



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cuidado à Pessoa com Ferida

Volume I

BRUSQUE 2025



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE



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

Secretário de Saúde

Ricardo Alexandre Freitas

Diretor de Atenção à Saúde

Inajá Gonçalves de Araujo

Diretor de Atenção Básica

Fabiana Schirmer Marcuzzo

Responsável Téc.de Enfermagem

Grazielle dos Santos

Elaborado por:

Viviane Strapasson Vantzen
Enf^ª Especialista em Estomaterapia

Revisado por:

Inajá Gonçalves de Araújo



Sumário

INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO.....	5
ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.....	6
ANATOMIA E FISILOGIA DA PELE.....	7
FERIDAS - CLASSIFICAÇÃO.....	8
PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO.....	9
FATORES QUE INTERFEREM NA CICATRIZAÇÃO.....	10
FATORES QUE FAVORECEM O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO.....	11
AVALIAÇÃO DA PESSOA COM FERIDA.....	12
AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA FERIDA.....	12
CARACTERÍSTICA DO LEITO DA FERIDA.....	13
.....	14
TIPOS DE TECIDOS PRESENTES NO LEITO DA LESÃO.....	14
CARACTERÍSTICAS DAS BORDAS DA FERIDA.....	14
PRESENÇA DE INFECÇÃO.....	15
PRESENÇA DE BIOFILME.....	16
CARACTERÍSTICAS DO EXSUDATO.....	17
DOR E ODOR.....	18
EXAMES COMPLEMENTARES.....	19
NUTRIÇÃO NO TRATAMENTO DE FERIDAS E SUA CONTRIBUIÇÃO NO PROCESSO CICATRICIAL.....	21
TRATAMENTO DE FERIDAS.....	22
LIMPEZA DAS FERIDAS.....	22
DESBRIDAMENTO.....	24
TÉCNICAS PARA DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL.....	25
COBERTURAS ESPECIAIS PADRONIZADAS: TIPO, INDICAÇÃO E CUIDADOS.....	26
LIMPEZA E PREPARO DO LEITO.....	27
PROTEÇÃO DA PELE / BARREIRAS.....	28
PROTEÇÃO /MANUTENÇÃO DA UMIDADE.....	28
CURATIVOS PRIMÁRIOS NÃO ADERENTES.....	29
CURATIVOS DE HIDROGEL (DESBRIDAMENTO / HIDRATAÇÃO.....	30
CURATIVOS DE ALGINATO / HIDROFIBRA.....	32
CURATIVOS DE ESPUMA SIMPLES E COM PRATA.....	33
CURATIVOS ANTIMICROBIANOS ESPECÍFICOS.....	34
BOTA DE UNNA.....	35
FLUXO DE ENCAMINHAMENTO AO PROGRAMA DE APOIO MATRICIAL NO CUIDADO A PACIENTES COM FERIDAS.....	37
PRINCIPAIS AGRAVOS RELACIONADO ÀS FERIDAS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	38
LESÃO POR PRESSÃO.....	38
DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA – DAI.....	43
DERMATITES PERIESTOMA.....	46
Queimaduras.....	48
Classificação quanto à Superfície Corporal Queimada (SCQ).....	49
Classificação quanto à complexidade.....	50
Classificação quanto à espessura queimada.....	51
CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM AS BOLHAS (FLICTENAS).....	52
FERIDAS CIRÚRGICAS E DEISCÊNCIAS.....	53



CUIDADOS DE ENFERMAGEM FERIDA CIRÚRGICA.....	53
CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A DEISCÊNCIA CIRÚRGICA.....	54
LESÃO POR FRICÇÃO/ SKIN TEARS.....	55
Sistema de classificação STAR (para lesões por fricção).....	56
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS LESÕES POR FRICÇÃO.....	57
ERISPELA.....	58
ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS.....	59
Classificação das úlceras vasculogênicas.....	59
Características e cuidados de enfermagem para úlceras de origem venosas e arteriais.....	62
Indicações e tipos de Terapias Compressivas.....	63
Modalidades de terapias compressivas e contensivas.....	64
PÉ DIABÉTICO.....	67
Avaliação do pé diabético.....	68
Feridas nos pés relacionadas ao diabetes.....	72
LESÕES ONCOLÓGICAS.....	74
CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM LESÕES ONCOLÓGICAS.....	75
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES E ANEXOS.....	81
ANEXO 1- FICHA PARA AUXILIAR NA AVALIAÇÃO DE FERIDAS.....	82
ANEXO 2- ALGORITMO PARA AVALIAÇÃO DE FERIDAS.....	84
ANEXO 3 – FERRAMENTA TIMERS.....	85
ANEXO 4- ESCALA DE BRADEN.....	86
ANEXO 5 - ESCALA PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing).....	87
ANEXO 6 -GUIA TÉCNICO PARA MANEJO E TRATAMENTO DE FERIDAS.....	88
ANEXO 7 – RESOLUÇÃO COFEN 567/2018.....	92



INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO

A ferida é caracterizada pela perda da continuidade de qualquer parte dos tecidos do corpo humano, podendo acometer não apenas a pele, mas também tecidos subjacentes, como tecido subcutâneo, músculos e ossos, decorrente de processos patológicos ou de eventos traumáticos. As feridas podem ser classificadas como agudas ou crônicas, sendo estas últimas responsáveis por significativo impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas e de seus familiares, especialmente quando demandam cuidados prolongados.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as feridas crônicas representam importante desafio para a rede de atenção à saúde, uma vez que estão associadas a maior tempo de acompanhamento, elevado consumo de insumos, necessidade de trocas frequentes de curativos, uso contínuo de medicamentos e maior carga de trabalho para os profissionais de saúde e cuidadores. Esses fatores resultam em aumento dos custos assistenciais e demandam organização qualificada dos serviços.

No Município de Brusque, a realidade epidemiológica, aliada ao perfil da população atendida na Atenção Primária à Saúde evidencia a necessidade de aprimoramento contínuo das práticas de prevenção, avaliação e tratamento de feridas. Diante desse cenário, este Protocolo Municipal de Cuidado à Pessoa com Ferida tem como objetivo subsidiar os profissionais de saúde da rede municipal de Brusque na prática clínica e no processo de tomada de decisão, promovendo cuidado seguro, resolutivo e baseado em evidências. Além de 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; promover educação permanente com os profissionais de saúde; garantir ao usuário a adesão e continuidade ao tratamento de feridas; proporcionar ao usuário um tratamento de feridas adequado, garantindo a eficácia no processo.

Sob o aspecto ético-legal, este Protocolo Clínico está em conformidade com a Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem, bem como a Resolução COFEN nº 787/2025 que regulamenta a atuação da equipe de Enfermagem na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com *lesões cutânea*. Assim como a Resolução COFEN nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo enfermeiro, sendo reconhecido como protocolo institucional válido para orientar a prática assistencial.



ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

É imprescindível que a equipe de enfermagem tenha conhecimento dos usuários pertencentes à sua área adscrita, utilizando esse vínculo como base para a referência do cuidado às pessoas com lesões de pele.

Compete privativamente ao enfermeiro a organização e a gestão dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas, abrangendo o planejamento, a coordenação, a execução e a avaliação da assistência de enfermagem, conforme Decreto nº 94.406/1987 do COFEN.

Nesse contexto, o Processo de Enfermagem assume papel central, pois estrutura e orienta a prática assistencial do enfermeiro, contemplando a coleta do histórico do usuário, a identificação dos diagnósticos de enfermagem relacionados às feridas, o planejamento das intervenções, sua implementação e a avaliação sistemática dos resultados obtidos.

A avaliação clínica das lesões de pele é atribuição privativa do enfermeiro. O técnico de enfermagem não realiza avaliação, mas observa, executa cuidados e comunica alterações ao enfermeiro. O técnico de enfermagem deve ser devidamente orientado não apenas quanto à execução do curativo, mas também quanto à observação de sinais de alerta, como dor, rubor, edema, hipertermia local, sinais flogísticos clássicos, bem como a piora ou ausência de progressão da lesão, devendo, nesses casos, encaminhar o usuário para consulta de enfermagem a fim de reavaliar as necessidades assistenciais.

Sempre que houver indicação, o profissional médico deverá ser acionado para a avaliação e condução das condutas que são de sua competência privativa. É fundamental compreender que as feridas não representam a causa primária do adoecimento, mas, em geral, são manifestações secundárias de outras condições clínicas. Assim, o usuário deve ser avaliado sob uma perspectiva ampliada, a fim de favorecer a evolução satisfatória do quadro e o processo de cicatrização.

O processo cicatricial é influenciado por múltiplos fatores, o que exige vigilância contínua da equipe quanto à avaliação, ao tratamento e, quando indicado, ao encaminhamento do usuário para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A partir da acolhida, da escuta qualificada e da avaliação clínica do usuário com ferida, se necessário enfermeiro poderá solicitar a inclusão do paciente no **Programa de Apoio Matricial no Cuidado a Pacientes com Feridas**, conforme os critérios estabelecidos, seguindo o fluxo de encaminhamento de lesões agudas e crônicas (pág 35).

PELE- CLASSIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FERIDAS

ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

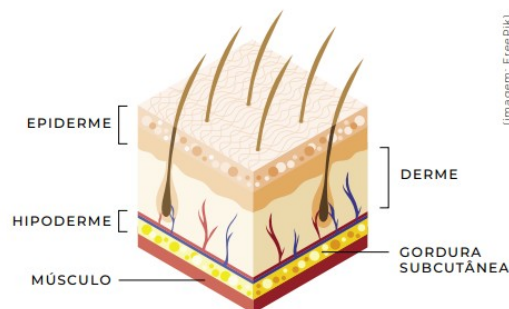
A pele é o maior órgão do corpo humano, correspondendo aproximadamente a 15% do peso corporal total. Ela desempenha funções essenciais para a manutenção da homeostase e proteção do organismo, podendo ser classificada de acordo com suas camadas estruturais e com as funções que exerce, conforme apresentado no quadro a seguir.

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

A) **EPIDERME** (1ª camada): é a camada mais externa da pele e consiste primariamente em queratinócitos, que a impermeabilizam. 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 à pele.

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.



**FERIDAS - CLASSIFICAÇÃO**

Classificação	Tipo	Descrição
Quanto ao Processo de cicatrização	Agudas	Lesões recentes que normalmente cicatrizam em 4-6 semanas. São exemplos de feridas agudas os traumas, queimaduras, suturas. Nas feridas agudas há uma progressão linear das fases de cicatrização.
	Crônicas	Feridas com duração superior a 6 semanas, que não possuem progressão linear das fases de cicatrização, geralmente estacionado na fase inflamatória. Há um retardo no reparo fisiológico da cicatrização. Podem perdurar por meses à anos sem que ocorra a cicatrização, podendo muitas vezes nem mesmo cicatrizar.
Quanto às formas de cicatrização	Cicatrização por 1ª intenção (primária)	As bordas são aproximadas intencionalmente com perda mínima de tecido, ausência de infecção.
	Cicatrização por 2ª intenção	A cicatrização depende da granulação e contração da ferida para aproximação das bordas. Pode haver presença de infecção. A reepitelização ocorrerá por contração.
	A cicatrização por 3ª intenção	As bordas são aproximadas após períodos de tempo de ferida aberta, geralmente ocorre quando há processos infecciosos que devem ser tratados inicialmente para após ocorrer a sutura.
Quanto ao conteúdo microbiano	Limpas	Ferida em condições assépticas, sem contaminação. Realizada em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, são resultantes de uma cirurgia eletiva, não traumática, não infectada.
	Contaminadas	Presença de flora bacteriana não virulenta. Ex: feridas traumáticas com mais de 6 horas do ocorrido. Algumas lesões crônicas e agudas em geral.
	Infectadas	Presença de infecção ativa e sintomas clássicos de sinais flogísticos: tecido desvitalizado, exsudação purulenta, odor aumentado, dor, calor e rubor.

Fonte: Murphy *et al.*, 2022; CORENMG, 2020.

PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

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

Fase inflamatória: Corresponde à resposta inicial à lesão, caracterizada por rubor, edema, calor e dor, decorrentes da vasodilatação e do recrutamento de células inflamatórias, como os leucócitos. Inicia-se nas primeiras 12 horas após o trauma, exceto nas queimaduras, e dura em média de quatro a cinco dias, envolvendo hemostasia, inflamação e início da epitelização.

Fase proliferativa: Tem início aproximadamente 48 horas após a lesão e caracteriza-se pela angiogênese, formação do tecido de granulação, contração da ferida e reepitelização, sendo responsável pelo fechamento da lesão e formação da cicatriz, com duração média de 12 a 14 dias.

Fase de maturação ou remodelação: Inicia-se cerca de três semanas após o trauma e pode persistir por até dois anos, sendo marcada pela reorganização do colágeno, aumento da resistência tensional, redução do eritema e diminuição do tamanho da cicatriz, com substituição progressiva do colágeno tipo III pelo tipo I. Alterações nesse processo podem resultar em cicatrizes hipertróficas ou quelóides.





FATORES QUE INTERFEREM NA CICATRIZAÇÃO

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

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

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

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

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

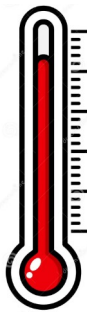
Fatores Locais: vascularização e oxigenação tissular: boa vascularização significa bom aporte de nutrientes e de oxigênio, que facilita o processo de cicatrização.

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

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



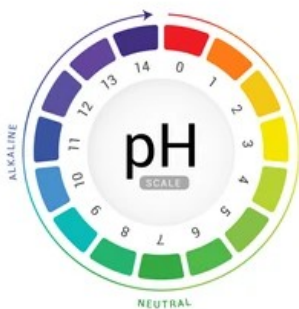
FATORES QUE FAVORECEM O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO



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



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



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



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



AVALIAÇÃO DA PESSOA COM FERIDA

A avaliação inicial deve ser abrangente, incluindo a identificação de comorbidades, fatores de risco, tratamentos prévios, medicamentos em uso, alergias, estado nutricional, hidratação e aspectos sociais e familiares, além da observação da marcha, equilíbrio, calçados, meias e uso de órteses ou próteses (Atkin et al., 2019).

A determinação da etiologia da ferida é fundamental para a definição da conduta terapêutica, uma vez que o tratamento eficaz depende do conhecimento da causa da lesão.

A avaliação da ferida deve considerar localização, dimensões, características do leito e das bordas, tipo e quantidade de exsudato, sinais de infecção e condições da pele perilesional, podendo ser auxiliada por instrumentos padronizados, como a escala PUSH (para o acompanhamento da lesão), o protocolo TIMERS (para escolha da cobertura) e a escala de Braden (Atkin et al., 2019; Santos et al., 2005).

O tratamento envolve etapas essenciais, como limpeza adequada, desbridamento quando indicado, cuidados com a pele perilesional, escolha apropriada de coberturas, reavaliação periódica e ações de educação em saúde (Atkin et al., 2019).



AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA FERIDA

1- Localização:

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

2- Dimensão:

→ **Linear** – Quando inclui comprimento e largura (C x L)

Medição linear simples – com régua descartável. Para medir a área utiliza-se régua descartável, traçando uma linha na maior extensão vertical e na maior extensão horizontal. Para se obter os cm² deve-se multiplicar uma área pela outra.

✏ Comprimento → no sentido cabeça → pés 📏 Largura → lateral (de um lado ao outro).

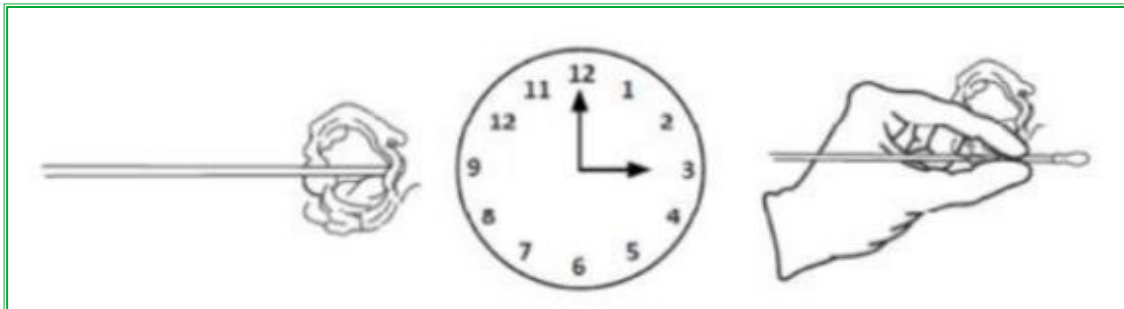
Observação

Na presença de duas ou mais feridas, separadas por pele íntegra de até 2 cm ou durante o processo cicatricial com formação de ilhas, deve-se considerar como ferida única. Mensurar as feridas, calcular a área lesada e somá-las.

→ **Bidimensional** – quando inclui comprimento, largura e profundidade (C x L x P).

Para mensurar a profundidade utiliza-se swab, espátula, cateter, entre outros), realizando a marcação no material e posteriormente a medição na régua descartável.

→ **Túnel/ solapamento** - Quando uma ferida tem canais se espalhando a partir da lesão central. Solapamentos: descolamento do tecido subjacente da pele íntegra devido à destruição tecidual. Para mensurar, introduzir sonda ou cateter na ferida; fazer varredura da área no sentido horário; identificar o ponto de maior descolamento tecidual (direção em horas), sendo a referência de 12 horas deverá estar no sentido cefálico; marcar na sonda o ponto mais próximo da borda; medir na régua o segmento marcado; registrar no prontuário o tamanho (cm) e direção (H) da medida feita para comparação posterior. Exemplo: 2 cm em direção a 3 horas, conforme abaixo:



Fonte: VIDEIRA,2018.

CARACTERÍSTICA DO LEITO DA FERIDA

Permite identificar o estágio da cicatrização e/ou se existe alguma complicação. Avaliar qual tipo de tecido está mais presente no leito da ferida, podendo uma mesma ferida apresentar mais de um tipo de tecido no leito. Nesses casos pode-se descrever associando uma porcentagem para cada tipo de tecido encontrado.

