

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CARLOS ALEXANDRE GONÇALVES BRÍGIDO

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PARA PESSOAS PORTADORAS DE
FERIDA**

ARAÇUAÍ/MG

2013

CARLOS ALEXANDRE GONÇALVES BRÍGIDO

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PARA PESSOAS PORTADORAS DE
FERIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador^a: Prof^a. Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete

ARAÇUAÍ/MG

2013

CARLOS ALEXANDRE GONÇALVES BRÍGIDO

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PARA PESSOAS PORTADORAS DE
FERIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador^a: Prof^a. Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora

Prof^a. Matilde Meire Miranda Cadete – Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 14/11/2013

RESUMO

O profissional de enfermagem é responsável pela execução do curativo, acompanhamento da lesão e orientação ao paciente. Tais atividades requerem profissionais de enfermagem capacitados e preparados técnico/cientificamente. O estudo baseou-se no atendimento aos usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) São Cristóvão, do município de Teófilo Otoni, MG, onde se observaram algumas falhas na técnica e no critério de se analisar, tratar e acompanhar a evolução das feridas. Nesse sentido, o presente trabalho objetivou elaborar um protocolo clínico de assistência ao portador de feridas baseado na sistematização da assistência (SAE). O protocolo foi elaborado após duas etapas, tais sejam: na primeira etapa foi feito o diagnóstico situacional, por meio de estimativa rápida pela qual foram conhecidos os nós críticos, a capacidade operacional e os recursos disponíveis na ESF. A segunda etapa consistiu na realização da fundamentação teórica com vistas à elaboração do protocolo de feridas, fundamentado cientificamente. Para tal, foram feitas pesquisas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no SciELO. Foram encontrados 208 artigos e mediante leitura dos títulos, foram selecionados 31 artigos que pelo título e resumo indicavam tratar-se do tema estudado. Feita nova leitura dos resumos, delimitou-se 20 artigos que respondiam ao objetivo deste estudo. O protocolo proposto deverá ser utilizado pela equipe de enfermagem ao avaliar qualquer ferida e permitirá, então, um registro sistemático das características da ferida, com uma visualização global desses dados para análise de sua evolução ao longo do tratamento realizado. Desta forma, poderá facilitar a detecção de possíveis complicações, que possam interferir no processo de cicatrização; redirecionar as condutas a fim de eliminar esses fatores e propiciar condições adequadas de cicatrização.

Palavras chave: Cuidados de enfermagem. Feridas. Traumatismos.

ABSTRACT

The nursing Professional is responsible for implementation of the curative, monitoring and lesion patient orientation. Such activities require skilled nursing professionals and prepared technical/scientifically. The study was based on the Family Health Strategy (FHS) Sao Cristovao, in the municipality of Teófilo Otoni, Minas Gerais, where we observed some flaws in technique and criterion to assess, treat and monitor the development of sores. In this sense, the present work aimed to the development of a clinical Protocol of assistance to the carrier of wounds based on systematization of assistance (SAE). The Protocol was drawn up after two stages, such are: in the first step the Situational Diagnosis has been made, through rapid assessment by which were known critical nodes, the operational capacity and the available resources in the ESF. The second step consisted in the realization of theoretical foundation with a view to preparing the wound Protocol, substantiated scientifically. To this end, surveys were made in the Virtual Health Library (VHL), Scientific Eletronic Libray Online (SciELO). Articles 208 and were found by reading the titles were selected 31 articles by title and summary indicated that the subject studied. Made new reading the summaries, delimited-if 20 articles that responded to the objective of the present study. The proposed Protocol should be used by the nursing staff when evaluating any wound and will allow a systematic record of the characteristics of the wound, with a global view of the data for analysis of its evolution throughout the treatment. In this way you will be able to facilitate the detection of possible complications, which may interfere with the healing process; redirect the ducts in order to eliminate these factors and provide suitable conditions for healing.

Keywords: Nursing care. Wounds healing. Wounds and injuries.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVO	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISÃO DE LITERATURA	13
6 PROPOSTA DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS	16
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
8 REFERÊNCIAS	41

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

Muito se tem discutido sobre os cuidados em saúde, dentre os quais a preocupação com a prevenção e o tratamento das feridas. A história nos conta que, desde tempos remotos, o homem buscava meios de obter melhores resultados cicatriciais em menor prazo.

Na pré-história, eram utilizadas plantas ou seus extratos, com a intenção de estancar o sangue e favorecer a cicatrização, permitindo a umidificação de feridas abertas. Na Mesopotâmia, utilizava-se água ou leite para lavar e o curativo era realizado com mel ou resina. Como cobertura usava-se lã de carneiro, folhas e cascas de árvore. Os egípcios utilizavam tiras de pano para manter unidas as margens da lesão, após concluírem que uma ferida fechada cicatrizava mais rápido do que uma aberta. Hipócrates, célebre médico na história da medicina grega foi o primeiro a indicar o tratamento de feridas infectadas com calor, uso de pomadas e remoção de material necrosado. Celsus classificou os tipos de feridas, definiu os tratamentos, descreveu os sinais prodrômicos da infecção (dor, rubor, edema e calor), definiu técnicas de desbridamento e preconizou o fechamento primário de lesões recentes por meio de sutura. Atualmente, o tratamento de feridas utiliza substâncias envolvidas nos fenômenos cicatriciais que interferem na biologia molecular (BLANES, 2004).

Pereira *et. al.* (2003) definem ferida como sendo uma lesão que leva à descontinuidade de tecido corpóreo. Essa lesão independe da intensidade, extensão ou tipo de trauma ou afecção responsável. Para Moraes *et. al.* (2008) Ferreira *et. al.* (2002), as feridas constituem um problema de saúde pública, pois acometem a população em geral e o seu tratamento ainda passa por muitos processos na busca da qualidade e eficácia. Espera-se que o resultado final do tratamento de uma ferida seja a cicatrização sem complicações, com a restauração das funções do tecido afetado e ausência de sequelas. O tratamento adequado deve minimizar a incidência de complicações, acelerar o processo cicatricial, fornecer conforto ao paciente e condições ideais para recuperação do tecido. O êxito será alcançado uma vez que sejam realizados procedimentos com base na literatura científica.

Sendo assim, o profissional de enfermagem tem papel fundamental nesse tratamento, uma vez que é responsável pela execução do curativo, acompanhamento da lesão e orientação ao paciente. Tais atividades requerem profissionais de enfermagem capacitados e preparados técnico/cientificamente.

Avaliar uma ferida pode ocasionar interpretações variadas devido a sua diversidade quanto à natureza, forma e localização, além da percepção própria de cada enfermeiro, tendo em vista a diferença de conhecimentos que existe entre os profissionais que realizam essa prática. Uma mesma ferida pode ser avaliada e ter diferentes registros, podendo gerar diversas interpretações. Para garantir o correto acompanhamento e manejo, faz-se necessário que todos profissionais envolvidos mantenham a mesma linha de raciocínio para a obtenção do resultado esperado que é a recuperação adequada do paciente. Essa confiabilidade pode ser garantida por meio de instrumentos precisos, com padrões e critérios definidos (BAJAY e ARAUJO, 2006).

É neste contexto, visando ao aprimoramento da qualidade técnico-científica, que a proposição de um protocolo clínico como ferramenta fundamental neste processo se faz imprescindível. O protocolo, sob a forma de uma documentação sistematizada, normatiza o padrão de atendimento à saúde.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 11)

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecem um conjunto de critérios que permite determinar o diagnóstico de doenças e o tratamento correspondente, com os medicamentos disponíveis e as respectivas doses. Constituem documentos científicos que vinculam e orientam a assistência, sistematizando o padrão de manejo clínico para determinado problema de saúde no âmbito do SUS.

Dado o exposto, observou-se, no cotidiano de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) São Cristóvão, do município de Teófilo Otoni, MG, algumas falhas na técnica e no critério de se analisar, tratar e acompanhar a evolução das feridas. Isto remete à inexistência de um protocolo de prevenção e tratamento de feridas, único para toda a rede de atenção primária do município, que oriente e padronize as ações da equipe de enfermagem.

O protocolo proposto deverá ser utilizado pela equipe de enfermagem ao avaliar qualquer ferida e permitirá, então, um registro sistemático das características da ferida, com uma visualização global desses dados para análise de sua evolução ao longo do tratamento realizado. Desta forma poderá facilitar a detecção de possíveis complicações, que possam interferir no processo de cicatrização; redirecionar as condutas a fim de eliminar esses fatores e, propiciar condições adequadas de cicatrização (BAJAY e ARAUJO, 2006).

