaterapeutas Membros da Sobest, com a elaboração deste Manual.

Agradecemos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que este Manual fosse realizado e disponibilizado, estimulando o crescimento profissional e a qualidade da assistência prestada aos nossos cidadãos.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 3 19/08/21 10:12

SUMÁRIO

OBJETIVOS **7**
Objetivo geral 7
Objetivos específicos 7

A PELE **11**
Anatomia e fisiologia da pele 12
As funções da pele 13

FERIDAS E CLASSIFICAÇÕES **15**
Feridas e suas classificações 16
Tempo de cicatrização 16
Conteúdo bacteriano 17
Presença de exsudato 17
Morfologia 18
Características do leito da ferida 18

O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO **21**
Cicatrização da ferida 22
Fases da cicatrização 22
Tipos de cicatrização 24
Fatores que interferem no processo 24
Complicações da cicatrização 24
Condições ideais para que ocorra o processo de cicatrização 25
Nutrição no processo cicatricial 26
Recomendações de desbridamento 26
Os métodos de desbridamento 27

AVALIAÇÃO DE FERIDAS **29**
A avaliação da lesão 30
Princípios básicos de tratamento de feridas 30
Classificação da ferida (etiologia) 31
Pontos de atenção para queimaduras 31
Graus de queimadura 32
Primeiros cuidados 32
Como avaliar a ferida 33
Tipos de tecido 34
Reconhecendo os tecidos 35
Cuidados gerais com as feridas 36
Técnicas de curativos utilizados 36
Tipos de coberturas de curativos 36
Tipos de curativos 36

Curativos tradicionais 37
Curativo interativo e bioativo em feridas abertas 37
Terapia compressiva para úlcera venosa 38
Tratamentos 38
Pontos de atenção 39

COMO TRATAR FERIDAS 41
Avaliação da ferida 42
Limpeza da ferida 42
Desbridamento de feridas 42
Pele ao redor da lesão 43
Curativo 43

COMO TRATAR FERIDAS INFECTADAS 44
Considerações gerais 44
Avaliação de feridas em pacientes com alto risco de infecção 44
Diagnóstico de lesões infectadas 45
Gestão da lesão 46

PROCEDIMENTO 46
Se a ferida estiver fechada 46
Se a ferida estiver aberta 46

QUAL CURATIVO UTILIZAR? 49
A escolha do curativo 50
Algoritmo para a seleção de curativos para lesões de longa duração 52
Padronização de curativos avançados da SMS 54
Tabela de padronização de curativos com código SUPRI 57

REGULAMENTAÇÃO E REFERÊNCIAS 59
Observações adicionais sobre produtos padronizados 60
Da liberação dos produtos e materiais na rede 62
RYB: sistema de avaliação de feridas por cores 62
Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas conforme resolução COFEN nº0567/2018 63
Atribuições do médico 65
Referências Bibliográficas 66

OBJETIVOS

OBJETIVOS PRINCIPAIS

- Orientar os profissionais da Rede Municipal da Cidade de São Paulo sobre o uso de coberturas para tratamento de feridas, dentro da padronização de materiais existente;
- Direcionar os cuidados dentro dos protocolos de tratamento vigentes.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Padronizar os produtos e materiais adequados ao tratamento de feridas;
- Reduzir o tempo dos profissionais de enfermagem e os custos em relação ao tratamento de feridas;
- Capacitar os profissionais de saúde da rede básica para a utilização adequada dos produtos padronizados para o tratamento de feridas;
- Promover educação permanente com os profissionais de saúde;
- Prevenir infecções cruzadas, através de técnicas e procedimentos adequados;
- Garantir ao usuário a adesão e continuidade ao tratamento de feridas;
- Proporcionar ao usuário um tratamento de feridas adequado, garantindo a eficácia no processo.

(imagem: Unsplash)

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 7 19/08/21 10:12

(imagem: Raw Pixel)

Familiarize-se com os produtos para tratamento de feridas neste Manual, selecionando e usando um produto com base no quadro de curativos Utilize os recursos disponíveis.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 8 19/08/21 10:12

NÃO EXISTE UM CURATIVO MÁGICO 'TUDO EM UM'

A seleção do curativo é apenas um dos componentes do tratamento de feridas.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 9 19/08/21 10:12

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 10 19/08/21 10:12

A PELE

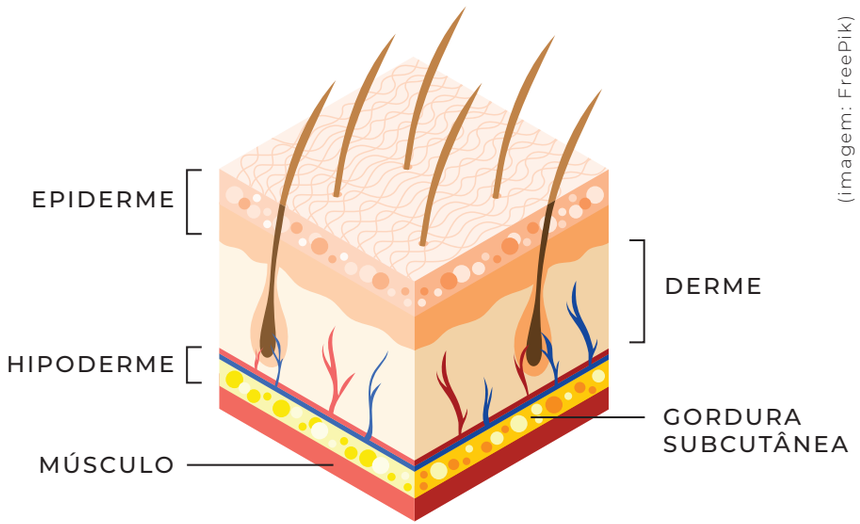
202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 11 19/08/21 10:12

a PELE

ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

A pele é **o maior órgão humano**: um adulto é revestido por aproximadamente 2m² de pele, com aproximadamente 2 mm de espessura, o que representa cerca 15% do peso corporal.

É formada por duas camadas primárias e uma camada de gordura subcutânea, cada camada tem características e funções diferentes: derme, epiderme e a hipoderme subcutânea, além de órgãos anexos como folículos pilosos, glândulas sudoríparas, sebáceas e unhas.



(imagem: FreePik)

Diagrama: as camadas da pele humana

A) EPIDERME (1ª camada): é a camada mais externa da pele e consiste primariamente em queratinócitos, que a impermeabilizam a pele. A epiderme está em constante renovação, as células mais antigas são substituídas por outras mais novas em uma renovação que ocorre em média a cada 12 dias;

B) DERME (2ª camada): localizada entre a epiderme e a hipoderme, a derme é formada por tecido conjuntivo que contém fibras protéicas, vasos sanguíneos e linfáticos, terminações nervosas, órgãos sensoriais e glândulas. As fibras são produzidas por células chamadas fibroblastos, que permitem a elasticidade, tração e conferem maior resistência a pele;

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 12 19/08/21 10:12

C) HIPODERME (3ª camada): a última camada da pele é basicamente formada por células de gordura e faz conexão entre a derme e a fáscia muscular; atuando como reservatório energético, isolante térmico, proteção contra choques mecânicos, fixação dos órgãos e modelando a superfície corporal.

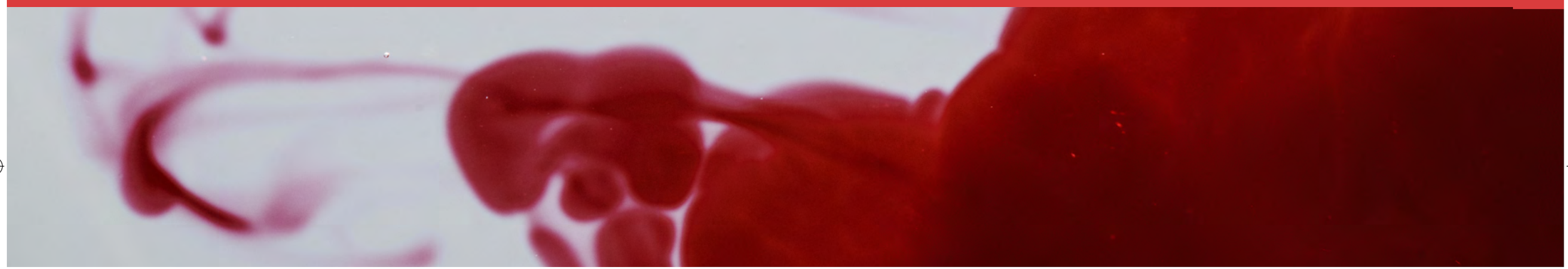
AS FUNÇÕES DA PELE

A pele desempenha um grande número de funções vitais, destacando-se a proteção das estruturas internas, percepção sensorial, regulação da temperatura corporal, excreção, metabolismo e absorção:

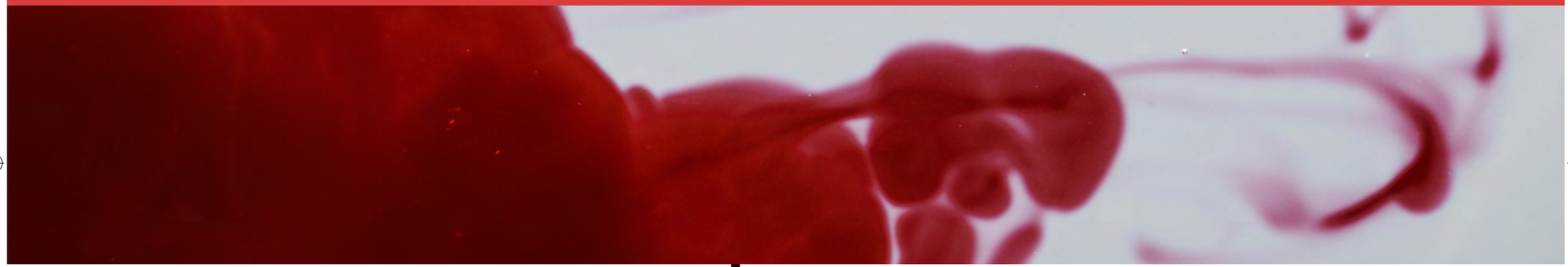
FUNÇÕES DA PELE

Força e elasticidade; ↑ Regeneração; Resiste à perda de água e eletrólitos; Responsável pela produção de Vitamina D; Secreção e Excreção;	Protege contra agentes químicos, físicos e biológicos; Recebe estímulos sensoriais externos; Armazenagem de nutrientes (lipídios, água, vitaminas etc); Imunorregulação;	Promove estímulo visual, olfatório e tátil; Interligada com o metabolismo do corpo humano, refletindo alterações sistêmicas.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 13 19/08/21 10:12



202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 14 19/08/21 10:12



FERIDAS
e CLASSIFICAÇÕES

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 15 19/08/21 10:12

FERIDAS e classificações

FERIDAS E SUAS CLASSIFICAÇÕES

Ferida é qualquer lesão que interrompa a continuidade da pele. Pode atingir a epiderme, a derme, o tecido subcutâneo e a fáscia muscular, chegando a expor estruturas profundas do organismo.

As feridas são classificadas segundo diversos parâmetros, que auxiliam no diagnóstico, evolução e definição do tipo de tratamento, tais como cirúrgicas, traumáticas e ulcerativas.

CIRÚRGICAS – provocadas por instrumentos cirúrgicos, com finalidade terapêutica, podem ser:

- **Incisivas:** perda mínima de tecido;
- **Excisivas:** remoção de áreas de pele.

TRAUMÁTICAS – feridas provocadas acidentalmente por agentes:

- **Mecânicos:** como um prego, espinho ou por pancadas;
- **Físicos:** como temperatura, pressão, eletricidade;
- **Químicos:** ácidos ou soda cáustica, por exemplo;
- **Biológicos:** contato com animais ou penetração de parasitas.

ULCERATIVAS – lesões escavadas, circunscritas, com profundidade variável, podendo atingir desde camadas superficiais da pele até os músculos. As lesões por pressão são classificadas conforme as camadas de tecido atingido:

- **Estágio I:** pele avermelhada, não rompida, mácula eritematosa bem delimitada, atingindo epiderme;
- **Estágio II:** pequenas erosões na epiderme ou ulcerações na derme. Apresenta-se normalmente com abrasão ou bolha;
- **Estágio III:** afeta derme e tecido subcutâneo;
- **Estágio IV:** perda total da pele atingindo músculos, tendões e exposição óssea.

TEMPO DE CICATRIZAÇÃO

A **ferida aguda** é quando há ruptura da vascularização com desencadeamento imediato do processo de hemostasia. Na reação inflamatória aguda, as modificações anatômicas dominantes

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 16 19/08/21 10:12

são vasculares e exsudativas, e podem determinar manifestações localizadas no ponto de agressão ou ser acompanhada de modificações sistêmicas. A contração das margens inicia em cerca de 5 dias após a lesão e tem seu pico em 2 semanas.

Se a ferida não fechar até 3 semanas após a ruptura da pele, a contração cessa, caracterizando então a ferida como crônica. A **Ferida crônica** é quando há desvio na sequência do processo cicatricial fisiológico. A inflamação crônica pode resultar em um longo processo de cura e evoluir com resposta muito diferente das manifestações clássicas da inflamação aguda.

CONTEÚDO BACTERIANO

A ferida pode apresentar conteúdo bacteriano, sendo caracterizada em diferentes formas:

- **Limpa:** lesão feita em condições assépticas e que está isenta de microrganismos;
- **Limpa contaminada:** lesão com tempo inferior a 6 horas entre o trauma e atendimento, sem contaminação significativa;
- **Contaminada:** lesão com tempo superior a 6 horas entre o trauma e atendimento, com presença de contaminantes mas sem processo infeccioso local;
- **Infectada:** presença de agente infeccioso local e lesão com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos, podendo haver pus;
- **Odor:** produzido por bactérias e tecidos em decomposição.

PRESENÇA DE EXSUDATO

O exsudato é um material fluido, composto por células que escapam de um vaso sanguíneo e se depositam nos tecidos ou nas superfícies teciduais, usualmente como resultado de um processo inflamatório. Sua coloração depende do tipo de exsudato e pode ser característica do pigmento específico de algumas bactérias.

CARACTERISTICAS DO EXSUDATO: as colorações mais frequentes são as esbranquiçadas, as amareladas, as avermelhadas, as esverdeadas e as achocolatadas.

- **Exsudato seroso** é caracterizado por uma extensa liberação de líquido, com baixo conteúdo protéico. Esse tipo de exsudato inflamatório é observado precocemente nas fases de desenvolvimento da maioria das reações inflamatórias agudas, encontrada nos estágios da infecção bacteriana;
- **Exsudato sanguinolento** é decorrente de lesões com ruptura de vasos ou de hemácias;
- **Exsudato purulento** é um líquido composto por células e proteínas, produzido por um processo inflamatório asséptico ou séptico. Alguns microrganismos (estafilococos, pneumococos, meningococos, gonococos, coliformes e algumas amostras não hemolíticas dos estreptococos) produzem de forma característica, supuração local e por isso são chamados de bactérias piogênicas (produtoras de pus);
- **Exsudato fibrinoso** é o extravasamento de grande quantidade de proteínas plasmáticas, incluindo o fibrinogênio, e a participação de grandes massas de fibrina.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 17 19/08/21 10:12

MORFOLOGIA

A morfologia descreve e detalha a localização, dimensões, números e profundidade das feridas.

Quanto à localização: as feridas ulcerativas frequentemente acometem usuários que apresentam dificuldades de deambulação. Áreas de risco para pessoas que passam longos períodos sentados:

- Tuberosidades isquiáticas;
- Espinha dorsal torácica;
- Pés;
- Calcanhares.

Áreas de risco para quem passa longos períodos acamado:

- Região sacrococcígea;
- Região trocantérica, isquiática espinha ilíaca;
- Joelhos (face anterior, medial e lateral);
- Cabeça (região occipital e orelhas).
- Tornozelos;
- Calcanhares;
- Cotovelos;
- Espinha dorsal;

Quanto às dimensões: Extensão da ferida em área = cm².

- Pequena: menor que 50cm²;
- Média: maior que 50cm² e menor que 150cm²;
- Grande: maior que 150cm² e menor que 250cm²;
- Extensa: maior que 250cm².

Quanto ao número: existindo mais de uma ferida no mesmo membro ou área corporal com distância mínima de 2cm entre elas, faça a somatória.

Quanto à profundidade:

- Feridas planas ou superficiais: envolvem a epiderme, derme e tecido subcutâneo;
- Feridas profundas: envolvem tecidos moles profundos, tais como músculos e fáscia;
- Feridas cavitárias: caracterizam-se por perda de tecido e formação de uma cavidade com envolvimento de órgãos ou espaços. Podem ser traumáticas, infecciosas, por pressão ou complicações pós-cirúrgicas.

Mensuração: avalia comprimento x largura x profundidade.

- Medida simples: mensurar uma ferida medindo-a em seu maior comprimento e largura, utilizando uma régua em centímetros (cm). É aconselhável associá-la à fotografia;
- Medida cavitária: após a limpeza da ferida, preencher a cavidade com SF 0.9%, aspirar o conteúdo com seringa estéril e observar o valor preenchido em milímetros. Outra técnica utilizada é através da introdução de uma espátula ou seringa estéril na cavidade da ferida, para que seja marcada a profundidade. Após, verificar o tamanho com uma régua.

CARACTERÍSTICAS DO LEITO DA FERIDA

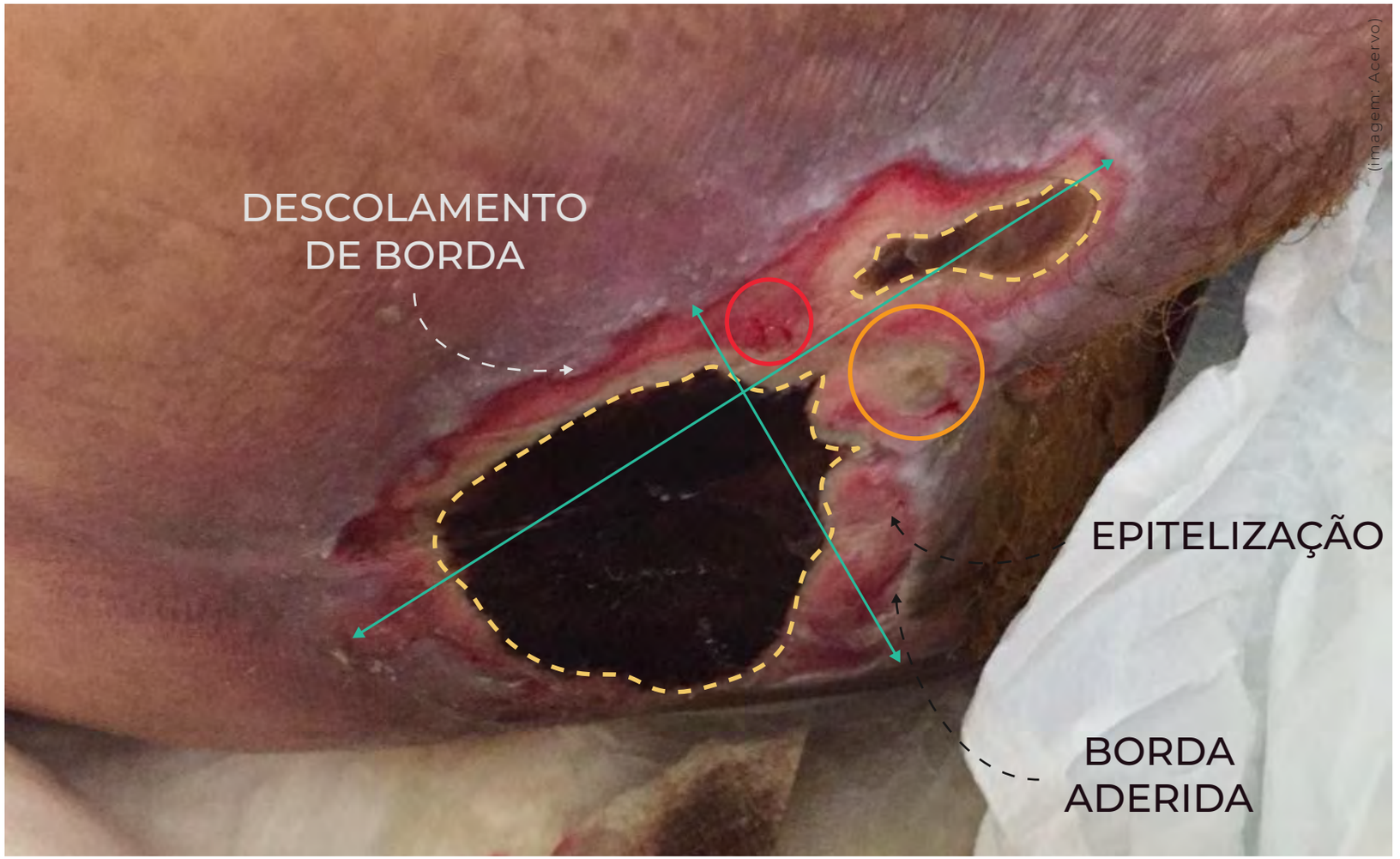
Os tecidos viáveis compreendem:

- Granulação: de aspecto vermelho vivo, brilhante, úmido, ricamente vascularizado;
- Epitelização: revestimento novo, rosado e frágil.

Os tecidos inviáveis compreendem:

- Necrose de coagulação (escara): caracterizada pela presença de crosta preta e/ou bem escura;
- Necrose de liquefação (amolecida): tecido amarelo-esverdeado e/ou quando a lesão apresenta infecção, secreção purulenta;
- Desvitalizado ou Fibrinoso: tecido de coloração amarela ou branca, que adere ao leito da ferida e se apresenta como cordões ou crostas grossas, podendo ainda ser mucinoso.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 18 19/08/21 10:12



COMPRIMENTO E LARGURA

NECROSE SECA

ESFACELO ADERIDO

TECIDO DE GRANULAÇÃO

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 19 19/08/21 10:12

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 20 19/08/21 10:12

O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 21 19/08/21 10:12

processo de CICATRIZAÇÃO

CICATRIZAÇÃO DA FERIDA

A cicatrização é um processo fisiológico dinâmico que busca restaurar a continuidade dos tecidos.

Devemos conhecer a fisiopatologia da cicatrização e entender os fatores que podem acelerar ou retardá-la para atuar de forma a favorecer o processo cicatricial.

FASES DA CICATRIZAÇÃO

É importante sabermos reconhecer as 3 fases da cicatrização para que possamos implementar o cuidado correto com a ferida.

FASE DE INFLAMAÇÃO OU EXSUDATIVA (limpeza) – a primeira fase de hemostasia e inflamação iniciam-se com a ruptura de vasos sanguíneos e o extravasamento de sangue. Durante este processo ocorre o recrutamento de macrófagos e neutrófilos, ou seja, ocorre reação completa do tecido conjuntivo vascularizado em resposta à agressão do tecido, cujo objetivo é interromper a causa inicial (dor, calor rubor e edema).

FASE PROLIFERATIVA (granulação e repitelização) – caracteriza-se pela neovascularização e proliferação de fibroblastos, com formação de tecido róseo, mole e granular na superfície da ferida (3 a 4 dias).

FASE DE MATURAÇÃO OU REMODELAGEM DO COLÁGENO: é a fase final de cicatrização de uma ferida, caracterizada pela redução e pelo fortalecimento da cicatriz. Durante esta fase, a cicatriz se contrai e torna-se pálida e a cicatriz madura se forma de 3 semanas a 1 ano a mais.

Atenção: o tecido cicatricial sempre vai ser menos elástico do que a pele circundante.

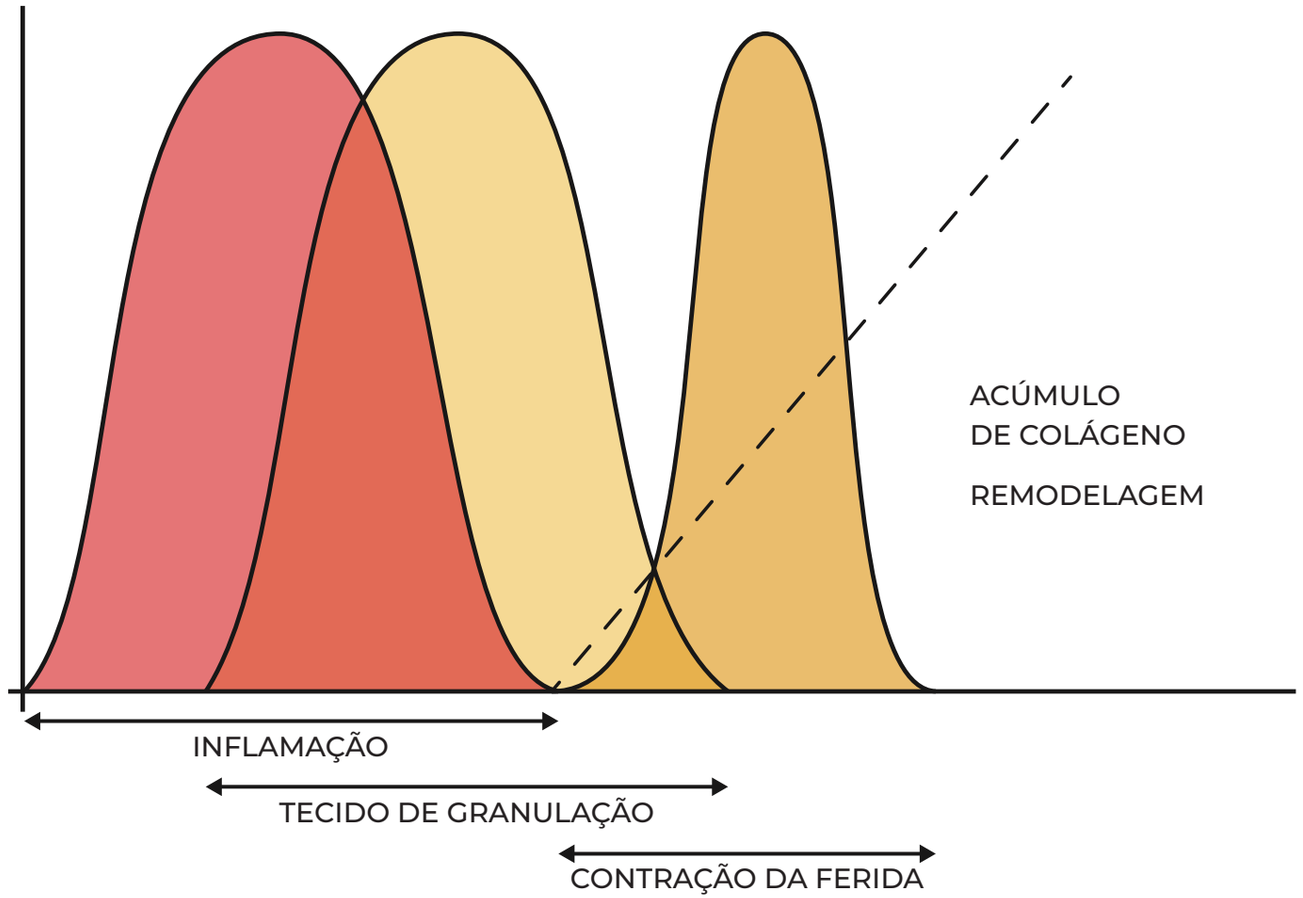
202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 22 19/08/21 10:12

FASES DA CICATRIZAÇÃO

O processo de cicatrização caracteriza-se por 3 fases.

Cada fase possui atividades celulares muito específicas, que desencadeiam e impulsionam o processo de reparação tecidual.

As 3 fases podem ocorrer ao mesmo tempo, em diferentes áreas da lesão.



202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 23 19/08/21 10:12

TIPOS DE CICATRIZAÇÃO

As feridas são classificadas pela forma como se fecham. Uma ferida pode se fechar por intenção primária, secundária ou terciária.

- **1ª intenção ou primária:** a cicatrização primária envolve a reepitelização, na qual a camada externa da pele cresce fechada. As feridas que cicatrizam por primeira intenção geralmente são feridas superficiais, agudas, que não tem perda de tecido, resultados de queimaduras de primeiro grau e cirúrgicas em cicatriz mínima, por exemplo. Levam de 4 a 14 dias para fechar;
- **2ª intenção ou secundária:** é uma ferida que envolve algum grau de perda de tecido. Podem envolver o tecido subcutâneo, o músculo, e possivelmente, o osso. As bordas desta ferida não podem ser aproximadas. Geralmente são feridas crônicas, como úlceras. Existe um aumento do risco de infecção e demora à cicatrização, uma vez que ela ocorre de dentro para fora. Resultam em formação de cicatriz e têm maior índice de complicações do que as feridas que se cicatrizam por primeira intenção;
- **3ª intenção ou terciária:** ocorre quando a ferida é mantida aberta intencionalmente, para permitir a diminuição ou redução do edema ou infecção. Outra possibilidade é permitir a remoção do exsudato através da drenagem, como em feridas cirúrgicas, abertas e infectadas, com drenos.

FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO

O processo de cicatrização pode ser afetado por fatores locais e sistêmicos, ou também por tratamento tópico inadequado.

- **Fatores locais:** localização e infecção local (bacteriana) e profundidade da ferida; edema, grau de contaminação e presença de secreções; trauma, ambiente seco, corpo estranho, hematoma e necrose tecidual;
- **Fatores sistêmicos:** fatores relacionados ao cliente, como idade, faixa etária, nutrição, doenças crônicas associadas, insuficiências vasculares úlceras ou pelo uso de medicamentos sistêmicos (anti-inflamatórios, antibióticos, esteróides e agentes quimioterápicos);
- **Tratamento tópico inadequado:** a utilização de sabão tensoativo na lesão cutânea aberta pode ter ação citolítica, afetando a permeabilidade da membrana celular. A utilização de soluções anti-sépticas também pode ter ação citolítica. Quanto maior for à concentração do produto maior será sua citotoxicidade, afetando o processo cicatricial. Essa solução em contato com secreções da ferida tem a sua ação comprometida.

COMPLICAÇÕES DA CICATRIZAÇÃO

As complicações mais comuns associadas à cicatrização de feridas são:

- **Hemorragia interna** (**hematoma**) **e externa** podendo ser arterial ou venosa;
- **Deiscência:** separação das camadas da pele e tecidos, comum entre 3º e 11º dias após o surgimento da lesão;
- **Evisceração:** protrusão dos órgãos viscerais, através da abertura da ferida;
- **Infecção:** drenagem de material purulento ou inflamação das bordas da ferida; quanto não tratada de forma adequada, pode gerar osteomielite, bacteremia e speticemia;

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 24 19/08/21 10:12

- **Fístulas:** comunicação anormal entre dois órgãos ou entre um órgão e a superfície do corpo.

CONDIÇÕES IDEAIS PARA QUE OCORRA O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

O processo de cicatrização das feridas pode ser retardado por diversos fatores, incluindo questões do paciente e dos cuidados prestados ou cuidados inadequados. Tanto as condições que evitam como as condições que mantêm a fase inflamatória no leito da lesão, podem ser responsáveis pelo "atraso" no processo de cicatrização.

Estas condições incluem presença de tecido necrótico, infecção, colocação de gaze ou de agentes citotóxicos no interior da ferida, manipulação inadequada, e imunidade comprometida. Como resultado de uma cicatrização comprometida, podemos ainda ter cavitação, tunelização e fístulas.

- **Temperatura:** A temperatura ideal, para que ocorram as reações químicas, (metabolismo, síntese de proteínas, fagocitose, mitose) é em torno de 36,4° C a 37,2° C. Se houver variações de temperatura, o processo celular pode ser prejudicado ou até interrompido. Por este motivo devemos realizar: limpeza da lesão com soro fisiológico aquecido, menor exposição da lesão no momento da limpeza e cobertura adequada, para mantermos a temperatura local;
- **pH do tecido lesional:** O pH do tecido de uma ferida é ligeiramente ácido (5,8-6,6) para que as funções celulares ocorram adequadamente; este pode ser afetado por secreções (urina, fezes) e alguns anti-sépticos. Deve-se avaliar criteriosamente o uso destes produtos;
- **Níveis bacterianos na ferida:**
  - Contaminadas: presença de microrganismos, porém, sem proliferação;
  - Colonizadas: presença e proliferação de microrganismos, sem provocar reação no hospedeiro;
  - Infectadas: bactérias invadem o tecido sadio e desencadeiam resposta imunológica do hospedeiro;

  O controle da colonização nas feridas depende da limpeza adequada, uso de técnica asséptica na troca do curativo, uso de curativos que promovam barreira e que ajudem no controle microbiano;
- **Umidade no leito da lesão:** A atividade celular adequada ocorre em meio úmido. O tratamento recomendado em todos os consensos internacionais é pela manutenção de um leito de ferida úmido e pela manutenção da umidade da pele circundante. A impossibilidade de manter estas condições também lentifica a cicatrização, causando dessecação, hipergranulação ou maceração.

O CURATIVO ÚMIDO

Protege as terminações nervosas, reduzindo a dor;
Acelera o processo cicatricial;
Previne a desidratação tecidual e a morte celular;
Promove necrólise e fibrinólise.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 25 19/08/21 10:12

NUTRIÇÃO NO PROCESSO CICATRICIAL

No que diz respeito ao desenvolvimento de lesões de pressão, por exemplo, dentre vários fatores diferentes que afetam o processo de cicatrização, como condição física, nível de atividade, mobilidade e estado nutricional, os usuários que apresentaram baixo peso corpóreo, nível de albumina sérica baixo, energia, ingestão inadequada de alimentos e de líquidos desenvolveram lesões de pressão.

Em idosos, a cada grama de albumina sérica reduzida triplica a chance do desenvolvimento de úlceras de pressão. Os usuários anêmicos, por sua vez, apresentam retardo no processo cicatricial porque os níveis baixos de hemoglobina reduzem a oxigenação do tecido lesado. No caso de úlceras de pressão, a inabilidade do organismo de lançar mão de nutrientes específicos para cicatrização favorece o seu aparecimento.

Assim, a cicatrização de feridas envolve uma série de interações físico-químicas que requerem a ingestão de nutrientes adequados em todas as suas fases:

- **Fase inflamatória:** requer nutrientes como aminoácidos (principalmente arginina, cisteína e metionina), vitamina E, vitamina C e selênio, para fagocitose e quimiotaxia; vitamina K para síntese de protrombina e fatores de coagulação.
- **Fase proliferativa:** requer nutrientes como aminoácidos (principalmente arginina), vitamina C, ferro, vitamina A, zinco, manganês, cobre, ácido pantotênico, tiamina e outras vitaminas do complexo B.
- **Fase de maturação:** requer nutrientes como aminoácidos (principalmente histidina), vitamina C, zinco e magnésio.

RECOMENDAÇÕES DE DESBRIDAMENTO

Recomendações de desbridamento, conforme o guia NPUAP/EPUAP/PPPIA/Resolução Cofen 0576/2018:

1. Desbridar o tecido desvitalizado do interior do leito da ferida ou da borda da úlcera por pressão quando for adequado ao estado de saúde do indivíduo e aos objetivos gerais dos cuidados.
2. O desbridamento só deve ser realizado quando houver uma perfusão adequada da ferida.
3. Desbridar o leito da ferida quando houver suspeita ou confirmação da presença de biofilme. Quando uma ferida demorar a cicatrizar (ou seja, quatro semanas ou mais) e não responder aos cuidados normais, significa que o índice de suspeita da presença de biofilme é elevado. Selecionar o(s) método(s) de desbridamento mais adequado(s) para o indivíduo, o leito da ferida e o contexto clínico.
4. Utilizar métodos de desbridamento mecânicos, autolíticos, enzimáticos e/ou biológicos quando não existir necessidade clínica urgente de drenagem ou remoção de tecido desvitalizado.
5. Realizar o desbridamento cirúrgico em casos de necrose extensa, celulite avançada, crepitação, flutuação e/ou sépsis resultante de uma infeção relacionada com a úlcera.
6. O desbridamento cortante conservador e o desbridamento cirúrgico devem ser realizados por profissionais de saúde especificamente formados, competentes, qualificados e licenciados segundo os estatutos legais e os regulamentares locais. (Resolução Cofen 0576/2018)
7. Utilizar instrumentos esterilizados para realizar os desbridamentos.
8. Realizar cuidadosamente um desbridamento em situações de

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 26 19/08/21 10:12

comprometimento imunológico, suprimento vascular comprometido ou falta de cobertura antibacteriana na sépsis sistémica.
Atenção: As contraindicações relacionadas incluem a terapia anticoagulante e problemas de hemorragias.

9. Encaminhar os indivíduos com úlceras por pressão de Categoria/Grau III ou IV com cavitações, tunelização/tratos sinusais e/ou tecidos necróticos extensos que não podem ser facilmente removidos através de outros métodos de desbridamento para avaliação cirúrgica dependendo do estado de saúde do indivíduo e dos objetivos de cuidados.
10. Controlar a dor associada ao desbridamento.
11. Realizar uma avaliação vascular completa antes do desbridamento das úlceras por pressão das extremidades inferiores para determinar se o estado/suprimento arterial é suficiente para suportar o processo de cicatrização da ferida desbridada.
12. Não desbridar as necroses estáveis, duras e secas presentes nos membros isquêmicos

    12.1. Avaliar as necroses estáveis, duras e secas sempre que o curativo for substituído e de acordo com a indicação clínica. A úlcera coberta com necroses secas e estáveis deve ser avaliada sempre que o curativo for substituído e de acordo como a indicação clínica para detectar os primeiros sinais de infeção.As indicações clínicas de que os tecidos necróticos secos e estáveis exigem ser avaliados e intervencionados incluem sinais de eritema, sensibilidade ao tato, edemas, drenagem purulenta, flutuações, crepitações e/ou mau odor (ou seja, sinais de infeção) na área em redor da úlcera.

    12.2. Consultar urgentemente um médico/cirurgião vascular na presença de um dos sintomas citados anteriormente.

    12.3. Realizar um desbridamento urgente da úlcera por pressão na presença de um dos sintomas citados anteriormente (ou seja, eritema, sensibilidade ao tato, edemas, drenagem purulenta, flutuações, crepitações e/ou mau odor).
13. Realizar um desbridamento de manutenção sobre a úlcera por pressão até o leito da ferida estar livre de tecido desvitalizado e coberto com tecido de granulação.

As diretrizes indicam a remoção de qualquer tecido necrosado do interior da ferida, se esta for consistente com os objetivos, com a seleção do método apropriado às condições do usuário, bem como as necessidades de avaliação e o controle da dor. As diretrizes também estabelecem que as técnicas de desbridamento podem ser utilizadas isoladas ou combinadas. **O desbridamento de tecido inviável é o fator mais importante na gerência de lesões.**

A cicatrização não pode ocorrer até que o tecido necrótico seja removido. Áreas de tecido necrótico podem esconder líquidos subjacentes ou abscessos. O tecido necrótico pode ser amarelo e úmido ou cinza, e está separado do tecido viável. Se este tecido necrótico e úmido secar, aparecerá uma escara preta, grossa e dura. Porém, mesmo que o desbridamento seja doloroso, é necessário para prevenir infecção e promover a cura, bem como deve ser considerado na prevenção do processo infeccioso.

OS MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO

A. INSTRUMENTAL, CONSERVADOR E CIRÚRGICO: utilizam-se materiais cortantes como tesouras, lâminas de bisturis e outros, realizado por médicos ou enfermeiros capacitados. É indicado para remover grande quantidade de tecidos ou em ex-

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 27 19/08/21 10:12

trema urgência, com incisões em tecidos vivos, e na tentativa de transformar feridas crônicas em feridas agudas.

B. MECÂNICO: o desbridamento mecânico envolve curativos úmidos a secos, usados normalmente em feridas com excesso de tecido necrótico e secreção mínima. Exige a realização de técnica apropriada e o material usado no curativo é fundamental ao seu desfecho. Também funciona por fricção, irrigação e hidroterapia.

C. AUTOLÍTICO: é através de um processo fisiológico, o qual o ambiente é mantido úmido estimulando enzimas auto-digestivas do corpo. Embora este processo seja mais demorado, não é doloroso, é de fácil realização e é apropriado para usuários que não toleram outro método. Se a ferida estiver infectada, o desbridamento autolítico não é a melhor opção terapêutica.

D. QUÍMICO: o desbridamento químico com agentes enzimáticos é um método seletivo de desbridamento. As enzimas são aplicadas topicamente nas áreas de tecido necrótico, fragmentando os elementos de tecido necrótico. As enzimas digerem somente o tecido necrótico e não agridem o tecido saudável. Estes agentes exigem condições específicas que variam com o produto, ou seja, o método deve seguir as orientações do fabricante. A aplicação das enzimas deve ser interrompida assim que a ferida estive limpa e com tecido de granulação favorável.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Utilizar placas de espuma em proeminências ósseas, nos pacientes de risco;

Reduzir áreas de pressão utilizando colchão caixa de ovo ou de ar;

Orientar mudanças de decúbito frequentemente;

Usar coxins e travesseiros para amenizar áreas de pressão;

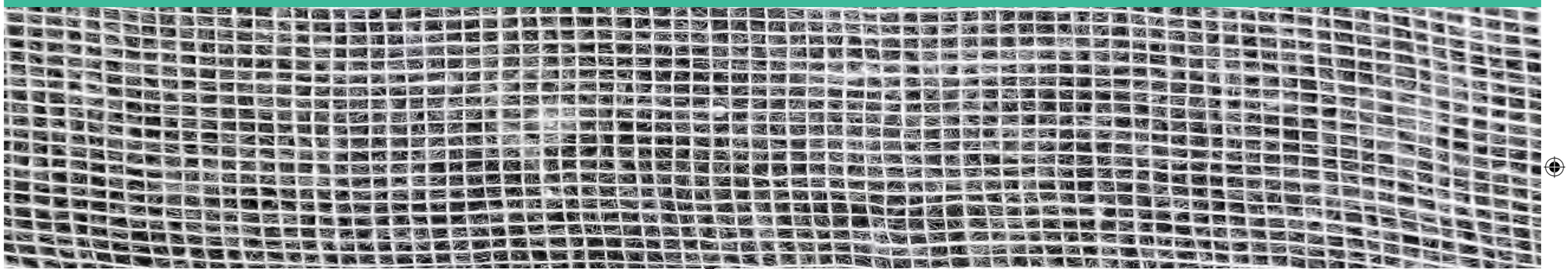
Manter panturrilhas e tornozelos apoiados em almofadas (com calcanhar livre);

Realizar higiene íntima e/ou corporal quando necessário;

Sempre promover hidratação da pele;

Não realizar massagem em proeminências ósseas e áreas de pressão.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 28 19/08/21 10:12



AVALIAÇÃO DE FERIDAS

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 29 19/08/21 10:12

AVALIAÇÃO de feridas

A AVALIAÇÃO DA LESÃO

Na avaliação da lesão é importante que o profissional **classifique a ferida e identifique o estágio da cicatrização** antes da aferição, para que possa realizar uma estimativa do processo cicatricial e quais os fatores que irão interferir neste processo.

A avaliação **deve ser registrada de forma detalhada** sobre a ferida, descrevendo a localização, etiologia, tamanho, tipo, a coloração de tecido no leito da lesão, quantidade e característica do exsudato, odor, aspecto da pele ao redor, entre outros, também os aspectos relacionados às condições gerais do usuário, tais como: estado nutricional, doenças crônicas concomitantes, imunidade, atividade física, condições socioeconômicas e para os acamados, local onde permanece a maior parte do tempo, condições do local entre outros precisam ser avaliados.

Este processo de avaliação também envolve o seu estadiamento, que poderá variar de acordo com a sua etiologia. Por exemplo, as lesões por pressão são estadiadas por estágios, enquanto as úlceras por pé diabético, em graus.

Após avaliação minuciosa, a equipe deverá registrar os dados coletados no prontuário do paciente, considerando dados específicos do exame da lesão quanto do estado geral do mesmo.

A equipe multidisciplinar deverá determinar o prazo de retorno do usuário para verificar a evolução e adesão ao tratamento.

PRINCÍPIOS BÁSICOS DE TRATAMENTO DE FERIDAS

Lembre-se sempre:

- Cada conduta é específica para cada paciente;
- Devemos sempre fazer um estudo das causas da lesão junto ao médico responsável;
- Quem cicatriza a ferida é o organismo. Uma lesão irrigada, sem infecção e sem edema, cura-se naturalmente;
- É essencial identificar e controlar da melhor forma possível as causas da lesão (doenças crônicas/traumas/posicionamento);

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 30 19/08/21 10:12

- O tratamento da lesão deve considerar e incluir todos os aspectos clínicos do paciente;
- Otimize o cuidado local da ferida;
- Depois que a lesão estiver cicatrizada o paciente precisa continuar o tratamento da causa da lesão;
- Lembre-se:
  A PREVENÇÃO DA FERIDA É CHAVE DO SUCESSO!

CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA (ETIOLOGIA)

Para determinar a etiologia da ferida devemos considerar:

- Lesões por pressão;
- Lesão Vasculogênica, por insuficiência venosa;
- Úlceras isquêmicas, devido insuficiência arterial;
- Lesão Neuropática, devido Diabetes Mellitus (diabético);
- Lesão Traumática, considerando neste tópico as cirurgias;
- Queimaduras.

PONTOS DE ATENÇÃO PARA QUEIMADURAS

Queimadura é toda lesão provocada pelo contato direto com alguma fonte de calor ou frio, produtos químicos, corrente elétrica, radiação, ou mesmo alguns animais e plantas. Tipos de queimaduras:

A. QUEIMADURAS TÉRMICAS: são provocadas por fontes de calor como o fogo, líquidos ferventes, vapores, objetos quentes e excesso de exposição ao sol;

9 CRITÉRIOS DO TRATAMENTO DE FERIDAS

1. Avaliar a ferida (avaliação da ferida, fase da cicatrização da ferida, qual é o objetivo do tratamento);

2. Limpeza da ferida;

3. Remoção dos tecidos necróticos;

4. Identificar e tratar a infecção;

5. Preencher o espaço morto;

6. Gerenciar exsudato;

7. Manter um ambiente úmido no leito da ferida;

8. Fornecer isolamento térmico;

9. Proteger a ferida.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 31 19/08/21 10:12

B. QUEIMADURAS QUÍMICAS: são provocadas por substâncias químicas em contato com a pele ou mesmo através das roupas;

C. QUEIMADURAS POR ELETRICIDADE: são provocadas por descargas elétricas.

GRAUS DE QUEIMADURAS

A queimadura de pele é classificada de acordo com a complexidade das lesões causadas e comprometimento das áreas afetadas:

- **Queimadura de 1º grau:** são queimaduras superficiais e que têm como característica a vermelhidão da região, inchaço e dor. Não há formação de bolhas e a pele não se desprende. Melhora entre 03 à 06 dias; Após a cicatrização, a pele pode ficar um pouco escura, mas volta ao tom normal com o tempo. Não necessita de atendimento médico. O tratamento consiste apenas em manter a pele e o organismo hidratados. Se a dor for incômoda, um analgésico poderá ajudar.
- **Queimadura de 2º grau:** comprometem a epiderme ou derme, acompanhadas de dor mais intensa. Podem ocorrer bolhas, desprendimento total ou parcial da pele. O tratamento é composto por limpeza, desbridamento das bolhas (remoção dos tecidos desvitalizados) e proteção da região afetada. **Importante!** Apenas um profissional de saúde poderá fazer a retirada do tecido desvitalizado.
- **Queimadura de 3º grau:** ocorre destruição total de todas as camadas da pele e, portanto, são mais graves e com lesões profundas que danificam as terminações nervosas. A área afetada pode ficar esbranquiçada ou escurecida. Sempre deixa cicatriz, podendo comprometer a movimentação do local afetado. O tratamento é complexo e demorado, necessitando de internamento, enxertia e até cirurgia plástica.

(imagem: Vuelo Pharma)

PRIMEIROS CUIDADOS

Em geral os pacientes com queimaduras de 1º 2º grau superficial, devem ser acompanhados nas unidades básicas, porém devem ser orientados à:

- Realizar o curativo na Unidade de Saúde;
- Nunca tocar a queimadura com as mãos;
- Nunca furar bolhas. Este procedimento deve ser realizado pelo profissional de saúde;
- Nunca colocar substâncias sobre a queimadura (como manteiga, pó de café, creme dental ou qualquer outra substância). Somente o profissional de saúde sabe o que deve ser aplicado sobre o local afetado;

No caso de queimaduras em grandes extensões do cor-

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 32 19/08/21 10:12

po, por substâncias químicas ou eletricidade, a vítima necessita de cuidados médicos urgentes.

COMO AVALIAR A FERIDA

Todas as lesões devem ser avaliadas e documentadas atendendo aos seguintes critérios:

1. **Localização, tamanho, estágio:** incluindo comprimento, largura, profundidade, forma e bordas;
   - **Espessura parcial:**
     Estágio 1 (somente epiderme, inclui escoriações);
     Estágio 2 (em camada dérmica);
   - **Espessura total:**
     Estágio 3 (envolvendo tecido subcutâneo);
     Estágio 4 (tecido subcutâneo e estruturas subjacentes);
2. **Área Peri-Lesional** (dentro de 4 cm de bordas de ferida), edema, eritema, dor, maceração, erupção cutânea, bordas ressecadas, corpos estranhos (drenos, suturas, etc);
3. **Aparência e cor da base da ferida**
   - **Tecido saudável:** granulação/epitelização (vermelho/rosa);
   - **Tecido necrosado:** necrose de liquefação (amarelo, bronzeado); necrose (preto, marrom);
4. **Evidência de túneis**, passagem sob a pele estendendo-se em qualquer direção através de tecido mole que cria um espaço morto com potencial para formação de abscesso ou área de destruição tecidual ao longo das margens da ferida subjacente à pele intacta;
5. **Exsudato:** quantidade, cor, tipo (sero-sanguinolento, sangramento vivo, fibrina, purulento).

(imagem: Unsplash)

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 33 19/08/21 10:12

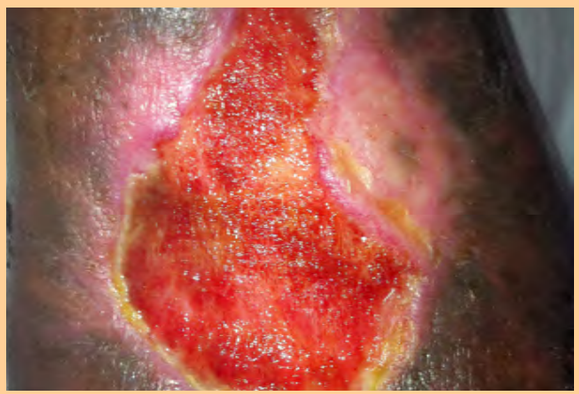
TIPOS DE TECIDO

NECROSES

INFECÇÕES

FIBRINA

(imagens: Acervo)

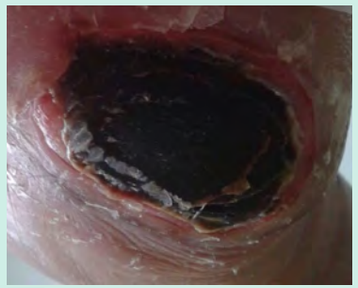


GRANULAÇÃO

EPITELIZAÇÃO

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 34 19/08/21 10:12

RECONHECENDO OS TECIDOS

ASPECTO	Necrose Seca	Necrose Úmida Escura	Necrose Úmida Clara	Tecido de Granulação
COR	Negra ou marrom escura ("escara")	Esfacelo amarronzado ou amarelo escuro	Esfacelo fibroso amarelado ou cinza	Vermelho
UMIDADE	Seca	Amolecido / Encharcado	Macio / Fibroso	Pouco e/ou moderadamente úmido
ADERÊNCIA	Firmemente aderido na base e bordas	Aderido apenas na base	Frouxamente aderido	–
EXEMPLO				

LEGENDA DAS TABELAS:

= Necrose seca
= Necrose de liquefação
= Tecido de granulação
= Grau de exsudato/secreção
= Tecido de epitelização
= Infecção

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 35 19/08/21 10:12

CUIDADOS GERAIS COM FERIDAS

- Limpe suavemente com soro fisiológico aquecido ou solução de Limpeza com PHMB. Evite esfregar;
- Remova o tecido desvitalizado. Se possível, efetue a remoção no momento da limpeza da lesão;
- Prepare a pele na área ao redor da ferida (peri-lesional) para promover a aderência do curativo e proteger a pele saudável (se necessário, faça uso do protetor cutâneo);
- Selecione os curativos primários e secundários adequados: faça as seleções de curativos com base na profundidade da ferida (parcial x espessura total), condição da pele ao redor do leito da ferida, grau de colonização, quantidade de exsudato e o tamanho da ferida.

Para para feridas grandes ou de espessura total, preencha o espaço morto com curativo antimicrobiano. A escolha do curativo deve ser baseada na padronização anexa na página 51.

TÉCNICAS DE CURATIVOS UTILIZADOS

ESTÉRIL: curativo realizado na Unidade Hospitalar, com material estéril (pinças ou luvas), solução fisiológica 0,9% e cobertura estéril.

LIMPA: curativo realizado nas Unidades Básicas de Saúde ou no domicílio, pelo profissional de saúde, usuário e/ou familiar. Realizado com material limpo, água corrente ou soro fisiológico 0,9% e cobertura estéril.

TIPOS DE COBERTURAS DE CURATIVO

PASSIVO: Somente protegem e cobrem as feridas.

INTERATIVOS: Proporcionam um micro-ambiente ótimo para a cura da ferida.

BIOATIVOS: Resgatam ou estimulam a liberação de substâncias durante o processo de cura.

TIPOS DE CURATIVOS

- **Incisões cirúrgicas com bordos aproximados, cicatrização por primeira intenção:** a partir de 24 horas já podem ficar expostas, pois já se formou a rede de fibrina protetora impossibilitando a entrada de microorganismos· Se o usuário desejar que a incisão fique coberta, poderá ser realizado apenas um curativo passivo;
- **Feridas abertas:** Irrigação com solução fisiológica 0,9%, utilizando seringa de 20ml e agulha 40X12 (a pressão exercida no leito da lesão não deve ultrapassar 15 psi, a fim de preservar os neo-tecidos formados);
- **Lesões fechadas:** Consiste no curativo tradicional, com uso de pinças;
- **Drenos:** É considerado um curativo complexo. O dreno tem como objetivo: proporcionar a drenagem de sangue, exsudato, bile e outros fluidos corpóreos, evitando acúmulo destes na cavidade.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 36 19/08/21 10:12

CURATIVOS TRADICIONAIS

MATERIAL

- Pacote de curativo (normalmente tem 1 pinça hemostática e/ ou Kocher, 1 anatômica e 1 dente de rato);
- Pacote de compressa cirúrgica 7,5x7,5 cm estéreis;
- Saco de lixo hospitalar (se necessário);
- Chumaço (s/n);
- Cuba rim;
- Atadura (s/n); Luvas de procedimento;
- Solução fisiológica a 0,9% ou com solução PHMB 0,2%
- Micropore ou rede tubular (s/n)

CURATIVO INTERATIVO E BIOATIVO EM FERIDAS ABERTAS

MATERIAL

- Cobertura adequada (de acordo com a prescrição de Enfermagem);
- Luvas de procedimento;
- Pacote de curativo previamente escolhido conforme características da lesão;
- Cuba rim;
- Saco de lixo hospitalar (s/n);
- Pacote de gaze estéril;
- Cuba redonda estéril;
- Seringa de 20 ml;
- Agulha 40x12;
- Solução fisiológica 0,9% ou com solução PHMB 0,2%.

(Imagem: Raw Pixel)

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 37 19/08/21 10:12

TERAPIA COMPRESSIVA PARA ÚLCERA VENOSA

> "A insuficiência venosa crônica é a dificuldade de retorno do sangue das pernas para o coração e pode ser ocasionada por varizes de longa data ou após um episódio de trombose venosa ou tromboflebite. Quando não tratada adequadamente, pode causar feridas, denominadas úlceras venosas. " Sobest, 2018

Os principais fatores de risco são a diabetes, hipertensão, obesidade, traumas e tabagismo, além do sexo feminino, pelo número de gestações ou uso de contraceptivo.

SINTOMAS:

- Formigamento;
- Dor;
- Queimação;
- Câimbras musculares;
- Inchaço;
- Sensação de peso ou de latejamento;
- Prurido cutâneo;
- Pernas inquietas;
- Cansaço das pernas e fadiga.

Principais formas de prevenção: manter hábitos alimentares adequados, realizar atividade física, elevar as pernas acima do nível do coração por aproximadamente 30 minutos (de 2 a 3 vezes ao dia) e usar meia elástica compressiva, indicada por um profissional de saúde capacitado.

A úlcera venosa é a principal complicação da insuficiência venosa crônica, que geralmente se manifesta no terço inferior (maléolo) dos membros inferiores.

TRATAMENTOS

A escolha da melhor opção depende da avaliação de equipe multidisciplinar, devendo focar no:

- Tratamento da estase venosa, utilizando o repouso e a terapia compressiva;
- Terapia tópica com as coberturas que mantenham o leito da ferida úmido e limpo, e sejam capazes de absorver o exsudato;
- Controle da infecção com antibioticoterapia sistêmica;
- Prevenção de recidivas.

As terapias compressivas utilizadas no tratamento de úlceras vasculogênicas podem ser: **terapias compressivas elásticas** (meias, bandagem simples ou multicamada), **terapia compressiva inelástica** (bota de Unna) e a **terapia pneumática intermitente**.

A bota de Unna é uma terapia compressiva amplamente utilizada. Deve envolver perna, panturrilha e o pé e sua ação se dá durante o repouso e a contração muscular, há compressão, aumentando o retorno venoso, e na pressão tissular, favorecendo a reabsorção do edema, promovendo a cicatrização da lesão e evitando a inflamação.

Entre seus benefícios estão a proteção contra trauma e a interferência mínima nas atividades diárias. A troca da bota de Unna deve ser realizada a cada 07 dias ou conforme orientação médica.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 38 19/08/21 10:12

Contra Indicação da Bota de Unna:

- Úlceras arteriais e mistas (arteriovenosas);
- Indice de ITB entre 0,7 a 0,8;
- Celulite;
- Trombose venosa profunda;
- Insuficiência arterial;
- Frente à suspeita de infecção,
- Ausência de sensibilidade em MMII;
- Sensibilidade conhecida ao produto ou aos seus componentes.

PONTOS DE ATENÇÃO

A técnica de enfaixamento das bandagens exige habilidade e treinamento do profissional. Para aplicação da terapia compressiva, deve ser aferido o índice de pressão tornozelo/braço (ITB).

Para calcular o ITB o profissional deverá tomar o valor mais alto da pressão sanguínea sistólica do tornozelo e dividi-lo pelo valor da pressão sanguínea sistólica da artéria braquial.

ITB = Pressão sistólica do tornozelo ÷ Pressão sistólica braquial

- **ITB abaixo de 0.9:** alguma isquemia está presente. A terapia de compressão não deve ser usada se o ITB estiver abaixo de 0.8, o sob risco de necrose do membro acometido;
- Risco de comprometimento do membro, se a técnica compressiva não for realizada da forma adequada.

Somente o médico está apto a prescrever o uso da bota de Unna.

A colocação e remoção conforme a prescrição médica é realizada pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem treinado, ficando o acompanhamento sob responsabilidade do enfermeiro em conjunto com o médico.

As meias elásticas, com diferentes graus de compressão, podem ser utilizadas para o tratamento e prevenção de feridas. Diversos curativos podem ser usados associados as meias de compressão e terapias compressivas.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 39 19/08/21 10:12

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 40 19/08/21 10:12

COMO TRATAR
FERIDAS

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 41 19/08/21 10:12

como tratar FERIDAS

LEMBRETE

O princípio orientador no cuidado de feridas é mantê-las úmidas.

AVALIAÇÃO DA FERIDA

- Determine a localização, tamanho (incluindo profundidade) e estágio da ferida;
- Examine a pele ao redor da ferida;
- Determinar o tipo de tecido do leito da ferida (granulação, tecido epitelial, tecido necrótico, escara);
- Identificar túneis;
- Identificar e quantificar exsudato;
- Identificar a causa subjacente da ferida;
- Utilize régua descartável de papel para medir a lesão em extensão (comprimento e largura).

LIMPEZA DA FERIDA

- Limpe suavemente a ferida e a pele ao redor (**não esfregue**) no momento de cada troca de curativo usando Soro Fisiológico ou solução de Limpeza com PHMB 0,2% (deixar sobre a ferida conforme orientação do fabricante);
- Aplique pressão suficiente para limpar a ferida sem danificar o tecido ou levar bactérias para a lesão;
- A pressão de irrigação geralmente é adequada para limpar a superfície da ferida sem causar trauma ao leito da ferida;
- Pode ser usada uma seringa de 20 ml com agulha 40x12 para criar uma pressão de irrigação. Esta irrigação ajuda na remoção de material aderente no leito da ferida.

DEBRIDAMENTO DE FERIDAS

Tipos de desbridamento:

- **Cirúrgico:** realizado em uma Unidade Hospitalar, em centro cirúrgico;

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 42 19/08/21 10:12

- **Mecânico:** com bisturi, deve ser executado por um médico ou enfermeira experiente. Remova o máximo de tecido necrótico possível;

- **Enzimático-químico:** aplique o produto (prescrito pelo médico ou enfermeira responsável) para preencher o todo leito da ferida e espaço morto. Cubra com gaze e troque o curativo diariamente;

- **Autolítico:** tentativa do corpo de desbridar o tecido necrótico usando suas próprias enzimas. O processo autolítico pode ser facilitado com curativos hidratantes, como hidrogel.

  Deve ser aplicado o hidrogel/creme reestruturante na lesão e cobrir com gaze, realizando a troca diária do curativo.

Sempre use métodos autolíticos ou enzimáticos de desbridamento quando não houver necessidade clínica urgente de drenagem ou remoção de tecido necrótico.

Realizar desbridamento quando houver celulite, crepitação, flutuação e/ou sepse secundária a úlcera relacionada à infecção. As escaras são tecidos necróticos e devem ser removidos com desbridamento, exceto em especial circunstâncias como uma úlcera de pressão estável no calcanhar. Não desbridar escara estável, dura e seca em membros isquêmicos. Gerenciar a dor associada ao desbridamento.

PELE AO REDOR DA LESÃO

- Aplique protetor cutâneo na área circundante à ferida para protegê-la;
- O cuidado com a pele ao redor da lesão reduz a maceração, mantém a pele seca e facilita a aplicação de curativos. Indicado o uso de protetor cutâneo spray. Ao borrifar o spray, proteger o leito da ferida, para que o protetor cutâneo não fique sobre o tecido a ser tratado;
- Creme protetor cutâneo pode ser aplicado na pele ao redor da ferida em risco de maceração, como na região da fralda em pacientes com incontinência.

CURATIVO

Recomendações gerais:

1. A seleção do curativo é baseada nas características da ferida: tipo de tecido no leito da ferida, quantidade/tipo de exsudatos, profundidade, a condição da pele ao redor do leito da ferida;
2. Manter um leito limpo úmido é o objetivo, pois isso promove a granulação, cicatrização e fechamento;
3. Avalie a ferida a cada troca de curativo para verificar a resposta ao tratamento e escolha do curativo em uso;
4. Siga as recomendações dos fabricantes, especialmente relacionadas à frequência de trocas de curativos;
5. O plano de cuidados deve orientar os tempos usuais de uso do curativo e dar um plano para as mudanças conforme necessário devido à sujidade, etc;
6. Se a ferida não cicatrizar em duas semanas, considere o excesso de colonização e reavalie a seleção do curativo.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 43 19/08/21 10:12

como tratar
FERIDAS INFECTADAS

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O número de bactérias e seus efeitos no paciente são resultado de um conjunto de eventos como:

- Os fatores de **contaminação e a colonização** (população microbiana estabelecida no leito da ferida e seus fatores de equilíbrio);
- **Super-colonização:** população microbiana estabelecida, quando a ferida não cicatriza, pois o organismo não consegue controlar e debelar os microorganismos no organismo;
- **A infecção** não é comum em úlceras de estágio 1 ou 2, e a avaliação da infecção deve se concentrar nas úlceras de estágio 3 e 4.

A infecção pode se espalhar para além da lesão por pressão, resultando em infecções sistêmicas graves, como celulite, fasceíte, osteomielite ou sepse.

AVALIAÇÃO DE FERIDAS EM PACIENTES COM ALTO RISCO DE INFECÇÃO

- Probabilidade de infecção em feridas, com tecido necrótico ou corpo estranho presente;
- Lesões crônicas (longo tempo de tratamento);
- Lesões sem sinais de evolução há mais de 2 semanas;
- Feridas com grandes extensões e profundas;
- Feridas próximas a região genito-urinária em indivíduos com diabetes mellitus;
- Em indivíduos com subnutrição protéico-calórica, hipóxia ou má perfusão tecidual, doença auto-imune ou imunossupressão.

Presença de tecido de granulação friável, odor fétido, aumento da dor na lesão, aumento da drenagem da ferida, mudança no aspecto da secreção da ferida ou aumento tecido necrótico no leito da ferida.

Referência: Com base no *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)* e *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 44 19/08/21 10:12

DIAGNÓSTICO DE LESÕES INFECTADAS

1. Considere um diagnóstico de disseminação de infecção aguda se a lesão por pressão apresentar sinais de infecção aguda, como eritema que se estende desde a borda da úlcera, endurecimento, dor nova ou crescente, calor ou drenagem purulenta. A lesão com infecção aguda também pode aumentar de tamanho ou apresentar crepitação, flutuação ou descoloração da pele circundante. O indivíduo também pode apresentar sinais sistêmicos de infecção, como febre,mal-estar e aumento dos linfonodos. Os idosos podem desenvolver confusão / delírio e anorexia.
2. Determine a carga biológica bacteriana da lesão por pressão, por biópsia de tecido ou técnica de esfregaço quantitativo.

O método padrão ouro para examinar a carga microbiana é a cultura quantitativa de tecido de ferida viável, pois os esfregaços de superfície revelam apenas o organismo colonizador e pode não refletir infecção de tecido mais profundo. Considerar a obtenção de amostra de tecido com uma biópsia por punção, especialmente com feridas crônicas que não cicatrizam e /ou feridas que não demonstram cicatrização progressiva.

Uma alternativa viável para a cultura quantitativa de tecidos é a técnica de esfregaço quantitativo Levine:

- Limpe a ferida com soro fisiológico;
- Seque com gaze esterilizada;
- Colete cultura do tecido de aparência mais saudável no leito da ferida;
- Não colete exsudato, pus, escara ou tecido altamente fibroso;
- Gire a extremidade do swab estéril sobre uma área de 1 cm x 1 cm por cinco segundos, pressionando, para que saia o líquido do leito da ferida;
- Use técnica estéril para quebrar a ponta do swab em um dispositivo de coleta projetado para culturas quantitativas;
- Considere um diagnóstico de infecção de úlcera de pressão se os resultados da cultura indicarem biocarga bacteriana de >105 CFU/g de tecido e/ou a presença de estreptococos beta hemolíticos.

GESTÃO DA LESÃO

1. Previna a contaminação da lesão por pressão;
2. Considere o uso de anti-sépticos tópicos com PHMB para feridas que não cicatrizam e estão criticamente colonizadas;
3. Limitar o uso de antibióticos tópicos em feridas infectadas, exceto em situações especiais. Em geral, os antibióticos tópicos não são recomendados para feridas, a menos que haja evidência de colonização crítica. As razões para isso incluem penetração inadequada para infecções profundas da pele, desenvolvimento de resistência a antibióticos, reações de hipersensibilidade, absorção sistêmica quando aplicado a grandes feridas e irritação local efeitos, todos os quais podem levar a mais atrasos na cicatrização de feridas;
4. Use antibióticos sistêmicos para indivíduos com evidência clínica de infecção sistêmica, como hemoculturas positivas, celulite, fasceíte, osteomielite ou sepse, se consistente com os objetivos do indivíduo (consulte o Guia de cuidados com a pele e tecidos moles);
5. Drene os abscessos locais;
6. Avalie o indivíduo quanto à osteomielite se houver tecido ósseo exposto, ou se a úlcera não cicatrizar com terapia anterior.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 45 19/08/21 10:12

PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Observar orientação e prescrição médica e/ou de enfermagem;
- Preparar material observando validade e integridade;
- Preparar o ambiente;
- Orientar o cliente;
- Calçar luvas, normalmente de procedimento;
- Remover curativo antigo com cuidado para não lesar a pele utilizando a pinça anatômica dente de rato ou com as mãos enluvadas
- O uso de SF 0,9% pode ajudar na remoção;
- Desprezar a pinça utilizada para remoção do curativo, bem como trocar as luvas se estiverem contaminadas;
- Examinar a ferida cuidadosamente observando: pele e adjacências (coloração, hematomas, saliências) aparência dos bordos, características do exsudato, presença de tecido necrosado, de granulação, sinais de infecção (hiperemia, edema, calor, dor).

SE A FERIDA ESTIVER FECHADA

- Tealizar a limpeza começando pelo local da incisão utilizando a pinça Kocher;
- Com gaze embebida em SF 0,9% e pinça, realizar a limpeza do leito da ferida. Com movimentos rotatórios do punho, de forma rítmica e firme, iniciar a limpeza de dentro para fora, do local mais limpo para o mais contaminado. Utilize todas as faces da gaze apenas uma vez, desprezando em seguida. Caso utilize a solução de PHMB 0,2%, recomenda-se cobrir o leito da ferida com gaze e umedecê-la com a solução de PHMB 0,2%, deixando sobre o leito da ferida (o tempo recomendado pelo fabricante), para que a solução atue nos tecidos contra os microorganismos.

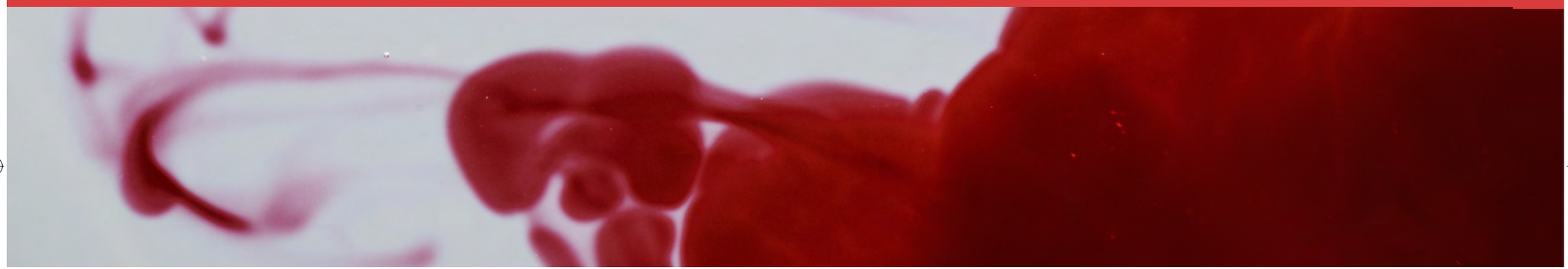
SE A FERIDA ESTIVER ABERTA

- Realizar irrigação com solução fisiológica 09% morna, utilizando seringa de 20ml e agulha 40x12 ou frasco de SF 0,9% perfurado com agulha 40x12;
- Se necessário, remover exsudatos e/ou fibrina e/ou restos celulares da lesão;
- Secar a região perilesional, aplicando no leito da ferida a cobertura indicada;

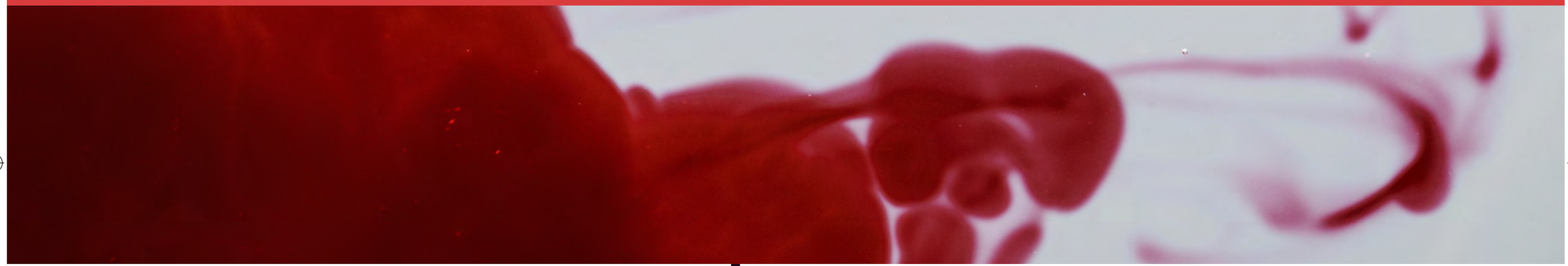
202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 46 19/08/21 10:12

- Cobrir com curativo secundário;
- A utilização de soluções anti-sépticas deve ser realizada somente após criteriosa avaliação;
- Utilizar a pinça anatômica para cobrir a ferida;
- Ao final, recolher o material, deixar o ambiente em ordem, desprezar o material descartável contaminado em lixo hospitalar (saco branco);
- Pinças e materiais permanentes contaminados devem permanecer 30min. em solução desinfetante;
- Proceder a lavagem das mãos;
- Fazer o registro do procedimento;
- Orientar o usuário/família de acordo com a(s) necessidade(s).

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 47 19/08/21 10:12



202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 48 19/08/21 10:12



qual CURATIVO UTILIZAR?

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 49 19/08/21 10:12

qual curativo UTILIZAR?

A ESCOLHA DO CURATIVO

- A seleção dos curativos é apenas um componente do tratamento de feridas;
- Não existe mágica em nenhum tratamento de lesões. Cada tratamento é uma sequência de ações, orientações e cuidados;
- Cada ferida e cada paciente devem ser vistos de forma única e individual;
- Nem todos os produtos são apropriados para todas as feridas e suas fases de cicatrização. Cada qual tem sua fase específica;
- Para que a equipe tenha sucesso no tratamento da ferida, o profissional deve criar um plano de cuidados personalizado para cada paciente, dentro do protocolo;
- Os princípios básicos de tratamento de feridas devem sempre nortear todo o tratamento. Os curativos devem atender ao máximo as funções a seguir:

- Promove desbridamento autolítico;
- Regular a umidade;
- Favorecer a angiogênese;
- Aumentar a granulação;
- Proteger terminações nervosas (diminui a dor);
- Facilitar a reepitelização (sem machucar ou macerar a borda);
- Proporcionar barreira bacteriana;
- Impermeável à água;
- Permeável à vapor(permite que a pele respire);
- Fácil remoção, sem prejudicar os tecidos novos.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 50 19/08/21 10:12

QUAL CURATIVO UTILIZAR?

Situação Clínica		Cuidados Locais com Feridas	Considerações de Cuidados	Indicação Genérica de Produtos
TIPO DE TECIDO	Granulação. Fibrina. Secreção. Escara.	Otimize o Leito da Ferida: Proteger o Tecido de Granulação Remover o Tecido Necrótico	A Seleção do Curativo deve estar baseada no tipo de tecido do leito da ferida. Curativos que promovam desbridamento autolítico devem ser considerados como indicação quando houver tecido necrótico.	**Hidrogel, Hidrofibras, Espumas com ou sem silicone**
INFLAMAÇÃO E INFECÇÃO	Localizada. Difusa. Sistêmica.	Providenciar o controle bacteriano	O manejo de feridas infectadas requer terapia antimicrobiana oral ou IV. Não utilize curativos oclusivos em lesões infectadas	**Antimicrobianas a base de prata ou PHMB 0,2%, Hycos MG500**
EXSUDAÇÃO DE FERIDAS	Nulo (feridas secas). Baixa Exsudação. Média Exsudação. Intensa Exsudação.	Fornecer equilíbrio da umidade no leito da ferida: Adicionar ou remover a umidade do leito da ferida.	Selecionar curativo com base na quantidade de exsudato. Feridas secas requerem curativo que aumente umidade. A exsudação requer curativo que absorva umidade. A pele peri-lesional exige proteção contra maceração.	**Hidrogel, Alginato de Cálcio, Hidrofibra ou Espumas**
DOR	Dor ao trocar o curativo. Dor contínua	Providenciar o controle da dor do paciente	A seleção do curativo depende do tipo de dor do paciente. O curativo não deve ser aderente.	**Espuma com liberação contínua de Ibuprofeno**
ODOR	Feridas com odor	Escolha de curativos que promovam a redução do odor	O odor pode ser causado por infecção, portanto, certifique-se sobre a causa do odor antes da escolha do curativo.	**Curativos com prata ou PHMB 0,2%**
PROFUNDIDADE	Cavidade. Descolamento de bordos. Túneis Sinusais. Fístula.	Ocupar os espaços mortos na ferida	O espaço morto deve ser preenchido, mas não tamponado; evite utilizar produtos que deixem resíduos em feridas profundas; o tamponamento pode causar necrose de tecido e ou causar mais danos à ferida.	**Alginato, Alginato com prata, Hidrofibra ou Hidrofibra com prata**
FERIDAS INALTERADAS (sem evolução em 10 dias)	Sem evolução no leito da ferida. Refratárias ao tratamento.	Estimular o tecido viável	O leito da ferida deve ser estimulado O leito da ferida deve estar livre de tecido necrótico, biofilme ou infeção.	**Observar questões de etnia. Doenças crônicas pré-existentes**

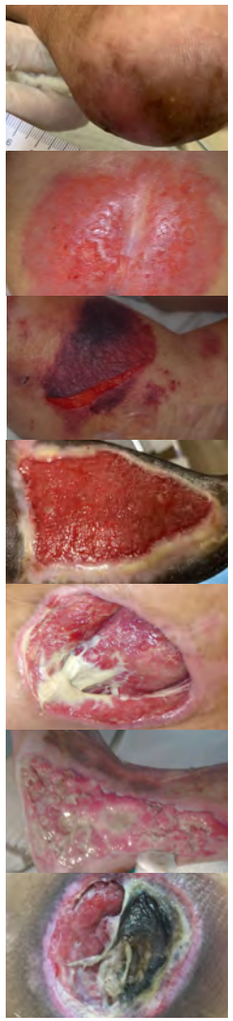
202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 51 19/08/21 10:12

ALGORITMO PARA SELEÇÃO DE CURATIVOS

1. Fatores causais / etiológicos.
2. Cor do leito da lesão / fase da ferida
3. Exsudato
4. Profundidade / estadiamento
5. Tamanho da lesão
6. Pele circundante a lesão
7. Resposta da ferida ao tratamento atual

Fase
(Cor)

R/Y/B
(Aspecto da lesão)



Risco da pele

área avermelhada, intacta

descamação, abrasão

skin tear

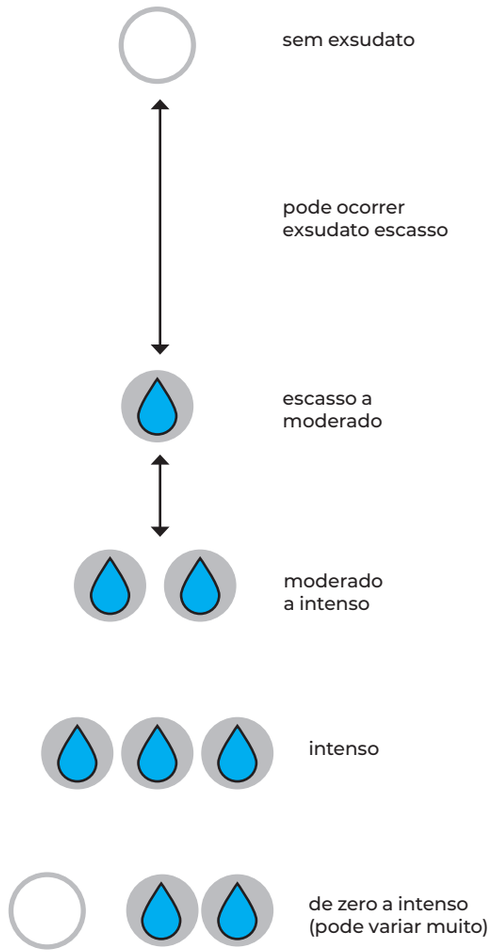
tecido de granulação

fibrina (aspecto amarelado)

possibilidade de infecção

escara (cores variadas)

Quantidade de exsudato



Profundidade

pele intacta

ruptura superficial da pele

ESPESSURA PARCIAL

perda da pele envolvendo a epiderme, e/ou derme.

lesão rasa, bolha, abrasão ou ruptura de pele.

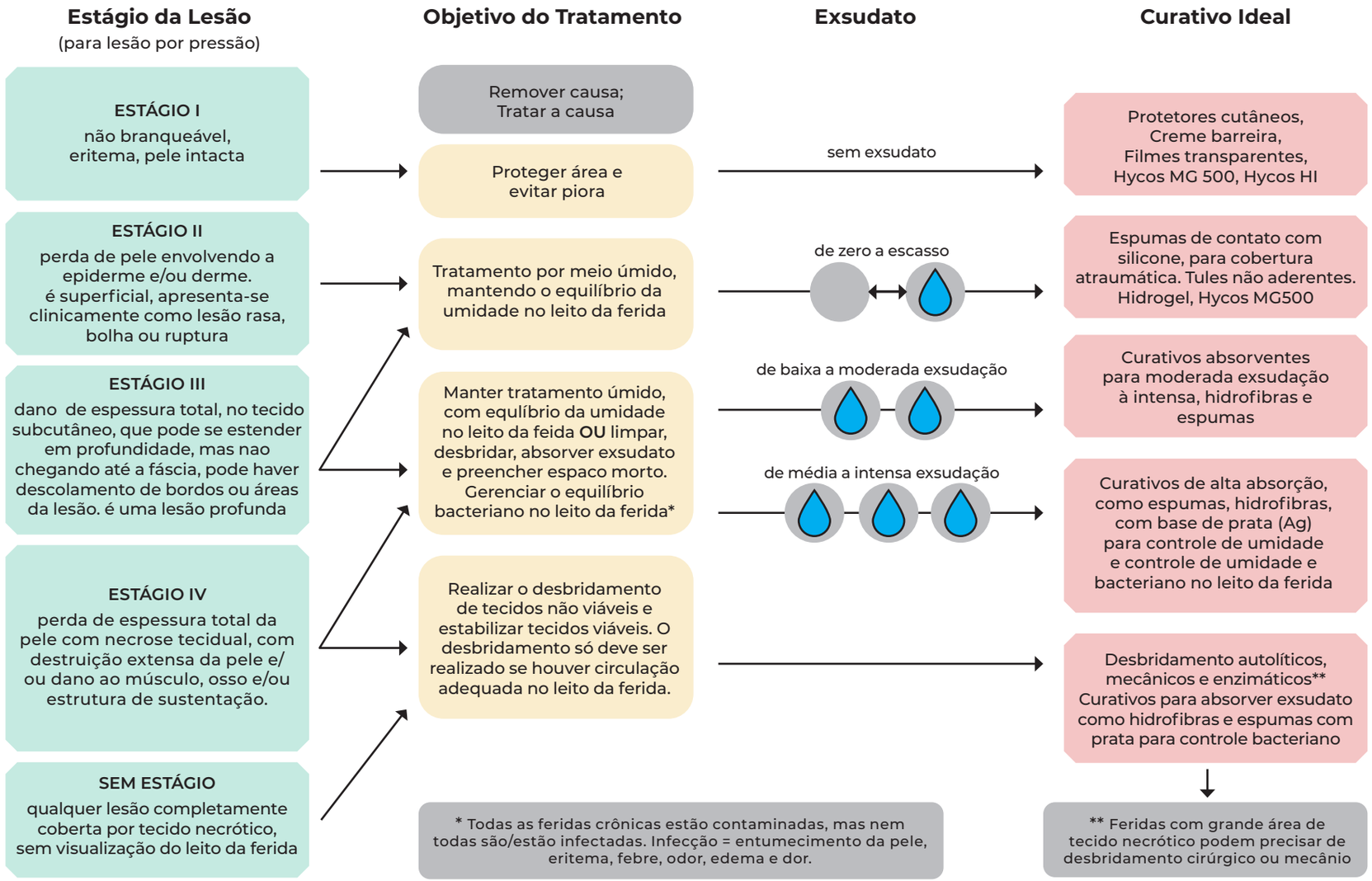
ESPESSURA TOTAL

perda da pele envolvendo danos e necrose da epiderme.

também pode afetar tecido subcutâneo, músculo, tendão e ossos.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 52 19/08/21 10:12

PARA LESÕES DE LONGA DURAÇÃO



202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 53 19/08/21 10:12

PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS AVANÇADOS DA SMS

Os produtos foram selecionados de forma a contemplar todas as fases do tratamento de feridas. Todos os produtos serão enviados conforme demanda local e características dos pacientes atendidos nas unidades de Saúde da SMS.