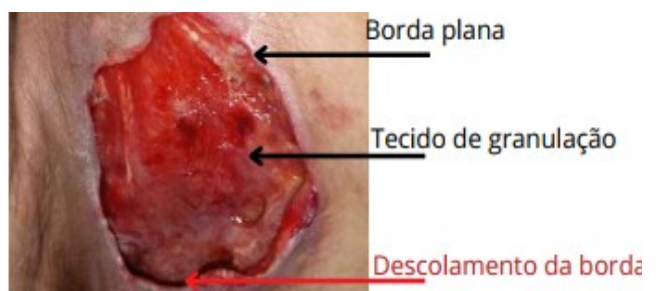
TIPOS DE TECIDOS PRESENTES NO LEITO DA LESÃO

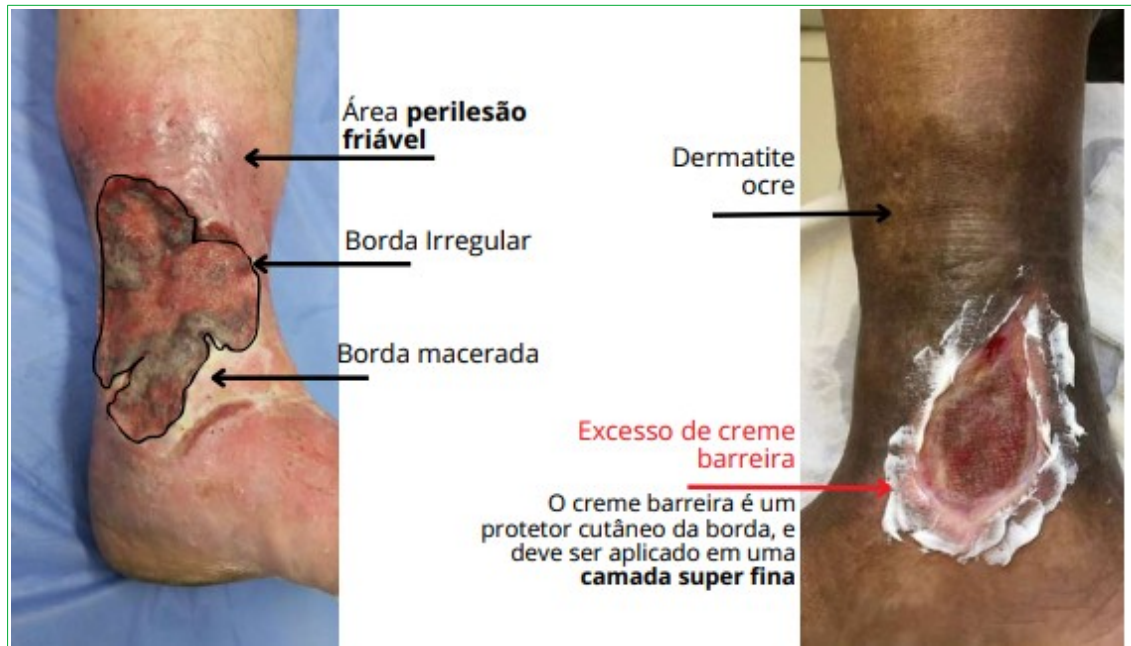


Fonte: Protocolo de Enfermagem – Prevenção e Tratamento de Feridas – Porto Alegre, 2025

CARACTERÍSTICAS DAS BORDAS DA FERIDA

As condições dos bordos da ferida e pele peri-lesional são importantes para a resolução da ferida. Considerando que na fisiologia do processo de cicatrização há contração das bordas para epitelização das feridas, a atenção a gestão da borda é uma etapa importantíssima na avaliação da lesão. As bordas podem apresentar-se planas, elevadas ou retraídas, descoladas, com epibolia ou maceradas. Recomenda-se avaliar a área peri-lesional em torno de 4 cm da borda da ferida.





Fonte: Protocolo de Enfermagem – Prevenção e Tratamento de Feridas – Porto Alegre, 2025

PRESENÇA DE INFECÇÃO

As feridas estão naturalmente colonizadas, mas estados de colonização crítica e infecção atrasam, estagnam ou impedem o processo de cicatrização, podendo ter consequências sistêmicas graves se não controlados. Observar a área ao redor da lesão quanto à presença de calor, edema ou rubor, bem como sinais sistêmicos como febre. Infecções na ferida podem aumentar a quantidade de exsudato. É fundamental reforçar a etapa de limpeza, e escolher coberturas com ação bactericida. Solicitar cultura e antibiograma se necessário, conforme Anexo 1.

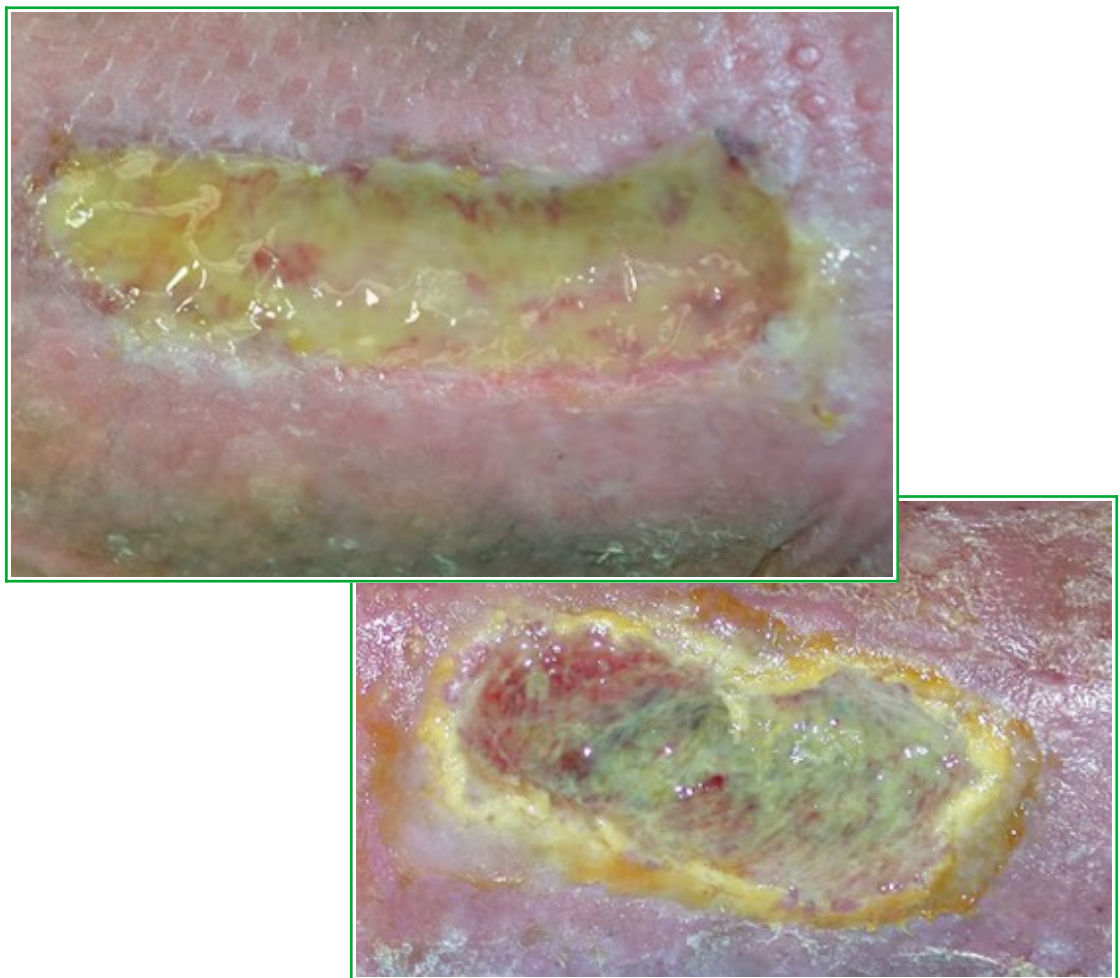


➤ Exsudato purulento e área de necrose com alta probabilidade de infecção.

PRESENÇA DE BIOFILME

Na maioria das feridas de difícil cicatrização o biofilme estará presente, até mesmo na perilesão. Biofilme é definido e descrito como uma comunidade complexa, formada pelo agrupamento de um ou mais tipos de microrganismos, geralmente bactérias e fungos, não é possível a observação a olho nú. Esse agrupamento de bactérias são envoltos em uma estrutura polimérica chamada de matriz extracelular produzida pelas próprias bactérias, que forma uma barreira por meio da qual os microrganismos se protegem da resposta imunológica da pessoa, tolerantes aos antibióticos e antissépticos, levando a uma infecção subclínica prolongada na ferida.

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

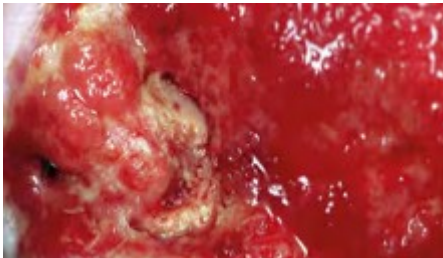


Fonte: Coloplast



CARACTERÍSTICAS DO EXSUDATO

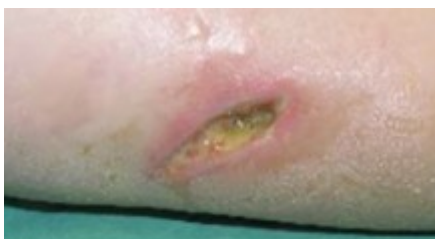
O exsudato é um líquido semelhante ao plasma, rico em proteínas, que desempenha papel essencial no processo de cicatrização, mas deve ser controlado. Tanto a quantidade excessiva quanto a insuficiente de exsudato podem comprometer as condições ideais para a cicatrização, como a manutenção de um meio úmido. O controle pode ser feito por meio de coberturas específicas e, em alguns casos, com terapias antimicrobianas. A quantidade e as características do exsudato variam conforme a natureza da lesão. Ele pode ser classificado segundo os seguintes aspectos:



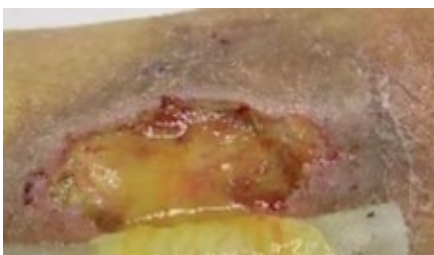
Sanguinolento: líquido, avermelhado, pode conter coágulos sanguíneos e indicar trauma em tecido friável, se em média ou grande quantidade pode indicar processo infeccioso em feridas crônicas.



Serosanguinolento: Rosado ou avermelhado, pouco espesso, levemente mais espesso que o aquoso geralmente presente na fase inflamatória.



Seroso: Claro, cor de âmbar ou palha. Consistência: Fino, aquoso, menos líquido geralmente apresenta-se em feridas com tecido viável.



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



Classificação do Exsudato

Quantidade	Descrição	Critério Prático	Observações
Pouco	Ferida levemente úmida	Até 25% do curativo saturado	Geralmente adequado para manutenção do meio úmido; trocas menos frequentes.
Moderado	Ferida com exsudato evidente	25 a 75% do curativo saturado	Requer trocas regulares; cuidado para evitar maceração da pele perilesional.
Abundante	Ferida com grande quantidade de exsudato	Mais de 75% do curativo saturado	Maior risco de maceração; considerar curativos altamente absorventes; avaliar possível infecção.

Fonte: National Library of Medicine, 2010

DOR E ODOR

ODOR: A presença de odor poderá ser indicativa do seu estado de colonização ou infecção. O odor é um sinal clínico, não uma medida isolada, que ajuda a identificar:

- Infecção bacteriana (geralmente odor forte, fétido ou desagradável)
- Necrose tecidual (tecido morto produz cheiro característico)
- Feridas crônicas com acúmulo de exsudato ou biofilme.

Indicador de Teler:

Pontuação	Descrição
0	Sem odor perceptível
1	Odor leve, só detectável próximo à ferida ou ao remover cobertura
2	Odor moderado, perceptível quando a cobertura está exposta
3	Odor forte, perceptível a cerca de 1 metro (distância de um braço)
4	Odor muito forte, perceptível ao entrar no quarto ou na área próxima da pessoa

DOR: Permite identificar infecção, inflamação ou complicações na cicatrização.

- x Orienta a escolha de curativos, técnicas de limpeza e analgesia.
- x Avalia a resposta ao tratamento e a evolução da ferida.
- x Utilizar a Escala Numérica (NRS) -0-10- para avaliação da dor ; complementar com Escala de Faces em crianças ou pacientes com dificuldade de comunicação.

**EXAMES COMPLEMENTARES**

Avaliação global de pessoas com lesões por pressão é etapa fundamental para o sucesso da cicatrização. Além da avaliação e tratamento das comorbidades, há de se atentar para presença de anemia e carências vitamínicas que são essenciais para o processo de cicatrização. Se identificada carência ou alterações, encaminhar para consulta médica para ajuste de terapia medicamentosa ou suplementação. Na primeira consulta de Enfermagem e ao longo do processo de avaliação da ferida, poderão ser solicitados os seguintes exames laboratoriais, se necessário:

EXAME	INDICAÇÃO	VALOR DE REFERÊNCIA	QUANDO SOLICITAR
Hemograma completo	Dificuldade na cicatrização, suspeita clínica de anemia e/ou infecção.	Hb: 12.8 - 17.8 g/dL (homens) 12-16,5 g/dL (mulheres) Ht: 40 - 54% (homens) 35-47% (mulheres) Leucócitos: 4000 - 11000mm ³	1ª. consulta se o paciente não ter exames com resultados no período anterior a 6 meses.
Glicemia de jejum	Dificuldade na cicatrização, suspeita clínica de diabetes	< 100 mg/dL	
Albumina sérica	Feridas crônicas ou extensa, sinais de atraso cicatricial, risco nutricional.	Normal: 3,5 – 5,0 g/dL Risco nutricional: < 3,5 g/dL Comprometimento da cicatrização: < 3,0 g/dL	
HbA1C Hemoglobina glicada	Dificuldade na cicatrização. Para diabéticos em tratamento.	<u>Meta terapêutica:</u> Ideal:< 7% Aceitável: 7,0 – 7,9%	
<i>Swab ou Coleta de material microbiológico para identificação de microorganismos.</i> <i>* Instrução de Coleta conforme POP</i>	Sinais clínicos de infecção.	Cultura positiva ou negativa.	



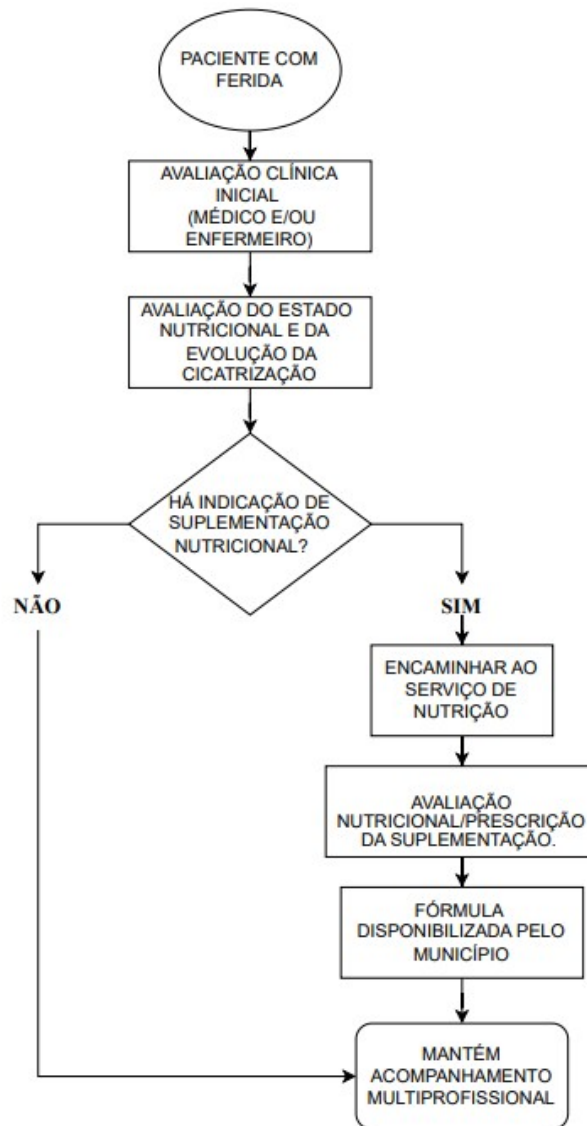
			antimicrobianas.
Vitamina B12	Para pacientes com feridas crônicas ou de difícil cicatrização, especialmente na presença de anemia, risco nutricional, idade avançada ou falha na evolução cicatricial.	<ul style="list-style-type: none">➤ Faixa adequada → 300–900 pg/mL➤ 200–300 pg/mL → Pode haver deficiência funcional, especialmente em feridas crônicas.➤ < 200 pg/mL → Deficiência estabelecida	1ª. consulta se o paciente não ter exames com resultados no período anterior a 6 meses.
Vitamina D	Deve ser considerada em pacientes com feridas crônicas ou de difícil cicatrização, sendo desejável manter níveis séricos ≥ 30 ng/mL.	<ul style="list-style-type: none">➤ Deficiência: < 20 ng/mL➤ Insuficiência: 20–29 ng/mL➤ Suficiência: ≥ 30 ng/mL➤ Faixa desejável em feridas crônicas: 30–60 ng/mL.	
Zinco	Feridas crônicas, extensas ou de difícil cicatrização, especialmente na presença de desnutrição ou infecção recorrente.	Normal: 70–120 $\mu\text{g/dL}$ Deficiência: < 70 $\mu\text{g/dL}$ Faixa desejável em feridas crônicas: ≥ 80 $\mu\text{g/dL}$	



NUTRIÇÃO NO TRATAMENTO DE FERIDAS E SUA CONTRIBUIÇÃO NO PROCESSO CICATRICIAL

O estado nutricional do paciente é um fator determinante para a adequada cicatrização das feridas. A integridade da composição corporal, a hidratação adequada e o aporte suficiente de macro e micronutrientes são indispensáveis para o reparo tecidual eficaz. Pacientes com doenças pré-existentes ou condições clínicas associadas devem ser avaliados quanto às suas necessidades nutricionais, com indicação de orientação dietética individualizada, conforme a condição clínica e metabólica.

Fluxograma 1 – Fluxo de encaminhamento ao serviço de nutrição





TRATAMENTO DE FERIDAS

LIMPEZA DAS FERIDAS

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, carga bacteriana e biofilme.

Tecidos desvitalizados, não só do leito da ferida, mas da área perilesional precisam ser retirados no momento da limpeza. Sujidades, crostas e hiperqueratoses precisam ser removidas. Para lesões com **cicatrização dentro da fase adequada** a limpeza deve ser iniciada utilizando solução fisiológica 0,9% (SF) morna atentando para que a temperatura não cause queimaduras na pele.

A limpeza deve ser realizada com solução fisiológica a 0,9%, utilizando seringa de 20 ml e agulha 40 X 1,2 ou 30 X 0,8 mm, ou irrigação com solução fisiológica 0,9%, em frascos de 125 ou 250 ml perfurando o dispositivo autovedante com a agulha de 40x12 ou 30X81. **A irrigação em jatos é utilizada somente para tecidos de granulação, em tecidos desvitalizado**, se faz necessário uma leve fricção com a gaze, com a finalidade de remover esfacelos soltos. A solução fisiológica deve ser morna, em torno de 37°. Não havendo disponibilidade de equipamento adequado para controle da temperatura, orienta-se a testar na parte inferior do antebraço e sentir a temperatura se está morna.