2 JUSTIFICATIVA

A proposição de um protocolo clínico para a ESF São Cristóvão se faz relevante devido à carência de um instrumento normativo no que se refere ao cuidado de feridas, tornando sua execução divergente entre os profissionais responsáveis pela sua execução e acompanhamento. Soma-se a isso a escassez de variedade de coberturas, restringindo-se a Papaína, Repolho, Kollagenase e Sulfadiazina de Prata.

Ressalta-se, portanto, que essa inexistência de sistematização do atendimento através de protocolo específico gera atritos entre a equipe pela conduta diversa frente a uma mesma ferida e, fundamentalmente, na justificativa de aquisição pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Teófilo Otoni de novas coberturas trazendo custo-benefício e evitar o desperdício desnecessário de verba em coberturas tão pouco utilizadas. Ressalta-se que

A padronização das condutas com embasamento científico consistente e atualizado tem sido uma solicitação frequente dos profissionais de saúde. A otimização na utilização dos recursos também tem sido uma reivindicação antiga dos administradores que gestionam instituições de saúde. Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sofrem com a falta de iniciativas nesta área (SCHNEID *et al.*, 2003, pág. 105).

A sistematização da assistência favorece uma melhor reflexão crítica do trabalho e a transformação do processo de trabalho. O que ocorre na ESF São Cristóvão é justamente a falta da sistematização. Assim, conseqüentemente, os erros cometidos pelas equipes anteriores vêm se perpetuando no que se refere ao tratamento adequado das feridas, com a observação de alguns casos de feridas abertas há mais de 15 anos.

FARIA *et al.* (2008, p. 21) comentam que

[...] o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho... A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem tem importante papel no tratamento das feridas, pois é responsável pela avaliação, prescrição e realização do cuidado. Atualmente encontra-se grande variedade de dispositivos para curativos, que devem adequar-se às características de cada tipo de lesão. Por esse motivo, surgiu a necessidade, a partir do diagnóstico situacional, de uniformizar este cuidado, por meio da elaboração de um

instrumento para direcionar e apoiar a decisão na determinação da cobertura e cuidado adequado aos portadores de lesão.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de protocolo clínico de assistência ao portador de feridas para a rede de atenção primária à saúde do município de Teófilo Otoni.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de protocolo a ser desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) São Cristóvão, na cidade de Teófilo Otoni, MG, que possui 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS's), com uma população de aproximadamente 134.745 habitantes (IBGE, 2010). A ESF São Cristóvão é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde (ACS).

O protocolo foi elaborado após duas etapas, tais sejam: na primeira etapa foi feito o **Diagnóstico Situacional**, por meio de estimativa rápida pela qual foram conhecidos os “nós” críticos, a capacidade operacional e os recursos disponíveis na ESF.

A segunda etapa consistiu na realização da **Fundamentação Teórica** com vistas à elaboração do protocolo de feridas, fundamentado cientificamente. Para tal, foram feitas pesquisas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO), a partir dos descritores: Cuidados de enfermagem, feridas e ferimentos e traumatismos.

Foram encontrados 208 artigos e mediante leitura dos títulos, foram selecionados 31 artigos que pelo título e resumo indicavam tratar-se do tema estudado. Feita nova leitura dos resumos, delimitou-se 20 artigos que respondiam ao objetivo deste estudo. Somam-se a material teórico, os protocolos de feridas das cidades de Belo Horizonte, MG e Florianópolis, SC e a lei 7.498/86 e Portaria N° 648, de 28 de março de 2006.

De posse, leitura e análise desses materiais anteriormente citados, partiu-se para a Elaboração da proposta de protocolo clínico.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Conforme mencionado anteriormente, antes de elaborar o protocolo clínico de assistência ao portador de feridas, partimos para a busca de embasamento teórico que desse maior sustentação científica ao nosso trabalho.

Ribeiro e Lopes, (2006, p. 78) declaram que:

Nos últimos 20 anos, procurou-se conhecer melhor a fisiopatologia das feridas para adequar o tratamento e, no Brasil, as pesquisas sobre o tratamento de feridas se intensificaram na década de 90. Foi nesse período que houve maior abertura ao comércio internacional, facilitando assim o surgimento no mercado brasileiro de novos produtos e materiais para a confecção de curativos. Desse modo, houve maior necessidade de atualização a fim de conhecer os novos produtos disponíveis para usá-los adequadamente. Nos dias de hoje, ainda é primordial a contínua atualização sobre esse tema porque todos os dias surgem novos produtos e formas de tratamento.

Segundo Tayar *et al.* (2007), a classificação das feridas, embora bastante variável, é uma importante forma de sistematização para o processo de avaliação e cuidado. Para propiciar e acelerar o processo de cicatrização utilizam-se coberturas, que se caracterizam como meios terapêuticos aplicados a uma ferida previamente limpa, cujo objetivo principal é a eliminação de fatores negativos que possam retardar a cicatrização. Para uma cicatrização adequada, é necessário conhecer as coberturas disponíveis no mercado, tal como sua composição, mecanismo de ação, indicação, advertências, modo de uso e tempo de troca.

De acordo com Sampaio e Borges (2001), no momento atual, há aceitação de que determinados produtos sejam considerados coberturas se capazes de formar barreiras físicas entre o leito da ferida e o meio externo ou se capazes de avaliar princípios ideais de cicatrização. Afirmam que nas últimas décadas, muitas coberturas que propiciam o processo de cicatrização foram introduzidas no mercado e pontuam que a indicação de uma cobertura seja feita de forma criteriosa e avaliando o organismo no processo cicatricial.

[...] Esse avanço do conhecimento no tratamento de feridas, também contribuiu para que profissionais de saúde envolvidos neste cuidado pudessem revisar conceitos e práticas, e reconhecer que a lesão é apenas mais um aspecto dentro de um todo, que é o ser humano. Dessa forma, é fundamental que cada portador de feridas seja visto como um ser único e, cada caso exige avaliação específica. No atendimento à pessoa portadora de ferida, o enfermeiro deve avaliar o estado geral de saúde do cliente e em especial as condições da lesão. Disto depende a escolha do material adequado a ser utilizado, no sentido de ajudar o organismo a realizar o trabalho, que é fundamentalmente endógeno (PEREIRA e BACHION, 2005, p. 209).

Essas mesmas autoras ponderam a existência de mais de 2.000 produtos para tratar feridas no mercado, o que torna a escolha do curativo correto uma tarefa difícil devendo ser

levado em conta alguns fatores, como (1) fatores relacionados com a ferida e a pele adjacente – etiologia, tamanho, profundidade, localização anatômica, volume de exsudato, risco ou presença de infecção, condições da pele adjacente; (2) Fatores relacionados com o paciente – condições nutricionais, doenças de base, necessidade de controle da dor, preferências; (3) Fatores relacionados com o curativo – indicação, contraíndicação, vantagens e desvantagens, disponibilidade, durabilidade, adaptabilidade, e facilidade de uso.

Os enfermeiros exercem importante papel no tratamento das feridas e devem refletir sobre a sua prática em busca de novos conhecimentos. Essa prática, ao longo dos anos, tem passado por profundas transformações. Porém, muitas vezes, a equipe de enfermagem encontra dificuldades para identificar a fase correta da cicatrização e confundem as características normais e anormais associadas a esse processo (BAJAY e ARAUJO, 2006).

Sampaio e Borges (2001) chamam a atenção para os cuidadores de pessoas com feridas. É imperativo estabelecer critérios para definição de quais coberturas se adequam melhor às características de sua clientela e agindo, principalmente, balizados pela ética profissional. É preciso, portanto, que estejam conscientes de que não bastam usar os recursos de última geração no tratamento de feridas caso não sejam seguidos de conhecimento técnico e ética profissional.

Muitos produtos têm sido utilizados no tratamento de feridas, sem que a enfermagem conheça com exatidão os mecanismos de ação e resultados do contato destas substâncias como as lesões. A descrição precisa das características das feridas depende da habilidade do observador em reconhecer as fases do processo de cicatrização e dos fatores que nele podem interferir. A diferença de conhecimento que existe entre os profissionais que realizam essa prática pode ocasionar interpretações variadas.

Bajay e Araújo (2006) afirmam que uma classificação inadequada do estado da ferida pode ocasionar consequências graves, como a utilização indevida de terapias tópicas, desencadeando complicações e retardando a cicatrização. Ao observar as feridas, os enfermeiros devem estar atentos para avaliar além do tamanho, a descrição clínica, pois, apesar da redução de área lesada ser utilizada para julgar a evolução da ferida, às vezes, o aumento de sua extensão após desbridamento pode indicar a melhora da característica da lesão pela remoção do tecido desvitalizado. Os enfermeiros têm importante papel na detecção do tipo de tecido presente na ferida para optar pelo melhor método de tratamento e, dessa forma contribuir para minimizar o tempo de cura.