Discuta em sua unidade, quais são as necessidades específicas e como solicitar os produtos para uma ferida. Os pedidos de produtos devem ser aprovados pelo seu gerente e/ou responsável pelo tratamento de pacientes com feridas da unidade.

Categoria do Produto	Exemplos de Produtos Padronizados	Descrição do Produto	Considerações de Uso do Produto
Antimicrobianos	Aquacel Extra Ag; Durafiber Ag; Aquacel Ag Foam; Aquacel Ag Foam Silicone; Mepilex Ag; Mepilex Ag Transfer; Acticoat flex, Urgo Tul Ag; Urgo Clean; Hydroclean Plus; Biatan Ag; Exufiber Ag; Compressa Cutimed Sorbact; PHMB Solução e Gel	Curativos de vários tipos e formatos, compostos de hidrofibra, espumas, camadas de contato, impregnados com prata, PHMB.	Antimicrobianos tópicos de amplo espectro para reduzir carga bacteriana; indicados para feridas infectadas; não substitui antibióticos sistêmicos por infecções teciduais mais profundas; nao deve ser usado se houver hipersensibilidade aos componentes dos produtos; os curativos antimicrobianos devem ser reavaliados regularmente.
Alginato de Cálcio	Biatan Alginato	Placas e fitas de fibras de alginato de cálcio e sódio (derivado de algas marinhas)	Usar em lesões com exsudato moderado a intenso, nunca utilizar em lesões secas. Tem efeito hemostático; requer curativo secundário
Membranas de Biocelulose	Membracel	Membranas de biocelulose, em placas	Curativo para redução da dor, auto-aderente ao leito da ferida, permite a drenagem de baixa exsudação. Necessita de curativo secundário. Indicado para escoriações, *skin tears*, lacerações e queimaduras de 1° grau.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 54 19/08/21 10:12

Categoria do Produto	Exemplos de Produtos Padronizados	Descrição do Produto	Considerações de Uso do Produto
Creme Reestruturante	Hycos MG500	Frasco com 100ml de creme reeestruturante à base de bioativos naturais	Creme reestruturante para limpeza de feridas e estímulo a granulação. Necessita de curativo secundário, deve ser aplicado diariamente. Indicado para Úlceras vasculogênicas, úlceras por pressão, queimaduras, pé diabético.
Espumas (com ou sem silicone)	Mepilex; Mepilex Transfer; Mepilex Border; Mepilex Lite; Allevyn; Aquacel Foam; Biatan Foam; Cutimed Sorbact	Curativos de espuma de poliuretano hidrofílico, multicamadas, absorventes. Algumas marcas possuem camada de silicone, que não aderem ao leito da ferida. Minimizam traumas, dor e reduz a maceração; superfícies semipermeáveis que permitem a passagem e retenção do exsudado no curativo.	Usado em feridas com vários níveis de exsudato, do moderado ao intenso; permitem absorção de grandes quantidades de secreção. Usado em feridas traumáticas e dolorosas, pode ser usado como curativo primário em feridas superficiais que exsudam. As espumas se adaptam aos contornos do corpo;
Hidrofibra / Fibra Gelificante	Aquacel; Aquacel Extra; Exufiber/ Durafiber	Placa ou fita de carboximetilcelulose de sódio; converte-se em gel quando ativado por umidade e estimula o desbridamento autolítico.	Curativo para absorção de moderada a alta exsudação do leito da ferida. **Não** deve ser usado em feridas secas. Alguns produtos precisam ser associados a um curativo secundário.
Curativo para Controle da Dor	Biatain IBU;	Curativos de espuma com liberação contínua de ibuprofeno, com baixa aderência ao leito da ferida para facilitar a remoção;	Indicado para o tratamento de feridas dolorosas; Pode permanecer no leito da ferida por até 07 dias, conforme exsudação da mesma.
Curativos Não Aderentes	Mepitel; Mepilex Transfer; Biatan Silicone; Allevyn Life; Urgo Tul	Curativo poroso ou de baixa aderência ao leito da ferida, serve como camada de contato e permite transferência do exsudato pro curativo secundário.	Pode ser usado em conjunto com soluções tópicas, usado para feridas dolorosas ou friáveis, necessita de curativo secundário quando não houver a base de silicone;

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 55 19/08/21 10:12

Categoria do Produto	Exemplos de Produtos Padronizados	Descrição do Produto	Considerações de Uso do Produto
Curativo de Pressão Negativa	KCI (VAC); Smith& Nephew (Pico)	Consiste em kit curativo de espuma de poliuretano poroso, equipamento de vácuo e sistema coletor de secreção. Aplica a pressão negativa localizada na superfície e margens da ferida, removendo secreção, reduzindo o edema e estimulando a granulação.	Habilidade técnica necessária para a seleção paciente/cliente. **Não** use se a ferida conter: fístulas não exploradas, tecido necrosado, presença de osteomielite (não tratada) e/ou malignidade na ferida. **Não** pode ser colocado sobre vasos sanguíneos ou órgãos expostos e deve seguir protocolo de troca das espumas no leito da ferida e dos reservatórios de secreção. **Protocolo de uso:** solicitar à Comissão de Padronização de Curativos
Protetores Cutâneos	Creme Barreira; Cavilon; Vuelo Pharma	Protetores cutâneos, que promovem uma barreira protetora. Podem ser em spray ou na versão creme barreira.	Promovem barreira para uso em áreas de peri-lesão, não ardem e não são irritantes. As apresentações em spray devem ser usadas em áreas peri-lesão, peri-gastrostomia, ileostomia. As apresentações em creme barreira, devem ser usadas na prevenção de DAI (dermatite associada à incontinência).
Fixação de Curativos	Rede Tubular	Servem como proteção e promovem a fixação de curativos. Possuem malha tubular suave.	Indicadas para fixação dos curativos e compressas; não apresentam costuras, são reutilizáveis. Deve-se escolher conforme tamanho da área a ser utilizada / localização da área a ser usada
Limpeza de Feridas Infectadas ou Criticamente Contaminadas	PHMB Solução 0,2%	Soluções para limpeza de feridas potencialmente infectadas ou contaminadas.	Solução de PHMB 0,2%, que realiza a limpeza no tecido, atuando na redução da carga bacteriana ou em lesões criticamente colonizadas. Recomenda-se o uso em pacientes diabéticos, imunossuprimidos.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 56 19/08/21 10:12

Categoria do Produto	Exemplos de Produtos Padronizados	Descrição do Produto	Considerações de Uso do Produto
Hidrogel	PHMB Gel 02,%	Gel de Phmb 0,2%, indicado para manter equilibrada a umidade do leito da ferida, com ação antimicrobiana.	Phmb Gel 0,2%, com propriedades hidratantes e antimicrobianas, usado para reidratar tecidos, criando um ambiente úmido, facilitando o desbridamento autolítico e controle da carga bacteriana. Requer um curativo secundário e deve-se observar proteção nos bordos da ferida, evitando a maceração. **Deve ser trocado a cada 24 horas ou conforme indicação do fabricante.**
Terapia compressiva	Bota de Unna	Bandagem indicada para o tratamento de úlcera venosa e de edema linfático dos membros inferiores. Deve ser prescrita pelo médico	Bandagem elástica composta por algodão e poliéster, com pasta composta de glicerina, petrolato branco, água, acácia, óleo de rícino e pasta óxido de zinco. Deve ser trocada a cada 07 dias.

TABELA DE PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS COM CÓDIGO SUPRI

Para acessar a tabela completa, com todos os curativos padronizados e seus respectivos códigos SUPRI, basta acessar o link abaixo ou o QR Code ao lado. **Atenção:** esta tabela é um arquivo de consulta e não pode ser editada. No entanto, será constantemente atualizada para facilitar os pedidos de produtos. Siga as instruções de uso para encontrar um curativo específico.

https://bit.ly/tabela-codigoSUPRI

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 57 19/08/21 10:12

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 58 19/08/21 10:12

REGULAMENTAÇÃO e REFERÊNCIAS

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 59 19/08/21 10:12

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS SOBRE OS PRODUTOS PADRONIZADOS

ANTIMICROBIANOS

- Usado para controlar ou reduzir bactérias localizadas no leito das feridas, sejam contaminadas e/ou infectadas;
- Os curativos contêm prata ou PHMB 0,2% que diminuem o níveis microbianos na ferida;
- Não substitui antibióticos sistêmicos para infecção em tecidos mais profundos;
- Não deve ser usado se houver hipersensibilidade à prata ou PHMB.

ESPUMAS COM OU SEM SILICONE

- Promovem o equilíbrio da umidade e reduzem a troca de curativos – bloqueiam o exsudado para evitar vazamento e maceração do leito e bordos da ferida;
- Usadas em feridas com exsudação moderada ou intensa;
- Preencha o espaço morto sob uma espuma;
- As espumas são à prova d'água;
- Algumas espumas possuem tecnologia anti-aderente ao leito da ferida, com camada de silicone suave, que aderem suavemente e com segurança na pele intacta, não aderindo ao leito da ferida;
- Espumas são atraumáticas para o leito da ferida;
- Não use hidratantes ou cremes ao redor da lesão antes de aplicar a espuma.

HIDROFIBRA

- **Uso:** Converte em um gel quando ativado com umidade e estimula desbridamento autolítico;
- Usar quando houver quantidades moderadas de exsudato;
- Não deve ser usado em feridas secas;
- Requer um curativo secundário.

HIDROGEL – GEL COM PHMB 0,2%

- **Uso:** É um hidrogel amorfo, com propriedade hidratante;
- Adiciona umidade (tecido necrosado reidratado), absorve uma pequena quantidade de exsudato e evita o ressecamento do leito da ferida, criando um ambiente úmido e favorecendo assim o desbridamento autolítico;
- A pele peri-lesional deve ser protegida da maceração, com uso de creme/spray barreira;
- Requer um curativo secundário e mudar pelo menos a cada 3 dias.

TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA PARA FERIDAS (NPWT)

- **Uso:** Aplicar pressão negativa localizada na superfície e margens da ferida e auxilia na remoção de fluidos da ferida, reduz o edema local e aumenta a perfusão tecidual;
- Consiste em curativo (espuma), contendo também bomba de vácuo e reservatório para coletar o exsudato;
- É necessário treinamento para esta terapia;
- É necessário solicitação especial para o uso da terapia, com relatório médico, fotos da lesão e previsão de quantidade de insumos para o tratamento. (Preenchimento de ficha de solicitação na SMS);
- Solicitar Protocolo de uso de Terapia por pressão negativa.

CURATIVOS NÃO ADERENTES

- **Uso:** Curativos não absorventes, flexíveis e porosos com baixa aderência ao tecido – evita que o curativo grude na ferida;
- Serve como uma camada de contato que permite a transferência de exsudado para curativo secundário;

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 60 19/08/21 10:12

- Indicado para feridas que são dolorosas ou friáveis;
- Reduz a dor durante as trocas de curativos;
- Pode ser composto de silicone, tules, malhas;
- Facilita a aplicação de produtos tópicos.

MEMBRANAS DE BIOCELULOSE

- Membrana fina, transparente, reduz a dor pois protege as terminações nervosas;
- Tem uma taxa de transmissão de vapor de umidade (MVTR) – respirável; deixa o O2 entrar e o vapor de umidade sai;
- Usado para proteger a pele, estimular a regeneração tecidual da pele, em áreas doadoras, escoriações e *skin tears*;
- Não deve ser usado em feridas infectadas ou com grande exsudação.

CURATIVO PARA CONTROLE DA DOR

- O curativo de espuma combina gerenciamento de exsudato e liberação contínua de ibuprofeno localmente sem efeito sistêmico;
- Na presença de exsudato – 50 mg de ibuprofeno é continuamente liberado no leito da ferida por até 7 dias;
- Baixa aderência para facilitar a remoção, sendo atraumático;
- Indicado para o tratamento de feridas dolorosas e exsudativas;
- Não exceda a dose recomendada.

PROTETORES CUTÂNEOS/CREME BARREIRA

- Protege a pele peri-ferida de maceração, irritação ou ferimento causados pelos adesivos;
- Na apresentação **líquida**, de secagem rápida deve ser usado para fornecer uma fina camada de proteção na pele;
- Aumenta a adesão aos curativos de cobertura;
- Na apresentação **creme**, deve ser usado em áreas de risco de maceração, como bordos de lesões exsudativas, peri gastrostomia, peri ileostomia, área genito urinária, quando uso de fraldas e/ou presença de lesão.

CREME REESTRUTURANTE MG500

- Creme reestruturante não seletivo;
- Composto de bioativos, com extrato Extraya-CHNO (Carica-Papaya Fruit Extract) e Extrato Glicólico de maçã;
- Indicado para tratamento de lesões;
- Tem ação regeneradora, antioxidante, estimula o alinhamento de fibras de colágeno;
- Ação de 24h, efetivo em ampla faixa de pH;
- Rápida absorção, promove desbridamento autolítico, mantém o meio úmido de forma equilibrada.

HYCOS HI HIDRATANTE

- Indicado para hidratação profunda e manutenção da integridade cutânea em peles ressecadas e descamativas;
- Dermatologicamente testado. Com bioativos à base de extrato glicólico de Aloe Vera e Extrato glicólico de cana de açúcar;
- Promove uma camada protetora, translúcida, residente a água e permeável ao ar, protegendo a área contra agentes agressores ou irritantes.
- Não deixa resíduo, rápida absorção. Auxilia na redução da irritação e ardor da pele (sensação de alívio).

HYCOS EB REPARADOR

- Creme reparador, indicado para proteger a pele dos danos associados a Epidermólise Bolhosa
- À base de bioativos com extrato glicólico de Beterraba, Acetato de Tocoferol (vit E), óxido de zinco; promove uma camada protetora, mantendo a umidade da área controlada, não aderente, não citotóxico. Dermatologicamente testado.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 61 19/08/21 10:12

LEMBRETE

O tratamento de feridas deve ser centrado no paciente, interdisciplinar, baseado em evidências e holístico!

"TRATE TODO PACIENTE, NÃO APENAS A LESÃO NO PACIENTE." – DR. GARY SIBBALD

DA LIBERAÇÃO DOS PRODUTOS E MATERIAIS NA REDE

Os insumos serão liberados pela solicitação do ressuprimento mensal do CS para o Setor de Recursos de Materiais, através de prescrição dos profissionais de saúde do CS (médicos e enfermeiros), conforme Fluxograma de Liberação de Insumos para Curativos.

A inclusão de novos usuários está condicionada a avaliação da equipe supracitada e a cobertura recomendada poderá ser solicitada em caráter extraordinário fora do pedido de ressuprimento mensal, devendo ser incluída no próximo pedido.

RYB: SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS POR CORES

O sistema de cores RYB é um método de avaliação utilizado no tratamento de feridas e ajuda a identificar facilmente os tipos de tecido da pele e qual seu respectivo tratamento. O nome, do inlgês, é a sigla das cores utilizadas: Vermelho (***R****ed*), Amarelo (***Y****ellow*) e Preto (***B****lack*).

> "O sistema especifica o tipo de tecido no leito da ferida; a classificação se dá em feridas vermelhas com predomínio do tecido de granulação e novo epitélio, favorecendo o ambiente úmido, protegendo os tecidos e prevenindo a infecção; feridas amarelas que apresentam exsudato fibrinoso e seus tecidos são moles e desvitalizados, podendo estar colonizadas, o que favorece a instalação de infecções e por fim feridas pretas que apresentam necrose do tecido, com formação de escara espessa e necessitando remoção do tecido necrosado com a máxima rapidez e eficácia através do desbridamento." Nascimento AR, Namba M. Aspecto da ferida: avaliação de enfermagem. Rev Enferm UNISA. 2009; 10(2):118-23.

A equipe multidisciplinar pode optar por este método de avaliação, uma vez que é uma alternativa simples e dinâmica para o direcionamento de ações práticas na avaliação de lesões e condução do tratamento.

LEGENDA:

PROTEGER A VERMELHA
Tecido de granulação.

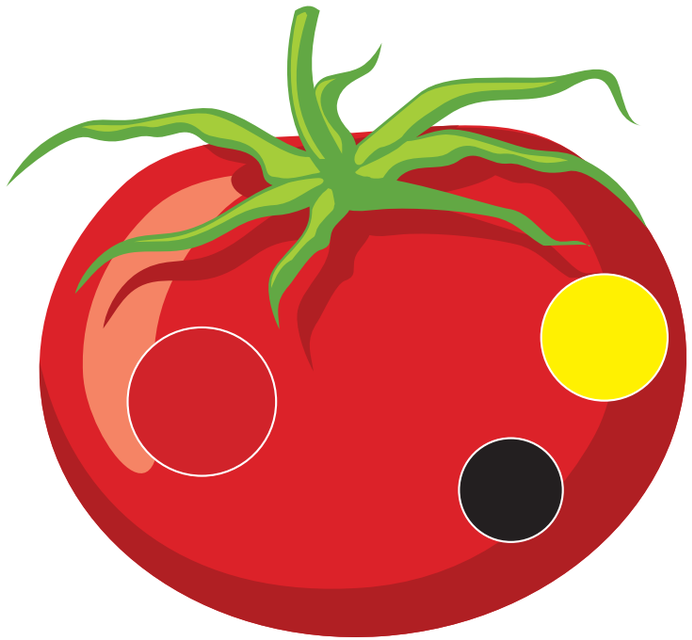
LIMPAR A AMARELA
Necrose de liquefação (esfacelo).

DESBRIDAR A PRETA
Necrose de coagulação (escara).

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 62 19/08/21 10:12

Na ilustração abaixo, o tomate foi escolhido para ilustrar a delicadeza e sensibilidade da pele humana, suscetível a lesões, inspirado pela SOBENFeE – Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética.

RYB WOUND CLASSIFICATION SYSTEM:



REGULAMENTO DA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM FERIDAS CONFORME RESOLUÇÃO COFEN Nº 0567/2018

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

1. **Geral:**

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

2. **Específicas:**

   A) Abrir clínica/consultório de enfermagem para a prevenção e cuidado aos pacientes com feridas, de forma autônoma e empreendedora, respeitadas as competências técnicas e legais;
   B) Realizar atividades de prevenção e cuidado às pessoas com feridas, a ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo às determinações das normatizações do Cofen e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, do Sistema Único de Saúde-SUS;
   C) Prescrever medicamentos e coberturas utilizados na prevenção e cuidado às pessoas com feridas, estabelecidas em Programas de Saúde e/ou Protocolos Institucionais;
   D) Realizar curativos em todos os tipos de feridas, independente do grau de comprometimento tecidual;
   E) Executar o desbridamento autolítico, instrumental, mecânico e enzimático.
   F) Realizar a terapia de compressão elástica e inelástica de

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 63 19/08/21 10:12

alta e baixa compressão, de acordo com diagnóstico médico (úlcera venosa ou mista e linfedemas);
G) Participar da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e cuidado aos pacientes com feridas;
H) Estabelecer política de avaliação dos riscos potenciais, por meio de escalas ou outras ferramentas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional;
I) Desenvolver e implementar plano de intervenção para o indivíduo em risco de desenvolver lesão/úlcera por pressão;
J) Avaliar estado nutricional do paciente através de seu IMC (índice de Massa Corporal) e se necessário utilizar-se de indicadores nutricionais como: hemoglobina, glicemia, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D, e outros, conforme protocolo institucional;
K) Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias;
L) Utilizar novas técnicas e tecnologias tais como laser e LED, terapia por pressão negativa, eletroterapia, hidrozonioterapia, entre outros, mediante capacitação;
M) Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomada de decisão imediata;
N) Garantir com eficácia e eficiência o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito no contexto do processo de enfermagem;
O) Coordenar e/ou participar de pesquisas clínicas relacionadas a produtos, medicamentos e tecnologias a serem utilizados na prevenção e tratamento de feridas, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão;
P) Delegar ao Técnico de Enfermagem os curativos de feridas, respeitadas suas competências técnicas e legais, considerando risco e complexidade;
Q) Prescrever cuidados de enfermagem às pessoas com feridas a serem executados pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as disposições legais da profissão;
R) Solicitar exames laboratoriais e radiografias inerentes ao processo do cuidado, estabelecidos em protocolos institucionais, às pessoas com feridas;
S) Utilizar materiais, equipamentos, medicamentos e novas tecnologias aprovados e que venham a ser aprovados pela Anvisa, para a prevenção e cuidado às pessoas com feridas;
T) Executar, coordenar e supervisionar as atividades de enfermagem relacionadas à terapia hiperbárica;
U) Realizar foto documentação para acompanhamento da evolução da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou responsável, por meio de formulário institucional, respeitando os preceitos éticos e legais do uso de imagens;
V) Realizar coleta de material para exame microbiológico das feridas quando necessário o diagnóstico etiológico de infecção;
W) Participar e solicitar parecer técnico das Comissões de Curativos;
X) Realizar referência para serviços especializados ou especialistas quando necessário;
Y) Garantir a contra referência quando em serviços especializados;
Z) Registrar todas as ações executadas e avaliadas no prontuário do paciente.

II. REGULAMENTAÇÃO DA ATUAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM FERIDAS

A) Realizar curativo nas feridas sob prescrição e supervisão

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 64 19/08/21 10:12

do Enfermeiro;
B) Auxiliar o Enfermeiro nos curativos;
C) Informar à pessoa quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida, enquanto componente da equipe de enfermagem;
D) Registrar no prontuário do paciente as características da ferida, procedimentos executados, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer anormalidade, comunicando ao Enfermeiro as intercorrências;
E) Manter-se atualizado participando de programas de educação permanente.

III. ATUAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM FERIDAS

A) Executar as ações prescritas pelo Enfermeiro de acordo com sua competência técnica e legal;
B) Auxiliar o Enfermeiro nos curativos;
C) Manter-se atualizado participando de programas de educação permanente.

ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

- Avaliar clinicamente o paciente e definir a etiologia da ferida;
- Realizar desbridamentos;
- Solicitar quando necessário, exames laboratoriais e de imagem;
- Solicitar retornos periódicos;
- Acompanhamento multidisciplinar da ferida;
- Se necessário, poderá ser solicitado avaliação de especialista em âmbito ambulatorial e/ou hospitalar;
- Solicitar Referência e contra referência;
- Em caso de suspeita de infecção, o paciente deverá ser encaminhado ao especialista em nível hospitalar para realização de avaliação médica, coleta de cultura;
- **OBS.:** Em caso de suspeita de infecção local deverá sempre ser solicitada cultura com antibiograma. O tratamento com antibiótico sistêmico deverá ser iniciado logo após a coleta de material. O principal valor da cultura é guiar o tratamento quando houver falha terapêutica após um esquema inicial.

(imagem: Raw Pixel)

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 65 19/08/21 10:12

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLANES, L. Tratamento de feridas. Baptista-Silva JCC, editor. **Cirurgia vascular: guia ilustrado.** São Paulo: 2004.: http://www.bapbaptista.com.br. Acesso em 07 de Março de 2020.
2. BRASIL. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz, www.saude.df.gov.br Acesso em 20 de Março de 2020.
3. BRASIL, M.S. cartilha para tratamento de emergência das queimaduras do ministério da saúde. Acesso em 22/04/2020, https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_quei maduras.pdf
4. CARDOSO, L.V. et al. **Terapia compressiva: bota de Unna aplicada a lesões venosas: uma revisão integrativa da literatura.** Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2018, v. 52 [Acessado 21 Julho 2021] , e 03394. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017047503394
5. COLWELl JC, et al. **MASD part 3: peristomal moisture- associated dermatitis and periwound moisture--associated dermatitis: a consensus.** Wound Ostomy Continence Nursing 2011;38(5):541-53.
6. DOUKETIS J.D. Considerações gerais sobre o sistema venoso. **Manual MSD Versão Saúde para família.** McMaster University, 2019. Acesso em 02/03/2020, https://www.msdmanuals.com/pt-br/pr
7. FRANK S. T. et al. **Manual de Prevenção e Tratamento de Lesões por Fricção**, 2016. Disponível em www.sobenfee.org.br/artigos, acesso em 20 de Maio de 2020.
8. FRANCO D, GONÇALVES LF. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Rev. Col. Bras.** Cir. 2008
9. GARCÍA-FERNÁNDEZ, F.P.; SOLDEVILLA-ÁGREDA, J.J et al.. **Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia.** Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014. Disponível em www.sobenfee.org.br/artigos , acesso em 18 de Outubro de 2020
10. LEITE, FAE. Curativos de prata: projeto de otimização do custo. **Rev. Bras. Cir. Plást.** V.26, P.1-102. 2011.
11. LIMA, R.V.K. SCHMIDT, C.P.S.; FARINA JUNIOR, J.A. Terapia por pressão negativa no tratamento de feridas complexas. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 44, n. 1, p. 81-93. 2017.
12. L.IRION, G. **Feridas: Novas abordagens, Manejo Clínico e Atlas em Cores** - 2ª Edição. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2012
13. MELO, E. M.; FERNANDES, V. S. Artigo Original 1. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 9, n. 4, 2016. Disponível em: https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/69. Acesso em: 23 de Janeiro de 2021.
14. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.
15. Insuficiência venosa: prevenção de úlceras. Associação Brasileira de Estomaterapia. São Paulo: Sobest, 2018. Acesso em 23/04/21, https://doi.org/10.30886/cartilha 022018

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 66 19/08/21 10:12

16. **Manual de Prevenção de Queimaduras. SBQ**. Material original cedido pela Interburns Tradução e adaptações: SBQ https://www.sbqueimaduras.org.br/material/2713
17. Epub 29 Nov 2018. ISSN 1980-220X. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017047503394.
18. **Recomendações do IWGDF - International Working Group on the Diabetic Foot (IDWGF)**. GEPED-SPD 2020. Disponível em www.sobenfee.org.br/artigos, acesso em 10 de Janeiro de 2021.
19. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers-Injuries Quick Reference Guide**. EPUAP, NPUAP e PPPIA. 2019. Disponível em www.sobenfee.org/artigos, acesso em 28 de Dezembro de 2020.
20. SILVA, R., et al. **Feridas: Fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul. Ed. Yendes 3.ed. 2011.
21. SMANIOTTO, PHS., et al. Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas. **Rev Bras Cir Plást.** V. 27, N.4, P.623-626. 2012.
22. EPUAP/NPUAP. **Prevenção de Úlceras de Pressão - Guia de consulta rápido**. Disponível em: www.npuap.org, acesso em 14 de Abril de 2020
23. **Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BR)**. Lei do Exercício Profissional, no 7.498/86; Decreto no 94.406/87 e Código de Ética dos profissionais de enfermagem.
24. **Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BR)**. Resolução 311 de 2007, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
25. **Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BR)**. Resolução 358 de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.
26. PEREIRA, M.G.; FILHO, E. G.M.R. A importância da escolha adequada dos curativos oclusivos no manejo do pioderma gangrenoso. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. V. 05, N. 08p. 28-34. Acesso em 10 de Agosto de 2020. ISSN: 2448-0959
27. SOBEST. Classificação das Lesões por Pressão – **Consenso NPUAP 2016**. Adaptada Culturalmente para o Brasil. Disponível em: http://www.sobest.org.br/textod/35. Acesso em 08 de Agosto de 2020.
28. VIEIRA S. I. C. R.; JUNIOR, J. L. S. et al.. Usabilidade do sistema de classificação de feridas por cor – RYB wound classification system/ Usability of wound classification system by color – ryb wound classification system. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 4. 2017.
29. WILKE, M. G.; ZAGULSKI, V. C. Tratamento do Pé diabético com creme reestruturante. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 91, n. 29. 2020.
30. WILKE, M. G.; LUIS, A. Tratamento lesão tibial D com creme reestruturante. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 91, n. 29, 2020.
31. WINTER GD. **Formation of the scab and the rate of epithelialization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig**. Nature 1962; 193:293-4
32. WILKE, M. G., RAMOS DOM. A Importância da assistência de enfermagem na utilização do sistema de pressão negativa para o tratamento de feridas. **Bolet. Centro de Estudos Norma Gil**: Jan/Fev. 2012, Volume 2, Nº 1, pag. 3
33. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). **Principles of best practice: Vacuum assisted closure: recommendations for use**. A consensus document. London: MEP Ltd, 2008.

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 67 19/08/21 10:12

202107_Manual ProtocoloFeridas.indd 68 19/08/21 10:12