Limpar a ferida com solução fisiológica 0,9% fria provoca um atraso na cicatrização.

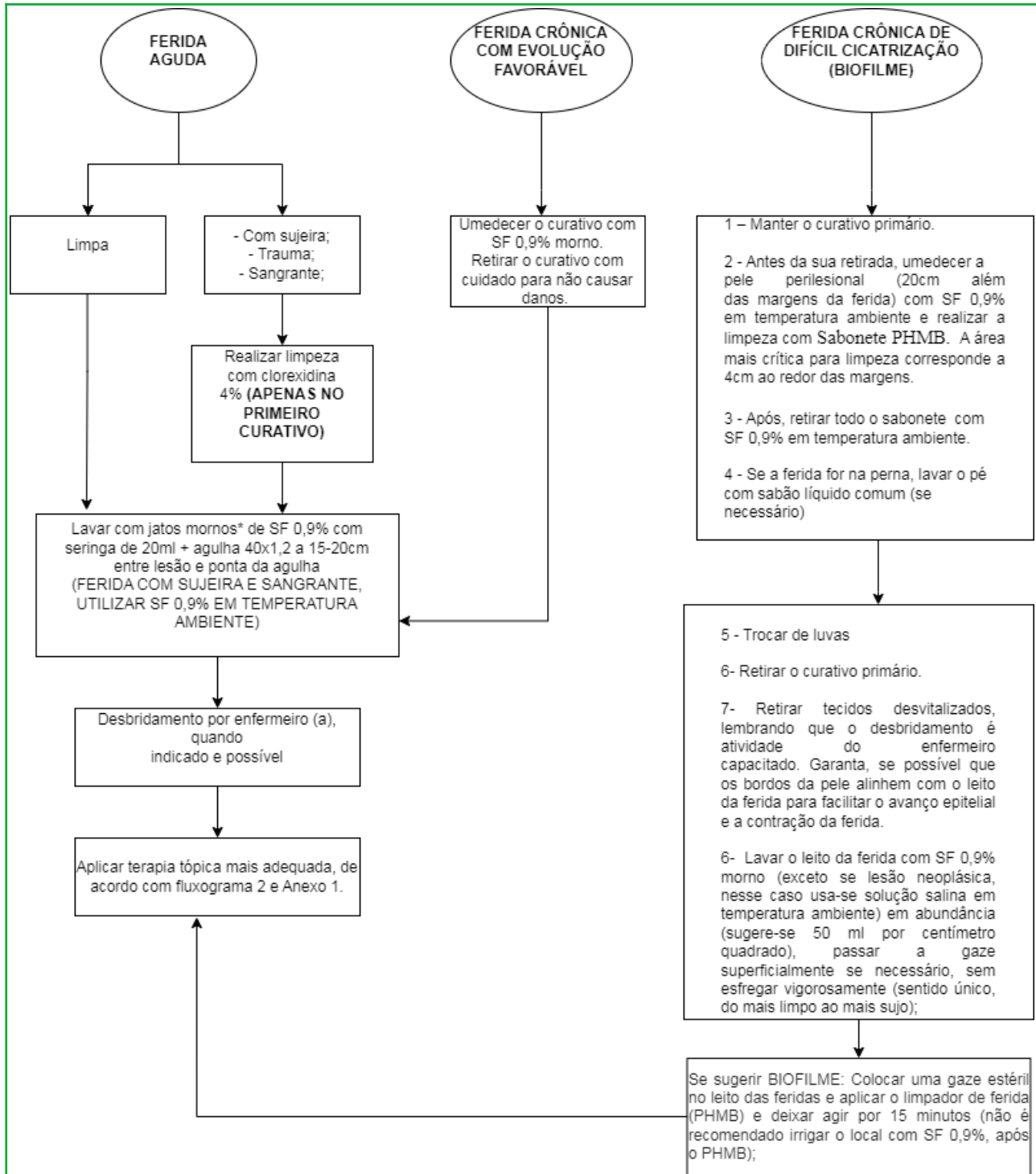
Em feridas de difícil cicatrização a área perilesional (aproximadamente 20cm das bordas da ferida) pode ser limpa com a mesma solução utilizada no leito da ferida (ATKIN et. al., 2019; SOBEST, 2017)

Nas feridas com atraso no processo de cicatrização, a limpeza deve ser realizado com solução fisiológica a 0,9%, em temperatura ambiente, pois ela estando morna aumenta o risco de sangramento nessa situação. O atraso na cicatrização se deve, em grande parte, à presença de biofilme, que retarda o processo de cicatrização natural. Assim, utilizar solução fisiológica 0,9% em temperatura ambiente diminui o risco de sangramento. Nessa condição o manejo do biofilme é a principal intervenção, e sendo esta a prioridade, a temperatura da solução de limpeza não irá influenciar de modo a atrapalhar o processo de cicatrização.

Com a finalidade de garantir a correta execução e a uniformidade da prática assistencial, o procedimento de limpeza de feridas encontra-se descrito abaixo.



Fluxograma 2 – Limpeza das feridas





DESBRIDAMENTO

O tecido presente no leito da ferida exerce função essencial no processo de cicatrização, sendo necessário seu monitoramento e registro sistemático durante a evolução. A presença de tecido não viável mantém a ferida na fase inflamatória, favorece a proliferação bacteriana, retarda a cicatrização e deve ser removida precocemente por meio de técnicas de desbridamento (Murphy et al., 2022).

O desbridamento consiste na remoção de tecido necrótico, esfacelo, crostas, hiperqueratose ou corpos estranhos, com o objetivo de estabelecer um leito limpo e adequado, promovendo condições favoráveis à cicatrização (SOBEST,2017).

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

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Murphy et al., 2022; Abbade et al., 2020; SOBEST, 2017.

A indicação do desbridamento e a escolha do método a ser utilizado são atribuições do enfermeiro, realizadas durante a consulta de enfermagem. O técnico de enfermagem deverá seguir a



prescrição de enfermagem estabelecida pelo enfermeiro, podendo executar o desbridamento autolítico, enzimático e mecânico.

O desbridamento instrumental é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro, desde que possua conhecimento, habilidade técnica e capacitação específica para o procedimento. O desbridamento cirúrgico compete ao profissional médico.



TÉCNICAS PARA DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL

Slice- remoção da necrose é feita com auxílio de tesoura ou bisturi. Pinçar o tecido necrótico na borda, com a pinça de dissecação; dissecar o tecido necrótico em finas lâminas, em um único sentido, utilizando a lâmina de bisturi.

Square – com a lâmina de bisturi realizar pequenos quadradinhos (de 2 mm a 0,5 cm) no tecido necrótico que posteriormente podem ser delicadamente removidos da ferida um a um, sem risco de comprometimento tecidual mais profundo. Esta técnica também pode ser utilizada para facilitar a penetração de substâncias desbridantes no tecido necrótico.

Cover - a necrose é removida em forma de tampa, as bordas do tecido necrótico são deslocadas, assim, é possível visualizar e retirar o tecido comprometido do íntegro.

Interromper o procedimento antes do aparecimento do tecido viável se: Sangramento moderado a intenso, queixa de dor, cansaço (da pessoa ou do profissional), tempo prolongado e insegurança do profissional.



QUANDO NÃO REALIZAR DESBRIDAMENTO



O desbridamento não é recomendado nos casos de necrose seca e estável em calcâneo não infectado, quando a lesão estiver aderida em todas as bordas e sem flutuação; em pacientes em fase terminal ou em cuidados paliativos; em feridas arteriais com necrose seca e aderida; quando o Índice Tornozelo-Braquial (ITB) for inferior a 0,5; e em situações de distúrbios de coagulação (ATKIN et al., 2019; SOBEST, 2017).

COBERTURAS ESPECIAIS PADRONIZADAS: TIPO, INDICAÇÃO E CUIDADOS

Na década de 1960 passou-se a compreender a importância da cicatrização e do tratamento de feridas em ambiente úmido. Posteriormente, na década de 1980, foram definidos os critérios que um curativo ideal deveria atender, como a manutenção da umidade adequada, o controle do excesso de exsudato, a possibilidade de trocas gasosas, o isolamento térmico, a proteção da ferida contra agressões externas físicas e microbianas, a ausência de componentes tóxicos e a remoção do curativo sem provocar dor ou trauma ao tecido (AFONSO; AZEVEDO; ALVES, 2014).

Dessa forma, as coberturas constituem parte fundamental do tratamento das feridas. A escolha adequada da cobertura contribui para a cicatrização, auxilia na redução da dor, promove maior conforto ao paciente e favorece a recuperação do tecido lesionado.



Atualmente, há uma ampla variedade de produtos disponíveis para a prevenção e o tratamento de feridas, cujos efeitos terapêuticos se baseiam em princípios que favorecem a cicatrização, com menor ocorrência de efeitos adversos e melhor qualidade do cuidado.

Para elaboração do protocolo Municipal de Cuidados com Feridas, realizamos uma seleção dos produtos mais comuns, contendo descrição dos mesmos, a ação, as indicações e contraindicações, modo de aplicação e periodicidade de troca de cada produto. Seguindo critérios e diretrizes amplamente utilizadas, divididas em categorias, para melhor entendimento. O anexo I desse documento vem como instrumento norteador auxiliando na conduta e tomada de decisão.



LIMPEZA E PREPARO DO LEITO


A limpeza adequada remove sujidade, debris e biofilme, reduz carga bacteriana e prepara o leito para receber a cobertura adequada. O PHMB apresenta excelente perfil de segurança, baixa citotoxicidade e ação antimicrobiana comprovada contra bactérias gram-positivas, gram-negativas e fungos. É uma tecnologia estável, com custo acessível promovendo um ambiente favorável à cicatrização e reduzindo complicações infecciosas. Diretrizes internacionais (WHS, EWMA, NICE) e nacionais (SBMH, ANVISA), orientam que a clorexidina comumente usada, não deve ser utilizada em feridas crônicas devido ao risco de citotoxicidade, atraso na cicatrização, piora da resposta inflamatória e desconforto ao paciente. A clorexidina será utilizada em casos de limpeza de mordeduras de animais, e no primeiro curativo de lesões agudas, decorrentes de traumas e que apresentem sujidade visível.

Material / Curativo	Indicação Clínica	Cuidados e Contraindicações	Periodicidade das trocas
<p>Poliexanida e Betaína (PHMB) Solução</p> 	<p>Limpeza e remoção de biofilme, preparo do leito. Feridas agudas ou de difícil cicatrização.</p>	<p>Após a limpeza com solução fisiológica, molhar gazes com PHMB solução e mantenha no leito da ferida por aprox. 15 min. ou conforme bula. Contraindicado a utilização em cartilagem hialina, queimaduras de 3º grau. Após abertura utilizar em 8 semanas.</p>	<p>A cada curativo</p>
<p>Sabonete PHMB</p> 	<p>Limpeza da pele íntegra ao redor da ferida com ação antimicrobiana. Atividade bactericida, fungicida e vírucida.</p>	<p>Utilizar somente na pele íntegra, evitando o contato direto com o leito da ferida, salvo orientação específica do fabricante. Aplicar na área a ser higienizada, sobre a pele previamente umedecida. Espalhar suavemente, sem fricção excessiva, garantindo a limpeza da área. Após a aplicação o produto não possui necessidade de enxágue, podendo ser retirado o excesso (se for necessário) com compressa de gaze.</p>	<p>Nas trocas de curativo quando alto risco de infecção e indicação de desbridamento mecânico</p> <p>Não é recomendado o uso indiscriminado por períodos prolongados sem reavaliação, a fim de evitar ressecamento ou irritação cutânea.</p>



PROTEÇÃO DA PELE / BARREIRAS

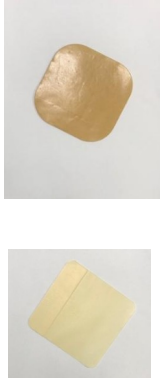

A integridade da pele perilesional é um fator crítico para evitar maceração, erosões e dermatite associada à umidade. Produtos barreira formam um filme protetor que reduz fricção, repulsão de fluidos e permitem a recuperação da pele, permitindo a continuidade segura da terapia de curativos (BRASIL,2013).

Produto	Indicação Clínica	Cuidados e Contraindicações	Periodicidade das trocas
Spray Barreira 	O spray barreira é indicado para proteção da pele íntegra ou fragilizada, formando uma película protetora que ajuda a prevenir lesões, maceração e irritações causadas pela umidade, fricção ou contato com exsudatos e efluentes corporais.	Aplicar o spray barreira a uma distância aproximada de 10 a 15 cm da pele, formando uma camada fina e uniforme sobre a área a ser protegida. Aguardar a secagem completa do produto, sem friccionar ou espalhar. Não aplicar diretamente no leito da ferida!	Aplicação a cada troca de curativo, quando houver contato da pele com exsudato ou risco de maceração. Reavaliação contínua ajustando a frequência conforme a integridade da pele e resposta ao produto. Não remover a película protetora com fricção; a remoção ocorre naturalmente com a renovação da pele.

PROTEÇÃO /MANUTENÇÃO DA UMIDADE



O curativo hidrocoloide é indicado por promover ambiente úmido estável, favorecer epitelização e proteger o tecido recém-formado. Garante isolamento térmico, reduz atrito e oferece excelente custo-benefício para feridas superficiais e de baixa exsudação, sendo tecnologia amplamente recomendada para uso ambulatorial no SUS (SOBRATAFE ,2021).

O AGE (Ácidos Graxos Essenciais) é indicado quando a ferida ou a pele não exige uma cobertura tecnológica, funcionando como terapia tópica simples, de manutenção e proteção do meio úmido.Utilizado quando a ferida apresenta baixo ou nenhum exsudato, que não justifique uma cobertura absorvente. É **contraindicado** para feridas tumorais.

Produto	Indicação Clínica	Cuidados e Contraindicações	Periodicidade das trocas
<p>Hidrocoloide</p> 	<p>Áreas em epitelização, Abrasões, dermatites, feridas traumáticas superficiais. Prevenção de atrito em proeminências ósseas. Úlceras de pressão estágio I e II.</p> <p>Estimula a granulação e a angiogênese. Mantém a umidade e a temperatura em torno de 37°C facilitando o crescimento celular e a regeneração tissular, também promove o desbridamento autolítico.</p>	<p>Deve ser aplicada diretamente sobre a ferida, deixando uma margem de 1 a 2 cm para perfeita aderência à pele íntegra.</p> <p>Pode ser recortada, não precisa de tesoura estéril, pois, as bordas da placa não entram em contato com o leito da ferida.</p> <p>Contraindicações: Feridas infectadas e com grande quantidade de exsudato</p>	<p>Quando ocorrer extravasamento do gel ou descolamento das margens da placa, não ultrapassando 7 dias.</p> <p>Para retirar a placa, segurar com uma mão as bordas do curativo e com a outra puxar para longe do centro descolando em partes.</p>
<p>Ácidos Graxos Essenciais</p> 	<p>Promove angiogênese, mantém o leito úmido, pode ser utilizado em feridas com tecido de granulação.</p>	<p>Uso prolongado pode causar hipergranulação!</p> <p>*Não deve ser usado como hidratante, nem como barreira protetora de bordas!</p> <p>*Está contraindicado para feridas tumorais!</p>	<p>A cada 24 horas.</p> <p>Obs: utilizar com gaze ou tela não aderente.</p>

CURATIVOS PRIMÁRIOS NÃO ADERENTES



São fundamentais para proteger tecidos frágeis e evitar trauma no momento da troca. Evitam trauma mecânico ao tecido recém-formado e reduzem dor durante as trocas, preservam o tecido de epitelização e reduzem dor e sangramento, favorecendo o processo de cicatrização (BRASIL, 2016; SOBENDE, 2020; SOBRATAFE, 2021).

Produto	Indicação Clínica	Cuidados e Contraindicações	Periodicidade das trocas
<p>Malha com emulsão de petrolato</p> 	<p>Pele frágil, enxertos, tecido em epitelização.</p> <p>Malha antiaderente, estéril, utilizada como cobertura primária em feridas, evita traumas nas trocas e permitem a drenagem do exsudato para a cobertura secundária.</p>	<p>Pode ser recortada e adaptada ao leito da ferida. Após, deve aplicar cobertura secundária.</p> <p>Pode desencadear processo alérgico local.</p>	<p>Troca está condicionada a terapia tópica associada.</p> <p>Trocar em no máximo 72h.</p>
<p>Filme Transparente</p> 	<p>O filme transparente não estéril em rolo é indicado para fixação e retenção de curativos, compressas, cateteres, tubos de drenagem e etc. Utilizado também sobre os geis no manejo de necroses secas. Utilizado também em proteção de proeminências ósseas.</p>	<p>Não há descrição de contraindicação.</p> <p>Evitar o uso em perilesão friável.</p> <p>Cuidar na retirada para não causar trauma em peles frágeis.</p>	<p>A cada troca de curativos</p>

CURATIVOS DE HIDROGEL (DEBRIDAMENTO / HIDRATAÇÃO)

Promovem desbridamento autolítico, mantendo o leito umedecido e favorecendo a migração celular. Hidrogéis reidratam o tecido desvitalizado e favorecem o desbridamento autolítico, considerado método seguro e de baixo trauma, especialmente indicado para úlceras secas e feridas dolorosas. São recomendados por diretrizes nacionais e internacionais (BRASIL, 2016; SOBENDE, 2020; SOBRATAFE, 2021).






Produto	Indicação Clínica	Cuidados e Contraindicações	Periodicidade das trocas
<p>Hidrogel com alginato</p> 	<p>O hidrogel com alginato combina propriedades de doar umidade, mas também, e absorver mais que um gel simples, sendo útil quando há exsudato moderado. Indicado para cavidades ou feridas profundas que produzem secreção. absorvem grandes quantidades de exsudato e formam gel com o fluido da própria ferida.</p>	<p>Deve ser aplicado diretamente sobre o leito da ferida em quantidade que não extravase para as bordas por risco de maceração. Preencher o leito sem compactar. Em cavidades: Preencher cerca de 80% do espaço.</p> <p>Contraindica-se utilizar em feridas cirúrgicas fechadas.</p> <p>Depois de aberto, deve ser usado em até, no máximo, 4 semanas.</p> <p>Não indicado em lesões sem exsudato</p>	<p>A troca de curativo não deve exceder 72 horas.</p> <p>Obs: Utilizar cobertura secundária, como malha de petrolato ou malha não aderente. Se necessário, utilizar outro curativo sobreposto, como espumas ou antimicrobianos.</p>
<p>Hidrogel Amorfo</p> 	<p>Mantêm o ambiente úmido e facilita a autólise (remoção natural de tecido morto) da ferida. Ajuda a hidratar feridas secas ou com pouco exsudato. Não é um curativo "absorbente": ele doa água, em vez de absorver.</p>	<p>Esfacelo aderido, úlceras por pressão. promove desbridamento químico/enzimático ativo. Indicado para necrose e esfacelo moderado a intenso.</p>	<p>Obs: Utilizar cobertura secundária, como malha de petrolato ou malha não aderente.</p>



CURATIVOS DE ALGINATO / HIDROFIBRA



Alginatos e hidrofibras possuem alta capacidade de absorção, o exsudato é absorvido de forma vertical, mantendo o leito úmido ideal e reduz o risco de maceração, favorecendo a cicatrização. Quando associados à prata, auxiliam no manejo de feridas com risco de infecção e biofilme (SOBRATAFE, 2021).