Dado o exposto, o presente trabalho se propôs rever a produção científica dos enfermeiros sobre a temática de forma a contribuir para a elaboração de protocolo clínico para

o manejo de feridas. A elaboração de protocolos de avaliação de feridas e treinamentos para os enfermeiros deve ser realizada para incorporar a descrição clínica da ferida como parâmetros mensuráveis.

6 PROPOSTA DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

Este documento tem cunho regulamentador e didático. Ele foi inspirado no protocolo de cuidado de feridas de Belo Horizonte MG. (SMSA/PBH, 2006)

Na ESF São Cristóvão localizada no município de Teófilo Otoni, MG, há a preocupação com a captação e cuidado com os portadores de feridas, tanto crônicas como agudas. Atualmente, a equipe é composta por 1 enfermeiro, 1 tec. Enfermagem, 3 médicos (clínico, pediatra e ginecologista), 8 Agentes Comunitários de Saúde (ACS'S), 1 auxiliar administrativo e 1 auxiliar de serviços gerais. Este protocolo fez-se necessário devido a constatação de que técnicas inapropriadas para cuidado de feridas eram constantemente empregadas na referida Unidade Básica de Saúde. Com a utilização deste manual pelos profissionais da rede de atenção primária, pretende-se melhorar a abordagem ao usuário, o tratamento prestado, organizar e sistematizar a assistência prestada ao paciente portador de ferida.

Este material está sujeito a avaliações periódicas e necessárias reformulações, conforme o avanço tecnológico, científico e político de saúde vigente na comunidade científica e da SMS de Teófilo Otoni. A aprovação deve passar pela SMS, a qual também é a responsável pelo provimento do material.

QUESTÕES LEGAIS: Regulamentação da atuação do enfermeiro no protocolo de feridas

- Considerando que a maioria dos curativos realizados nos Centros de Saúde é realizada pela equipe de enfermagem, em especial pelo enfermeiro.
- Considerando que para a avaliação da lesão faz-se necessária a realização da Consulta de Enfermagem.
- Considerando que para a realização do curativo faz-se necessária a prescrição de coberturas ou medicamentos ou ambos.
- Considerando que o processo de cicatrização envolve a avaliação sistêmica do estado de saúde do paciente e que para avaliar este são necessários exames complementares.
- Considerando que, dentre os membros da equipe de enfermagem, é o enfermeiro que detém conhecimentos para realizar os procedimentos supracitados, buscou-se na Legislação do

Exercício de Enfermagem e nas Portarias do Ministério da Saúde (MS) o amparo legal para que os mesmos fossem executados na Rede Básica.

Conforme determinação do Ministério da Saúde, Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, é de competência do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

- I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
- III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
- IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;
- V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS;
- VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Do Enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família (ESF):

- I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na ESF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACS e Técnico em Higiene Dental (THD);

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF.

O Conselho Federal de Enfermagem, também aborda sobre a consulta de Enfermagem, de acordo com o descrito na Resolução nº 159/COFEN/1993 (págs. 1 e 2), que: Dispõe sobre a consulta de Enfermagem

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1993), no uso de sua competência, tendo em vista as deliberações do Plenário em sua 214ª Reunião Ordinária, Considerando o caráter disciplinador e fiscalizatório do COFEN e dos Regionais sobre o exercício das atividades nos serviços de Enfermagem do País;

Considerando que a partir da década de 60 vem sendo incorporada gradativamente em instituições de saúde pública a consulta de Enfermagem, como uma atividade fim;

Considerando o Art. 11, inciso I, alínea “i” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406/87, que a regulamenta, onde legitima a Consulta de Enfermagem e determina como sendo uma atividade privativa do enfermeiro;

Considerando os trabalhos já realizados pelo COFEN sobre o assunto, contidos no PAD-COFEN nº 18/88;

Considerando que a Consulta de Enfermagem, sendo atividade privativa do Enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade;

Considerando que a Consulta de Enfermagem tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde;

Considerando que a Consulta de Enfermagem compõe-se de Histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de

Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem;

Considerando a institucionalização da consulta de Enfermagem como um processo da prática de Enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população;

Resolve:

Art. 1º - Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.

Rio de Janeiro, 19 de abril de 1993.

Ruth Miranda de C. Leifert – COREN-SP nº 1.104 – Primeira-secretária

Gilberto Linhares Teixeira – COREN-RJ nº 2.380 – Presidente

Com base na legislação supracitada e na Resolução 159/COFEN/1993, se estabelece que na ESF São Cristóvão, fica permitida ao profissional enfermeiro a realização da Consulta de Enfermagem, a prescrição de coberturas e medicamentos constantes deste protocolo, bem como, a solicitação de exames complementares necessários ao acompanhamento e avaliação do estado geral de saúde do usuário portador de feridas.

OPERACIONALIZAÇÃO

Público Alvo

Pacientes portadores de feridas da área adscrita à ESF São Cristóvão assumirão um compromisso de continuidade no tratamento junto à UBS, através do preenchimento do Termo de Compromisso (Anexo I).

OBS.: Mesmo os pacientes que não aceitarem o Termo de Compromisso serão inseridos neste programa.

Critérios

- Enquadrar-se no público alvo;
- Ter vaga disponível na unidade.

Capacidade Operacional

É possível que falte alguns insumos utilizados no cuidado às feridas em determinados períodos, o que não justifica a interrupção do tratamento possível com os recursos existentes.

A realização dos curativos ocorrerá na UBS ou no domicílio, conforme o caso, cabendo essa escolha à equipe.

Acompanhamento e Alta

Os pacientes serão acompanhados por toda equipe de saúde, levando em consideração as atribuições de cada profissional e as particularidades de cada paciente.

A primeira avaliação será realizada pelo enfermeiro, que encaminhará ao médico após suas condutas iniciais.

Os retornos durante o tratamento com coberturas, cremes e soluções ocorrerão de acordo com a necessidade do paciente e critério do profissional de saúde, não podendo extrapolar o máximo preconizado para cada cobertura ou solução.

Os retornos ao médico ocorrerão quando necessário.

Os pacientes que receberem alta do curativo devem comparecer a 02 retornos: 1º, com 15 dias, e o 2º com 30 dias para reavaliação da região afetada bem como o seu estado geral.

Motivos:

- Cura (epitelização completa da ferida);
- Não concordar com as condutas prescritas pela equipe de saúde (alta a pedido);
- Óbito.

ATRIBUIÇÕES

Auxiliar de Enfermagem

- organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento;
- receber o paciente, acomodando-o em posição confortável e que permita boa visualização da lesão;

- orientar o paciente quanto ao procedimento a ser executado;
- explicar a técnica do soro em jato para o paciente no primeiro atendimento;
- executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão destes profissionais;
- orientar o paciente quanto a data do retorno, cuidados específicos e gerais;
- organizar a sala de atendimento;
- proceder à limpeza do instrumental;
- fazer a desinfecção de superfície.

Enfermeiro

- fazer consulta de enfermagem, avaliação, classificação da ferida e propor o curativo adequado;
- encaminhar o paciente para avaliação médica para determinar a etiologia da lesão e em caso de intercorrências;
- orientar o paciente quanto ao termo de compromisso em relação ao tratamento;
- solicitar, quando necessário, os seguintes exames laboratoriais: hemograma, albumina sérica, glicemia e cultura do exsudato com antibiograma;
- mensurar a lesão;
- prescrever, quando indicado, as coberturas, soluções e cremes para curativo das lesões, bem como terapia compressiva e creme hidratante, conforme padronizado neste protocolo;
- executar o curativo, podendo delegar esta função para o técnico ou auxiliar de enfermagem;
- evoluir a ferida a cada troca de curativo preenchendo a “Ficha de Evolução do Portador de Ferida” (Anexo III);
- capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo;

Médico

- avaliar, clinicamente, o paciente e definir a etiologia da ferida;
- prescrever, quando indicado, as coberturas, soluções e cremes para curativo das lesões, bem como terapia compressiva e creme hidratante, conforme necessidade;
- interpretar exames solicitados e propor tratamento adequado em cada caso;
- solicitar, quando necessário, os exames adicionais;

- encaminhar o paciente para avaliação com especialista conforme sua avaliação e discussão com a equipe de enfermagem;
- acompanhar a evolução do quadro clínico junto com a equipe de enfermagem da Unidade de Saúde;
- estabelecer alta do paciente.

Observação: em caso de suspeita de infecção local, deverá sempre que possível ser solicitado cultura com antibiograma;

ATENDIMENTO NA UNIDADE BÁSICA

Ao responsável pelo almoxarifado cabe

- Previsão de cobertura, cremes e soluções para o dia de atendimento;
- Liberação das coberturas, cremes e soluções pela Farmácia;
- Previsão mensal das coberturas, cremes e soluções;
- Preenchimento de quaisquer documentos necessários para a realização das funções supracitadas;
- Encaminhamento mensal da relação dos materiais gastos com curativos para a Secretaria Municipal de Saúde, devendo esse ser feito no primeiro dia útil de cada mês;
- Autorizar dispensação das coberturas, cremes e soluções do almoxarifado.