Produto	Indicação Clínica	Cuidados e Contraindicações	Periodicidade das trocas
<p>Fibra de Alginato de Cálcio/sódio</p> 	<p>Promove a hemostasia; absorve exsudato, mantém a umidade da ferida auxiliando no desbridamento autolítico e a granulação. Indicada para feridas com exsudato de moderado a intenso, com ou sem sangramento e feridas cavitárias.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Possui absorção horizontal, por isso, deve ser recortada do tamanho exato da ferida para prevenir maceração das bordas.-Contraindicado para feridas secas ou com pouco exsudato.-Não utilizar em tecido ósseo ou tendões.-Não indicado em túneis e fístulas, devido a dificuldade de remoção após saturação. <p>--Pode ser recortada.</p>	<p>Em feridas infectadas a troca deve ocorrer de 24/24 horas, nas demais feridas conforme exsudato e no máximo em 7 dias.</p>
<p>Hidrofibra com prata</p> 	<p>Indicada para feridas infectadas e exsudativas. Liberação controlada de prata iônica. Ação bactericida e bacteriostática. *Evite prata quando não há sinais clínicos de infecção, pois pode retardar a proliferação celular em feridas limpas (uso clínico criterioso recomendado).</p>	<ul style="list-style-type: none">-Não utilizar em feridas secas.-Aplicar o curativo sobre a ferida mantendo 1 cm maior que a borda da ferida. A cobertura secundária deverá ser trocada sempre que necessário. <p>Pode ser recortada.</p>	<p>Pode ficar no leito da lesão por até 7 dias a depender da saturação.</p> <p>Deve ser trocada se saturada.</p>
<p>Hidrofibra sem prata</p> 	<p>Feridas com exsudato moderado a alto.</p> <ul style="list-style-type: none">- Feridas traumáticas ou cirúrgicas limpas.- Feridas cavitárias ou tunelizadas. <p>- Não infectadas!</p>	<ul style="list-style-type: none">-Não utilizar em feridas com sinais clínicos de infecção.-Retirar atraumaticamente-Não utilizar em feridas com sinais clínicos de infecção.- Alergia conhecida a carboximetilcelulose ou outros componentes do curativo- Feridas secas ou com baixo exsudato.	<p>Pode ficar no leito da lesão por até 7 dias a depender da saturação.</p> <p>Deve ser trocada se saturada.</p>



CURATIVOS DE ESPUMA SIMPLES E COM PRATA

As espumas são curativos avançados que mantêm o ambiente úmido ideal para a cicatrização, facilitando a migração celular e a formação de tecido de granulação. Quando associadas à prata, as espumas adquirem ação antimicrobiana eficaz contra bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, auxiliando no controle da carga bacteriana e na prevenção de infecções secundárias. Também reduzem a frequência de trocas de curativos, reduzindo custos com materiais e horas despendidas da equipe assistencial. A utilização de espumas, isoladas ou associadas à prata, está respaldada por evidência científica e guidelines internacionais (Wound Healing Society, 2023; EWMA, 2024).

Produto	Indicação Clínica	Cuidados e Contraindicações	Periodicidade das trocas
<p>Espuma poliuretano, c/ prata</p> 	<p>Indicada para feridas infectadas e muito exsudativas. Ação bactericida e bacteriostática contínua com alta absorção.</p>	<p>Não utilizar em feridas secas. A espuma deve ultrapassar aproximadamente 2 cm da borda da ferida. Pode ser recortada.</p>	<p>Pode ficar no leito da lesão por até 7 dias a depender da saturação. O lado liso que fica em contato com o leito.</p>
<p>Espuma de poliuretano sem prata</p> 	<p>Feridas exsudativas moderadas a intensas, onde não há sinais de infecção ou risco de colonização bacteriana significativo. Pode ser utilizada sob compressão (ex: bota de unna).</p>	<p>Não utilizar em feridas secas. A espuma deve ultrapassar aproximadamente 2 cm da borda da ferida. Pode ser recortada. Quando usado sob terapia de compressão, o curativo deve ser cortado no tamanho da ferida;</p>	<p>Pode permanecer na ferida por até 7 dias, dependendo do volume de exsudato e da integridade do curativo. A troca deve ocorrer antes se a secreção estiver a menos de 1,5 cm a 2 cm da borda externa, se houver vazamento, ou se o adesivo soltar.</p>



CURATIVOS ANTIMICROBIANOS ESPECÍFICOS

Curativos antimicrobianos específicos são recomendados para feridas com biofilme e infecção local, pois reduzem carga bacteriana sem aumentar resistência microbiana e diminuem necessidade de antibióticos sistêmicos. As coberturas com antimicrobianos (prata) deverão ser utilizadas apenas com sinais clínicos de infecção local.

Produto	Indicação Clínica	Cuidados e Contraindicações	Periodicidade das trocas
Malha antimicrobiana - Sorbact	Indicada para feridas colonizadas ou com risco de infecção, A malha é impregnada com DACC (Dialquil-Cloreto de Carbamoil), uma substância hidrofóbica que atrai e liga microrganismos hidrofóbicos (bactérias e fungos) à superfície do curativo. Essa ligação é irreversível, removendo os microrganismos da ferida a cada troca do curativo, sem liberar agentes químicos, reduzindo risco de resistência bacteriana e toxicidade local.	<p>A malha antimicrobiana é amplamente segura, agindo por mecanismo físico sem liberar substâncias químicas.</p> <p>O paciente pode apresentar Hipersensibilidade aos componetes.</p> <p>O uso conjunto de cremes, pomadas ou soluções oleosas reduz a eficácia, pois bloqueia a atração bacteriana (DACC) .</p> <p>Não utilizar diretamente sobre feridas secas ou com pouca umidade.</p> <p>Não cortar! É composto por múltiplas camadas de absorção dentro do curativo. O curativo é de uso único e todo o material não utilizado deve ser descartado.</p>	A frequência da troca do curativo depende dos níveis de exsudato e do estado geral da ferida e da pele circundante. Se o curativo estiver completamente saturado (mudança na cor), deve ser trocado. Se as condições clínicas permitirem, o curativo pode permanecer no local por até 7 dias.



BOTA DE UNNA

Compressão inelástica é o padrão-ouro para tratamento de úlcera venosa. A compressão gradual favorece drenagem venosa, redução do edema e melhora da perfusão, acelerando a cicatrização de úlceras venosas. Pode ser associada a curativos absorventes ou antimicrobianos, permitindo manejo do exsudato e controle microbiano, conforme avaliação do profissional. A Bota de Unna deve ser prescrita pelo médico vascular, ou pelo clínico da UBS, após avaliação criteriosa do exame de Doppler Vascular, onde foi excluído TVP e avaliado criteriosamente a perfusão arterial (ITB não pode ser $<0,8$). A aplicação e acompanhamento da bota será realizado pelo enfermeiro do Programa. A periodicidade de troca da Bota de Unna depende do estado da ferida, exsudato e avaliação clínica, mas tecnicamente segue a recomendações a cada 7 dias, mantendo compressão gradual constante.

Produto	Indicação Clínica	Cuidados e Contraindicações	Periodicidade das trocas
Bandagem Inelástica -Bota de Unna	Bandagem compressiva inelástica impregnada com óxido de zinco indicada para auxílio do retorno venoso em úlceras de origem venosa e em edema de origem linfática	Avaliar ITB conforme descrito na pág.68. Não utilizar se úlceras mistas e/ou arteriais ou alergia aos componentes da bota, usuários que não deambulam e em casos de celulite e processo inflamatório intenso devido dor à compressão. Pode associar cobertura tópica no leito da ferida.	Trocas a cada 7 dias. A troca pode ser antecipada conforme avaliação do enfermeiro.



Reconheça as coberturas pelas suas funcionalidades, não pelo nome comercial do produto. As marcas podem mudar considerando o fornecedor.

AGE não é hidratante de pele e também não serve como creme barreira.

Hidrogel pode ser usado na borda da ferida somente se houver hiperqueratose aderida, com a intenção de desbridamento autolítico da borda.

Somente coberturas não tratam feridas. Precisa-se tratar a causa das feridas para conseguir êxito na cicatrização.

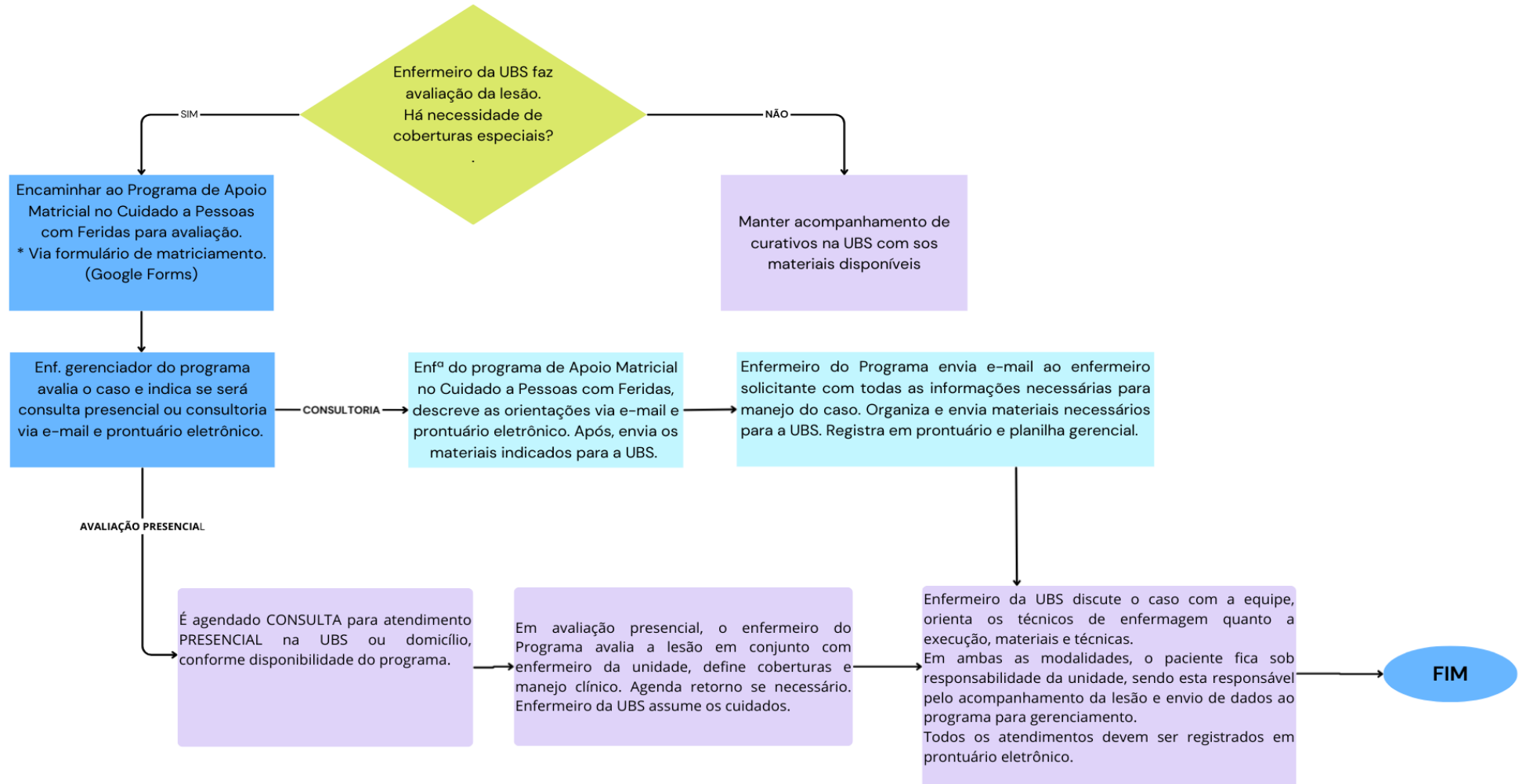


Hidrogel: se utilizado em feridas com necrose seca há a indicação do desbridamento utilizando a Técnica de Square que consiste em realizar pequenos cortes quadrados no tecido necrótico - 2 a 3 mm com auxílio de bisturi para melhorar a penetração do produto.

Alginato e hidrofibra podem fazer preenchimento de cavidade. Atentar para possibilidade de retirada posterior. Não utilizar em exposição de tendão, ossos ou cartilagem.

Feridas operatórias sem deiscência deve ser mantidas secas.

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO AO PROGRAMA DE APOIO MATRICIAL NO CUIDADO A PACIENTES COM FERIDAS



PRINCIPAIS AGRAVOS RELACIONADO ÀS FERIDAS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

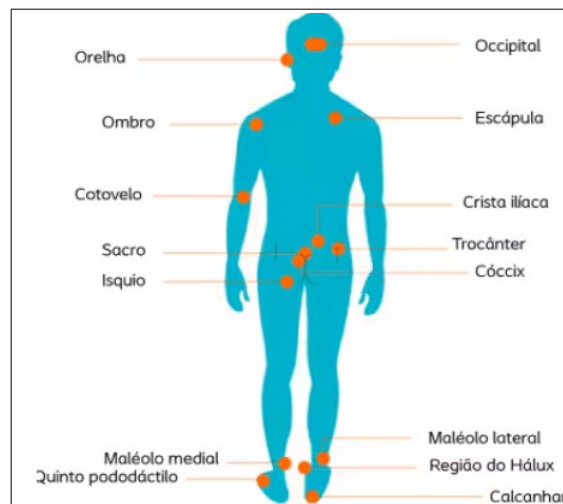
LESÃO POR PRESSÃO




A lesão por pressão (LP), conforme definição do National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), é um dano que acomete a pele e/ou os tecidos moles abaixo dela, podendo também estar relacionada ao uso de dispositivos médicos. Geralmente aparece sobre proeminências ósseas, pode causar dor e se manifestar tanto com a pele íntegra quanto como ferida aberta. Seu desenvolvimento está associado à ação de pressão intensa e/ou forças de cisalhamento mantidas por um período prolongado, levando à lesão dos tecidos.







Quanto maior o tempo de exposição a esses fatores, maior é a probabilidade de ocorrer comprometimento tissular. A pressão pode ser provocada pelo próprio peso do indivíduo ou resultar de forças externas aplicadas ao corpo.

Além disso, a lesão por pressão também pode surgir em situações em que há utilização de dispositivos de saúde, como sondas e cateteres, especialmente quando exercem pressão contínua sobre uma área específica. Condições como mobilidade reduzida, aumento da temperatura corporal, presença de umidade, nutrição inadequada, índice de massa corporal elevado e alterações na perfusão dos tecidos são aspectos que contribuem para o aparecimento dessas lesões. As terapias tópicas não substituem a necessidade de mudança de decúbito e superfícies de suporte/colchão.

Principais pontos para desenvolvimento de lesões por pressão.





Estágios e características da Lesão por Pressão		Cuidados de Enfermagem
<p>Estágio 1</p> 	<p>Pele íntegra com eritema que não muda de cor à digitopressão. Tonalidades de pele mais escuras podem apresentar-se de outra coloração. Podem ocorrer mudanças de sensibilidade do local comprometido, mudanças de temperatura ou endurecimento da área.</p>	<ul style="list-style-type: none">-Manter a pele limpa e devidamente hidratada.- Limpar a pele imediatamente após episódios de incontinência.-Evitar uso de sabonetes ou produtos alcalinos.- Proteger a pele da umidade com produto barreira (óxido de zinco/ creme barreira específico).
<p>Estágio 2</p> 	<p>Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. Há comprometimento e exposição da derme e perda de pele em sua espessura total. Tecidos desvitalizados não estão presentes nesse estágio de injúria tissular e tecidos profundos e adiposos não podem ser visualizados. Pode apresentar-se como flictena não rompido com presença de exsudato seroso. O leito da lesão apresenta-se com coloração rósea ou avermelhada.</p>	<ul style="list-style-type: none">Utilizar malha de silicone antiaderente e creme barreira para proteção das bordas.-Usar coberturas de hidrogel para lesões por pressão de Estágio 2 não infectadas e com o leito ressecado. Não utilizar hidrogel se exsudato moderado a alto.- Se exsudato moderado a alto, utilizar espuma de poliuretano sem prata (úlceras não infectadas).- Se a lesão estiver infectada e com exsudato moderado a alto, utilizar cobertura antimicrobiana absorvente (hidrofibra ou espuma, de acordo com a necessidade).
<p>Estágio 3</p> 	<p>Perda da pele em sua espessura total. O tecido adiposo se torna visível, há perda da pele em sua espessura total. Esfacelos e ou necrose de coagulação também podem estar presentes.</p>	<ul style="list-style-type: none">-Usar coberturas de hidrogel para lesões por pressão não infectadas com exsudato mínimo, se exsudativa optar por Hidrofibra ou alginato de cálcio.-Suspeita de infecção/odor/exsudato purulento utilizar hidrofibra com prata ou alginato com prata ou espuma com prata.Leito vermelho/granulando + exsudato moderado, usar espuma de poliuretano.→ protege, absorve e mantém umidade ideal.Se baixo exsudato, utilizar malha de silicone antiaderente e creme barreira para proteção das bordas.

<p>Estágio 4</p>  	<p>Perda da pele em sua espessura total e perda tissular, com presença frequente de epíbolo e túneis, este estágio caracteriza-se por perda total da espessura da pele com exposição ou palpação de fásia, músculos, tendões, ligamentos, cartilagens e/ou ossos podendo estar associado a esfacelos ou necroses.</p>	<ul style="list-style-type: none">-Usar soluções de limpeza com antimicrobianos para limpar lesões por pressão com suspeita ou confirmação de infecção. Utilizar solução de limpeza (PHMB) para quebra de biofilme, se presente na lesão.-Desbridar o tecido desvitalizado. De acordo com a necessidade e a viabilidade.-Usar coberturas de hidrogel para lesões pouco exsudativas ou fibra de alginato para exsudativas.- Utilizar curativos antimicrobianos para lesões infectadas ou potencialmente infectadas.
<p>LP não classificável</p>  	<p>Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível; Dano tissular que não pode ser classificado, pois está coberto por tecido inviável, esfacelo ou necrose, que impede a classificação exata da lesão. Após a remoção do tecido inviável a lesão passará a ser reclassificada conforme sua apresentação, geralmente em estágio 3 ou 4.</p>	<ul style="list-style-type: none">-Usar soluções de limpeza com antimicrobianos para limpar lesões por pressão com suspeita ou confirmação de infecção.-Desbridar o tecido desvitalizado.-Avaliar a lesão por pressão para a presença de osteomielite, na presença de ossos expostos.
<p>LP Tissular Profunda</p>  	<p>Neste estágio a pele pode apresentar-se íntegra ou não, com presença de descoloração vermelha escura, púrpura ou marrom que não muda de cor à digitopressão, pode ocorrer incidência de flictenas com exsudato sanguinolento ou lesão com leito escurecido após separação epidérmica. Pode ser precedido de dor e mudanças na temperatura da pele.</p>	<p>Manter a pele limpa e devidamente hidratada.</p> <ul style="list-style-type: none">-Limpar a pele imediatamente após episódios de incontinência.-Evitar uso de sabonetes ou produtos alcalinos.-Proteger a pele da umidade com produto barreira (óxido de zinco/ creme barreira específico).

CONTINUA



<p>LP Relacionada a Dispositivo Médico</p> 	<p>Lesão formada a partir do uso de dispositivos médicos terapêuticos e diagnósticos e que geralmente apresenta-se no formato do próprio dispositivo.</p>	<p>-Reduzir e / ou redistribuir a pressão na interface entre a pele e o dispositivo. -Usar cobertura profilática sob um dispositivo de saúde para reduzir o risco de lesões por pressão relacionadas a esse dispositivo.</p>
<p>LP em Membranas Mucosas</p> 	<p>Lesão onde há dano em mucosas, não podendo ser categorizada devido à anatomia do tecido.</p>	<p>-Reduzir e/ou redistribuir a pressão.</p>

Fonte: NPIAP, 2019.



NÃO CUSTA LEMBRAR...

- Os serviços podem utilizar escalas como a BRADEN (EM ANEXO) para avaliar o maior risco de desenvolver LPs e planejar os cuidados para preveni-los.
- Avaliar criteriosamente a pele negra, pois o eritema inicial encontrado na lesão por pressão estágio 1 pode não ser identificado devido a associação dos níveis de melanina da pele. Nestes casos utilizar avaliação da mudança de sensibilidade, endurecimento da pele ou mudança da temperatura do local.
- Atenção especial deve ser dada para a mudança de decúbito visando a redistribuição da pressão sobre a pele, enfatizando as proeminências ósseas, podendo ser utilizado também dispositivos de redistribuição de pressão como o colchão pneumático de pressão alternada.
- Não há evidências que comprovem o intervalo ideal para que as mudanças de decúbito ocorram, elas devem ser ajustadas segundo as características clínicas de cada paciente e as superfícies de apoio que estão sendo utilizadas. No reposicionamento lateral, usar a posição de decúbito lateral a 30°.

PREVENÇÃO



RECOMENDAÇÕES



NUTRIÇÃO

Pacientes desnutridos apresentam risco duas vezes maior de desenvolver lesões por pressão (LP). Por isso, é fundamental revisar a hidratação e o estado nutricional. Muitas vezes, o usuário precisará do suporte de outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, como nutrição, fisioterapia e reabilitação física, além de orientações de cuidado fornecidas pelos profissionais de saúde aos cuidadores.

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



EXAMES COMPLEMENTARES

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

Para indicação e avaliação dos exames laboratoriais, seguir tabela da página 18.



DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA – DAI

A Dermatite Associada a Incontinência (DAI) é uma inflamação da pele na região perineal, perigenital, perianal e adjacências, provenientes do contato com urina ou fezes. São caracterizadas por erupções cutâneas da epiderme e aparência macerada da pele ((CHIMENTÃO; DOMANSKY, 2012). A Dermatite Associada a Incontinência diferencia-se das lesões por pressão por estarem em áreas maiores que as de proeminência óssea.

Condições que facilitam a evolução para DAI:

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

Avaliação da DAI

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

A DAI pode ser categorizada utilizando a ferramenta (de categorização da DAI de Gante descrita por Beeckman et al., 2018.

O instrumento Ghent Global IAD Categorisation (GLOBIAD), categoriza a gravidade da DAI com base na inspeção visual das áreas afetadas da pele. Os objetivos foram criar uma descrição internacionalmente aceita da gravidade da DAI e padronizar a documentação dessa condição na prática clínica e na pesquisa.

Esta ferramenta de categorização pode ser útil na monitorização da prevalência e incidência da DAI e para fins de investigação.

CATEGORIA 1: ERITEMA PERSISTENTE**Categoria 1A: Eritema persistente sem sinais clínicos de infecção**Critério Obrigatório**Eritema persistente**

Pode haver variedade de tons de vermelho. Em pacientes com tons de pele mais escuros, a pele pode estar mais pálida ou mais escura que o normal, ou com a cor arroxeada.

Critério adicionais

- Áreas marcadas ou com descoloração devido a alterações cutâneas prévias (cicatrizadas)
- Pele de aparência brilhante
- Pele macerada
- Vesículas e/ou bolhas intactas
- Pele pode apresentar endurecimento ou edema à palpação
- Queimação, formigamento, prurido ou dor

**Categoria 1B: Eritema persistente com sinais clínicos de infecção**Critério Obrigatório**Eritema persistente**

Pode haver variedade de tons de vermelho. Em pacientes com tons de pele mais escuros, a pele pode estar mais pálida ou mais escura que o normal, ou com a cor arroxeada.

Sinais de infecção

Descamação esbranquiçada da pele (sugestiva de infecção fúngica) ou lesões satélites (pústulas ao redor da lesão, sugestivas de infecções fúngicas por *Candida albicans*)

Critério adicionais

- Áreas marcadas ou com descoloração devido a alterações cutâneas prévias (cicatrizadas)
- Pele de aparência brilhante
- Pele macerada
- Vesículas e/ou bolhas intactas
- Pele pode apresentar endurecimento ou edema à palpação
- Queimação, formigamento, prurido ou dor

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

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

CATEGORIA 2: PERDA DE PELE**Categoria 2A: Perda de pele sem sinais clínicos de infecção**Critério Obrigatório**Perda de pele**

A perda de pele pode estar presente como erosão cutânea (resultante de vesículas e/ou bolhas danificadas ou rompidas), desnudamento ou escoriação. O padrão de lesão cutânea pode ser difuso.

Critério adicionais

- Eritema persistente
Pode haver variedade de tons de vermelho. Em pacientes com tons de pele mais escuros, a pele pode estar mais pálida ou mais escura que o normal, ou com a cor arroxeada
- Áreas marcadas ou com descoloração devido a alterações cutâneas prévias (cicatrizadas)
- Pele de aparência brilhante
- Pele macerada
- Vesículas e/ou bolhas intactas
- Pele pode apresentar endurecimento ou edema à palpação
- Queimação, formigamento, prurido ou dor

**Categoria 2B: Perda de pele com sinais clínicos de infecção**Critério Obrigatório**Perda de pele**

A perda de pele pode estar presente como erosão cutânea (resultante de vesículas e/ou bolhas danificadas ou rompidas), desnudamento ou escoriação. O padrão de lesão cutânea pode ser difuso.

Sinais de infecção

Descamação esbranquiçada da pele (sugestiva de infecção fúngica) ou lesões satélites (pústulas ao redor da lesão, sugestivas de infecções fúngicas por *Candida albicans*). Esfacelo visível no leito da ferida (amarelo/marrom/cinza). Leito da ferida com aparência esverdeada (sugerindo infecção bacteriana por *Pseudomonas aeruginosa*). Níveis elevados de exsudato purulento (pus) ou leito da ferida com aparência brilhante.

Critério adicionais

- Eritema persistente
Pode haver variedade de tons de vermelho. Em pacientes com tons de pele mais escuros, a pele pode estar mais pálida ou mais escura que o normal, ou com a cor arroxeada
- Áreas marcadas ou com descoloração devido a alterações cutâneas prévias (cicatrizadas)
- Pele de aparência brilhante
- Pele macerada
- Vesículas e/ou bolhas intactas
- Pele pode apresentar endurecimento ou edema à palpação
- Queimação, formigamento, prurido ou dor

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

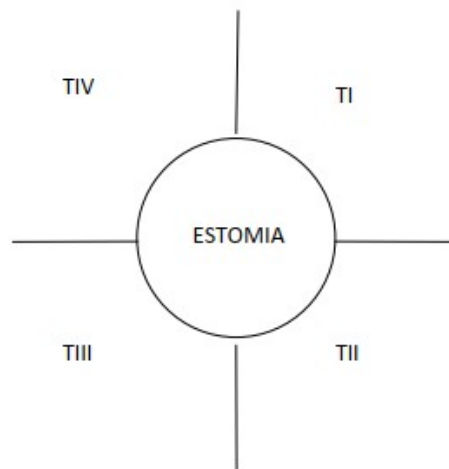
- x Realizar a limpeza da área ao menos uma vez ao dia ou a cada episódio de incontinência.
- x Utilizar proteção contra umidade a base de óxido de zinco, creme barreira específico ou spray barreira.
- x Secagem da pele deve ser realizada de forma suave evitando a fricção.
- x Atentar para a saturação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



DERMATITES PERIESTOMA

As dermatites periestomais, também denominadas dermatites periestomia ou periestoma, correspondem a processos patológicos agudos ou crônicos que podem ocorrer com ou sem comprometimento da integridade cutânea. Sua classificação baseia-se na localização topográfica, na extensão e na profundidade da lesão.

A avaliação da localização topográfica é realizada por meio da divisão em quadrantes, conforme ilustrado na figura a seguir:



Classificação dos quadrantes periestoma (Cesaretti IUR,2014)

Classificação	Quadrantes
T I	Quadrante superior esquerdo periestomia (12 às 3h)
T II	Quadrante inferior esquerdo periestomia (3 às 6h)
T III	Quadrante inferior direito periestomia (6 às 9h)
T IV	Quadrante superior direito periestomia (9 às 12h)

Classificação quanto a profundidade:

Grau I – Eritema sem perda de pele

Grau II – Perda parcial da epiderme (erosão superficial)

Grau III – Perda total da espessura da pele

Grau IV – Comprometimento de estruturas mais profundas (raro)

Os fatores determinantes das dermatites periestomais podem ser organizados em predisponentes e



causais, pois envolvem tanto condições que favorecem o surgimento da lesão quanto os agentes diretamente responsáveis pelo dano cutâneo.

- **Fatores predisponentes:** relacionados às características da pessoa, da estomia, bem como aos equipamentos coletores e adjuvantes utilizados.
- **Fatores causais:** incluem o contato da pele com substâncias irritantes; reação alérgica aos componentes do equipamento coletor e/ou adjuvantes; além de pressão, fricção e processos infecciosos.

O diagnóstico ocorre a partir da observação clínica dos sinais, sintomas e identificação da etiologia.

Intervenção: Prevenção e Tratamento

Tipo de dermatite	Descrição	Intervenção/cuidados
Irritativa, química ou de contato	Contato com o efluente, uso de substâncias para limpeza (sabonetes, sabão, solventes), contato com o adesivo do equipamento coletor fixado a pele.	Afastar fator causal; identificar complicações na estomia; rever medidas de autocuidado; adequar e substituir equipamento coletor; usar adjuvantes protetores da pele
Alérgica	Hipersensibilidade a algum dos componentes químicos da placa adesiva do equipamento coletor.	Idem ao anterior; evitar o uso de removedores de adesivo.
Traumática	Fricção, cisalhamento ou pressão, remoção abrupta da placa do equipamento coletor, trocas do equipamento com frequência irregular.	Idem ao anterior; evitar trocas frequentes do equipamento coletor; remover delicadamente o equipamento coletor.
Infecção	Candidíase periestomia	Idem ao anterior; avaliar necessidade de terapia medicamentosa sistêmica junto do médico da equipe.

Queimaduras

As queimaduras são feridas traumáticas que provocam danos à pele, com destruição tecidual e coagulação dos vasos sanguíneos adjacentes. Podem ser causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos, biológicos, radioativos ou por fricção.

A gravidade depende de diversos fatores, como a profundidade da lesão, o percentual de superfície corporal queimada (SCQ) e a região do corpo acometida. Além disso, aspectos como idade da vítima, etiologia da queimadura, local do acidente e extensão da área afetada também devem ser avaliados, pois esses elementos auxiliam na definição da necessidade de hospitalização, encaminhamento para um centro especializado ou continuidade do cuidado na Unidade de Saúde da Atenção Primária. Em queimaduras recentes, não é recomendado o uso profilático de antibióticos sistêmicos.



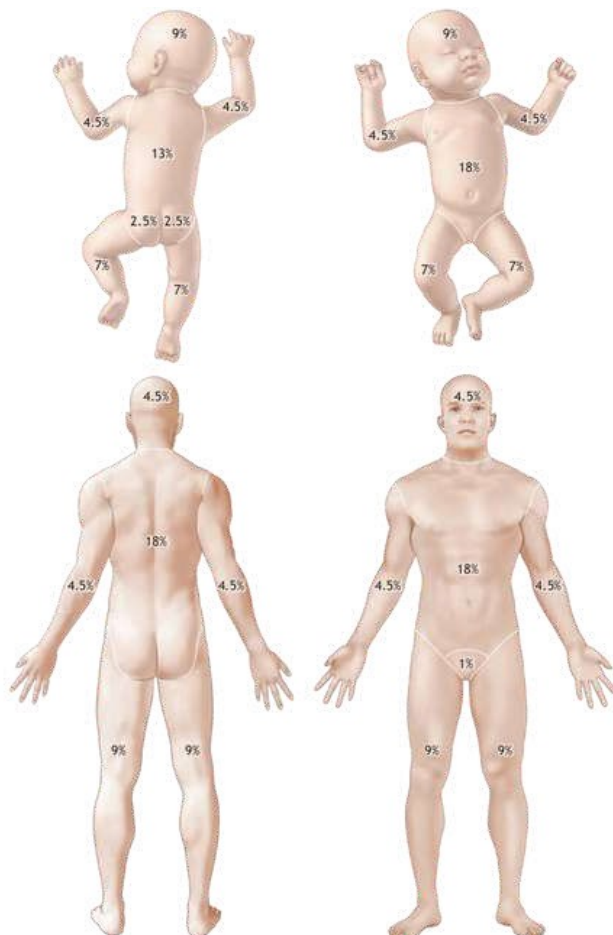
Fonte: Protocolo de Atenção Básica de Porto Alegre. Adaptado de Jeschke, et al, 2020

Classificação quanto à Superfície Corporal Queimada (SCQ)

A classificação das queimaduras quanto à superfície corporal queimada (SCQ) pode ser realizada por diferentes métodos. Entre os mais utilizados estão a **Regra dos Nove**, que atribui percentuais de **1%, 9% ou 18%** a diferentes regiões do corpo, e o **esquema de Lund-Browder**, mais empregado em ambiente hospitalar. Na avaliação de **crianças**, esses percentuais necessitam de adaptações devido às particularidades anatômicas.

Outro recurso para estimar a SCQ é o **método da palma da mão do paciente**, incluindo os dedos, que corresponde aproximadamente a **1% da área corporal**, sendo útil em queimaduras pequenas ou de difícil mensuração pela Regra dos Nove.

Regra dos 9



Regra da palma da mão



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

Classificação quanto à complexidade

Classificação	CRIANÇAS (< 12 anos)	ADULTOS (> 12 anos)	Conduta
Pequeno queimado	Todas as queimaduras de 1º grau, em qualquer extensão e em qualquer idade	Todas as queimaduras de 1º grau, em qualquer extensão e em qualquer idade	Pode ser atendida na APS: hidratação da pele, avaliação e manejo da dor
Médio queimado	Queimaduras de 2º grau com SCQ entre 5% e 15%; 3º grau até 5% SCQ, desde que não envolva áreas especiais	Queimaduras de 2º grau com SCQ entre 10% e 20%; 3º grau até 10% SCQ, desde que não envolva áreas especiais	Necessita avaliação médica em hospital de referência. Após avaliação, pode ser encaminhado para APS se não houver necessidade de internação
Grande queimado	Queimaduras 2º grau com SCQ > 15%; 3º grau envolvendo áreas especiais; queimaduras por eletricidade	Queimaduras que envolvam áreas especiais 3º grau (mesmo com menor SCQ); Comorbidades. Queimaduras por eletricidade	Necessita avaliação médica em hospital de referência (alto risco e possibilidade de internação)

Fonte: Protocolo de Atenção Básica de Porto Alegre. Adaptado de Jeschke, et al, 2020



Classificação quanto à espessura queimada

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

*A relação das coberturas disponíveis, com tempo de troca e cuidados de enfermagem está descrito no protocolo da página 25 a 34.



CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM AS BOLHAS (FLICTENAS)

Observe se as bolhas estão íntegras ou já rompidas.

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

Bolhas íntegras: avalie o tamanho e a localização.

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

Bolhas maiores- há duas opções:

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

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

ASPIRAÇÃO DAS BOLHAS

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

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



Assista o vídeo sobre cuidados com queimaduras elaborado pelos alunos de Mestrado da UNISINOS onde demonstra como realizar a limpeza, o cuidado com as bolhas e a escolha das coberturas em casos de queimaduras.



Link:

<https://youtu.be/Ysrk2P70FLQ>





FERIDAS CIRÚRGICAS E DEISCÊNCIAS

As feridas cirúrgicas, também chamadas de pós-operatórias, são lesões planejadas e realizadas de forma intencional, com instrumentos apropriados e seguindo técnica estéril.

O curativo após a cirurgia tem como objetivo proteger o local, promover compressão quando necessário, auxiliar na imobilização e absorver possíveis exsudatos. De modo geral, em feridas limpas e secas, ele pode ser retirado após 48 horas.

Já a remoção dos pontos deve respeitar o período de maturação da ferida suturada, que costuma variar entre 4 e 15 dias.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM FERIDA CIRÚRGICA

- Manter uma **cobertura oclusiva** e seca nas primeiras 48 horas após o procedimento cirúrgico. Passado esse período, caso a ferida operatória (FO) esteja seca, a área pode permanecer sem curativo.
- Se a ferida operatória apresentar umidade, recomenda-se manter o curativo com gaze seca ou utilizar um apósito adequado.
- A limpeza deve ser realizada com solução fisiológica 0,9% (em casa, pode ser feita com água e sabão neutro), seguida de secagem cuidadosa com gaze.
- Não é indicado o uso de pomadas, óleos ou cremes sobre a ferida operatória. Também não se recomenda a utilização de iodopolividona (PVP-I).