Atendimento de Enfermagem

Primeira Consulta:

- Fazer avaliação clínica;
- Avaliar o estado vacinal;
- Fazer avaliação da ferida;
- Anotar os dados na ficha de registro de atendimento (Anexo II);
- Informar sobre normas do serviço, esclarecer dúvidas e solicitar assinatura do termo de compromisso;
- Solicitar hemograma, glicemia de jejum e albumina sérica quando houver indicação;

- Solicitar cultura e antibiograma do exsudato, em caso de sinais clínicos de infecção;
- Prescrever a cobertura;
- Fazer recomendações inerentes ao paciente (dieta, higiene, vestuário, repouso hidratação oral e tópica, troca de curativo, cuidado com a cobertura secundária);
- Fazer encaminhamento para o médico da Unidade;
- Agendar retorno.

Consulta Subseqüente:

- Avaliar aspecto do curativo anterior;
- Avaliar o aspecto da lesão;
- Registrar os dados (gerais e da ferida) no prontuário;
- Preencher ficha de evolução (Anexo III);
- Fazer mensurações a cada 7 (sete) dias;
- Repetir exames laboratoriais quando indicado;
- Quando houver suspeita de infecção da ferida solicitar cultura de exsudato com antibiograma se indicado;

Observação: encaminhar para avaliação médica precoce, quando houver alterações laboratoriais.

- trocar curativo;
- agendar retorno.

Consulta Médica:

- avaliar clinicamente e laboratorialmente;
- orientar e prescrever o tratamento adequado;
- acompanhar a evolução do paciente junto aos especialistas e/ou equipe de enfermagem.

ORIENTAÇÕES GERAIS

ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

A pele recobre toda a superfície do corpo e é o seu maior órgão. Continua-se com as membranas mucosas que revestem os sistemas digestório, respiratório e urogenital, nos locais onde estes se abrem para a superfície. É dividida em duas camadas distintas, a epiderme e a derme, firmemente unidas entre si (BLANES, 2004).

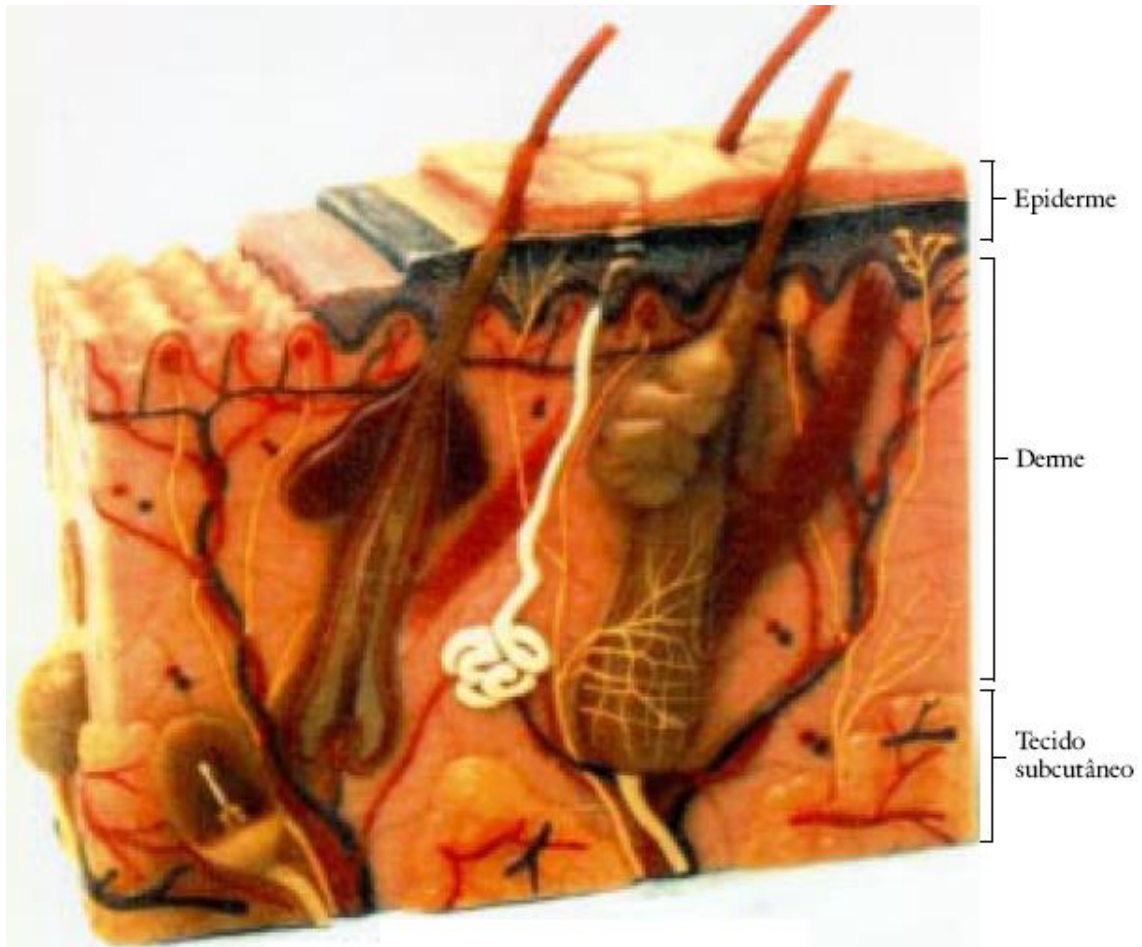
A epiderme organiza-se em camadas e, à medida que as mais superficiais são eliminadas, as camadas mais profundas são restauradas por divisão celular (BLANES, 2004).

A derme é uma espessa camada de tecido conjuntivo que se estende da epiderme até o tecido subcutâneo. Nesta camada situam-se os anexos da pele, muitos vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos. A derme contém muitos tipos diferentes de células, incluindo fibroblastos e fibrócitos, macrófagos, mastócitos e leucócitos sanguíneos, particularmente neutrófilos, eosinófilos, linfócitos e monócitos (BLANES, 2004).

Esta camada fornece uma base firme para a epiderme e para os anexos cutâneos. As fibras colágenas proporcionam grande força de tensão e as fibras elásticas dão flexibilidade à pele. Os plexos vasculares fornecem sangue para a epiderme, sem penetrá-la. O controle realizado pelo hipotálamo e pelas fibras nervosas simpáticas sobre o fluxo sanguíneo na derme proporciona um mecanismo de termorregulação. As terminações nervosas sensoriais da derme mantêm o indivíduo em contato com o meio ambiente (BLANES, 2004).

Alguns autores reconhecem a hipoderme ou tecido subcutâneo como a camada mais profunda da pele. Tem como função principal o depósito nutritivo de reserva, funcionando como isolante térmico e proteção mecânica, quanto às pressões e traumatismos externos, facilitando a mobilidade da pele em relação às estruturas subjacentes (BLANES, 2004).

Figura 1 – Estrutura da pele



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2002.

CURATIVO

É o conjunto de cuidados dispensados a uma lesão ou úlcera, visando proporcionar segurança e conforto ao doente e favorecer a cicatrização (BRASIL, 2002, p. 29).

FINALIDADES DOS CURATIVOS (BRASIL, 2002, p. 29)

- Ser impermeável à água e outros fluidos, permitindo as trocas gasosas;
- Ser de fácil aplicação e remoção, sem causar traumas;
- Auxiliar na hemostasia;
- Proteger a úlcera contra traumas mecânicos e contra infecções;
- Limitar o movimento dos tecidos ao redor da úlcera;
- Promover um ambiente úmido;

- Absorver secreções;
- Tratar as cavidades existentes na úlcera;
- Promover o desbridamento;
- Aliviar a dor;
- Proporcionar condições favoráveis às atividades da vida diária do doente.

CARACTERÍSTICAS DE UM CURATIVO IDEAL (BRASIL, 2002, p. 29 e 30)

- Remover o exsudato;
- Manter alta umidade entre a ferida e o curativo;
- Permitir trocas gasosas;
- Ser impermeável às bactérias;
- Fornecer isolamento térmico;
- Ser isento de partículas e substâncias tóxicas contaminadas, provenientes de úlceras;
- Permitir a remoção sem causar traumas locais.

Técnica de Limpeza da Ferida (BRASIL, 2002, p. 32)

Limpeza da ferida é a remoção do tecido necrótico, da matéria estranha, do excesso de exsudato, dos resíduos de agentes tópicos e dos microrganismos existentes nas lesões objetivando a promoção e preservação do tecido de granulação.