As feridas cirúrgicas passam pelas etapas do processo cicatricial, por isso é esperado que haja eritema nos primeiros 2 a 5 dias após o procedimento, período em que a lesão se encontra na fase inflamatória. Nessa fase, geralmente não há necessidade de anti-inflamatórios ou antibióticos. No entanto, se após esse intervalo persistirem sinais mais intensos, como eritema acentuado, edema, rubor e dor, é importante investigar a possibilidade de infecção.



A **deiscência cirúrgica** é caracterizada pela abertura ou separação das bordas de uma incisão previamente fechada, podendo comprometer uma ou mais camadas da pele. Esse quadro pode estar relacionado a diferentes fatores, como falhas na técnica de sutura, aumento de estresse mecânico na região (por exemplo, tosse), presença de comorbidades ou uso de medicamentos que dificultem a cicatrização adequada e favoreçam a ocorrência de infecção do sítio cirúrgico.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A DEISCÊNCIA CIRÚRGICA

- Avaliar a ferida em suas dimensões incluindo profundidade, fazer a medição conforme especificado na pág.12 deste protocolo.
- Realizar uma avaliação global do paciente, além da avaliação da ferida em sua localização, dimensões, tecido presente no leito, exsudato, bordas e perilesão.
- A partir da avaliação do leito da lesão e localização, escolha as coberturas e correlatos.
- Oriente a troca da cobertura secundária, sempre que úmida.



LESÃO POR FRICÇÃO/ SKIN TEARS

As lesões por fricção (LPF) - *skintears* (do inglês, *skin*= pele; e *tear* = rasgo ou rompimento) são lesões advindas de trauma, seja por fricção, contusão ou cisalhamento da pele. Podem ser de espessura parcial ou total. As topografias corporais mais atingidas são o dorso das mãos, os braços,



os cotovelos e as pernas de pessoas idosas ou muito jovens, como neonatos (SANTOS et al., 2013).

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

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



A classificação das lesões ocorre através do sistema Skin Tear Classification System (STAR), que pontua instruções sobre os cuidados com a ferida e com a pele perilesional. O sistema oferece cinco classificações possíveis para as lesões por fricção, conforme abaixo:

Sistema de classificação STAR (para lesões por fricção)

Classificação	Descrição	Características das LPF ⁵
1A	Lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado com as margens da ferida sem excesso de tensão e a coloração do retalho ou da pele não se encontram pálida, opaca ou escurecida	
1B	A aba de pele pode ser realinhada às margens da ferida principal sem excesso de tensão. Contudo, esta se encontra pálida, opaca ou escurecida	
2A	Lesão por fricção na qual não é possível realinhar o retalho às margens da lesão primária sem haver excesso de tensão, muito embora a coloração da pele ou do retalho não esteja pálida, opaca ou escurecida	
2B	O retalho de pele não pode ser realinhado às margens da lesão original sem que haja tensão excessiva e há alteração de sua coloração e/ou da pele	
3	Lesão por fricção na qual está ausente o retalho de pele. O retalho quando não se encontra mais viável precisa ser retirado de acordo com a rotina preconizada por cada instituição	

Fonte: Protocolo de Enfermagem, Vol 6, Florianópolis.

O curativo ideal deve ser simples, rápido, sem dor, confortável, facilmente removível, funcionar como uma barreira protetora contra invasão bacteriana, ser forte e resistente o bastante sem, no entanto, prejudicar as atividades do cotidiano.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS LESÕES POR FRICÇÃO



- Limpar com SF 0,9% a lesão e o retalho de pele;
 - Secar cuidadosamente a pele perilesional;
 - Controlar o sangramento, quando presente;
 - Realinhar o retalho (usá-lo como cobertura, se possível);
 - Reavaliar a viabilidade do retalho em 24 horas;
 - Cobrir a lesão com curativo não aderente (tela de silicone, gaze com petrolatum ou parafina, espumas).
 - Proteger a pele perilesional com creme barreira.
 - Evitar uso de fitas e películas devido fragilidade da pele.
 - Retirar o curativo cuidadosamente, sempre a favor do retalho.
 - Usar cobertura secundária e orientar a troca da mesma sempre que estiver úmida.
 - O curativo deve ser confortável, facilmente removível, funcionar como barreira protetora antimicrobiana e resistente.
 - Uso de cobertura aderentes é contraindicado pelo risco de danos ao retalho de pele e a pele perilesional.
- Lesões com sinais flogísticos devem ter seu prazo de troca diminuído em comparação com as lesões sem sinais de infecção/inflamação.
 - Avaliar necessidade uso de antibiótico sistêmico.
 - Orientar vacina antitetânica.
 - Remover tecidos necróticos/desvitalizados.
 - **PREVENÇÃO:**
 - -Hidratação da pele 2x ao dia, com hidratante a nível de pH de 4,5 a 6,5 sem fragrância e sem sensibilizantes. A temperatura da água do banho não pode ser muito quente e a pele deve ser seca com uma toalha macia em vez de esfregar.
 - Uso de sabonete líquido com PH próximo ao da pele. Hidratação e nutrição adequadas são fatores importantes para serem avaliados e corrigidos se necessário.



ERISPELA

Erisipela é uma infecção bacteriana de tecidos moles que compromete a pele e, muitas vezes, os



vasos linfáticos. Acomete principalmente os membros inferiores e pode ser classificada em:

Eritematosa: presença de edema, eritema, dor e entumescimento local.

Bolhosa: presença de bolhas volumosas e líquidas não purulentas ou hemorrágicas ou ainda na forma gangrenosa, com ulceração superficial.

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

Fatores como a presença de diabetes, obesidade, doença arterial obstrutiva periférica, linfedema crônico, presença de lesões fúngicas, principalmente interdigitais aumentam a probabilidade de surgimento de erisipela. Deve-se orientar sempre o paciente a inspecionar a pele dos membros inferiores na busca de lesões, e orientar a secar entre os dedos dos pés, observando a presença de lesões fúngicas. O tratamento da erisipela consiste basicamente em terapia medicamentosa com uso de antibióticos sistêmicos.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM



- Avaliar a possibilidade de utilização de terapia compressiva, calculando ITB e considerando os fatores que contraindicam compressão, como as isquemias;
- Higienizar as lesões com água e sabão neutro e /ou jatos de solução fisiológica morna;
- Se houver flictenas, aspirar o conteúdo e manter epiderme com o curativo biológico; e houver descontinuidade da pele, retirar tecidos desvitalizados e utilizar coberturas adequadas, dependendo das características da ferida;
- Definir também periodicidade das trocas conforme cobertura escolhida; Usar cobertura secundária e fazer sua troca sempre que úmida;
- Enfaixamento leve para diminuição do edema, conforme avaliação
- Orientar elevar os membros inferiores para diminuir edema;
- Na reavaliação observar eficácia da terapia antibiótica sistêmica prescrita pelo médico assistente;
- Manter a pele hidratada com hidratante do tipo lanette;
- Lembrem que óleos como o **AGE NÃO tem poder de hidratação** e seu uso é desaconselhado para esse fim.

ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS

As úlceras vasculogênicas são feridas que acometem os membros inferiores, localizando-se, em



geral, abaixo dos joelhos, e podem apresentar etiologia venosa, arterial ou mista. Caracterizam-se como lesões de difícil cicatrização, com comprometimento das estruturas cutâneas, envolvendo epiderme e derme, podendo atingir, ainda, tecidos mais profundos.

Essas lesões estão frequentemente associadas a doenças sistêmicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias, entre outras condições crônicas. Além de retardarem o processo de cicatrização, provocam dor, estigma social e preconceito, impactando negativamente a qualidade de vida, o desempenho laboral e o convívio social dos indivíduos acometidos. A redução dos fatores de risco, como o abandono do tabagismo, o controle glicêmico, o manejo da hipertensão arterial e a redução dos lipídeos séricos, contribui de forma significativa para a melhora do processo cicatricial.

A definição da abordagem terapêutica deve considerar a etiologia da úlcera, sendo o diagnóstico fundamentado na anamnese e no exame físico. Entre os principais exames utilizados na avaliação das úlceras de membros inferiores destacam-se o ecodoppler vascular e o Índice Tornozelo-Braquial (ITB), sendo este último o método de escolha para a triagem inicial. A descrição da técnica de execução do ITB encontra-se no Anexo II deste protocolo.

Classificação das úlceras vasculogênicas

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



Fatores de risco

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



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

Fatores de risco

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



Úlcera Mista: A úlcera mista resulta da combinação da hipertensão venosa crônica com DAP moderada (caracterizada por ITB entre 0,5 – 0,8), ou seja, são causadas pela combinação de doenças venosas e arteriais. Possui características clínicas que remetem à úlcera venosa, mas é influenciada pela existência de DAP moderada. É necessário avaliar qual das etiologias que mais prevalecem, para assim tratar devidamente a lesão.

Ocorre em cerca de 15%-21% das pessoas. O principal indício de que a etiologia da úlcera possa ser mista é que, geralmente, é mais resistente à terapia conservadora (curativo com compressão, farmacoterapia, uso de meias de compressão, elevação da perna, massagem, mudança do estilo de vida e prática de exercício físico regular). A definição de úlcera mista não é simples e depende, em grande parte, do grau de comprometimento arterial. Para auxílio diagnóstico, é necessário exame de imagem (Doppler arterial e venoso), que identificará se há alterações venosas e/ou arteriais (realizar interconsulta/encaminhar para médico (a) da equipe para avaliar necessidade do exame). O ITB é um dos parâmetros clínicos mais usados para auxiliar no diagnóstico e guiar a terapêutica.

Principal componente na úlcera mista

ITB*	Principal componente da úlcera
> 0,8	Venoso (mínimo comprometimento arterial)
< 0,5	Arterial (comprometimento severo)

*Pode estar falsamente elevado em pessoas com calcificação vascular, diabetes ou doença renal. ITB >0,8, isolado, não indica uso de compressão.

Características e cuidados de enfermagem para úlceras de origem venosas e arteriais

ÚLCERA ARTERIAL



Lesão circular profunda e bem demarcada

- Ausência de tecido de granulação, apresenta-se com leito necrótico, pálido, localizada geralmente nos calcâneos, artelhos, espaços interdigitais e proeminências ósseas;
- Exsudato mínimo ou ausente;
- A claudicação intermitente está quase sempre presente. Observar a marcha do paciente em busca de claudicação;
- Cãimbras na panturrilha ou nos pés que aliviam no repouso.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Avaliar necessidade de encaminhamento ao especialista vascular;
- Prescrever cobertura primária conforme as características do leito da lesão;
- Não realizar desbridamento instrumental, pois o procedimento aumenta a demanda de aporte de oxigênio no local induzindo a hipóxia e, com isso aumentando a necrose na ferida.

ÚLCERA VENOSA



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

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

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- O padrão-ouro no tratamento da UV é a utilização de terapia compressiva elástica ou contensiva inelástica.
- Ao utilizar terapia compressiva atentar ao desconforto, irritação, dormência e latejamento dos dedos;
- Prescrever cobertura primária conforme as características do leito da lesão;
- Hidratar pele ressecada/ descamada;
- Manter hidratação após cicatrização da lesão utilizando umectantes e não produtos à base de AGE;
- Estimular deambulação se não houver comprometimento da mobilidade;
- Prescrever meias de compressão após a cicatrização de lesões para evitar recidiva (30- 40mmhg), SE AVALIADO ÍNDICE DE ITB PREVIAMENTE.

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



Indicações e tipos de Terapias Compressivas

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





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

Segundo o Parecer nº 04/2016 da Câmara Técnica do Conselho Federal de Enfermagem, enfermeiros **estomaterapeutas** e **enfermeiros capacitados** têm a competência para prescrever terapia compressiva na prevenção e tratamento de úlceras venosas. Desde que com receituário especificando **o tipo de terapia compressiva** e as **características do produto** (ex.: classe de compressão, tipo de material, abertura/fechamento etc.), de forma a justificar por que aquele recurso foi escolhido para aquele paciente em particular, assim como índice de ITB previamente calculado.

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

A solicitação para a utilização da terapia compressiva/contensiva deve ser encaminhada por meio de consultoria ao enfermeiro estomaterapeuta do **Programa de Apoio Matricial no Cuidado a Pacientes com Feridas**.

Modalidades de terapias compressivas e contensivas

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

ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

TERAPIA CONTENSIVA INELÁSTICA (BOTA DE UNNA) Modo de Aplicação

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

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

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



Etapas do enfaixamento



Passo 1



Passo 2



Passo 3



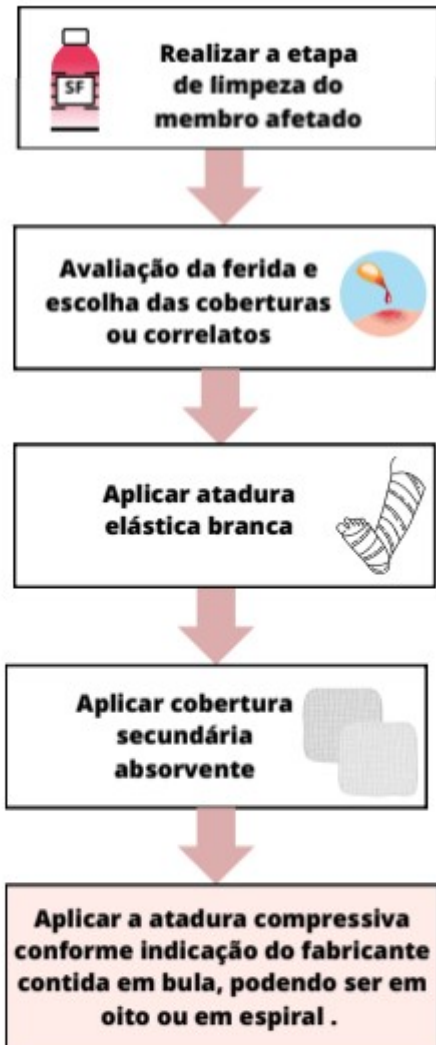
Passo 4

ÚLCERAS VASCULOGENICAS

TERAPIA COMPRESSIVA COM BANDAGEM DE ALTA COMPRESSÃO ELÁSTICA

Modo de aplicação:

- x Realizar a limpeza da ferida conforme descrito neste protocolo;
- x Aguardar 15 min com membro elevado;
- x Escolher e aplicar a cobertura primária da ferida quando necessário;
- x Aplicar atadura branca elástica, em espiral;
- x Após, utilizar cobertura secundária absorvente (apósito, gaze de algodão);
- x Aplicar bandagem de alta compressão, conforme orientações do fabricante;
- x Orientar a troca da cobertura secundária sempre que necessário e a troca primária conforme prescrição do enfermeiro;
- x O Membro deve ser protegido na hora do banho para não molhar a atadura;
- x Observar **sinais de alarme** como aumento da dor, cianose de extremidades, piora do edema e formigamento.
- x Nesses casos deve retirar a bandagem compressiva e retornar para avaliação presencial.





PÉ DIABÉTICO

O Pé Diabético está entre as complicações mais frequentes do Diabetes Mellitus (DM) e suas consequências podem ser dramáticas para a vida do indivíduo, desde feridas crônicas e infecções até amputações de membros inferiores. O exame periódico dos pés propicia a identificação precoce e o tratamento oportuno das alterações encontradas, possibilitando assim a prevenção de um número expressivo de complicações do Pé Diabético (Brasil,2016).

Denomina-se Pé Diabético a presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica em pessoas com diabetes (Brasil,2016).

A Atenção Primária à Saúde desempenha papel fundamental na identificação precoce e na prevenção das complicações do pé relacionadas ao diabetes. O rastreamento anual é uma prática recomendada por órgãos internacionais e diretrizes que orientam o manejo do Diabetes Mellitus (DM). Nesse contexto, é essencial incentivar a equipe de saúde na identificação das pessoas com diabetes e na realização sistemática dos testes de avaliação. As orientações apresentadas a seguir fundamentam-se nas Diretrizes do Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético (IWGDF, 2023). A etiopatologia do pé em risco, pode ser classificada, em **Neuropático**, **Vascular** (também chamado isquêmico) ou **misto** (neurovascular ou neuroisquêmico).

A **neuropatia diabética** é a complicação crônica mais frequente do Diabetes Mellitus, afetando mais da metade das pessoas com a doença. A perda da sensibilidade protetora plantar constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento de ulcerações nos pés. O **diagnóstico da neuropatia diabética é clínico**, com avaliação, anamnese, identificação de fatores de risco e outras complicações relacionadas ao diabetes.

As alterações **vasculares** de origem **isquêmica** ocorrem, em geral, em decorrência da aterosclerose e costumam estar associadas a histórico de claudicação intermitente ou dor à elevação do membro. Podem manifestar-se, ainda, por dificuldade ou ausência de palpação das artérias pediosa dorsal e tibial posterior, além de palidez do pé quando o membro é elevado.