A técnica de limpeza ideal para a ferida é aquela que respeita o tecido de granulação, preserva o potencial de recuperação, minimiza o risco de trauma e/ou infecção. A melhor técnica de limpeza do leito da lesão é a irrigação com jatos de soro fisiológico a 0,9% morno.

Troca de curativo na Unidade de Saúde

Material necessário:

- luvas de procedimento;
- bacia;
- soro fisiológico 0,9% - 250 ml ou 500 ml;
- agulha 25 x 8 mm (canhão verde);
- saco plástico de lixo (branco);

- lixeira;
- máscara;
- óculos protetores;
- cobertura, creme ou pomadas indicadas;
- gaze dupla, gaze aberta, ou ambas;
- atadura crepom, conforme a necessidade;
- álcool a 70%;
- sabão líquido.

Descrição do Procedimento:

- Lavagem das mãos;
- Reunir e organizar todo o material que será necessário para realizar o curativo;
- Colocar o paciente em posição confortável e explicar o que será feito;
- Realizar o curativo em local que proporcione uma boa luminosidade e que preserve a intimidade do paciente;
- Fazer uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI) (óculos, máscara, luvas e jaleco branco);
- Utilizar frasco de soro fisiológico a 0,9%, fazer a desinfecção da parte superior do frasco com álcool a 70%, e perfurar com agulha 25 x 8;
- Retirar a atadura e a cobertura da ferida com a mão vestida com a luva de procedimento;
- Irrigar o curativo primário removendo-o com muita delicadeza, evitando assim traumas e retrocessos no processo cicatricial;
- Desprezar o curativo retirado juntamente com as luvas no lixo;
- Calçar nova luva de procedimento;
- irrigar o leito da ferida exaustivamente com o jato de soro numa distância em torno de 20 cm até a retirada de toda a sujidade;
- fazer limpeza mecânica (manual) da pele ao redor da lesão com gaze umedecida em SF 0,9%. Em caso de sujidade pode-se associar sabão líquido hospitalar;
- Não secar o leito da ferida;
- Aplicar a cobertura escolhida conforme a prescrição do enfermeiro ou médico;
- Passar hidratante na pele íntegra adjacente à lesão, quando necessário, sempre após colocação de coberturas;
- Fazer uso da cobertura secundária, se necessário;

- Enfaixar os membros em sentido distal-proximal, com o rolo de atadura voltado para cima.
- Fazer o enfaixamento compressivo em caso de úlcera venosa;
- Registrar a evolução no impresso próprio (FICHA ACOMPANHAMENTO DA FERIDA);
- Desprezar o frasco com resto de soro no final do dia;
- Promover limpeza dos instrumentais utilizados conforme o indicado;
- Realizar a limpeza e organizar a sala de curativo.

Troca de curativo no domicílio

- Organizar todo o material que será necessário para a realização do curativo no domicílio;
- Encaminhar-se ao domicílio após agendamento prévio com a família ou cuidador;
- Solicitar a presença de algum membro da família durante o procedimento;
- Providenciar um local bem iluminado, confortável e que preserve a intimidade do paciente durante o atendimento;
- Utilizar um recipiente, providenciado pelos familiares, para servir de anteparo dos líquidos durante a realização do curativo. O mesmo ficará separado e será utilizado apenas para este fim. Quando não for possível, o profissional de saúde deverá levar uma bacia da UBS que ao final do curativo deverá ser levada de volta;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Colocar o paciente em posição confortável e orientar sobre o procedimento a ser realizado;
- Fazer uso do EPI (óculos, máscara, luvas e jaleco branco);
- Envolver o recipiente que receberá os líquidos em saco plástico;
- Realizar procedimento de curativo especificado no item “Troca de Curativo da Unidade de Saúde”;
- Retirar o plástico da bacia, de forma que não a contamine;
- Desprezar coberturas, gazes e ataduras sujas no laço supracitado e dar um nó, desprezando o mesmo no lixo;
- Organizar o local onde foi realizado o curativo e fazer as anotações devidas (Prontuário e ficha de acompanhamento – Anexo III);

Técnica de Mensuração da Área Lesada

- Medir a ferida utilizando instrumento próprio para este fim, na ausência do mesmo realizar procedimento utilizando-se régua comum sem encostá-la na ulceração;

Técnica de Mensuração da Profundidade da Lesão

- limpar a ferida;
- introduzir uma seringa de insulina, sem agulha, no ponto mais profundo da lesão;
- marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda;
- medir com uma régua o segmento marcado e anotar resultados em centímetros (cm) para comparação posterior.

Escalas de Avaliação Utilizadas na “Ficha de Acompanhamento de Feridas”

Dor

O paciente deve informar a intensidade da dor, segundo avaliação própria, podendo a mesma ser inexistente, leve, moderada ou intensa.

CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS

BRASIL, (2002, págs. 16 e 17) classifica as úlceras quanto à causa, segundo o tempo de reparação e de acordo com a profundidade, em relação à extensão da parede tissular envolvida (epiderme, derme, subcutâneo e tecidos mais profundos, como músculos, tendões, ossos e outros), em graus, I, II, III e IV.

Grau I: comprometimento da epiderme; a pele se encontra íntegra, mas apresenta sinais de hiperemia, descoloração ou endurecimento.

Grau II: ocorre a perda parcial de tecido envolvendo a epiderme ou a derme; a ulceração é superficial e se apresenta em forma de escoriação ou bolha.

Grau III: existe comprometimento da epiderme, derme e hipoderme (tecido subcutâneo).

Grau IV: comprometimento da epiderme, derme, hipoderme e tecidos mais profundos.

Tecido Necrótico

Avaliação da quantidade de tecido necrótico em relação à área total da ferida através de percentuais do que está sendo observado. Exemplo: 20% e 80% de tecido necrótico.

Exsudato

Descrever volume em número de gazes, cor/tipo (Seroso, Sanguinolento, Serossanguinolento, Purulento, Nenhum) e odor (nenhum, característica, fétido, pútrido).

Orientação Dietética

O estado nutricional influencia acentuadamente o processo de cicatrização. Deve-se sempre avaliar o IMC, e encaminhar o paciente para um nutricionista se for possível.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES DE COBERTURAS PADRONIZADAS

GAZE UMEDECIDA EM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA

- Composição: gaze estéril e solução fisiológica a 0,9%.
- Mecanismo de ação: mantém a umidade na úlcera, favorece a formação de tecido de granulação, amolece os tecidos desvitalizados, estimula o desbridamento autolítico, absorve exsudato.
- Indicação: manutenção da úlcera úmida, indicada para todos tipos de úlcera.
- Contraindicações: não tem.
- Modo de usar: limpar a úlcera com jato de soro fisiológico a 0,9 %. A gaze úmida deve recobrir toda a superfície e estar em contato com o seu leito. Ocluir com cobertura secundária de gaze, chumaço ou compressa, fixar com faixa de crepom ou fita adesiva. Para evitar que a umidade macere a pele ao redor da úlcera, deve-se evitar saturação excessiva da gaze. O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 24 horas. Quando na presença de pouco exsudato, a gaze deverá ser umedecida duas a três vezes ao dia, com soro fisiológico.

HIDROCOLÓIDES

Os hidrocolóides são curativos que podem ser apresentados sob a forma de placa, pasta, gel e grânulos.

- **Composição:** o hidrocolóide em placa é um curativo sintético derivado da celulose natural, que contém partículas hidrofílicas que formam uma placa elástica auto-adesiva. A sua face externa contém uma película de poliuretano semipermeável não aderente. A camada de poliuretano proporciona uma barreira protetora contra bactérias e outros contaminantes externos.
- **Mecanismo de ação:** as partículas de celulose expandem-se ao absorver líquidos e criam um ambiente úmido, que permite às células do microambiente da úlcera fornecer um desbridamento autolítico. Esta condição estimula o crescimento de novos vasos, tecido de granulação e protege as terminações nervosas. Ele mantém o ambiente úmido, enquanto protege as células de traumas, da contaminação bacteriana, e mantém também o isolamento térmico.
- **Indicação:** as placas são indicadas para úlceras com pequena ou moderada quantidade de secreção. Os hidrocolóides em forma de pasta são indicados para úlceras profundas, podendo ser usados para preencher os espaços mortos da mesma. O gel, a pasta e a placa podem ser utilizadas em úlceras de pressão, traumáticas, cirúrgicas, áreas doadoras de enxertos de pele, úlceras venosas e em áreas necróticas ressecadas.
- **Contra-indicação:** são contra-indicados em casos de infecção, principalmente por anaeróbicos, porque estes produtos são impermeáveis ao oxigênio, e não podem ser usados em casos com excessiva drenagem, devido à limitada capacidade de absorção. Não devem ser usados se houver exposição de músculos, ossos ou tendões.
- **Modo de usar:** irrigar o leito da úlcera com soro fisiológico a 0,9%, secar a pele ao redor, escolher o hidrocolóide com diâmetro que ultrapasse a borda da lesão pelo menos 2 a 3 centímetros. Retirar o papel protetor. Aplicar o hidrocolóide segurando-o pelas bordas da placa. Pressionar firmemente as bordas e massagear a placa, para perfeita aderência. Se necessário, reforçar as bordas com fita adesiva e datar o hidrocolóide. Trocar a placa sempre que o gel extravasar, o curativo se deslocar e ou, no máximo, a cada sete dias.
- **Vantagens:** protege o tecido de granulação e epitelização de ressecamento e trauma, liquefaz o tecido necrótico por autólise, absorve quantidade moderada de secreção, adere à superfícies irregulares do corpo e possui a capacidade de moldar-se, não necessitando do uso de curativo secundário; não permite a entrada de água durante a higiene, fornece uma barreira

efetiva contra bactérias; auxilia na contenção do odor, reduz a dor. Tanto o doente como sua família podem aplicá-lo facilmente.

- Desvantagens: não permite a visualização da ferida, devido à sua coloração opaca, precisando ser removido, para a avaliação. Pode apresentar odor desagradável na remoção, e o adesivo pode causar sensibilidade. Adicionalmente, deve ser ressaltado o alto custo do tratamento, que o torna oneroso.

FILME TRANSPARENTE

- Composição: o filme transparente é um curativo estéril constituído por uma membrana de poliuretano, coberto com adesivo hipoalergênico. Possui certo grau de permeabilidade ao vapor de água, dependendo do fabricante. Não adere à superfície úmida da ferida; são coberturas finas, transparentes, semipermeáveis e não absorventes. Não confundir com plástico aderente comercializado em supermercados.
 - Mecanismo de ação: mantém um ambiente úmido entre a úlcera e o curativo, favorece o desbridamento autolítico, protege contra traumas, favorecendo a cicatrização. A umidade natural reduz a desidratação e a formação de crosta, o que estimula a epitelização. Pode proporcionar barreiras bacterianas e virais, dependendo de sua porosidade. Permite visualizar a úlcera, além de permanecer sobre a mesma por vários dias, diminuindo o número de trocas. Pode também ser utilizado como curativo secundário.
 - Indicação: deve ser utilizado em úlceras superficiais com drenagem mínima, em grau I, cirúrgicas limpas com pouco exsudato, queimaduras superficiais, áreas doadoras de pele, dermoabrasão, fixação de catéteres, proteção da pele adjacente a fístulas e na prevenção de úlceras de pressão.
 - Modo de usar: limpar a pele e a úlcera, irrigando com soro fisiológico a 0,9 %. Secar a pele ao redor da lesão, escolher o filme transparente do tamanho adequado, com o diâmetro que ultrapasse a borda. Aplicar a filme transparente. Trocar quando descolar da pele ou em presença de sinais de infecção. Pode ser utilizado como curativo secundário ou associado a outro produto.
 - Contraindicações: não é recomendado para úlceras exsudativas, profundas e infectadas.
- Observação - Se usado de forma inadequada, pode levar à maceração da pele ao redor da lesão.

ALGINATO DE CÁLCIO

- **Composição:** o alginato é um polissacarídeo composto de cálcio, derivado de algumas algas. Realiza a hemostasia, a absorção de líquidos, a imobilização e retenção das bactérias na trama das fibras. Este tipo de tratamento pode ser encontrado com sódio em sua composição.
- **Mecanismo de ação:** este tipo de curativo tem propriedade desbridante. Antes do uso, é seco e, quando as fibras de alginato entram em contato com o meio líquido, realizam uma troca iônica entre os íons cálcio do curativo e os íons de sódio da úlcera, transformando as fibras de alginato em um gel suave, fibrinoso, não aderente, que mantém o meio úmido ideal para o desenvolvimento da cicatrização.
- **Indicação:** pode ser usado em úlceras infectadas e exsudativas, como as de pressão, traumáticas, áreas doadoras de enxerto, úlceras venosas e deiscências. Pode ser utilizadas para preencher os espaços mortos, como cavidades e fístulas. Se houver pequena quantidade de exsudato, a úlcera pode ressecar e necessitar de irrigação.
- **Modo de usar:** a sua colocação deve ser feita de maneira frouxa, para possibilitar a expansão do gel. Após o seu uso, observa-se no leito da úlcera uma membrana fibrinosa, amarelo pálida, que deve ser retirada somente com a irrigação. Pode ser usado em associação com outros produtos. As trocas devem ser mediante a saturação dos curativos, geralmente após 24 horas. Apresenta como vantagem a alta capacidade de absorção, e desvantagem, a potencialidade de macerar quando em contato com a pele sadia.

Observação - Dependendo do fabricante, há necessidade de umedecer o alginato com soro fisiológico no leito da úlcera.

CARVÃO ATIVADO

- **Composição:** este tipo de curativo possui uma cobertura composta de uma almofada contendo um tecido de carvão ativado cuja superfície é impregnada com prata, que exerce uma atividade bactericida, reduzindo o número de bactérias presentes na úlcera, principalmente as gram negativas. O curativo não deve ser cortado, porque as partículas soltas de carvão podem ser liberadas sobre a úlcera e agir como um corpo estranho.
- **Mecanismo de ação:** esta cobertura possui um alto grau de absorção e eliminação de odor das úlceras. O tecido de carvão ativado remove e retém as moléculas do exsudato e as bactérias, exercendo o efeito de limpeza. A prata exerce função bactericida, complementando a ação do carvão, o que estimula a granulação e aumenta a velocidade da cicatrização. É uma

cobertura primária, com uma baixa aderência, podendo permanecer de 3 a 7 dias, quando a úlcera não estiver mais infectada. No início, a troca deverá ser a cada 24 ou 48 horas, dependendo da capacidade de absorção.

- Indicação: é indicado em úlceras exsudativas, infectadas com odores acentuados, em fístulas e gangrenas.
- Modo de usar: irrigar o leito da úlcera com soro fisiológico a 0,9%; remover o exsudato e tecido desvitalizado, se necessário; colocar o curativo de carvão ativado e usar a cobertura secundária.

Observação - Nas úlceras pouco exsudativas e nos casos de exposição ósteo tendinosa, deve ser utilizado com restrições, devido a possibilidade de ressecamento do local da lesão.

SULFADIAZINA DE PRATA

- Composição: Sulfadiazina de prata a 1%, hidrofílico.
- Mecanismos de ação: o íon prata causa precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, e tem ação bacteriostática residual, pela liberação deste íon.
- Indicação: prevenção de colonização e tratamento de queimadura.
- Contraindicação: hipersensibilidade.
- Modo de usar: lavar a úlcera com soro fisiológico a 0,9%, remover o excesso do produto e tecido desvitalizado. Espalhar uma fina camada (5mm) do creme sobre as gazes e aplicá-las por toda a extensão da lesão. Cobrir com cobertura secundária, de preferência estéril.

Observação - Existe a sulfadiazina de prata com nitrato de cério, que pode ser utilizado em queimaduras, úlceras infectadas e crônicas, reduzindo a infecção e agindo contra uma grande variedade de microorganismos. Facilita o desbridamento, auxilia na formação do tecido de granulação e inativa a ação de toxinas nas queimaduras. É contra-indicada em casos com grandes áreas (mais de 25% de extensão), em mulheres grávidas, recém-nascidos e prematuros.

ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (AGE) OU TRIGLICERIL DE CADEIA MÉDIA (TCM)

MANHEZI *et.al*, (2008), descreve da seguinte forma:

- **Composição:** é um produto originado de óleos vegetais polissaturados, composto fundamentalmente de ácidos graxos essenciais que não são produzidos pelo organismo, como: ácido linoléico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E, e a lecitina de soja. Os ácidos graxos essenciais são necessários para manter a integridade da pele e a barreira de água, e não podem ser sintetizados pelo organismo.
- **Mecanismo de ação:** promovem quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos), mantêm o meio úmido e aceleram o processo de granulação tecidual. A aplicação tópica em pele íntegra tem grande absorção: forma uma película protetora, previne escoriações, devido a alta capacidade de hidratação, e proporciona nutrição celular local.
- **Indicação:** prevenção e tratamento de dermatites, úlceras de pressão, venosa e neurotrófica; tratamento de úlceras abertas com ou sem infecção.
- **Modo de usar:** irrigar o leito da lesão com soro fisiológico a 0,9 %, remover o exsudato e tecido desvitalizado, se necessário. Aplicar o AGE diretamente no leito da úlcera ou aplicar gaze úmida o suficiente para mantê-la úmida até a próxima troca. Ocluir com cobertura secundária (gaze, chumaço gaze e compressa seca) e fixar. A periodicidade de troca deverá ser até que o curativo secundário esteja saturado ou a cada 24 horas.

PAPAÍNA

- **Composição:** a papaína é uma enzima proteolítica retirada do látex do vegetal mamão papaia (Carica Papaya). Pode ser utilizada em forma de pó ou em forma de gel. Essa substância atende às exigências de qualidade da farmacopéia americana, com 6.000 USDP U/mg*. (United States Pharmacopeia - Unidades por miligrama)
- **Mecanismo de ação:** provoca dissociação das moléculas de proteínas, resultando em desbridamento químico. Tem ação bactericida e bacteriostática, estimula a força tênsil da cicatriz e acelera a cicatrização.
- **Indicação:** tratamento de úlceras abertas, infectadas e desbridamento de tecidos desvitalizados ou necróticos.

- Modo de usar: irrigar com soro fisiológico a 0,9%, lavar abundantemente com jato de solução de papaína. Em presença de tecido necrosado, cobrir esta área com fina camada de papaína em pó. Na presença de crosta necrótica, fazer vários pequenos cortes longitudinais de pequena profundidade, para facilitar a absorção. Remover o exsudato e o tecido desvitalizado; se necessário, colocar gaze em contato, embebida com solução de papaína, e ocluir com cobertura secundária, fixando o curativo. A periodicidade de troca deverá ser no máximo de 24 horas, ou de acordo com a saturação do curativo secundário. A papaína em pó deve ser diluída em água destilada. A papaína gel deve ser conservada em geladeira.

Observação - Avaliar periodicamente possíveis reações dolorosas do doente e reavaliar a concentração da papaína. A concentração da papaína para a úlcera necrótica deve ser a 10%, em casos com exsudato purulento, de 4 a 6%, e, com tecido de granulação, à 2%. Durante o preparo e aplicação da papaína, deve-se evitar o contato com metais, devido ao risco de oxidação. O tempo prolongado de preparo pode causar a instabilidade da enzima, por ser de fácil deterioração.

ÓLEO MINERAL

- Composição: óleo mineral puro.
- Mecanismo de ação: facilita a hidratação, realiza lubrificação e evita o ressecamento da pele.
- Indicação: pele íntegra, ressecada, anestésica e ou hipoestésica e com calosidades.
- Modo de usar: após a hidratação da pele íntegra, aplicá-lo, massageando o local, para maior absorção do produto.

ANTI-SÉPTICOS

São substâncias que destroem ou inibem o crescimento de microorganismos, acarretando prejuízo ao processo de cicatrização. Portanto, recomenda-se a não utilização dos mesmos no tratamento de feridas. Entre esses produtos destacam-se o Permanganato de Potássio a 0,01% e o Polivinilpirrolidona- iodo 10% (Povidine tópico). O Povidine, em presença da matéria orgânica, tem sua ação reduzida ou inativada, é citotóxico para os fibroblastos, retardando a epitelização e diminuindo a força tensional da úlcera; pode, também, provocar reações alérgicas adversas.

Autores	Célula epitelial	Soluções	Resultados
LINEAWEAVE R, W. <i>et al.</i> , 1985 apud JORGE <i>et al.</i> , 2003	Fibroblastos humanos	PVP-I-1%; Ácido acético-0,25%; Peróxido de hidrogênio-3%; Soro fisiológico-0,9%; Hipoclorito de sódio 0,5%;	Ausência de fibroblastos viáveis após exposição às soluções, exceto ao soro fisiológico
McCAULEY,R.L . <i>et al.</i> , 1989 apud JORGE <i>et al.</i> , 2003	Fibroblastos humanos	Sulfadiazina de prata e Acetato de mafenide	Ausência de fibroblastos viáveis
COOPER,M.L. <i>et al.</i> , 1991 apud JORGE <i>et al.</i> , 2003	Fibroblastos e queratinócitos	Ácido acético-0,25%; PVP-I-0,5%; Hipoclorito de sódio 0,12%	Houve toxicidade às duas células e o PVP-I foi considerado o mais tóxico
TEEPE, R. <i>et al.</i> , 1993 apud JORGE <i>et al.</i> , 2003	Queratinócitos	Clorexidina-0,01%; Hipoclorito de sódio 0,02%; Acido acético - 0,05%; PVP-I-0,5%, Sulfadiazina de prata a 0,01% e nitrato de cério + sulfadiazina de prata 0,01%	Todas as soluções foram citotóxicas. A clorexidina, o PVP-I e o hipoclorito de sódio foram inativados pelo soro.

AVALIAÇÃO DO PORTADOR DE LESÃO

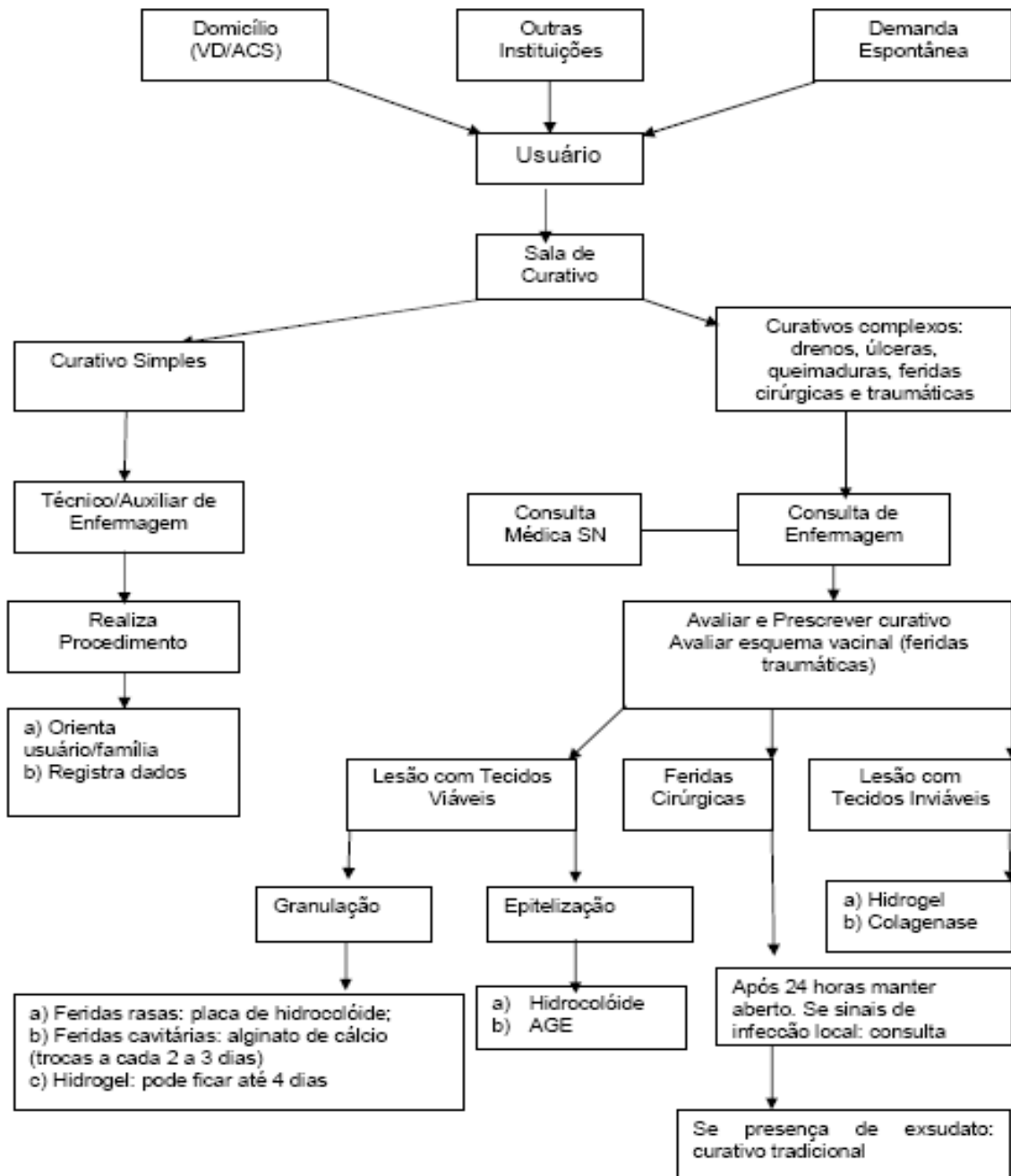
Ao avaliar a úlcera, é importante considerar os seguintes pontos:

- 1) História do doente: Preencher de forma objetiva a ficha de Primeira Avaliação de Feridas (Anexo II). Não se esquecer de verificar a queixa principal, presença de fatores que interferem na cicatrização (anemia, diabetes, hipertensão) data do início da úlcera, causa, se é a primeira ou uma úlcera recorrente; presença de dor e tratamentos já utilizados anteriormente.
- 2) Exame físico: verificar as medidas antropométricas, localização da úlcera, condições da pele, presença de calosidades, atrofia muscular, edema, pulsos, alterações de sensibilidade (usar estesiômetro) e sinais de inflamação. O exame dos pulsos periféricos deve ser realizado, para a detecção de possível insuficiência arterial.
- 3) Avaliação psicossocial: alterações na imagem corporal, ansiedade em relação ao diagnóstico, podem levar o doente a situações de estresse, contribuindo negativamente para a cicatrização e para o estado de saúde.
- 4) Autocuidado: identificar esta possibilidade em relação à úlcera, estimulando a realizar seu curativo e entender os princípios das técnicas.
- 5) Características da úlcera e da pele ao seu redor: hiperemia, calor, edema, dor, maceração, ressecamento, descamação, hiperpigmentação, ou outras alterações, também valiosas para direcionar o tratamento.
- 6) Características do exsudato: podem ser indicadores valiosos para determinar o tratamento. A coloração e a consistência deste podem variar. Os fluidos serosos e sanguinolentos são considerados normais. O exsudato purulento indica processo infeccioso. A quantidade de exsudato pode ser estimada por observação clínica e quantificada pela drenagem.

TRATAMENTO

Neste instrumento decidiu-se não haver padronizações fechadas (Ex: Só se pode usar Papaína para tec. Necróticos), mas sim estimular a constante busca de novos conhecimentos através da sua parte didática e através de um julgamento realizado pelo profissional médico e enfermeiro da lesão prescrever o insumo que está disponível na unidade e melhor de adapta à situação. A escolha do produto adequado para cada doente deve ser criteriosa, de acordo com a avaliação da característica da úlcera.

Figura 2 – Fluxograma de tratamento das feridas



Fonte: Florianópolis (2007).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que a implantação do protocolo trará consigo o subsídio necessário para o desenvolvimento de um plano de cuidados com estratégias de tratamento adequadas, reunindo ampla conduta terapêutica indispensável para a promoção de cicatrização rápida e de conforto ao paciente.

A equipe de enfermagem é a responsável pelo cuidado com o indivíduo portador de feridas. Nesse contexto, é de suma importância que a mesma busque estratégias de prevenção, avaliação e tratamento que visem à promoção de cicatrização rápida e ausente de maiores complicações, subentendendo-se que a ela cabe a reavaliação e atualização do Protocolo de tempos em tempos.

8 REFERÊNCIAS

BAJAY, H.M.; ARAUJO, I.E.M.. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 abr. 2013.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. **Protocolo de cuidados de feridas** / Coordenado por Adriana Ferreira Pereira et. al. Belo Horizonte: SMSA/PBH, 2006.

BLANES, L. Tratamento de feridas. Baptista-Silva JCC, editor. **Cirurgia vascular: guia Ilustrado**. São Paulo: 2004. Disponível em: URL: <http://www.bapbaptista.com>.

BORGES, E. L.; BORGES, E. L.. Coberturas. In: BORGES, E. L.; SAAR, S.R.C.; LIMA, V.L.A.N.; GOMES, F.S.L.; MAGALHÃES, M. B. B. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopemed, 2001, p. 97-120

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. (acesso em 2012 Ago 22). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D. Assistência de Enfermagem à pacientes com feridas em serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição**. 2002 jan-jun.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. **Protocolo de cuidados de feridas** / Coordenado por Antônio Anselmo Granzotto de Campos; Organizado por Lucila Fernandes More e Suzana Schmidt de Arruda. Florianópolis: IOESC, 2007. 70 p. il.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Projeção da população por municípios para o ano de 2012**. (acesso em 2012 Ago 22) Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Teofilo_Otoni.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu, 2003. 378p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. (acesso em 2012 Ago 22) Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp>.

MANHEZI, A.C.; BACHION, M.M.; PEREIRA, A.L. Utilização de ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas. **Rev. Bras. Enfermagem-REBEn**, Brasília. v.61, n.5, p. 620-9. 2008.

MORAIS, G.F.C.; Oliveira, S.H.S; Soares, M.J.G.O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**. v.17, n.1, p. 98-105, 2008

PEREIRA, A.L.; BACHION, M.M. Tratamento de feridas: análise da produção científica de 1970-2003 **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.58, n.2, p. 208-13, 2005

RIBEIRO, M.A.S.; LOPES, M.H.B.M.. Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um curso à distância sobre tratamento de feridas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, fev. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 abr. 2013.

SANTANA, J. P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Colaboração do Ministério da Saúde e do Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG: NESCON - Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, 2000. 80p.

SCHNEID, S. et.al. Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, v. 47, n. 2, p.104-114, 2003.

TAYAR, G.; PETERLINI, M.A.S.; PEDREIRA, M.L.G.. Proposta de um algoritmo para seleção de coberturas, segundo o tipo de lesão aberta em crianças. **Acta Paul. enferm.** v. 20, n. 3, set. 2007 .

VILELA, A.L.M.. **Anatomia e Fisiologia humana**. Disponível em www.afh.bio.br. Acesso em: 20 de maio de 2012.

Anexo I
TERMO DE COMPROMISSO

ESF São Cristóvão, Teófilo Otoni

Data: ____/____/____

Objetivos do tratamento

No tratamento de feridas o Serviço tem por objetivos:

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

Entendimento por parte do paciente

Fica claro ao paciente o direito e a oportunidade de fazer perguntas relacionadas ao Serviço, tratamento, seus objetivos e suas regras, sendo que os profissionais do serviço estarão sempre aptos a respondê-las.

É de sua responsabilidade:

- Não faltar aos retornos agendados por duas vezes consecutivas ou três alternadas sem comunicação prévia;
- Respeitar e seguir todas as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde;
- Não retirar ou trocar o curativo no domicílio sem a autorização do profissional;
- Procurar o Serviço de Saúde fora da data agendada em caso de intercorrências ou complicações;
- Assumir as atividades relativas à limpeza e higiene pessoal.

Consentimento

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

Assinatura do Participante

Nome legível: _____

Autorização

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

Assinatura do Participante

Data:

_____, ____ de _____ de _____

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

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

Anexo II
FICHA DE REGISTRO E ASSISTÊNCIA PARA PORTADORES DE FERIDA
(Primeiro Curativo)

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Data da Admissão: ____/____/____ Sexo: _____ Nascimento: ____/____/____
 Escolaridade: _____ Ocupação Atual: _____
 Saneamento Básico: ()Sim ()Não N° de moradores: _____

ANAMNESE

Etilismo: ()Sim ()Não Há quanto tempo: _____
 Tabagismo: ()Sim ()Não N° de cigarros/dia: _____
 Alergia: ()Sim ()Não Produto(s): _____
 Doenças Atuais: _____
 Medicamentos em uso: _____
 Vacina Anti-Tetânica: ()Sim ()Não Última Dose: ____/____/____
 Lesão Cutânea prévia: ()Sim ()Não Local(is): _____
 Auto-cuidado: ____ Mobilidade: ()Deambula ()Deambula com auxílio ()Não deambula

EXAME FÍSICO

IMC: _____ PA: _____
 Pulso: ()Ausente ()Diminuição importante ()Diminuição moderada ()Normal
 OBS: _____

ACOMPANHAMENTO DA FERIDA

Primeiro curativo: ____/____/____ Localização(ões): _____
 Tamanho aproximado (Ax B): _____ Profundidade: _____
 Infecção: ()Sim ()Não Tec. Necrótico (%): _____
 Exsudato: ()Ausente ()Pequeno ()Moderado ()Abundante
 ()Purulento ()Seroso ()Sanguinolento ()Serosanguinolento
 Odor: ()Inodoro ()Fétido 1x ()Fétido 2x ()Fétido 3x
 Dor: ()Ausente ()Leve ()Moderada ()Intensa
 Edema: ()Ausente ()1x ()2x ()3x

Micose Interdigital Hiperpigmentação Ausência de pêlos Proeminências ósseas
 Varizes Cianose Fissuras Edema Linfedema Pele Ressecada
Hipotermia OUTRO:

OBS:

Assinatura do Profissional Responsável

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG
 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON
 CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
 SAÚDE DA FAMÍLIA

ANEXO III

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE FERIDAS

NOME: _____ PRONTUÁRIO: _____ FERIDA: _____

DATA	TAMANHO DA FERIDA		TECIDO NECRÓTICO	INFECÇÃO	EXSUDATO (Características)	DOR	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA
	Lado X Altura	Profundidade						

Odor: ausente, discreto ou acentuado. **Característica:** purulento, seroso, serosanguinolento e sanguinolento. **Dor:** ausente, leve, moderada, intensa (descrição do próprio paciente). **Observações:** Preencher com o curativo utilizado. Anexar hemograma e outros dados que podem ajudar no tratamento da ferida. Em caso de Infecção solicitar avaliação médica imediata.