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

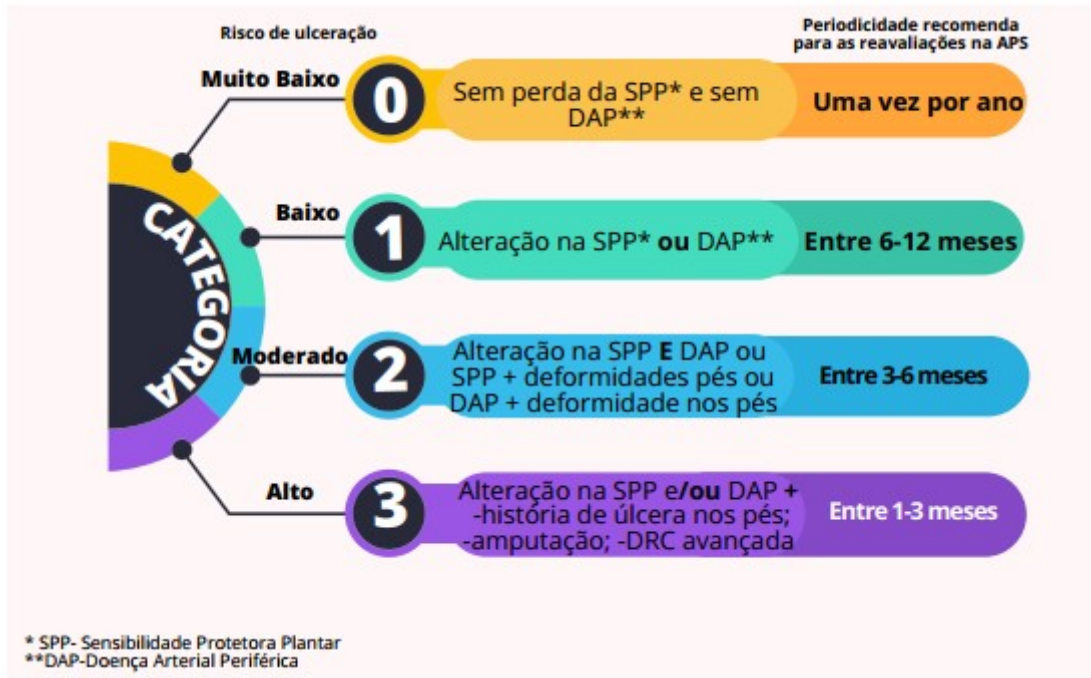
Avaliação do pé diabético

O exame físico deve ser sistematizado, buscando pelos fatores de risco e pelas complicações do Pé Diabético. *Enfermeiro, realize a avaliação geral e dos pés durante a consulta de Enfermagem e observe:*

- x **Marcha:** modo de execução da marcha e pontos de apoio dos pés ao solo. Observe a marcha no caminhar ou na entrada do usuário no consultório.
- x **Calçado:** observe o material e anatomia do calçado que a pessoa está utilizando. Calçados com tiras estreitas e de borracha tem mais propensão para formação de úlceras.
- x **Cor e temperatura do pé:** o aspecto avermelhado sugestivo de infecções pode ser de difícil visualização dependendo da tonalidade da pele. Toque em ambos os pés simultaneamente e compare a temperatura. Pés pálidos e frios pode indicar distúrbios arteriais.
- x **Edema:** presença de edema sugere má circulação e/ou processo infeccioso. Avalie.
- x **Presença de calosidades ou deformidades:** pode indicar espessamento protetor da epiderme por atrito recorrente. Avalie novamente se o calçado não pode ser o responsável pelo atrito. A presença do calo pode ser um precursor de uma ulceração.
- x **Higiene dos pés:** Avalie se há uma higiene adequada. Incentive a inspeção diária dos pés.
- x **Presença de úlcera nos pés:** se o usuário já tiver ulceração nos pés, precisa ser realizado
- x manejo adequado da ferida, encaminhamento vascular, avaliação com serviço especializado e vigilância atenta da APS para evitar amputações e morte.
- x **Corte das unhas:** o corte reto das unhas pode prevenir ulcerações. Incentive que o
- x usuário diabético corte suas unhas em formato reto.
- x **Palpação de pulso pedioso ou tibial posterior:** pulsos ausentes ou filiformes podem ser um indicativo de Doença Arterial Periférica (DAP). Pergunte se usuário sente dor ao caminhar, pode ser indício de claudicação intermitente e desordem arterial.



Estratificação de Risco IWGDF 2023 e a frequência de triagem dos pés



Fonte:Baseada em IWGDF, 2023

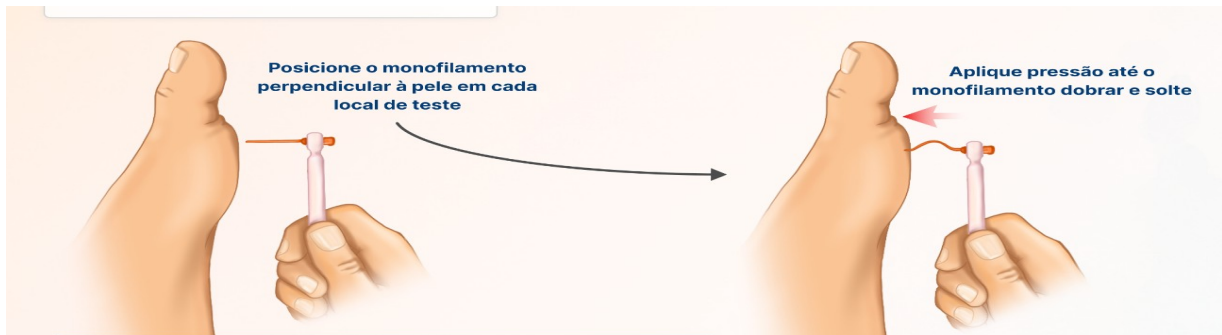
Avaliação da Sensibilidade Protetora plantar

Percepção de pressão: o monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g é utilizado para avaliar a perda da sensibilidade protetora plantar. Os pontos anatômicos para avaliação da sensação de pressão com o monofilamento foram atualizados no Consenso da IWGDF de 2023.

1. **Demonstração da sensação:** aplicar inicialmente o monofilamento nas mãos, cotovelo ou testa do usuário, a fim de demonstrar a sensação a ser percebida.
2. **Orientação ao usuário:** orientar para que não observe a execução do teste e certificar-se do cumprimento dessa orientação.
3. **Aplicação do monofilamento:** aplicar o monofilamento de forma perpendicular à superfície da pele, com força suficiente para que o filamento se curve.
4. **Tempo de aplicação:** cada aplicação deve durar aproximadamente dois segundos.
5. **Locais de avaliação:** Aplique o monofilamento em quatro locais específicos da planta do pé: hálux (superfície plantar da falange distal) e as 1ª, 3ª e 5ª cabeças dos metatarsos.



Locais de testagem e envergadura correta com o monofilamento Semmes-Weinstein 10g



- Não aplicar o monofilamento diretamente sobre úlceras, calosidades, cicatrizes ou tecido necrótico.
- Evitar que o filamento deslize sobre a pele ou que haja contato repetitivo no mesmo ponto avaliado.
- Pressionar o filamento contra a pele e questionar o paciente se percebe a pressão aplicada (“sim” ou “não”) e, em seguida, solicitar que identifique o local da sensação (por exemplo: “planta do pé esquerdo” ou “calcanhar direito”).
- Repetir a aplicação duas vezes no mesmo local, intercalando com pelo menos uma aplicação simulada, na qual o filamento não é aplicado, totalizando três perguntas por ponto avaliado.
- **Classificação da sensibilidade protetora:**
 - Presente:* quando o paciente responde corretamente a duas das três aplicações.
 - Ausente:* quando o paciente apresenta duas respostas incorretas entre as três aplicações.



Avaliação da sensibilidade vibratória com diapasão de 128 Hz

Orientação ao usuário: explicar o procedimento do teste e solicitar que informe o momento em que iniciar e cessar a percepção da vibração.

Ativação do diapasão: segurar o cabo do diapasão com uma das mãos e aplicar um golpe leve, porém suficiente, contra a palma da outra mão para produzir a vibração das hastes.

Aplicação do teste: posicionar a extremidade do cabo do diapasão de forma perpendicular, com pressão constante, sobre a falange distal do hálux, conforme ilustrado na Figura 5.4. Garantir que a pessoa avaliada não visualize o local nem o momento da aplicação do diapasão.

Método de uso do diapasão de 128 Hz



Resultado do teste:

- **Positivo:** quando o paciente responde corretamente a pelo menos duas das três aplicações.
- **Negativo:** quando duas das três respostas são incorretas.
- **Repetição do teste:**

Caso o paciente não perceba a vibração no dedo do pé, repetir o teste em regiões mais proximais, como o maléolo ou a tuberosidade da tíbia.

Monofilamento 10g	ALTERADO: se duas respostas forem erradas (em três aplicações), inclusive a simulação.	Há perda da sensibilidade protetora plantar se os exames estiverem alterados.
Diapasão de 128 Hz	ALTERADO: se há resposta incorreta em duas das três aplicações, inclusive a simulação.	

Fonte: IWGDF, 2023.



Teste de toque leve

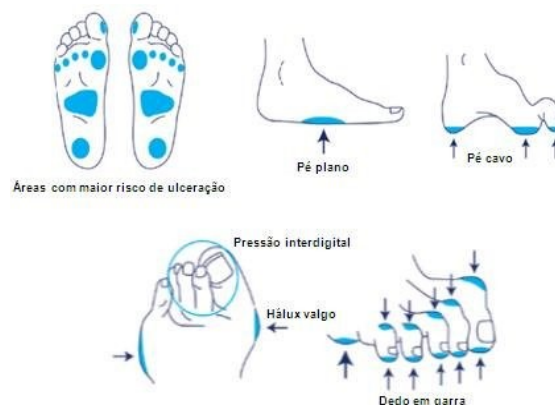
Pode ser utilizado como método alternativo para o rastreamento da perda da sensibilidade protetora plantar quando o monofilamento de 10 g ou o diapasão de 128 Hz não estiverem disponíveis. Embora apresente concordância razoável na identificação da perda da sensibilidade protetora, sua acurácia para a predição de ulcerações nos pés ainda não foi estabelecida pelas diretrizes.

1. Explique o procedimento e certifique-se de que tudo foi compreendido.
2. Instrua o usuário a fechar os olhos e dizer sim quando sentir o toque.
3. O examinador toca levemente e sequencialmente com a ponta do seu dedo indicador as pontas do primeiro, terceiro e quinto dedos de ambos os pés por 1–2 segundos.
4. Ao tocar, não empurre, bata ou cutuque.

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

Feridas nos pés relacionadas ao diabetes

As úlceras nos pés configuram-se entre as principais lesões incapacitantes em nível mundial. Mesmo diante das estratégias de prevenção voltadas às pessoas com diabetes mellitus, a ocorrência dessas lesões permanece elevada. Estimativas indicam que aproximadamente um terço dos indivíduos com diabetes desenvolverá úlcera nos pés em algum momento da vida. Na ausência de manejo adequado, essas lesões podem evoluir para infecções, necessidade de internação hospitalar, amputações e aumento da mortalidade. Os fatores etiológicos mais frequentes incluem a perda da sensibilidade protetora plantar associada ao estresse mecânico decorrente da marcha. Diante desse contexto, o cuidado integral exige a atuação articulada de uma equipe multiprofissional ao longo do processo de cicatrização (SCHAPER et al., 2020).





Existem fatores de risco pré-ulcerativos, como presença de bolhas, fissuras, hiperqueratoses (calosidades) e hemorragias subqueratóticas, que devem ser identificados e manejados precocemente, a fim de prevenir a progressão para ulceração (SCHAPER et al, 2023). As seguintes medidas devem ser instituídas:

- Remoção e desbastamento do excesso de calosidade, com o objetivo de reduzir a pressão plantar na área acometida;
- Proteção das bolhas intactas e drenagem asséptica quando indicada;
- Tratamento das fissuras, com hidratação adequada e medidas de proteção;
- Manejo de unhas encravadas ou espessadas, com encaminhamento para avaliação médica quando houver indicação de cantoplastia;
- Encaminhamento para avaliação médica visando tratamento antifúngico, nos casos de suspeita ou confirmação de micose nos pés.

Durante a consulta de enfermagem de usuários que já apresentam ulceração nos pés, deve-se:

- Avaliar sinais e sintomas locais e sistêmicos de inflamação ou infecção, como febre, dor, hiperemia, edema, aumento de exsudato ou presença de flutuação sugestiva de coleção purulenta. Na suspeita de infecção, encaminhar prontamente para avaliação médica na unidade de saúde;
- Investigar sinais de comprometimento grave, como necrose extensa ou gangrena, com encaminhamento imediato para avaliação em serviço de urgência/emergência, quando indicado;
- Verificar se há acompanhamento programado com médico vascular. Na ausência, realizar encaminhamento, descrevendo detalhadamente o quadro clínico e, se disponível, anexando o resultado do Índice Tornozelo-Braquial (ITB).

O tratamento das feridas nos pés relacionadas ao diabetes deve contemplar desbridamento adequado, preparo do leito da ferida e utilização de tecnologias que favoreçam a cicatrização, considerando critérios de custo-efetividade (IWGDF, 2023). A avaliação da lesão deve seguir os parâmetros descritos neste protocolo nas páginas 11 a 35.



LESÕES ONCOLÓGICAS

As lesões cutâneas oncológicas acometem aproximadamente 5% a 10% das pessoas com câncer, sendo mais prevalentes na faixa etária entre 60 e 70 anos e em estágios avançados da doença, especialmente no último ano de vida. Também denominadas lesões neoplásicas, tumorais ou fungoides, apresentam características clínicas específicas, como sangramento frequente, exsudação abundante e odor fétido, decorrentes da infiltração tumoral, necrose tecidual e colonização bacteriana. Segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA):

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

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

As lesões oncológicas apresentam, em geral, prognóstico reservado, com baixa probabilidade de cicatrização, demandando cuidados de enfermagem voltados ao controle de sinais e sintomas e à prevenção de complicações. A assistência deve priorizar o alívio do sofrimento, a promoção do conforto e a melhoria da qualidade de vida da pessoa e de sua família.

Além do odor fétido, é comum que as lesões tumorais apresentem sangramento recorrente e exsudação intensa, fatores que podem gerar sofrimento físico e repercussões psicossociais importantes, como redução da autoestima, isolamento social e familiar, constrangimento e alterações na percepção da imagem corporal, com impacto nas atividades de vida diária.

Diante dessas especificidades, o enfermeiro deve desenvolver competências técnicas e relacionais para o manejo adequado dessas lesões, com foco na promoção do conforto, da segurança, da confiança e da sensação de bem-estar, contribuindo para a redução do sofrimento e do risco de isolamento sociofamiliar (SANTOS *et al.*, 2020).

LESÕES ULCERATIVAS MALIGNAS

Quando estão ulceradas e formam crateras rasas

LESÕES FUNGOSAS MALIGNAS

Quando são semelhantes à couve-flor

LESÕES FUNGOSAS MALIGNAS ULCERADA

União do aspecto vegetativo e partes ulceradas

No cuidado a usuários com feridas tumorais, a equipe de enfermagem pode utilizar a ferramenta **TIMERS** (ANEXO 3) como apoio sistematizado para avaliação e planejamento do manejo da lesão.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM LESÕES ONCOLÓGICAS

Dor: Dependendo da localização e extensão da ferida a dor pode ser intensa. Encaminhar para avaliação médica e prescrição medicamentosa.

Odor: O metronidazol gel 0,8% (com indicação médica) pode ser utilizado nas trocas de curativos para diminuir o odor. Na presença de carga bacteriana excessiva, observada pelo aumento do exsudato, as coberturas antimicrobianas podem ser úteis para diminuição do odor.

Exsudato: Coberturas superabsorventes ou absorventes como fibra de alginato, espuma de poliuretano ou hidrofibras podem ser utilizadas se exsudato médio ou abundante. Muitas vezes o aumento do exsudato pode estar relacionado a carga bacteriana aumentada sendo necessário a utilização de coberturas antimicrobianas.

Sangramento: Optar por coberturas antiaderentes ou que não causem trauma na retirada. Coberturas com alginato de cálcio favorecem a hemostasia.

Aspectos psicossociais: Avaliar a rede de apoio, muitas vezes, a assistência social necessita ser acionada. Observar a necessidade de avaliação psicológica referenciando para atendimento médico quando detectada necessidade.

* Realizar desbridamento apenas se extremamente necessário (optar por desbridamento autolítico)

Suspenda o uso de óleos, géis ou coberturas que contenham AGE, pois seu uso é



contraindicado em feridas tumorais!

REFERÊNCIAS

AFONSO, C.; AZEVEDO, G. A. M.; ALVES, P. *Prevenção e tratamento de feridas: da evidência à prática*. 1. ed. Portugal: Hartmann, 2014.

ANTUNES, Adriana A. et al. **Guia prático de atualização em dermatite atópica-Parte I:**

etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, São

Paulo, v. 1, n. 2, p. 131-156, 2017. Disponível em: <http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=772>. Acesso em: 18 dez. 2025.

ARAÚJO, Rita de Cássia; ALEXANDRINO, Arthur; SOUSA, Alana Tamar Oliveira de. Erisipela e celulite: diagnóstico, tratamento e cuidados gerais. **Rev. Enferm. Atual In Derme**; v.95, n.36, p. 1-25, 2021. Disponível em: <<https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1240/1160>>. Acesso em: 15 dez 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). **Guia de boas práticas: preparo do leito da lesão-desbridamento**, 2017. Disponível em: <https://sobest.com.br/wpcontent/uploads/2020/10/Preparo-do-leito-da-ferida_SOBEST-e-URGO-2016.pdf>. Acesso: 26 nov 2025.

ATKIN, Leanne et al. **Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds**. *Journal of Wound Care*, v. 28, n. Sup3a, p. S1-S50, 2019. Disponível em: <<https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>>. Acesso em: 23 dez. 2025.



BARBUL, A.; CHOW, O. **Immunonutrition: role in wound healing and tissue regeneration.** *Advances in Wound Care*, New Rochelle, v. 3, n. 1, p. 46-53, 2014.

BEECKMAN, D. et al. Best practice recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity. **Wounds International**, v. 28, 2020. Disponível em:

<<https://woundsinternational.com/best-practice-statements/best-practice-recommendationsholisticstrategies-promote-and-maintain-skin-integrity/>> Acesso em: 26 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro : INCA, 2022a. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_%0D%0A_paliativos_volume_1.pdf> Acesso em: 15 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado: série cuidados paliativos.** Brasília, 2009.

Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf>. Acesso 15 dez. 2025.

CARVALHO, Katharina Barros de. **A nutrição no processo de cicatrização: um estudo de revisão. 2021.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) — Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 567/2018.** Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Brasília, DF: COFEN, 2018. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html> Acesso em: 15 dez. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer de Câmara Técnica Nº 04/2016/CTAS/COFEN.** Brasília, DF: COFEN, 2022016. Disponível em:



<<https://www.cofen.gov.br/parecer-no-042016ctascofen/>> Acesso em: 15 dez. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decreto 94406/87**. Regulamenta a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 1987. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html> Acesso em: 12 dez. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986**. Brasília: Presidência da República do Brasil, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm> Acesso em: 15 dez. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Cuidado à pessoa com lesão cutânea: manual de orientações quanto à competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem**[texto] / Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. – Belo Horizonte: Coren-MG, 2020. Disponível em: <<https://www.corenmg.gov.br/wpcontent/uploads/2020/12/MANUAL-DE-CUIDADO-A-PESSOA-COM-LESAO-CUTANEA.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2025.

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

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

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de enfermagem: volume 6* —



cuidado à pessoa com ferida. Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.phpcms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>. Acesso em Dezembro,2025.

INTERNATIONAL WOUND INFECTION INSTITUTE (IWII). *Wound infection in clinical practice.* **Wounds International**, 2016. Disponível em: <https://www.woundinfection-institute.com/wpcontent/uploads/2017/03/IWII-Wound-infection-in-clinical-practice.pdf>. Acesso em Dezembro, 2025.

MURPHY, Chris et al. **Embedding wound hygiene into a proactive wound healing strategy.** *Journal of Wound Care*, v. 31, n. Sup4a, p. S1-S19, 2022. Disponível em: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/208/906c1b46fad68e01186996897d31cf8d.pdf. Acesso em: 22 dez. 2025.

MURPHY, Christine et al. **Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene.** *Journal of Wound Care*, v. 29, n. Sup3b, p. S1-S26, 2020. Disponível em: <https://www.magonlineibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2020.29.Sup3b.S1>. Acesso em: 22 dez. 2025.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, prevenção e tratamento de feridas. Porto Alegre, 2024. Disponível em:<https://drive.google.com/file/d/1SERj2nw__vWMpk7bb9GjZdRb_j8xvNpV/view> Acesso em: nov. 2025.

SANTOS, E. I. et al. **Evidências científicas sobre fatores de risco e sistemas de classificação das skin tears.** *Revista Enfermagem Atual: In Derme*, Rio de Janeiro, v. 64, n. 13, p. 16-21, jan. 2013. Disponível em: http://inderme.com.br/revistas/revista_2.pdf. Acesso em: 23 dez. 2025.

SANTOS, Lucimere Maria dos; SILVINO, Zenith Rosa. **Organização dos serviços de saúde sob a perspectiva da metodologia lean healthcare em uma comissão de cuidados com a pele.** *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 97, n. 1, 2023. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/14425>. Acesso em: 15 dez. 2025.



SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia et al. **Adaptação transcultural do pressure ulcer scale for healing (PUSH) para a língua portuguesa.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 305-313, maio 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300004>. Acesso em: 15 dez. 2025.

SCHAPER, N. C. et al. **IWGDF guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease.** *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, v. 36, supl. 1, e3268, 2020.

TUFI, M. N.; RIBEIRO, M. F. C.; MENDONÇA, A. T. Estudo experimental do aquecimento adequado de solução cristalóide por micro-ondas e dedução de equação para seu cálculo. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, São Paulo, v. 27, n. 4, out./dez. 2012.



APÊNDICES E ANEXOS

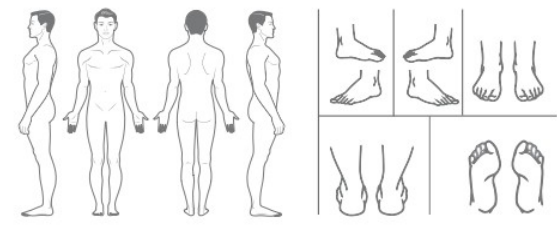





ANEXO 1- FICHA PARA AUXILIAR NA AVALIAÇÃO DE FERIDAS

Formulário de Avaliação da Ferida

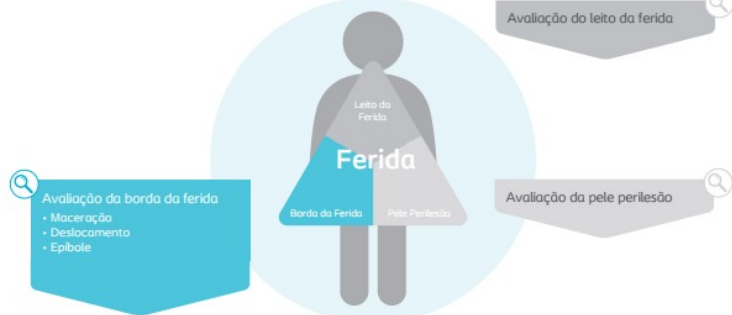
Data: _____ Nome do Paciente: _____ Identificação do Paciente: _____

<p>Paciente</p> <p>Idade: _____ Anos</p> <p>Peso: _____ kg</p> <p>Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p>Estado Nutricional: <input type="checkbox"/> Boa Nutrição <input type="checkbox"/> Nutrição ruim</p> <p>Mobilidade: <input type="checkbox"/> Boa mobilidade <input type="checkbox"/> Baixa mobilidade</p> <p>Fumante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p style="padding-left: 40px;">Se sim, quantos por dia: _____</p> <p>Álcool: _____ unidades/semana</p> <p>Comorbidades:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Medicações:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<p>Descrição da Ferida</p> <p>Tipo de ferida: _____</p> <p>Duração da Ferida: _____</p> <p>Tratamentos anteriores:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Tamanho: comprimento _____ mm largura <input type="text"/> mm</p> <p>profundidade _____ mm</p> <p>Localização da ferida (circule o local):</p>  <p>Nível de dor:</p> 
---	---

<p>Avaliação do Leito da Ferida</p> 	<p>Leito da Ferida - Avaliação</p> <p>Tipo de tecido</p> <p>Necrótico _____ % Granulação _____ %</p> <p>*Esfacelo _____ % Epitelização _____ %</p> <p>Exsudato</p> <p>Nível <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto*</p> <p>Tipo <input type="checkbox"/> Fino/aquoso <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Espesso</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Rosa/vermelho</p> <p>Acúmulo de exsudato*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Infecção</p> <p>Local</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aumento da dor <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Calor local <input type="checkbox"/> Aumento do exsudato* <input type="checkbox"/> Atraso na cicatrização* <input type="checkbox"/> Tecido friável/hipergranulação* <input type="checkbox"/> Odor fétido* <input type="checkbox"/> Descolamento <input type="checkbox"/> *Suspeita de Biofilme <p><small>(Sinais clínicos que indicam a presença de Biofilme)</small></p> <p>Disseminada/Sistêmica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aumento do Eritema <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Abscesso/ pus <input type="checkbox"/> Rompimento da ferida <input type="checkbox"/> Celulite <input type="checkbox"/> Mal estar geral <input type="checkbox"/> Aumento células de defesa <input type="checkbox"/> Linfangite <p><small>* Acúmulo de exsudato no leito da ferida</small></p>
--	--



Avaliação da Borda da Ferida



- Avaliação da borda da ferida**
- Maceração
 - Deslocamento
 - Epibole

Avaliação do leito da ferida

Avaliação da pele perilesão

Borda da Ferida - Avaliação

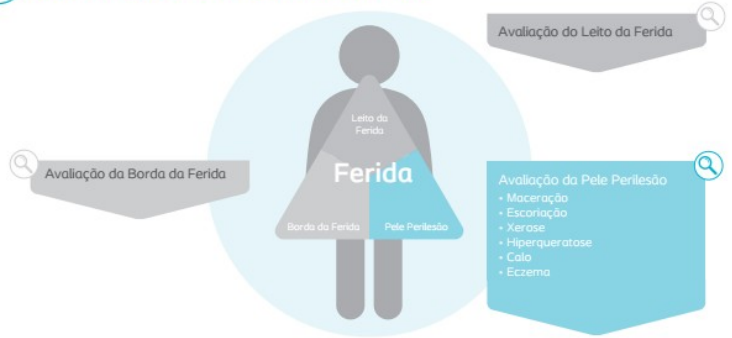
Maceração

Desidratação

Deslocamento* Marque a posição
Extensão: _____ cm

Epibole

Avaliação da Pele Perilesão



Avaliação da Borda da Ferida

Avaliação do Leito da Ferida

- Avaliação da Pele Perilesão**
- Maceração
 - Escoriação
 - Xerose
 - Hiperqueratose
 - Calo
 - Eczema

Pele Perilesão - Avaliação

Maceração _____ cm

Escoriação _____ cm

Xerose _____ cm

Hiperqueratose _____ cm

Calo _____ cm

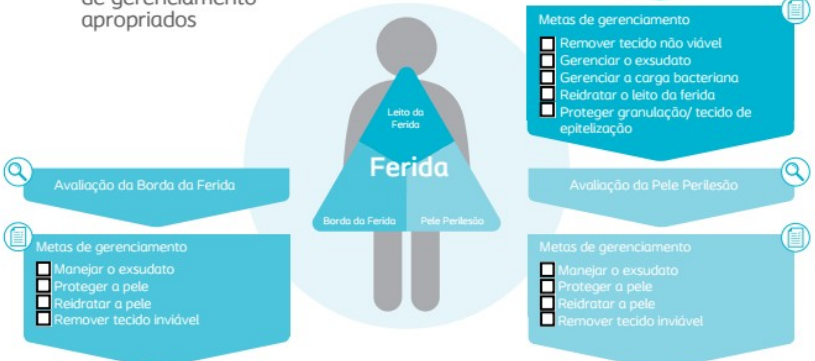
Eczema _____ cm

Status da Ferida

A ferida está: N/A- Primeira avaliação Piora Estagnada Melhorando

Gerenciamento das Metas

Marque todos os objetivos de gerenciamento apropriados



Avaliação da Borda da Ferida

Avaliação do Leito da Ferida

- Metas de gerenciamento**
- Remover tecido não viável
 - Gerenciar o exsudato
 - Gerenciar a carga bacteriana
 - Reidratar o leito da ferida
 - Proteger granulação/ tecido de epitelização

Avaliação da Pele Perilesão

- Metas de gerenciamento**
- Manejar o exsudato
 - Proteger a pele
 - Reidratar a pele
 - Remover tecido invível

- Metas de gerenciamento**
- Manejar o exsudato
 - Proteger a pele
 - Reidratar a pele
 - Remover tecido invível

Ferida Metas de gerenciamento

Escreva todas as metas de gerenciamento:

Escolha do tratamento

Tratamento: _____ Tipo de cobertura/nome: _____

Razão da escolha da cobertura

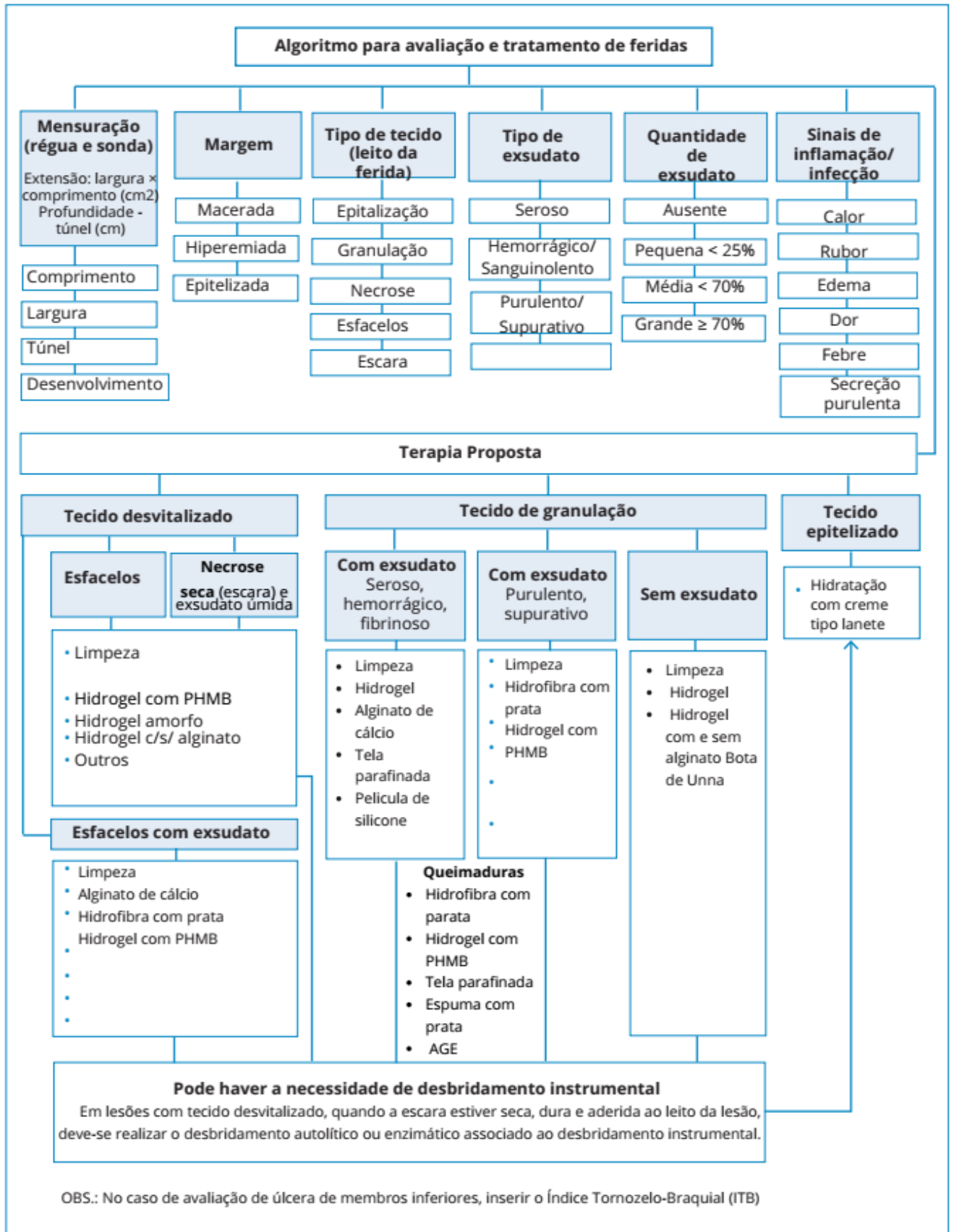
Plano de reavaliação

Data da próxima visita: _____

Principal objetivo da próxima avaliação: _____



ANEXO 2- ALGORITMO PARA AVALIAÇÃO DE FERIDAS





ANEXO 3 – FERRAMENTA TIMERS

O acrônimo TIME é uma ferramenta de avaliação de feridas, Hoje, nas diretrizes mais atuais e em protocolos modernos, recomenda-se utilizar **TIMERS**, pois ele amplia a visão do cuidado. Possui como objetivo ser implantada no tratamento e no cuidado às feridas, garantindo a avaliação e permitindo estabelecer condutas que promovam e acelerem a cicatrização, considerando os parâmetros de avaliação.

T – Tissue (tecido não viável) Avalia tecidos inviáveis (necrose/esfacelo), a identificação de tecido desvitalizado auxilia na indicação de desbridamento e preparo adequado do leito da ferida.

I – Infection/Inflammation (infecção/inflamação) Identifica e trata sinais de infecção, como dor, calor, rubor, exsudato purulento, atraso na cicatrização ou sinais sistêmicos . A avaliação orienta a necessidade de intervenções como uso de coberturas antimicrobianas, coleta de cultura (quando indicada) e avaliação para antibioticoterapia sistêmica.

M – Moisture (equilíbrio da umidade)Gerencia o nível de exsudato para manter o equilíbrio, evitando a maceração ou o ressecamento. O equilíbrio da umidade é fundamental para favorecer a cicatrização e orientar a escolha da cobertura adequada.

E – Edge (bordas da ferida) Avaliar características das bordas, observando se estão aderidas ao leito, maceradas, hiperqueratóticas, descoladas ou com epitelização. Bordas não evolutivas podem indicar necessidade de reavaliação do plano terapêutico e investigação de fatores que estejam impedindo a cicatrização.

R – Regeneration/Repair (regeneração e reparo tecidual). Monitora a cicatrização e a formação de novo tecido, aqui você pensa além do leito, nas comorbidades associadas e controle das mesmas. Avaliar fatores sistêmicos que interferem no processo de cicatrização, como perfusão tecidual, controle glicêmico, estado nutricional, presença de comorbidades, necessidade de terapia compressiva , medidas de alívio de pressão, etc.

S – Social factors (fatores sociais e do paciente). Considera o contexto do paciente, adesão ao tratamento, suporte familiar, e capacidade de autocuidado.



ANEXO 4- ESCALA DE BRADEN

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

Nome do paciente:		Nome do avaliador:		Data da avaliação:	
PERCEÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	1. Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.	
UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.	
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acamado: Confinado a cama.	2. Confinado a cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.	
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.	
NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.	
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	2. Problema em potencial: Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.		
Risco muito alto	6 a 9	Baixo risco	15 a 18	PONTUAÇÃO TOTAL →	
Risco alto	10 a 12	Sem risco	19 a 23		
Risco moderado	13 a 14				

*Copyright© Braden, Bergstrom 1988. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos 1999. Disponível em: <<http://www.bradenscale.com/translations.htm>>. Paranhos WY, Santos VLCC. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (nº esp): 191-206. Disponível em: <<http://143.107.173.8/reusp/upload/pdf/799.pdf>>



ANEXO 5 - ESCALA PUSH (*Pressure Ulcer Scale for Healing*)

A Escala PUSH foi desenvolvida e validada como instrumento prático para monitorar a cicatrização de úlceras por pressão pelos pesquisadores Thomas *et al.* (1997), com validação adicional publicada por Stotts *et al.* (2001) e avaliação prospectiva por Gardner *et al.* (2005). A escala é utilizada para monitorar a evolução da cicatrização de lesões por pressão ao longo do tempo.

Comprimento X Largura (cm²)	0 0	1 < 0.3	2 0.3 – 0.6	3 0.7 – 1.0	4 1.1 – 2.0	5 2.1 – 3.0	Subescore
		6 3.1 – 4.0	7 4.1 – 8.0	8 8.1 – 12.0	9 12.1 – 24.0	10 > 24.0	
Quantidade de exsudato	0 Ausente	1 Pequena	2 Moderada	3 Grande			Subescore
Tipo de tecido	0 Ferida Fechada	1 Tecido Epitelial	2 Tecido de Granulação	3 Esfacelo	4 Tecido Necrótico		Subescore
							SCORE TOTAL

- O primeiro parâmetro corresponde à **área da ferida** (comprimento x largura) expressa em centímetros quadrados (cm²). O comprimento deve ser mensurado no sentido crânio-caudal (cabeça aos pés), e a largura deve ser aferida perpendicularmente a essa medida, considerando o maior eixo lateral da lesão. Após o cálculo da área (C x L), o valor obtido deve ser localizado na tabela específica da escala, correspondendo a pontuação que varia de 0 a 10 pontos.
- O segundo parâmetro refere-se à **quantidade de exsudato**, devendo ser avaliada após a remoção do curativo e antes da limpeza da lesão. Trata-se de avaliação clínica subjetiva, recomendando-se, sempre que possível, a manutenção do mesmo avaliador para garantir maior padronização e confiabilidade dos registros.
- O terceiro parâmetro corresponde ao **tipo de tecido predominante no leito da ferida**.
- O **escore final** é obtido pela soma dos três parâmetros avaliados (área + exsudato + tipo de tecido), podendo variar de 0 a 17 pontos. Valores decrescentes ao longo das avaliações indicam evolução favorável do processo de cicatrização. O escore zero corresponde à completa epitelização da lesão, sendo considerado indicativo de cicatrização.

* A cada avaliação o score deve ser anotado em prontuário, exemplo: Escala PUSH = 7 pontos.

ANEXO 6 -GUIA TÉCNICO PARA MANEJO E TRATAMENTO DE FERIDAS

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

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

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

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

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



ANEXO 7 – RESOLUÇÃO COFEN 567/2018



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem

ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 0567/2018

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

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

1. Geral:

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

2. Específicas:

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

12



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem

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



Cofen

Conselho Federal de Enfermagem

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



Controle de alterações/revisões

A revisão deste protocolo será realizada pelo enfermeiro responsável pelo **Programa de Apoio Matricial no Cuidado a Pacientes com Feridas**, em conjunto com o enfermeiro Responsável Técnico de Enfermagem, devendo ocorrer periodicamente ou sempre que houver necessidade de atualização conforme evidências científicas e normativas vigentes.



PREFEITURA DE BRUSQUE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE