

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG

ANA PAULA SILVA DE JESUS GOMES

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA A
PACIENTES COM FERIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Belo Horizonte
2015

ANA PAULA SILVA DE JESUS GOMES

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA A
PACIENTES COM FERIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Especialização de Enfermagem de Média
e Alta Complexidade como parte dos requisitos
para obtenção do título de Especialista em
Enfermagem em Estomaterapia**

Orientadora: Profa. Dra. Aidê Ferreira Ferraz

**Belo Horizonte
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Silva de Jesus Gomes, Ana Paula

Proposta de protocolo de enfermagem para a Assistência a pacientes com feridas na Atenção Primária em saúde [manuscrito] / Ana Paula Silva de Jesus Gomes. - 2015.

93 p. : il.

Orientador: Aidê Ferreira Ferraz.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Estomatoterapia.

1.Protocolo. 2.Feridas crônicas. 3.Atenção primária em saúde. I.Ferreira Ferraz, Aidê . II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.



ANA PAULA SILVA DE JESUS GOMES

TÍTULO DO TRABALHO: "Proposta de Protocolo de Enfermagem para a Assistência a Pacientes com Feridas na Atenção Primária em Saúde".

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomatocirurgia. (Área de concentração).

APROVADO: 18 de Dezembro de 2015.

Prof.^a AIDÉ FERREIRA FERRAZ

(Orientadora)
(UFMG)

Prof.^a SELME SILQUEIRA DE MATOS (UFMG)

Prof.^a MIGUIR TEREZINHA VIECELLI

DONOSO(UFMG)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Biblioteca Digital de Teses e Dissertações



Identificação do material bibliográfico impresso ou eletrônico

Tese Dissertação Monografia

1. Identificação do documento/autor(a)

Autor(a): Ama Paula Silva de Jesus Gomes

Matrícula: 760845 RG: MG11507481 CPF: 04344374681

Título: Proposta de protocolo de enfermagem para assistência a pacientes

Programa de Pós-Graduação: com feridas na APS.
Latus Sensus

Orientador(a): Aidé Ferreira Ferraz CPF: _____

Co-Orientador(a): _____ CPF: _____

Número de páginas: 93 Data de defesa: 18 / 12 / 15 Data de entrega do arquivo à secretaria: 29 / 12 / 15

2. Informações de acesso ao documento:

Este trabalho é confidencial? sim não

Ocasionará registro de patente? sim não

Pode ser liberado para acesso público? total parcial não

Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: _____

Outras restrições: _____

Termo de Autorização para Disponibilização na Biblioteca Digital da UFMG

Na qualidade de titular dos direitos de autor(a) da publicação supracitada, de acordo com a Lei nº 9610/98, autorizo à Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, conforme permissões assinadas acima, do documento, em meio impresso ou eletrônico, na Rede Mundial de Computadores, no formato especificado¹, para fins de leitura, impressão e/ou *download* pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade, a partir desta data.

A. Gomes
 Assinatura do(a) autor(a)

29 / 12 / 15
 Data

Tramitação na UFMG

1. Ciente do orientador

 Nome legível Assinatura Data

2. Secretária do Programa de Pós-Graduação

recebido em ____ / ____ / ____ responsável _____

liberado em ____ / ____ / ____ responsável _____

3. Biblioteca Universitária

liberado em ____ / ____ / ____ responsável _____

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo estará disponível para reprodução, conforme legislação vigente na UFMG.

² Texto (PDF), Imagem (JPG ou GIF), Som (WAV, MPEG, AIFF, SND), Vídeo (MPEG, AVI, QT), Outros (específico da área).

RESUMO

Atualmente, no Brasil, diante do elevado número de pessoas que apresentam alterações cutâneas, as feridas se tornaram um relevante problema de saúde pública e oneram de forma significativa os gastos públicos. Os cuidados com as feridas cutâneas são uma prática vivenciada diariamente pela equipe de enfermagem que está inserida na Atenção Básica e/ou no contexto hospitalar, e o enfermeiro, entre os membros da equipe de saúde, é um profissional extremamente importante pelo fato de possuir domínio do conhecimento específico e a atribuição de orientar, executar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção, avaliação e indicação do tratamento de feridas. Este estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de um protocolo para a assistência a pessoas com feridas cutâneas na Atenção Primária em Saúde. Para alcançar o objetivo desse estudo, o percurso metodológico aconteceu em três etapas. Na primeira, foi realizada a elaboração do diagnóstico situacional do município, na segunda etapa estabeleceu-se a articulação entre os membros da equipe multiprofissional e na terceira etapa foi realizada a busca das recomendações amparadas em diretrizes. Os resultados mostraram que, após elaboração do diagnóstico situacional, operacionalização dos encaminhamentos e seleção das recomendações baseadas em evidência, deu-se a estruturação do protocolo. Concluiu-se que é esperado que, com a adoção dessa proposta de protocolo, as práticas de cuidado se uniformizem e seja possível otimizar o tempo dos profissionais de enfermagem, reduzindo o tempo de cicatrização e os custos em relação ao tratamento de feridas.

Palavras-chave: “tratment guidelines wound”

ABSTRACT

Currently in Brazil, given the high number of people with skin disorders, the wounds have become a major public health problem and burden significantly public spending. The care of skin wounds are a practical experienced daily by nursing staff that is inserted in Primary Care and/or in the hospital, and the nurse, among members of the health team, is an extremely important professional because it has title the expertise and the assignment to guide, implement and supervise the nursing staff in the prevention, evaluation and indication of the treatment of wounds. This study aims to develop a proposal for a protocol for the care of people with wounds in primary health care. To achieve the objective of this study the methodological course was held in three stages. The first was made the elaboration of situational diagnosis of the municipality, in the second stage established the link between the members of the multidisciplinary team and the third stage was carried out the search of the recommendations in guidelines supported. The results showed that after preparing the situational diagnosis, operation of referrals and selection of evidence-based recommendations, there was structuring the protocol. It was concluded that it is expected that with the adoption of this proposed protocol care practices be standardized and it is possible to optimize the time of nursing professionals, reduce the healing time and costs in relation to the treatment of wounds.

Key-words: “tratment guidelines wound”

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAWC – Association for the Advancement of Wound Care

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

ESF – Equipe de Saúde da Família

NCGC – National Clinical Guideline Centre

NGC – National Guideline Clearinghouse

NPUAP – American National Pressure Ulcer Advisory Panel

PPPIA – Pan Pacific Pressure Injury Alliance

PBE – Prática Baseada em Evidência

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SIGN – Scottish Intercollege Guidelines

SOBEND – Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia

SOBENFeF – Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia

SUS – Sistema Único de Saúde

UA – Úlcera Arterial

UBS – Unidade Básica de Saúde

UN – Úlcera Neuropática

UPP – Úlcera Por Pressão

UV – Úlcera Venosa

WOCN – Wound Ostmy and Continence Nurse Society

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	10
2 - OBJETIVO	14
3 - REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 - Prática Baseada em Evidência	15
3.2 - A pele e a ferida cutânea	16
4 - PERCURSO METODOLÓGICO	22
4.1 - Estratégia de busca para seleção das diretrizes	22
5 - RESULTADOS	25
5.1 - Fases de implantação do protocolo	41
5.2 - Proposta de protocolo	42
6 - DISCUSSÃO	80
7 - CONCLUSÃO	83
8 - REFERÊNCIAS	85
9 - APÊNDICE	90

1 - INTRODUÇÃO

Ferida cutânea é a interrupção da integridade da pele causada por injúria ou violência extrema (SADIGURSKY e VIANA, 2006).

O cuidado com feridas acontece desde o início da história da humanidade por meio de tratamentos que eram realizados com a utilização de extrato de plantas, frutas, lama, mel, leite, ovo e resina (BORGES *et al.*, 2008).

Os registros mais antigos são manuscritos egípcios que datam de 3000-2500 a.C, os quais mencionam curativos à base de diversos tipos de excrementos, que faziam parte dos princípios da farmacopéia egípcia. Hipócrates, que lançou as bases da medicina científica, recomendava que as feridas fossem mantidas limpas e secas, e preconizava sua limpeza com água morna, vinho e vinagre. A partir do século XIX, durante a Guerra da Criméia, foram criados vários tipos de curativos à base de fibras de linho, que, reutilizadas várias vezes, se tornavam gradativamente mais macias, mas eram pouco absorventes. Por volta de 1860, Gamgee descobre o processo de remoção do óleo da lã de algodão, tornando-o absorvente e cria o chumaço de algodão envolto em gaze, utilizado ainda hoje (MANDELBAUM, DI SANTIS e MANDELBAUM, 2003).

Atualmente, no Brasil, diante do elevado número de pessoas que apresentam alterações cutâneas, as feridas se tornaram um relevante problema de saúde pública e oneram de forma significativa os gastos públicos (WAIDMAN *et al.*, 2011).

Ao discorrerem sobre as motivações que dificultam a rápida recuperação da pessoa com feridas, Oliveira, Castro e Granjeiro (2013) afirmam que, quando um problema clínico acarreta um retardo no processo de evolução cicatricial das feridas, gera um impacto na recuperação do paciente e aumenta significativamente os custos da assistência do cuidado à saúde.

Fazendo referência ao manejo das feridas, Costa *et al.* (2014) acrescentam que, além de provocar um grande impacto financeiro nos serviços de saúde, as feridas ocupam uma posição de destaque com alta prevalência e incidência na população gerando prejuízo na vida da pessoa que possui ferida cutânea e também na de seus familiares. Vale ressaltar que a incidência e prevalência dessas lesões se devem à mudança do perfil demográfico da

população brasileira, onde se observa aumento da longevidade somado a hábitos de vida inadequados, promovendo aumento de doenças crônicas como, por exemplo, a diabetes mellitus e as doenças vasculares (BRITO *et al.*, 2013).

Os enfermeiros têm assumido uma postura de atuação direta no cuidado dos pacientes com feridas e alguns buscam se especializar e aprofundar seus conhecimentos nessa área, o que tem lhes conferido um lugar de destaque em relação aos demais profissionais da equipe de saúde que tratam desses pacientes. Essa atuação dos enfermeiros tem contribuído para o êxito no tratamento de feridas crônicas (BRITO *et al.*, 2013).

Esta ótica encontra afinidade com as proposições de Azevedo *et al.* (2014), quando afirmam que os cuidados com as feridas cutâneas são uma prática vivenciada diariamente pela equipe de enfermagem que está inserida na Atenção Básica e/ou no contexto hospitalar e o enfermeiro, entre os membros da equipe de saúde, é um profissional extremamente importante pelo fato de possuir domínio do conhecimento específico e a atribuição de orientar, executar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção, avaliação e indicação do tratamento de feridas.

O êxito da assistência de enfermagem requer sistematização do trabalho, pois, de acordo com Andrade e Silva (2007), a assistência de enfermagem sem sistematização do trabalho afeta a qualidade dessa assistência, além de gerar desorganização do serviço, desvalorização do profissional, desgaste de recursos humanos e inadequada administração do tempo.

Em estudos sobre o processo de trabalho, Ferreira e Andrade (2008) e Vituri e Matsuda (2009) afirmam que, com a globalização e os avanços científico-tecnológicos, a informação é acessível a muitos. Para os profissionais de saúde, e em particular o enfermeiro, é primordial que seu processo de trabalho seja aprimorado no intuito de proporcionar excelência na qualidade dos serviços que prestam às pessoas que dele necessitam. Ainda de acordo com as concepções de Vituri e Matsuda (2009), essa qualidade é definida como grau de atendimento a padrões estabelecidos frente a normas e protocolos que mantêm as ações e as práticas de forma organizada.

Protocolos são definidos como um plano detalhado que é utilizado para o estudo de um problema de saúde, para implementar a terapêutica maximizando o potencial humano e diminuição de custos. Com esse instrumento é possível sistematizar a assistência de enfermagem (BORGES, SAAR e LIMA, 2008).

Nessa perspectiva, Costa *et al.* (2014) acrescentam que a qualidade do cuidado ao indivíduo com ferida exige assistência integral oferecida por profissionais capacitados e sistematizados por protocolos que possibilitam prevenção e tratamento.

Ao retratarem sobre os protocolos, Alves *et al.* (2014) são categóricos ao apontarem que, em meio a esse cenário de interconexão entre prática e pesquisas, os protocolos de enfermagem são instrumentos que orientam o cuidado e a gestão dos espaços de saúde e norteiam fluxos, procedimentos clínicos e condutas, melhoram a racionalidade e recursos e aumentam a probabilidade de se obter assistência de qualidade, além de garantir a autonomia profissional.

Na concepção de Paes *et al.* (2014), a elaboração e a implementação de protocolos possibilitam a qualificação da assistência de enfermagem, uma vez que se trata de uma ferramenta que planeja o cuidado e corrobora com a qualidade da assistência individual e coletiva.

Outra abordagem sobre essa concepção vem de Gubert *et al.* (2005), que são enfáticos ao afirmarem que os protocolos em saúde são ferramentas tecnológicas importantes para enfrentamento dos mais variados problemas envolvidos na assistência e gestão dos serviços.

Percebe-se, na prática assistencial de saúde na Atenção Primária, uma lacuna muito significativa em referência à atuação da equipe multiprofissional, mais especificamente do enfermeiro, concernente à prevenção de feridas, à avaliação dessas e indicação do tratamento adequado, à execução e orientação sobre os cuidados com a pessoa que tem a ferida e de seus familiares, numa visão integral, bem como na supervisão da equipe de enfermagem sob sua liderança. Esse é um grave problema vivenciado pelos enfermeiros na assistência às pessoas com feridas das mais diversas etiologias na Rede Básica de Saúde – Estratégia Saúde da Família (ESF) – onde não se tem contado com um processo de educação permanente no que tange à temática foco deste estudo.

Não raro, surgem na unidade assistencial questionamentos sobre condutas a serem adotadas na diversidade de situações que se apresentam no cotidiano, por falta de um instrumento norteador da prática do enfermeiro e sua equipe, elaborado com a participação e concordância dos demais membros da equipe multiprofissional de saúde. Isso induz os profissionais a tomarem decisões individuais e isoladas, muitas vezes sem fundamentação numa prática baseada em evidências científicas.

Nesse contexto, considerando os altos índices de prevalência e incidência de feridas cutâneas, o grande gasto público e a importância de um tratamento adequado e de atender à demanda emergencial do cenário de atuação da autora, surgiu a necessidade de criação de uma proposta de protocolo voltado para o manejo das feridas cutâneas na Atenção Primária em Saúde no município de Esmeraldas, em Minas Gerais, a fim de sistematizar e qualificar a assistência de enfermagem a esses pacientes.

No intuito de contribuir para mitigar as dificuldades vivenciadas, optou-se por elaborar, juntamente com a equipe multiprofissional de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, e propor um protocolo para assistência aos pacientes com feridas crônicas na Atenção Primária.

A escolha da temática para este estudo é resultado da observação de práticas realizadas pelos enfermeiros da Atenção Primária em Esmeraldas, que não contemplam uma prática baseada em evidências.

A implantação dessa proposta de protocolo representará um passo inicial muito importante, pois irá atender a uma demanda da prática clínica da equipe de enfermagem no serviço supramencionado. Isto posto, poder-se-á alcançar a melhoria da qualidade da assistência aos pacientes portadores de feridas cutâneas.

O desenvolvimento desse projeto apresenta também grande relevância social, pois além de atender a uma demanda da prática clínica, poderá alcançar a melhoria da qualidade da assistência aos pacientes portadores de feridas cutâneas com impacto na recuperação do paciente através da cicatrização precoce das feridas.

2 - OBJETIVO

Elaborar uma proposta de um protocolo para a assistência a pessoas com feridas cutâneas na Atenção Primária em Saúde.

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A origem da Prática Baseada em Evidências (PBE) pode ser considerada nos trabalhos do epidemiologista britânico Archie Cochrane, com um grupo de estudiosos da Universidade McMaster do Canadá na década de 1980, sendo que a partir de 1990 essa abordagem vem sendo integrada no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, reflexo da necessidade de aumentar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde, bem como diminuir os custos operacionais (GALVÃO e SAWADA, 2005).

Sobre o surgimento da PBE no Brasil, Pedrolo *et al.* (2009) referem que a PBE foi inicialmente desenvolvida pela medicina com o nome de Medicina Baseada em Evidência e somente após a adesão de outros profissionais a esse estilo de prática que passou a se chamar Prática Baseada em Evidência. É acrescentado por Galvão e Sawada (2003) que o termo "baseado em evidências" implica o uso e aplicação de pesquisas como base para a tomada de decisões sobre a assistência à saúde. Assim, podemos afirmar que a utilização de resultados de pesquisas consiste em um dos pilares da Prática Baseada em Evidência.

É aclarado por Pedrolo *et al.* (2009) que a PBE é o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre o cuidado ao paciente. Essa prática requer a integração da melhor evidência editada na literatura à experiência clínica do profissional, às preferências do paciente e aos recursos disponíveis na instituição.

Na definição de Galvão e Sawada (2003), a PBE é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde envolvendo a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis (principalmente pesquisas), implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos. Incorpora, ainda, a competência clínica do profissional e as preferências do cliente para a tomada de decisão sobre a assistência à saúde.

É enfatizado por Galvão e Sawada (2005) que o enfermeiro deve saber como obter, interpretar e integrar as evidências oriundas de pesquisas com os dados do paciente e as observações clínicas. As autoras ainda complementam que a implementação dessa abordagem é um processo de mudança complexo, pois envolve a interação de uma diversidade de fatores relacionados à organização e aos profissionais que nela atuam.

Na enfermagem, a implementação da Prática Baseada em Evidências poderá contribuir para a mudança da prática baseada em tradição, rituais e tarefas para uma prática reflexiva baseada em conhecimento científico, promovendo melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente e seus familiares (GALVÃO e SAWADA, 2003).

3.2 A PELE E A FERIDA CUTÂNEA

A pele, também denominada de tegumento, é composta pela epiderme, derme e hipoderme, caracterizando um total de três camadas distintas, sendo considerada o maior órgão humano, chegando a medir 1,5 a 2,0 m² no adulto médio (BORGES *et al.*, 2008).

Além de ser o maior órgão do corpo, a pele é indispensável para a vida do homem e, assim como qualquer outro órgão, pode sofrer danos causados por fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos que alteram sua constituição, levando ao surgimento de feridas cutâneas (MORAES, OLIVEIRA, SOARES, 2008).

De acordo com Borges *et al.* (2008), a ferida é uma ruptura na pele, na membrana mucosa ou em qualquer outra estrutura do corpo. Cabe destacar que, em relação às formas de surgimento da ferida, na perspectiva de Feijó *et al.* (2008), a ferida pode surgir de forma espontânea ou provocada por trauma mecânico, infecção, picada de mosquito, entre outras causas.

É asseverado por Borges *et al.* (2008) que, durante o trauma ocasionado na pele, as conexões vasculares e nervosas são rompidas e, quanto maior a extensão do traumatismo, maior o número de elementos lesados. As autoras acrescentam que, conforme a intensidade do trauma, a ferida pode ser considerada superficial, quando afeta somente estruturas da superfície, ou grave, se envolve vasos sanguíneos calibrosos, músculos, nervos, tendões, ligamentos ou ossos.

Sobre a classificação das feridas, Santos, Souza e Vieira (2014) as classificam em agudas e crônicas. De um lado têm-se as feridas agudas, que correspondem às traumáticas ou cirúrgicas, e possuem um tempo previsível do processo cicatricial desde o momento da injúria até seu fechamento. Acrescentam-se ainda, nessa classificação, as queimaduras. Essas feridas, quando não requerem internamento, são tratadas em domicílio, em unidades de saúde ou em ambulatório. Do outro lado têm-se as feridas crônicas, que também são as complexas. Essas são causadas por fatores intrínsecos ou extrínsecos, não progridem segundo as fases usuais de

cicatrização, geralmente têm um longo período de reparo, requerem cuidados periódicos e contínuos e a pessoa com a ferida e seus familiares necessitam aprender tais cuidados.

Sobre o processo cicatricial, é definido por Borges *et al.* (2008) que esse processo envolve duas etapas. A primeira é chamada catabólica, momento em que as células são degradadas e a segunda é a fase anabólica, em que há formação de novos elementos celulares. Independente da etiologia da ferida, o processo de cicatrização segue um curso contínuo e pode ser dividido didaticamente em três fases, com terminologias distintas, a saber:

- a) Fase inflamatória: ocorre após o trauma e caracteriza-se clinicamente por edema, hiperemia dor e calor moderado. O objetivo dessa fase é minimizar os efeitos das bactérias patogênicas. Esse momento tem duração de três a quatro dias.
- b) Fase proliferativa: momento em que ocorre deposição de colágeno, angiogênese, formação do tecido de granulação, contração e reepitelização da ferida.
- c) Fase de maturação: é observado clinicamente na medida em que a cicatriz reduz seu tamanho, afina-se e perde o tom de vermelho intenso em decorrência da regressão capilar. O tempo de maturação inicia-se em torno de três semanas após o ferimento, podendo levar até um ano nas feridas fechadas ou vários anos nas feridas abertas.

É referido por Feijó *et al.* (2008) que o processo cicatricial normal das feridas pode sofrer influência de diversos fatores, tanto sistêmicos (deficiências nutricionais, mudanças no estado metabólico, circulatório e hormonal) quanto locais (infecções, fatores mecânicos, presença de corpos estranhos, o tamanho, a localização e o tipo de ferida).

As Feridas Crônicas, em especial a Úlcera Por Pressão (UPP), a Úlcera Venosa (UV) e a Úlcera Neuropática (UN) são de grande destaque nas condições crônicas de saúde e apresentam relevância epidemiológica. Tais condições geram impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, podendo resultar em internação prolongada, aumento da morbimortalidade e elevados custos sociais e econômicos, constituindo um sério problema de saúde pública (GONÇALVES, RABEH e TERCARIOL, 2015).

Para Dantas, Torres e Dantas, (2011) as feridas crônicas, independentemente da etiologia, são lesões graves da pele e tecidos subjacentes que causam imensos problemas como dor, incapacidade, sofrimento, perda da autoestima, isolamento social, gastos financeiros, afastamento do trabalho e alterações psicossociais. Vale ressaltar que esses problemas afetam tanto a pessoa que possui a ferida como também seus familiares.

Dentre as feridas crônicas, Sellmer *et al.* (2013) destacam a úlcera venosa que acomete de 1% a 2% da população. Em consonância com Silva *et al.* (2012), esse tipo de úlcera tornou-se um importante problema de saúde pública em razão de sua alta prevalência, associada a um elevado custo de tratamento.

É assegurado por Sellmer *et al.* (2013) que a população acometida por esse tipo de lesão sofre interferência direta na qualidade de vida por diversos fatores, entre eles o mau cheiro, a exsudação abundante, a dor, a mobilidade reduzida, a diminuição do sono, o isolamento social, o longo tempo para a cicatrização da úlcera e as trocas frequentes de curativos, que levam à dependência de cuidados especializados e à necessidade de muitas visitas às unidades de saúde. As autoras ressaltam que essas são condições consideradas crônicas.

Em relação à baixa qualidade de vida, por condições consideradas crônicas, para Firmino (2005), há ainda as feridas neoplásicas que acometem a pele e que constituem mais uma injúria na vida da pessoa que tem câncer. Esse tipo de ferida vai desfigurando o corpo, é dolorosa, libera muito exsudato e tem odor fétido.

As feridas, sejam agudas ou crônicas, para se manterem apenas colonizadas, prevenir infecção e reduzir o tempo de cicatrização, precisam ser submetidas à terapia tópica que visa a cura precoce das mesmas (BORGES *et al.*, 2008).

Entende-se por terapia tópica o conjunto de eventos que envolvem a limpeza da ferida, debridamento e a escolha da cobertura (BORGES *et al.*, 2008, Sellmer *et al.*, 2011). É enfatizado por Borges *et al.* (2008) que esse conjunto de eventos é também denominado curativo e ressaltam que não é sinônimo de cobertura. Sellmer *et al.* (2011) ressaltam que existe divergência sobre a melhor terapia tópica para o tratamento de feridas.

Na perspectiva de Borges *et al.* (2008), a limpeza visa a remoção de debris (tecido desvitalizado, excesso de exsudato, resquícios de agentes tópicos) e microrganismos presentes no leito da ferida. As autoras enfatizam que esse procedimento de limpeza deve ser feito com solução sob pressão.

No Brasil, recomenda-se a limpeza da ferida com solução fisiológica 0,9% morna, em jato. Porém, de acordo com Silva *et al.* (2012), estudos internacionais indicam o uso de água potável em temperatura ambiente, pois a mesma não mostra índice de infecção significativo, quando comparada com solução salina estéril.

Em relação ao debridamento, Borges *et al.* (2008) o definem como remoção de material estranho ou tecido desvitalizado (necrose) da lesão até a exposição de tecido saudável. O profissional, após detectar presença de necrose, deve escolher o método para sua remoção através de debridamento autolítico, enzimático, mecânico, biológico ou osmótico.

Ao abordarem as coberturas de curativos, Sellmer *et al.* (2013) discorrem que existem vários tipos e cada uma delas serve para atender a uma necessidade específica, sendo que as que mantêm o meio úmido, as com absorção do excesso de umidade e as com capacidade de remover tecido desvitalizado são as mais utilizadas. Entretanto, para Borges *et al.* (2008), há divergência sob o olhar de diferentes sujeitos ao considerar cobertura como um material, produto ou substância utilizada para ocluir, tratar, proteger e umedecer.

A cicatrização de feridas é um processo complexo, envolvendo diferentes sistemas biológicos e imunológicos. Apesar dos avanços tecnológicos, o insucesso na prevenção de feridas e no tratamento ainda constitui um desafio interdisciplinar que não deve ser subestimado (FEIJÓ *et al.*, 2008).

Com os avanços científicos no cuidado ao paciente com feridas, os enfermeiros passaram a se organizar em associações. Em decorrência desse fato, a prática de cuidados a essa clientela se tornou uma especialidade da enfermagem brasileira, concretizada pela Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBEND), Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBENFeF). Contudo, prestar uma assistência de cuidados de enfermagem de forma qualificada às pessoas com feridas continua sendo um desafio que requer conhecimentos específicos, habilidades e abordagens que extrapolam a esfera biológica (FERREIRA *et al.*, 2014).

É enfatizado por Sellmer *et al.* (2013) que o cuidado de pessoas com feridas é um dos focos de atenção da especialização de enfermagem, sendo o enfermeiro estomaterapeuta o profissional que possui conhecimento, treinamento e habilidade para o manejo com qualquer tipo de ferida aguda ou crônica. Ainda na assertiva das autoras, o estomaterapeuta deve garantir a essa clientela a melhoria do nível de saúde individual e coletivo, embasando-se em uma assistência especializada. Entretanto, faltam profissionais especialistas em estomaterapia no Brasil.

É relatado por Gonçalves, Rabeh e Nogueira (2014) que uma estratégia recomendada para o planejamento da assistência de enfermagem é a Prática Baseada em Evidência, processo que combina a pesquisa com a experiência clínica e preferências do cliente/paciente na tomada de

decisão do profissional em referência ao que será realizado. Para as autoras, essa abordagem contraria a prática clínica fundada em tradição e experiências clínicas isoladas, não sistemáticas e opiniões infundadas, além de reforçar a utilização de resultados de pesquisas e de dados que podem gerar melhoria da qualidade da assistência.

Outra abordagem sobre essa questão é feita por Borges *et al.* (2008) ao discorrerem que os instrumentos para translação das evidências para a prática utilizadas pela Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado em Saúde (AHQR) são as *guidelines* ou diretrizes compostas de recomendações amparadas em pesquisas e na experiência de peritos, especialistas clínicos. As autoras acrescentam ainda que a operacionalização da diretriz é feita com uso de protocolos.

Fazendo referência aos protocolos, Correa *et al.* (2012) afirmam que estes são ferramentas que colaboram com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), contribuindo para melhoria dos processos na busca pela excelência do cuidado.

Para Feijó *et al.* (2008), a prática clínica do enfermeiro é baseada na sistematização de assistência de enfermagem e tem sido cada vez mais utilizada em nosso meio. Portanto, o enfermeiro deve elaborar protocolos que permitam uniformizar a prática assegurando que os resultados sejam confiáveis e, assim, fornecer subsídios para implementar terapêuticas adequadas.

Os cuidados dispensados no tratamento das feridas exigem atuação interdisciplinar, adoção de protocolo, conhecimento e habilidade técnica, articulação entre atenção primária, secundária e terciária dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e a participação ativa das pessoas que vivem com essas lesões e seus familiares (DANTAS, TORRES e DANTAS, 2011). Sob a perspectiva desses autores, é através de um protocolo de assistência que a equipe multidisciplinar de saúde capacitada pode avaliar os fatores relacionados aos aspectos clínico (características da dor, tempo e características do membro afetado e da lesão), assistencial (diagnóstico, condutas e intervenções terapêuticas) e de qualidade de vida dessas pessoas com feridas, aspectos que podem interferir na evolução da cicatrização.

Ao discorrerem sobre a relevância da utilização de protocolos na assistência de saúde, Sellmer *et al.* (2013) afirmam que, no cuidado dos pacientes com feridas crônicas, essa ferramenta contribui para melhorar as taxas de cicatrização e diminuir os custos no tratamento das úlceras venosas.

Ainda no que concerne a esse tema, Dantas, Torres e Dantas (2011) reafirmam que a importância do protocolo justifica-se ainda pelo fato de uma assistência mal conduzida favorecer a cronicidade das lesões, podendo uma ferida levar anos para cicatrizar. Esse fato acarreta um alto custo social e emocional, afastando o indivíduo do trabalho e agravando as condições socioeconômicas, além de afetar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares e onerar os serviços de saúde.

Neste contexto, Borges *et al.* (2008) afirmam que, após a implementação de um protocolo para o atendimento a pacientes com feridas no ambulatório de dermatologia do Hospital das Clínicas, os pacientes vêm obtendo a cicatrização das feridas em menor tempo e com custo reduzido.

No Brasil, entretanto, a maioria dos serviços de saúde não utilizam protocolos para a assistência dessa clientela, ou os protocolos utilizados não são construídos com uma metodologia adequada. Em contrapartida, em países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Estados Unidos, existe um empenho intenso no sentido de elaborar protocolos clínicos com objetivo de qualificar o cuidado e melhorar as taxas de cicatrização das feridas, assim como diminuir os custos com o tratamento (SELLMER *et al.*, 2013).

É considerado por Dantas, Torres e Dantas (2011) de fundamental importância que a assistência no tratamento do paciente com feridas seja pautada em protocolo, que contemple avaliação clínica, diagnóstico precoce, planejamento do tratamento, implementação do plano de cuidados, evolução e reavaliação das condutas e tratamento e que promova um trabalho educativo permanente em equipe, envolvendo a pessoa que tem lesão, os familiares e os cuidadores.

Compartilham dessa ideia Moraes, Oliveira e Soares (2008) ao afirmam que, dessa forma, será possível projetar um caminho clínico, pelo qual o enfermeiro conseguirá acompanhar a evolução das diversas etapas do tratamento da ferida, realizará um planejamento de tratamento adequado com métodos terapêuticos juntamente com uma equipe multidisciplinar com a finalidade de levar a cicatrização da ferida sem complicações, com a restauração das funções e prevenção das sequelas.

É acrescentado por Sellmer *et al.* (2013) que, com uso de protocolos, ocorram além da melhora esperada nas taxas de cicatrização, com a padronização da assistência haja redução de custos e otimização do tempo do enfermeiro.

4 - PERCURSO METODOLÓGICO

Para alcançar o objetivo desse estudo, o percurso metodológico aconteceu em três etapas a fim de montar a estrutura da proposta de protocolo. Na primeira etapa, aconteceu a elaboração do diagnóstico situacional do município e na segunda etapa estabeleceu-se a articulação entre os membros da equipe multiprofissional. As duas etapas aconteceram baseando-se em documentos oficiais do município e em reunião com a coordenação da Atenção Primária que ofereceu todo o apoio para o desenvolvimento do trabalho.

Por fim, na terceira etapa, foi realizada a busca das recomendações amparadas em diretrizes. A escolha de se trabalhar com diretrizes se deve ao fato de que elas convertem o conhecimento baseado em ciência em ação prática de forma acessível aos profissionais, reduzem a variabilidade na prática, provendo enfermeiros e outros profissionais com uma síntese de informações publicada que pode diminuir a incerteza do profissional no momento do diagnóstico e na tomada de decisão sobre o tratamento (BORGES *et al.*, 2008).

4.1 - ESTRATÉGIAS DE BUSCA PARA SELEÇÃO DAS DIRETRIZES

Foi realizada uma busca no site da National Guideline Clearinghouse (NGC) por diretrizes ou *guidelines* relacionadas ao tratamento de úlcera por pressão e úlceras de pernas utilizando as palavras “treatment guidelines wound” na caixa de busca. Foram encontrados 191 resultados, sendo alguns repetidos da mesma sociedade porque traziam as versões anteriores. Foram selecionadas as que haviam sido elaboradas ou revisadas entre os anos de 2010 e 2015 e que apresentam no título e na descrição resumida as palavras “guideline, tratamento, úlcera por pressão, úlcera venosa, úlcera arterial e úlcera neuropática”. Após esse refino, foram encontradas dez diretrizes que seguem descritas abaixo:

- 5 diretrizes sobre úlceras por pressão, sendo 1 da WOCN (2010), 1 da NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014), 1 da AAWC (2010), 1 da NCGC (2014) e 1 da American College of Physicians (2015)
- 3 sobre úlcera venosa sendo 1 da WOCN (2011), 1 da AAWC (2010) e 1 da SIGN (2010)
- 1 sobre úlcera neuropática da WOCN (2012)

- 1 sobre úlcera arterial da WOCN (2014)

Todas foram lidas e analisadas sob a luz de um instrumento de coleta de dados (apêndice 1) que expôs os documentos que apresentavam os maiores níveis de evidência que contemplavam aspectos relacionados ao tratamento das feridas mencionadas. Duas diretrizes relacionadas a úlcera por pressão e uma diretriz relacionada a úlcera venosa foram excluídas por não apresentarem níveis de evidências classificados no sistema A, B, C.

Dentre as selecionadas, optou-se pela diretriz mais recente e que apresentava maiores níveis de evidência. Nos documentos em que havia níveis de evidência diferentes em relação à mesma recomendação, foi selecionada a de maior nível de evidência. Nos casos em que o maior nível de evidência foi apresentado pela diretriz mais antiga, prevaleceu a de nível de evidência mais baixo da diretriz mais recente.

Após essa análise, foi selecionada a diretriz da EPUAP/NPUAP/PPPIA para tratamento das úlceras por pressão e da WOCN para as úlceras arteriais, venosas e neuropáticas. Após a seleção das diretrizes, procedeu-se a elaboração da proposta de protocolo.

A NGC é uma iniciativa da Agência de Investigação de Saúde e Qualidade (AHRQ) do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos e foi originalmente criada pela AHRQ, em parceria com a Associação Médica Americana e da Associação Americana de Planos de Saúde (Agora America's Health Insurance Plans [AHIP]).

A NCG é composta por um Conselho Editorial formado por profissionais de saúde com experiência coletiva em diretrizes de prática clínica e medidas de qualidade e o Painel de Especialistas é composto por profissionais de saúde com experiência coletiva em saúde baseada em evidências, diretrizes de prática clínica, a medição da qualidade e comunicação, a política de cuidados de saúde e administração e informática em saúde. E tem como missão fornecer aos médicos e outros profissionais de saúde, prestadores de cuidados de saúde, planos de saúde, sistemas de distribuição integrados, compradores e outros um mecanismo acessível para a obtenção de objetivos, informações detalhadas sobre diretrizes de prática clínica e para promover a sua divulgação, implementação e uso.

A WOCN é uma sociedade de enfermagem profissional internacional fundada em 1968 e conta com mais de mais de 5.000 profissionais de saúde que são especialistas no atendimento de pacientes com feridas, ostomia e incontinência. É uma sociedade profissional de enfermagem que apóia os seus membros através da promoção, oportunidades educacionais

clínicas e de pesquisa para o avanço da prática e orientação à prestação de cuidados de saúde especializado para pessoas com feridas, ostomias e incontinência.

O NPUAP é uma organização profissional independente sem fins lucrativos dedicada à prevenção e gestão de úlceras por pressão. Formado em 1986, o Conselho NPUAP de Administração é composto por especialistas de diferentes cuidados de saúde e que compartilham um compromisso com a prevenção e gestão de úlceras de pressão. Somado a isso, o NPUAP serve como um recurso para profissionais de saúde, governo, o público e agências de cuidados de saúde, e acolhe com satisfação e incentiva a participação de pessoas interessadas em questões relacionadas às úlceras por pressão através da utilização de materiais educacionais, participação em conferências nacionais e apoio aos esforços em políticas públicas, educação e pesquisa.

A EPUAP foi criada em Londres em dezembro de 1996, para liderar e apoiar todos os países europeus nos esforços para prevenir e tratar úlceras de pressão e tem dado apoio a estudos de prevalência, a difusão de ferramentas educacionais e formação de grupos de trabalho internacionais sobre diferentes temas relevantes para a prevenção e tratamento de úlceras de pressão.

Quanto à PPPIA, trata-se de uma associação composta pela Australian Wound Management Association (AWMA), Hong Kong Enterostomal Therapists Association Society (HKETA), New Zealand Wound Care Society (NZWCS) e Wound Healing Society Singapore.

5 - RESULTADOS

O município de Esmeraldas está localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010, a população esmeraldense era de 60. 271 habitantes com estimativa de 67.208 habitantes para o ano de 2015.

O serviço de saúde conta no setor terciário com um hospital geral que atende as emergências clínicas adulto e pediátricas, cirurgias eletivas de pequeno porte e maternidade para gestantes de risco habitual. Não possui atendimento no setor secundário. A Atenção Primária em Saúde (APS) é composta por 24 Unidades Básica de Saúde (UBS), dentre essas, quatro são denominadas UBS pólos por se localizarem em pontos estratégicos do município. Entre as 24 UBS, dez possuem uma equipe de Saúde da Família (ESF), perfazendo um total de dez ESF. Em cada ESF há um enfermeiro, um médico, de um a três técnicos de enfermagem e uma média de cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As UBS sem ESF não contam com profissional enfermeiro. O serviço de saúde é oferecido pelos técnicos de enfermagem e pelos chamados médicos de apoio com uma carga semanal de 20 horas. Nas UBS com ESF, além do enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS são acrescentados médicos especialistas em pediatria, ginecologia e obstetrícia, cardiologia, urologia, ortopedia, otorrinolaringologia, angiologia, infectologia, endocrinologia, neurologia, nefrologia e dermatologia.

A Atenção Primária conta ainda com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) formada por uma assistente social, uma nutricionista, uma fonoaudióloga e uma fisioterapeuta, e ainda quatro equipes de saúde bucal formadas por quatro odontólogos e quatro auxiliares de saúde bucal fixos nas UBS pólo e uma farmacêutica.

O total de profissionais que compõem o cenário da Atenção Primária está explicitado no quadro 1.

Categoria profissional	Especialidade	Nº de profissionais
Médico generalista da ESF	-	10
Médico generalista 20h	-	04
Médico especialista	Pediatria	03
	Ginecologia e obstetrícia	05
	Dermatologia	02
	Infectologia	01
	Angiologia	01
	Cardiologia	02
	Urologia	02
	Otorrinolaringologia	01
	Ortopedia	02
	Endocrinologia	02
	Neurologia	01
Nefrologista	01	
Enfermeiro	-	10
Odontólogo	-	04
Técnico de enfermagem	-	19
Auxiliar de saúde bucal	-	04
ACS	-	44
Nutricionista (NASF)	-	01
Fisioterapeuta (NASF)	-	01
Assistente Social (NASF)	-	01
Fonoaudiólogo	-	01
Farmacêutico	-	01

Quadro 1. Profissionais da Atenção Primária de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de outubro de 2015.

De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de setembro de 2015, no município de Esmeraldas, 33.240 pessoas são acompanhadas pelas ESF distribuídas entre área rural e urbana. Esses dados não contemplam informações referentes ao total de pessoas que são acompanhadas pelas UBS sem ESF. Desse total de pessoas, sabe-se que 5.323 possuem Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), mais especificamente 4.303 com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 1.020 com Diabetes Mellitus (DM).

Em relação ao manejo das feridas, dados do SIAB referentes aos meses de janeiro a setembro de 2015 dão conta que os somatórios dos curativos realizados pela equipe de enfermagem nas ESF totalizam 2.057 curativos. Uma média de 228,5 curativos/mês. Sobre esse número de atendimentos de enfermagem nos cuidados as feridas, não há entre os documentos oficiais

disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e nem nos registros das unidades de saúde onde os atendimentos foram feitos a etiologia das feridas dos pacientes atendidos. Isso decorre do fato de os dados solicitados pelo SIAB em relação às feridas serem somente número de curativos realizados e nas unidades de saúde a grande maioria não realizar o registro dos atendimentos. Apenas é anotado em um caderno o nome do paciente e a assistência prestada sem registrar ao menos o local da ferida.

Sobre os produtos disponíveis para o tratamento das feridas, não existe nenhum padronizado pela Secretaria de Saúde. São realizadas compras aleatórias de insumos para o tratamento das feridas, dentre eles o ácido graxo essencial (AGE), soro fisiológico 0,9%, pomada colagenase e a sulfadizina de prata creme. Foi acordado em reunião com a coordenação da Atenção Primária que serão padronizados os insumos descritos acrescidos do hidrogel amorfo, bota de unha, bandagem elástica, atadura de crepom, creme de ureia a 10%, cobertura de espuma e placa de hidrocolóide. Todos esses produtos serão solicitados mensalmente pelo enfermeiro de acordo com a necessidade do momento. Caso surja algum paciente com uma ferida que necessite de uma cobertura não padronizada, será feito um relatório pelo enfermeiro da ESF e enviado à Secretaria de Saúde para que efetue a compra.

Tratando da articulação de atendimentos dos profissionais médicos no mesmo nível de atenção ou em níveis diferentes, as referências e contra referências estabelecidas pela atenção básica do município de Esmeraldas acontecem de médico para médico e para outros profissionais não médicos seja dentro do município ou fora dele quando o paciente é referenciado a um especialista de outro município que mantém pactuação com a cidade de Esmeraldas. Já entre os profissionais de saúde de nível superior não médicos são permitidas as referências e contra referências dentro do município.

Para a elaboração da proposta de protocolo, foram necessárias cinco reuniões com alguns dos profissionais da Atenção Básica. Foi tomada a decisão pela coordenação da Atenção Primária de envolver nesse primeiro momento somente os profissionais considerados, por ela, articuladores de equipe.

Inicialmente foi realizada uma reunião com a coordenação da Atenção Primária, uma médica de uma das ESF e a autora. Nesse momento, foi discutida a necessidade de se diminuir a variação da prática clínica do cuidado e tratamento dos pacientes com feridas crônicas na Atenção Primária em Saúde. Nesse momento inicial foi constatado, através de discussões e relatos de experiência prévia da autora com uso de protocolos clínicos, o quão benéfico é ter

uma ferramenta que gera vários benefícios aos serviços de saúde, dentre eles a capacidade de guiar um fluxo de tratamento, que nesse momento se faz tão necessário diante das distintas condutas existentes entre as ESF do município.

Posteriormente foram realizadas a segunda, a terceira e a quarta reunião, que contou com a presença da coordenação da Atenção Primária em Saúde, o enfermeiro RT da Atenção Primária, os quatro enfermeiros das ESF das chamadas “UBS pólos” da qual a autora faz parte, a nutricionista do NASF e dois médicos de duas ESF. Durante essa reunião, foram discutidos o diagnóstico situacional, o objetivo do protocolo, os fluxos de atendimentos e encaminhamentos dos pacientes com feridas, as atribuições de cada um dos membros das ESF e a padronização e compra de insumos para o tratamento das feridas.

A quinta reunião aconteceu entre a coordenação da Atenção Primária, o RT da Atenção Primária e a autora para definirem quais eram os tipos de feridas que seriam alvo de tratamento guiado pelo protocolo. Ficou acordado também que a autora estruturaria o documento com recomendações baseadas em evidência.

Todo o desenvolvimento das reuniões aconteceu com o conhecimento e consentimento do Secretário de Saúde que não pôde participar das reuniões. Porém, ficou a cargo da coordenação deixá-lo informado sobre todos os progressos e as decisões acordadas nas reuniões.

Após elaboração do diagnóstico situacional, operacionalização dos encaminhamentos e seleção das recomendações baseadas em evidência, deu-se a estruturação do protocolo que segue abaixo:

- a) **Objetivo do protocolo:** Tratar feridas através de práticas baseadas em evidência que propiciem a cicatrização e padronizar a assistência de enfermagem.
- b) **Primeiro atendimento:** Será realizado pelo enfermeiro durante o acolhimento que, após ouvir a demanda do paciente, o encaminhará ao técnico de enfermagem que aplicará a terapia tópica convencional (gaze e soro fisiológico 0,9%) e agendará a consulta com médico da equipe.
- c) **Primeira consulta médica:** O médico da equipe fará a consulta médica, o diagnóstico ou hipótese diagnóstica, solicitará exames necessários, encaminhará o paciente para um especialista se julgar pertinente e para a consulta de enfermagem. O médico deverá registrar toda a conduta no prontuário do paciente.

- d) **Primeira consulta de enfermagem:** O enfermeiro avaliará o paciente e a lesão através do formulário do serviço (apêndice 2), com informações sobre história clínica do paciente, fatores socioeconômicos, evolução da ferida, diagnóstico médico e possíveis fatores que podem interferir no processo cicatricial. O enfermeiro deverá avaliar as características da lesão e classificá-la conforme localização anatômica, tamanho, profundidade e bordas. Realizar a terapia tópica indicada de acordo com o tipo de ferida e determinar a sequência dos retornos. Ao final da consulta o paciente deverá assinar o termo de consentimento para registro fotográfico da lesão (apêndice 4). Ambos os formulários deverão ser anexados ao prontuário do paciente. Sempre que o enfermeiro julgar necessário, deverá agendar consulta de retorno com médico da equipe ou encaminhar o paciente para os profissionais do NASF.
- e) **Consultas subsequentes:** As trocas dos curativos poderão ser feitas pelos técnicos de enfermagem da equipe sob a supervisão do enfermeiro, anotar os achados na sequência do formulário próprio do serviço (apêndice 3) e no prontuário do paciente seguindo as recomendações gerais e específicas descritas para cada tipo de ferida.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Avaliação do paciente

- Realizar rastreio nutricional com a utilização de um instrumento válido e encaminhar para o nutricionista os pacientes identificados como em risco nutricional. (Força da evidência C)
- Oferecer alimentos por via oral de elevado teor calórico e protéico nos intervalos das refeições caso as exigências nutricionais não sejam satisfeitas através da ingestão alimentar. (Força da evidência B)
- Considerar o suporte nutricional entérico e parentérico sempre que a ingestão oral for insuficiente. (Força da evidência C)
- Promover uma ingestão diária e adequada de líquidos com vista à hidratação e oferecer líquidos adicionais a indivíduos desidratados, com temperaturas elevadas, vômitos, sudorese profusa, diarreia ou feridas altamente exsudativas. (Nível de evidência C)

- Avaliar fatores causais e sinais e sintomas significativos para diferenciar as úlceras de membros inferiores antes de instituir tratamento. (Nível de evidência C)
- Realizar avaliação vascular através de palpação dos pulsos pediais e mensurar índice de pressão tornozelo braço. (ITB)

Tratamento da ferida

- Realizar a limpeza da ferida com soro fisiológico em jato. Fazer um furo único no frasco do soro com uma agulha 25X8.
- Fotografar as feridas na primeira consulta de enfermagem e quinzenalmente, com as iniciais do nome do paciente, data, identificação do local anatômico, cobertura utilizada e número da troca para acompanhamento da evolução.
- Medir a extensão da ferida na primeira consulta e quinzenalmente com auxílio de papel transparente estéril e pincel anatômico, onde será feito o contorno da ferida e medido as maiores extensões na altura e largura.
- Mensurar a profundidade da ferida inserindo uma seringa de insulina estéril e sem agulha no ponto mais profundo da ferida. Demarcar o local na seringa no nível da borda da ferida e medir na régua.
- Avaliar o tecido presente no leito da ferida. Na presença de tecido desvitalizado ou necrótico, estimar proporcionalmente a quantidade e selecionar o método de debridamento de acordo com a perfusão.
- Avaliar as bordas da lesão e a pele peri-ferida.
- Atentar para sinais de infecção. Caso haja sinais de infecção, chamar o médico da equipe para avaliar a necessidade de antibiótico sistêmico.

O técnico de enfermagem deve separar todo o material necessário e deixar a sala de curativos em condições adequadas para o uso.

Os registros fotográficos, as mensurações da ferida e a escolha do método de debridamento devem ser realizados pelo enfermeiro da equipe.

Realização de curativo no domicílio

Atendimento no domicílio acontecerá mediante agendamento prévio via demanda espontânea ou através do ACS da micro área.

- ✓ Organizar todo o material necessário.
- ✓ Garantir que o familiar ou cuidador esteja presente.
- ✓ Utilizar equipamento de proteção individual.
- ✓ Após o procedimento organizar o local onde foi realizado o curativo embalar de forma adequada o lixo produzido e retorná-lo para a unidade de saúde.
- ✓ Registrar o procedimento no formulário próprio (apêndice 2).
- ✓ Orientar o familiar sobre mudança de decúbito nos casos de UPP.
- ✓ Definir data de retorno.

RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS

A) ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)

É uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção (NPUAP/EPUAP, 2014).

Cuidados com o paciente

- ✓ Reposicionar o paciente. Salvo nos casos contra-indicados. (Nível de evidência A)
- ✓ Determinar a frequência do reposicionamento levando em conta a tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica geral, objetivos gerais do tratamento, condição da pele e conforto. (Nível de evidência C)
- ✓ Evitar sujeitar a pele a pressão, fricção ou cisalhamento utilizando ajuda de transferência manual levantando e não arrastando o paciente enquanto o reposiciona. (Nível de evidência C)

- ✓ Estabelecer planos de reposicionamento onde constem a frequência e a duração da alternância dos posicionamentos. (Nível de evidência C)
- ✓ Evitar posicionar o paciente sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável. (Nível de evidência C)
- ✓ Para os pacientes em repouso no leito, limitar a elevação da cabeceira da cama a 30° salvo contra-indicação devido à condição clínica ou a aspectos digestivos e relacionados com a alimentação. (Nível de evidência C)
- ✓ Em pacientes sentados, posicioná-los de forma a manter a estabilidade e todas as suas atividades. (Nível de evidência C)
- ✓ Promover uma inclinação adequada para evitar que o indivíduo deslize para frente na cadeira de rodas ou na cadeira e ajustar apoios para os pés e braços de forma a manter uma postura adequada e a redistribuição da pressão. Os pés devem estar bem apoiados diretamente no chão, num banquinho, ou num repousa-pés. (Nível de evidência C)
- ✓ Restringir o tempo que o paciente permanece sentado numa cadeira sem alívio de pressão. (Nível de evidência B)
- ✓ Não posicioná-lo diretamente sobre uma ferida ou sobre a(s) área(s) com suspeita de lesão profunda dos tecidos com pele intacta. Caso não seja possível o reposicionamento para aliviar a pressão sobre essa área, selecionar uma superfície de apoio adequada. (Nível de evidência C)
- ✓ Não utilizar dispositivos em forma de anel ou argola e luvas cheias de água para elevar os calcâneos. (Nível de evidência C)
- ✓ As almofadas em pele de carneiro natural podem ajudar a prevenir as úlceras por pressão. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar uma almofada de espuma ao longo da parte posterior da perna para elevar os calcâneos. (Nível de evidência B)
- ✓ Não utilizar colchões de ar nem colchões de sobreposição de pressão alterna com células pequenas. (Nível de evidência B)

Tratamento da ferida

- ✓ Avaliar e documentar as características da ferida quanto à localização, categoria/grau, tamanho, tipo de tecido presente, cor, bordas e cavitações. (Nível de evidência C)
- ✓ No caso das úlceras por pressão de Categoria/Grau II a IV e inclassificáveis em pacientes com tons de pele escura, avaliar as seguintes características: temperatura e sensibilidade da pele, alteração da consistência do tecido e dor. (Nível de evidência C)
- ✓ Considerar a utilização de soluções de limpeza com agentes surfactantes e/ou antimicrobianos para limpar as úlceras por pressão com resíduos, infecções confirmadas, suspeitas de infecção ou suspeitas de níveis elevados de colonização bacteriana. (Nível de evidência C)
- ✓ Limpar a pele circundante. (Nível de evidência B)
- ✓ Selecionar o método de debridamento mais adequado de acordo com o leito da ferida e o contexto clínico. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar métodos de debridamento mecânicos, autolíticos, enzimáticos e/ou biológicos quando não existir uma necessidade clínica urgente de drenagem ou remoção de tecido desvitalizado. (Nível de evidência C)
- ✓ Realizar o debridamento cirúrgico/cortante em casos de necrose extensa, celulite avançada, crepitação, flutuação e/ou sépsi resultante de uma infecção relacionada com a úlcera. (Nível de evidência C)
- ✓ O debridamento cortante conservador e o debridamento cirúrgico/cortante devem ser realizados com instrumentos esterilizados e por profissionais de saúde especificamente formados, competentes, qualificados e licenciados segundo os estatutos legais e os regulamentares locais. (Nível de evidência C)
- ✓ Controlar a dor associada ao debridamento. (Nível de evidência C)
- ✓ Não debridar as necroses estáveis, duras e secas presentes nos membros isquêmicos. (Nível de evidência C)
- ✓ Esperar alguns sinais de cicatrização da úlcera por pressão no prazo de duas semanas. (Nível de evidência B)

- ✓ Debridar o leito da ferida quando houver suspeita ou confirmação da presença de biofilme. (Nível de evidência C)

Atenção: o debridamento só deve ser realizado quando houver uma perfusão adequada da ferida.

- ✓ Limitar a utilização de antibióticos tópicos nas úlceras por pressão infectadas, exceto em situações especiais em que o benefício para o doente supere o risco dos efeitos adversos e da resistência antibiótica. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar coberturas com capacidade de manter o leito da ferida úmido, de acordo com a natureza e volume do exsudato, tamanho da ferida, do tecido no leito da ferida, presença de cavitações e condição da pele peri-ferida. (Nível de evidência C)
- ✓ Trocar a cobertura caso fezes penetrem na mesma. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar hidrocolóides para limpar úlceras por pressão de Categoria/Grau II nas áreas do corpo em que não se desloquem nem se fundam. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar curativos de enchimento de hidrocolóides em úlceras profundas para assim preencher o espaço vazio. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar filme transparente para o debridamento autolítico quando o indivíduo não estiver imunodeprimido e não o utilizar como cobertura secundária em agentes debridantes enzimáticos, géis ou pomadas. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar hidrogel em úlceras por pressão pouco profundas e minimamente exsudativas. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar hidrogel amorfo em úlceras por pressão que não estejam clinicamente infectadas e que estejam granuladas. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar hidrogel para tratamento de leitos secos das úlceras. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar alginato para o tratamento das úlceras por pressão moderada ou altamente exsudativas. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar coberturas de espuma sobre úlceras por pressão de Categoria/Grau II com exsudado e de Categoria/Grau III pouco profundas. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar coberturas com prata no caso das úlceras por pressão que estejam clinicamente infectadas ou altamente colonizadas. (Nível de evidência B)

Atenção: Os produtos tópicos com prata não devem ser utilizados em pacientes com sensibilidade à prata. A prata pode ter propriedades tóxicas, especialmente queratinócitos e fibroblastos. A dimensão da toxicidade não é totalmente conhecida.

- ✓ Evitar a utilização de gaze no caso das úlceras por pressão limpas e debridadas já que a sua utilização requer muito trabalho, causam dor quando são removidas secas e provocam o ressecamento do tecido viável ao se secarem. (Nível de evidência C)

B) ÚLCERA VENOSA (UV)

Ferida decorrente de distúrbios venosos nos membros inferiores, também conhecidos como doença venosa crônica dos membros inferiores, que abrangem um espectro completo de alterações morfológicas e funcionais do sistema venoso. Esse espectro inclui doença venosa crônica e insuficiência venosa crônica, sendo esta última capaz de produzir anormalidades funcionais mais avançadas do sistema venoso como edema moderado ou grave, alterações na pele e úlcera venosa (WOCN, 2011).

Avaliação do paciente

- ✓ Avaliar histórico de saúde (história familiar, tromboembolismo venoso, cirurgia venosa previa, úlceras anteriores). (Nível de evidência C)
- ✓ Realizar exame físico dos membros inferiores: avaliar presença de pulso pedial e tibial posterior de cada membro e pesquisar edema (Nível de evidência C)
- ✓ Determinar status da perfusão, avaliando temperatura da pele, enchimento capilar, recarga venosa, alterações da cor, presença de parestesias, dermatite, varizes, lipodermatoesclerose e cicatrizes de úlceras anteriores.
- ✓ Realizar mensuração do Índice Tornozelo Braço (ITB) (Nível de evidência C)

Tratamento da ferida

- ✓ Limpar a ferida com soro fisiológico em cada troca de curativo minimizando trauma na ferida e na pele circundante (Nível de evidência C)

- ✓ Nenhum método de debridamento foi reconhecido como ótimo. Nos casos de debridamento autolítico ou enzimático deve-se acompanhar de perto a ferida.
- ✓ Considere o uso de curativos hidrocolóides ou de espuma para reduzir a dor associada à ferida. (Nível de evidência B)
- ✓ Selecione a cobertura de acordo com os princípios do tratamento de feridas levando em conta as características da ferida, capacidade de absorção e conforto do paciente.
- ✓ Utilize terapia de compressão, pois a mesma diminui o tempo de cicatrização. (Nível de evidência A)
- ✓ Utilize um sistema de multicamadas que contêm uma camada elástica.
- ✓ Estimule o paciente a participar de atividade física que melhoram a função muscular da bomba da panturrilha.
- ✓ Oriente o paciente a elevar as pernas durante 30 minutos, de 3 a 4 vezes por dia
- ✓ Oriente o paciente sobre a necessidade do uso de meias compressivas por toda a vida.
- ✓ Oriente o paciente a evitar cruzamento das pernas.

C) ÚLCERA ARTERIAL (UA)

Ferida decorrente da doença arterial das extremidades inferiores também comumente referido como doença vascular periférica (DVP), doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) e doença arterial periférica (DAP). Refere-se a distúrbios que afetam as artérias da perna e a doença arterial das extremidades inferiores é um marcador de aterosclerose sistêmica (WOCN, 2014).

Avaliação do paciente

- ✓ Avaliar história de saúde para identificar riscos de para insuficiência arterial como tabagismo, diabetes e hipertensão arterial,
- ✓ Avaliar características da dor como localização, duração, fatores precipitantes e claudicação intermitente.

- ✓ Avaliar membros inferiores e identificar presença de alterações isquêmicas na cor da pele, ausência de pelos e unhas distróficas.
- ✓ Diferenciar isquemia aguda e isquemia crítica que é crônica devido à aterosclerose. (Nível de evidência C)
- ✓ Palpar ambos os pulsos pediais e tibiais posteriores para determinar ausência ou presença de pulsação. A presença não descarta insuficiência arterial. (Nível de evidência B)
- ✓ Observar se há sinais de neuropatia (diminuição de sensibilidade, fraqueza muscular, anormalidades na marcha). (Nível de evidência B)
- ✓ Interpretar o ITB levando em consideração os achados no exame clínico:
 - ITB normal: maior ou igual a 1
 - ITB < ou igual a 0,9: insuficiência arterial
 - ITB entre 0,6 e 0,8: perfusão limítrofe
 - ITB < ou = a 0,5: isquemia grave
 - ITB < ou = 0,4: isquemia crítica
 - ITB pode estar elevado (> 1,3) em pacientes com diabetes, insuficiência renal ou artrite devido à calcificação das artérias do tornozelo as tornando não compressíveis. (Nível de evidência C)
- ✓ Encaminhar para consulta médica o paciente com sintoma de isquemia grave e ITB inferior a 0,4.
- ✓ Orientar a cessar o tabagismo (retarda progressão da arteriosclerose). (Nível de evidência B)
- ✓ Orientar uso de sapatos adequados que distribua uniformemente a pressão com proteção dos calcanhares e dedos. (Nível de evidência C)
- ✓ Encaminhar para fisioterapeuta para que seja confeccionado o sapato adequado.

Tratamento da ferida

- ✓ Manter secas as escaras estáveis e bolhas em feridas isquêmicas não infectadas. (Nível de evidência C)
- ✓ Não deprender feridas com escaras até o estado de perfusão seja determinado. (Nível de evidência C)
- ✓ Monitorar de perto feridas isquêmicas que podem ter sinais sutis de infecção devido à redução do fluxo sanguíneo. (Nível de evidência C)
- ✓ Nos casos em que houver infecção, encaminhar imediatamente para consulta médica. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar curativos com antibióticos por um período limitado de duas semanas se houver suspeita de colonização crítica. (Nível de evidência C)
- ✓ Escolher cuidadosamente curativos para feridas isquêmicas com tecido necrótico mole e ferida aberta drenante ou com exposição de ossos e tendões. (Nível de evidência C)
- ✓ Selecionar curativos que permitam a visualização e inspeção constante.
- ✓ Considerar o uso de analgesia em pacientes com dor persistente antes do tratamento da ferida.
- ✓ Realizar atividade física para melhorar sintomas de claudicação. (Nível de evidência A)

D) ÚLCERA NEUROPÁTICA

A doença neuropática dos membros inferiores é uma característica comum de muitas doenças sistêmicas que podem levar à disfunção autonômica e uma perda de sensibilidade que muitas vezes resulta em feridas nos membros inferiores. A infecção e a isquemia são frequentes complicações da neuropatia e são as razões mais comuns para amputações de pé e de morbidade. Outras causas de neuropatia periférica com úlceras incluem a doença de Hansen (lepra), que é a principal causa da neuropatia periférica tratável em todo o mundo. As pessoas que recebem tratamento com antibióticos são consideradas livres de infecção ativa, mas o dano no nervo permanece e deve ser reconhecido e tratado. Pelo menos 50% de todas as amputações devido à neuropatia diabética são evitáveis com intervenção precoce.

Neuropatia familiar é o nome para o amplo espectro de distúrbios nervosos periféricos de origem metabólica. A neuropatia diabética é a neuropatia periférica metabólica mais comum que ocorre como resultado de outra doença sistêmica (WOCN, 2012).

Avaliação do Paciente

- ✓ Avaliar história de saúde para identificar fatores de risco como, por exemplo, hipotireoidismo, diabetes mellitus, alcoolismo, tabagismo, deficiência de vitaminas, obesidade, anemia perniciosa, doenças neuromusculares, histórico de ferida e dor associada. (Nível de evidência C)
- ✓ Avaliar características da dor: início, duração, localização, fatores precipitantes, presença de alteração de sensibilidade ou resposta exagerada a estímulos dolorosos. (Nível de evidência C)
- ✓ Solicitar exames laboratoriais pertinentes como níveis de glicemia de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina. (Nível de evidência A)
- ✓ Proteína C reativa. (Nível de evidência A)
- ✓ Hormônio estimulante da tireóide e vitamina B12. (Nível de evidência B)
- ✓ Realizar exame membros inferiores e exame anual abrangente do pé para identificar fatores de riscos preditivos de úlcera e amputações em todos os pacientes com diabetes. Examine os pés, dedos dos pés, entre os dedos e a pele. (Nível de evidência C)
- ✓ Observar higiene dos pés, hidratação e desgaste dos sapatos. (Nível de evidência C)
- ✓ Avaliar se há crescimento anormal das unhas, presença de calos, deformidade nos pés, fissuras e presença de tinea pedis.
- ✓ Determinar o estado vascular dos membros inferiores utilizando ITB. (Nível de evidência C)
- ✓ Testar reflexo dos tornozelos com um martelo de percussão (Nível de evidência C)
- ✓ Gerenciar o controle da glicose nos pacientes diabéticos. (Nível de evidência A)

- ✓ Encaminhar os pacientes fumantes e que têm perda da sensibilidade protetora para consulta médica e estimular a cessação do tabagismo. (Nível de evidência B).

Tratamento da ferida

- ✓ Limpar a ferida em cada troca de curativo minimizando trauma no leito da lesão e na pele circundante com soro fisiológico. (Nível de evidência B)
- ✓ Evitar usar dentro da lesão produtos de limpeza ou solução destinada ao uso em pele íntegra. (Nível de evidência C)
- ✓ A seleção de métodos para debridamento deve ser determinada de acordo com a condição da ferida e após determinação da perfusão. O debridamento geralmente é indolor devido à neuropatia.
- ✓ Manter seca escaras estáveis de feridas não infectadas (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar curativos retentores de umidade. (Nível de evidência B)
- ✓ Nos casos de sinais de infecção, encaminhar imediatamente para consulta com médico da equipe.
- ✓ Nas infecções de tecidos profundos utilizar antibiótico sistêmico via oral considerando os que são eficazes contra bactérias gram positivas de infecções leves. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar anti-sépticos tópicos e antimicrobianos por um curso de curta duração associado a um rigoroso monitoramento da ferida referente aos sinais de infecção.
- ✓ Gerenciar a dor do paciente com a ajuda de uma equipe multidisciplinar. (Nível de evidência B)
- ✓ Instituir um programa regular de exercícios conduzidos com cautela devido à presença de complicações nos membros inferiores. (Nível de evidência B).
- ✓ Encaminhar para o fisioterapeuta para que se institua programa de exercícios

5.1 FASES DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO

A implantação da proposta do protocolo elaborado iniciará com a apresentação e discussão com a coordenação da APS e o Secretário de Saúde. Após aprovação dessas instâncias superiores e garantidos os insumos, a manutenção da infraestrutura e dos recursos humanos imprescindíveis aos procedimentos relacionados a esse cuidado de saúde, será elaborado um cronograma com as datas de encontros para apresentação e consequente capacitação inerente ao conteúdo do protocolo com todos os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos das ESF, profissionais do NASF, além dos dois médicos especialistas em dermatologia e um médico especialista em angiologia.

Os profissionais da ESF, NASF e os médicos especialistas serão divididos em 3 grupos para participação dos encontros de apresentação e capacitação do protocolo. Tais encontros acontecerão dentro da mesma semana na parte da tarde do horário de trabalho. Os profissionais providenciarão uma forma de deixarem livre esse horário na agenda para poderem participar do encontro.

Após a implantação do protocolo será feito pela autora uma reunião mensal com membros das equipes de ESF e do NASF para discussão das potencialidades, das possíveis fragilidades e dificuldades encontradas durante a utilização do protocolo, além de sugestão de ajustes na tentativa de sanar as fragilidades encontradas, bem como aperfeiçoar o processo de trabalho e a assistência aos pacientes com feridas.

Isso posto, a proposta de protocolo de enfermagem para o manejo das feridas crônicas na APS foi estruturado da forma que segue:

PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM FERIDAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Autora: Ana Paula Silva de Jesus Gomes

Orientadora: Professora Dra. Aidê Ferreira Ferraz

ÍNDICE

Apresentação	
Objetivo	
Atribuições	
✓ Técnico de enfermagem	
✓ Enfermeiro	
✓ Médico	
✓ Nutricionista	
✓ Fisioterapeuta	
Fluxo de Atendimento	
✓ Primeiro atendimento	
✓ Primeira consulta médica	
✓ Primeira consulta de enfermagem	
✓ Consultas subsequentes	
Cicatrização das feridas	
Fatores que interferem no processo de cicatrização	
Tipos de feridas crônicas mais comuns	
✓ Úlcera Por Pressão	
✓ Úlcera Venosa	
✓ Úlcera Arterial	
✓ Úlcera Neuropática	
Avaliação da ferida	
Realização do curativo no domicílio	
Debridamento	
Coberturas e adjuvantes padronizados	
Recomendações baseadas em evidência	
✓ Recomendações gerais	
• Avaliação do paciente	
✓ Recomendações específicas	
• Úlcera Por Pressão	
• Úlcera Venosa	
• Úlcera Arterial	
• Úlcera Neuropática	
Referência Bibliográfica	
Apêndice	
✓ Ficha de cadastro	
✓ Ficha de evolução	

- ✓ Termo de consentimento para registro fotográfico das feridas -----
Anexos -----
- ✓ DELIBERAÇÃO COREN-MG -65/00 -----
- ✓ RESOLUÇÃO COFEN – 159 -----

APRESENTAÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo, indispensável para a vida humana e fundamental para o perfeito funcionamento fisiológico do organismo. Como qualquer outro órgão, está sujeito a sofrer agressões oriundas de fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos que irão causar o desenvolvimento de alterações na sua constituição como, por exemplo, as feridas cutâneas, podendo levar à sua incapacidade funcional.

No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia, determinando um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo, assim, um sério problema de saúde pública. Como o profissional de enfermagem está diretamente relacionado ao tratamento de feridas, seja em serviços de Atenção Primária, Secundária ou Terciária, deve resgatar a responsabilidade de manter a observação intensiva com relação aos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da ferida ou interfiram no processo de cicatrização.

Preocupados em proporcionar uma assistência com qualidade segundo as diretrizes e princípios do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde de Esmeraldas identificou a necessidade de uniformizar e padronizar os cuidados prestados aos pacientes que possuem feridas, implantando na Atenção Primária em Saúde a prática de enfermagem baseada em evidência. Este documento contempla ações de saúde com enfoque no tratamento.

OBJETIVOS

- ✓ Tratar feridas através de Práticas Baseadas em Evidência que propiciem a cicatrização
- ✓ Padronizar a assistência de enfermagem

ATRIBUIÇÕES

✓ TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento;
- Receber o paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser executado;
- Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão do enfermeiro;
- Registrar o procedimento executado no prontuário e na ficha de evolução própria e descrever as características da lesão;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência/anormalidade no aspecto da ferida;
- Orientar o paciente quanto à data do retorno e os cuidados;
- Realizar limpeza dos instrumentos utilizados.

✓ ENFERMEIRO

- Realizar consulta de enfermagem;
- Prescrever, quando indicado, as coberturas, soluções e cremes para curativo das feridas, bem como terapia compressiva e creme hidratante, conforme padronizado neste protocolo;

- Executar os curativos mais complexos;
- Encaminhar o paciente para o médico da equipe para avaliação clínica e determinação da etiologia da ferida;
- Encaminhar para profissionais da equipe do NASF quando necessário;
- Realizar a capacitação e supervisionar a equipe de enfermagem na execução do curativo;

OBS.: em caso de suspeita de infecção local, encaminhar imediatamente para consulta com médico da equipe para antibioticoterapia sistêmica.

✓ **MÉDICO**

- Avaliar clinicamente o paciente e definir a etiologia da ferida;
- Prescrever, quando indicadas coberturas, soluções e cremes para curativo das feridas, bem como terapia compressiva e creme hidratante, conforme padronizado neste protocolo;
- Solicitar, quando necessário, exames laboratoriais para auxílio no diagnóstico e tratamento;
- Prescrever, quando necessário, antibioticoterapia sistêmica;
- Encaminhar o paciente para avaliação por especialista, quando necessário;
- Acompanhar a evolução da ferida junto à equipe de enfermagem da UBS/ ESF;
- Programar nova consulta de retorno no período que julgar necessário.

✓ **Nutricionista**

- Realizar avaliação nutricional dos pacientes identificados como em risco nutricional pelo enfermeiro ou médico da equipe;
- Tratar pacientes em risco nutricional, adequando dietas de acordo com as condições socioeconômicas do paciente;
- Avaliar os exames laboratoriais do paciente;

- Participar de capacitações/reuniões a respeito da assistência ao paciente com feridas organizadas pela APS.

✓ **Fisioterapeuta**

- Realizar avaliação fisioterápica dos pacientes encaminhados pelo enfermeiro ou médico da equipe;
- Elaborar programa para prevenção de incapacidades geradas pelas feridas;
- Orientar pacientes e familiares quanto ao tratamento fisioterápico;
- Participar de capacitações/reuniões a respeito da assistência ao paciente com feridas organizadas pela APS.

FLUXO DE ATENDIMENTO

✓ **Primeiro atendimento:**

- Realizado pelo enfermeiro durante o acolhimento. Após ouvir a demanda do paciente, agendar consulta médica preferencialmente no mesmo dia e, caso não seja possível, encaminhá-lo ao técnico de enfermagem que aplicará a terapia tópica convencional (gaze e soro fisiológico 0,9%).

✓ **Primeira consulta médica**

- Realizada pelo médico da equipe para definição do diagnóstico ou hipótese diagnóstica;
- Solicitar exames necessários;
- Avaliar estado nutricional;
- Encaminhar o paciente para um especialista se julgar pertinente;
- Encaminhar para a consulta de enfermagem.

O médico deverá registrar toda a conduta no prontuário do paciente.

OBS: As consultas médica e de enfermagem devem acontecer no máximo dentro da mesma semana.

✓ **Primeira consulta de enfermagem**

- Preencher a ficha de cadastro do paciente (apêndice pág. --);
- Orientar e solicitar ao paciente que assine termo de autorização do registro fotográfico das feridas (apêndice pág. --);
- Avaliar o paciente e a lesão através do formulário do serviço (apêndice pág. 44), com informações sobre história clínica do paciente, evolução da ferida, diagnóstico médico e possíveis fatores que podem interferir no processo cicatricial.

Quanto ao paciente, é importante considerar:

- a) Queixa de dor
- b) Condições higiênicas
- c) Aceitação do tratamento
- d) Estado nutricional

Quanto à ferida, atentar para:

- a) Etiologia
 - b) Presença, volume e aspecto do exsudato
 - c) Área e profundidade da ferida
 - d) Sinais clínicos de infecção
- Avaliar as características da lesão e classificá-la conforme localização anatômica, tamanho, profundidade e bordas;
 - Realizar registro fotográfico;
 - Realizar a terapia tópica indicada de acordo com o tipo de ferida;

- Determinar a sequência dos retornos;
- Fazer recomendações ao paciente (dieta, higiene, vestuário, repouso, hidratação oral e tópica, troca de curativo, cuidado com a cobertura secundária).

A ficha de cadastro e acompanhamento do paciente deverá ser anexada ao prontuário do paciente. Sempre que o enfermeiro julgar necessário deverá agendar consulta de retorno com o médico da equipe ou encaminhar o paciente para os profissionais do NASF

✓ Consultas subsequentes

- As trocas dos curativos poderão ser feitas pelos técnicos de enfermagem da equipe sob a supervisão do enfermeiro;
- Avaliar aspecto do curativo anterior e o aspecto da ferida;
- Anotar os achados na sequência da ficha de acompanhamento (apêndice pág. -) e no prontuário do paciente;
- Seguir as recomendações gerais e específicas descritas para cada tipo de ferida (pág.);
- Realizar as avaliações de retorno após a cura da ferida, anotando na ficha de acompanhamento (apêndice pág. --) os aspectos tópicos da área de epitelização e considerações gerais.

CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

A) Fases da cicatrização

Independentemente da etiologia da ferida, o processo de cicatrização acontece de forma previsível e contínua. Esse processo pode ser dividido didaticamente em três fases: inflamatória, proliferativa e de maturação.

✓ Fase Inflamatória



Imagem do google

Inicia-se imediatamente após o trauma e clinicamente são observados sinais e sintomas inflamatórios (dor, calor, edema e hiperemia). Esse processo dura cerca de três a quatro dias e visa destruir ou neutralizar microrganismos e limitar sua disseminação pelo organismo.

✓ Fase proliferativa



Imagem do google

Nessa fase ocorre processo de deposição de colágeno, angiogênese, formação de tecido de granulação, contração da ferida e reepitelização.

✓ **Fase de maturação**



Foto de arquivo pessoal

Inicia-se em torno de três semanas após o ferimento, podendo se prolongar por vários meses, chegando até um ano nas feridas fechadas e vários anos nas abertas.

B) Formas de cicatrização

✓ **Por primeira intenção**

Também denominada "primário". Ocorre quando as bordas são aproximadas por suturas.

✓ **Por segunda intenção**

Ocorre em feridas abertas (onde não há aproximação das bordas) com grande espessura ou perda tecidual. Essa ferida demanda um tempo maior para cicatrização.

✓ **Por terceira intenção**

Também denominada "primário retardado". A ferida é deixada aberta por um período, comportando-se como por segunda intenção e posteriormente sendo suturada.

FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

O processo cicatricial é um evento complexo que necessita de um ambiente que propicie a formação de colágeno, a angiogênese, a epitelização e a contração da ferida. Porém existem alguns fatores que atuam de forma sistêmica e local que podem influenciar de forma negativa esse processo.

Fatores Sistêmicos:

- ✓ **Tabagismo:** O ato de fumar reduz a tensão de oxigênio no sangue e nos tecidos, gerando uma hipóxia tecidual.

- ✓ **Idade:** Nos idosos há a redução da epiderme, diminuição de fibroblastos, redução do número de luz dos vasos sanguíneos, as glândulas se tornam hipofuncionantes e há lentidão na resposta inflamatória.

- ✓ **Doenças crônicas:** Oncológicas, insuficiência renal, insuficiência vascular e diabetes reduzem significativamente a capacidade de síntese de colágeno. Nos diabéticos ainda ocorre a possibilidade do surgimento da arteriosclerose, o que contribui para a redução do fornecimento de oxigênio tecidual.

- ✓ **Alterações nutricionais:** Deficiência protéica (haptoglobina, pré-albumina, transferrina e albumina sérica) e obesidade. A carência protéica diminui resposta imune, inflamatória e demanda tempo maior na aquisição de resistência do tecido de granulação. O indivíduo obeso possui uma farta camada de tecido subcutâneo, e esse por ser pouco vascularizado, recebe um aporte pequeno de oxigênio e nutrientes durante processo cicatricial ocasionando retardo nesse processo.

- ✓ **Uso de alguns medicamentos:** Anti-inflamatórios com esteróides, corticosteróides e hormônios proporcionam velocidade de cicatrização diminuída. A ação dessas drogas pode comprometer a reação inflamatória inicial, diminuir ou inibir a fibroplastia, comprometer a síntese protéica, limitar a angiogênese e reduzir a epitelização.

Fatores Locais:

- ✓ **Infecção:** Retarda a cicatrização ao desencorajar a ação dos fibroblastos na produção de colágeno e estimula os leucócitos a liberarem lisosimas, que destrói o colágeno existente enfraquecendo, assim, a ferida. Além disso, os microrganismos existentes capturam o oxigênio e nutrientes necessários ao tecido para sua cicatrização.
- ✓ **Hematoma:** Excelente meio de cultura para desenvolvimento de microrganismos.
- ✓ **Edema:** O excesso de líquido intersticial cria condições desfavoráveis à proliferação celular e síntese protéica devido à manutenção do pH baixo, alta tensão de CO₂ e baixa concentração de O₂. O edema diminui fluxo sanguíneo e metabolismo local, favorecendo necrose e crescimento bacteriano.
- ✓ **Presença de corpo estranho:** Fio de gaze, grão de areia, óleo, linfa e secreções. A presença de qualquer corpo estranho na ferida predispõe a infecção.
- ✓ **Tecido necrótico:** o tecido desvitalizado transforma-se em meio de cultura, favorecendo o crescimento bacteriano, além de possibilitar a perda anormal de líquidos na ferida.
- ✓ **Ressecamento da ferida:** As feridas ressecadas perdem fluidos ricos em fatores de crescimento que estimulam a angiogênese e epitelização, além de impedirem a ação de células epiteliais que necessitam de meio úmido para migração.

TIPOS DE FERIDAS CRÔNICAS MAIS COMUNS

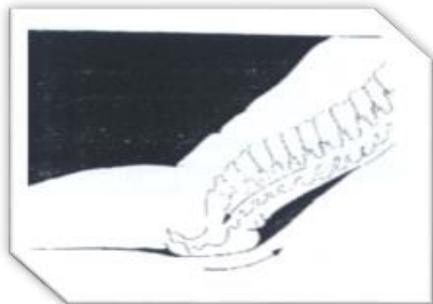
ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)

É uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção (NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014).

O surgimento das UPP é favorecido por fricção, cisalhamento e umidade:



Fricção: arrastamento do paciente no leito. Esfola a epiderme e derme como uma queimadura branda.



Cisalhamento: Escorregar na cama quando, por exemplo, a cabeceira é elevada. A gravidade empurra o corpo para baixo e a resistência entre a superfície e o paciente (fricção) impede que o corpo escorregue.

Classificação das UPP

Categoria/Grau I: Eritema Não Branqueável

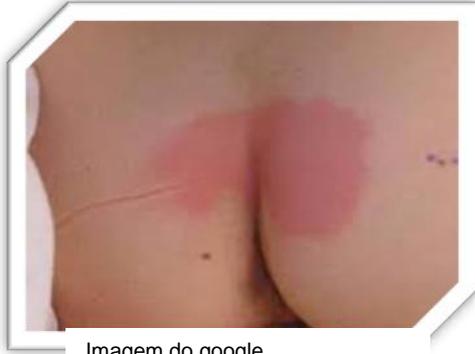


Imagem do google

Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele da área circundante. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente

✓ **Categoria/Grau II:** Perda Parcial da Espessura da Pele



Imagem do google

Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem tecido desvitalizado. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso.

✓ **Categoria/Grau III:** Perda Total da Espessura da Pele



Imagem do google

Perda total da espessura dos tecidos. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas sem exposição dos ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Podem ser cavitadas e fistulizadas.

✓ **Categoria/Grau IV: Perda Total da Espessura dos Tecidos**



Imagem arquivo pessoal

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou dos músculos. Em algumas partes do leito da ferida, pode aparecer tecido desvitalizado (húmido) ou necrose (seca). Frequentemente são cavitadas e fistulizadas.

✓ **Não graduáveis/ Inclassificáveis: Profundidade Indeterminada**



Imagem do google

A base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. Até que seja removido tecido desvitalizado e/ou necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade e, por conseguinte, a verdadeira Categoria/Grau, não podem ser determinados.

✓ **Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Profundidade Indeterminada**



Imagem do google

Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento.

ÚLCERA VENOSA (UV)



Imagem do google

Ferida decorrente de distúrbios venosos membros inferiores também conhecidos como doença venosa crônica dos membros inferiores que abrangem um espectro completo de alterações morfológicas e funcionais do sistema venoso. Este espectro inclui doença venosa crônica e insuficiência venosa crônica sendo esta última capaz de produzir anormalidades funcionais mais avançadas do sistema venoso como edema moderado ou grave, alterações na pele e úlcera venosa. (WOCN, 2011)

ÚLCERA ARTERIAL (UA)



Ferida decorrente da doença arterial das extremidades inferiores também comumente referido como doença vascular periférica (DVP), doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) e doença arterial periférica (DAP). Refere-se a distúrbios que afetam as artérias da perna e a doença arterial das extremidades inferiores é um marcador de aterosclerose sistêmica. (WOCN 2014).

ÚLCERA NEUROPÁTICA (UN)

A doença neuropática dos membros inferiores é uma característica comum de muitas doenças sistêmicas que podem levar à disfunção autonômica e uma perda de sensibilidade que, muitas vezes, resulta em feridas nos membros inferiores. A infecção e a isquemia são frequentes complicações da neuropatia e são as razões mais comuns para amputações de pé e de morbidade. Outras causas de neuropatia periférica com úlceras incluem a doença de Hansen (lepra), que é a principal causa da neuropatia periférica tratável em todo o mundo. As pessoas que recebem tratamento com antibióticos são consideradas livres de infecção ativa, mas o dano no nervo permanece e deve ser reconhecido e tratado. Pelo menos 50% de todas as amputações devido à neuropatia diabética são evitáveis com intervenção precoce.



Imagem do google

Neuropatia familiar é o nome para o amplo espectro de distúrbios nervosos periféricos de origem metabólica. A Neuropatia diabética é a neuropatia periférica metabólica mais comum que ocorre como resultado de outra doença sistêmica. (WOCN, 2012)

AVALIAÇÃO DA FERIDA

✓ Registro fotográfico

Fotografar as feridas na primeira consulta de enfermagem e quinzenalmente, com as iniciais do nome do paciente, data, identificação do local anatômico, cobertura utilizada e número da troca para acompanhamento da evolução.

Exemplo:



Imagens: Livro feridas: Como tratar

✓ Mensuração da extensão da ferida

Medir a extensão da ferida na primeira consulta e quinzenalmente com auxílio de papel transparente estéril e pincel anatômico, onde será feito o contorno da ferida e medido as maiores extensões na altura e largura em cm^2 .

Exemplo:



Imagem do google

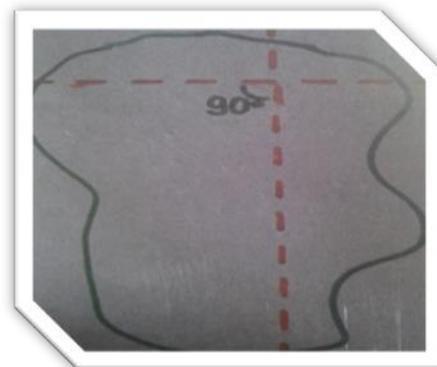


Imagem: Livro Feridas: Como tratar

✓ **Mensuração da profundidade da ferida**

Mensurar a profundidade da ferida inserindo uma seringa de insulina estéril e sem agulha no ponto mais profundo da ferida. Demarcar o local na seringa no nível da borda da ferida e medir na régua.



Imagens: Livro feridas: Como tratar

✓ **Avaliação do tipo de exsudato**

- Seroso
- Sero-sanguinolento
- Sanguinolento
- Pio-sanguinolento
- Purulento

✓ **Avaliação da quantidade do exsudato**

- Ausente: cobertura permanece seca em 24h
- Pouco: necessário apenas uma troca da cobertura secundária em 24h
- Moderado: necessário 2 trocas da cobertura secundária em 24h
- Grande: necessário 3 trocas da cobertura secundária em 24h
- Abundante: necessário mais de 3 trocas da cobertura secundária em 24h

✓ **Avaliação do tecido presente**

Avaliar o tecido presente no leito da ferida. Na presença de tecido desvitalizado ou necrótico, estimar proporcionalmente a quantidade e selecionar o método de debridamento de acordo com a perfusão.

Exemplos:



Necrose liquefativa. Imagem do google



Necrose coagulativa. Imagem do google

✓ **Avaliação das bordas da ferida**

- Aderida ao leito da ferida
- Edemaciada
- Hiperemiada
- Macerada: pode ocorrer devido a tratamento inadequado ou ao aumento do exsudado devido a mudanças no tecido da ferida.

Atentar para sinais de infecção. Caso haja sinais de infecção, chamar o médico da equipe para avaliar a necessidade de antibiótico sistêmico.

✓ **Limpeza da ferida**

Realizar a limpeza da ferida com soro fisiológico em jato. Fazer um furo único no frasco do soro com uma agulha 25X8.

Exemplo:



Imagem: Protocolo técnico de prevenção e tratamento de feridas do Hospital Governador Israel Pinheiro / 2010

Realização de curativo no domicílio

Atendimento no domicílio acontecerá mediante agendamento prévio via demanda espontânea ou através do ACS da micro-área.

- Organizar todo o material necessário;
- Garantir que o familiar ou cuidador esteja presente;
- Utilizar equipamento de proteção individual;
- Após o procedimento, organizar o local onde foi realizado o curativo, embalar de forma adequada o lixo produzido e retorná-lo para a Unidade de Saúde;
- Registrar o procedimento no formulário próprio (apêndice pag.);
- Orientar o familiar sobre mudança de decúbito nos casos de UPP;
- Definir data de retorno.

DEBRIDAMENTO

Remoção de material estranho ou desvitalizado de tecido de lesão traumática ou crônica, infectado ou não, até expor-se tecido saudável.

Métodos de debridamento

- **Autolítico:** Ocorre por autólise, ou seja, autodegradação do tecido necrótico sob ação das enzimas lisossomais, liberadas por macrófagos. É um método seletivo. Para ocorrer esse processo, é necessário que o leito da ferida se mantenha úmido e em uma temperatura em torno de 37°C. É recomendável, nesse caso, utilização de coberturas interativas retentoras de umidade como hidrocoloides, hidrogéis e filmes de poliuretano.

- **Enzimático ou químico:** por ação de enzimas proteolíticas, que removem o tecido desvitalizado através da degradação do colágeno. Não é totalmente seletivo e, portanto, não deve ser utilizado em tecido viável. Exemplos: Papaína e Colagenase.

- **Mecânico:** Ocorre pela utilização de força física empregada por meio da fricção com gaze ou esponja macia no leito da ferida por 2 a 3 minutos, do uso de gaze úmida e seca aplicando a gaze umedecida em soro fisiológico no leito da ferida e retirada após secar e do instrumental cortante. Nessa modalidade, emprega-se o uso de materiais cortantes como lâmina e bisturi. Essa modalidade se subdivide em dois métodos: excisão ou ressecção alargada de toda a necrose, incluindo uma margem de tecido viável demandando uso de anestesia e sendo executada por médico. O segundo método é o chamado conservador, em que se retira somente o tecido necrótico não lesionando o tecido viável e limita-se ao plano da fáscia.

De acordo com Deliberação COREN-MG 65/00, o enfermeiro especialista tem respaldo para executar o método conservador, mas o profissional deve ter o domínio da técnica, habilidade em manejar material cortante e conhecimento das estruturas anatômicas.

COBERTURAS E ADJUVANTES PADRONIZADOS

✓ **A.G.E (ácidos graxos essenciais)**

Ação: Promove a quimiotaxia e a angiogênese, mantém o meio úmido e acelera o processo de granulação. A aplicação em pele íntegra forma uma película protetora na pele, previne escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local.

Indicação: Prevenção de úlceras por pressão, feridas abertas superficiais com ou sem infecção.

Contraindicação: Não relatada.

Modo de usar: Aplicar o óleo diretamente na ferida e cobrir com gaze.

Trocar sempre que o curativo secundário estiver saturado ou, no máximo, a cada 24 horas.

✓ **Colagenase (pomada)**

Ação: Degrada o colágeno ativo na ferida, promovendo o debridamento químico.

Indicação: Feridas com tecido desvitalizado.

Contraindicação: Feridas com cicatrização por primeira intenção. Sensibilidade às enzimas.

Modo de usar: Aplicar a pomada sobre a área a ser tratada. Colocar gaze úmida. Cobrir com gaze seca. Trocar a cada 24 horas.

✓ **Sulfadiazina de Prata (creme)**

Ação: Age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo ação bactericida e bacteriostática, pela liberação de pequenas quantidades de prata iônica.

Indicação: Feridas causadas por queimaduras ou que necessitem ação antibacteriana.

Contraindicação: Hipersensibilidade a sulfas.

Modo de usar: Aplicar em toda extensão da lesão e cobrir com gaze. Trocar no máximo a cada 12 horas.

✓ **Hidrogel amorfo**

Ação: Amolece e remove tecido desvitalizado através de debridamento autolítico.

Indicação: Feridas superficiais de moderada ou baixa exsudação com fibrinas, tecidos desvitalizados ou necrosados.

Contraindicação: Pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas.

Modo de usar: Aplicar na ferida e ocluir com cobertura secundária. Trocar a cada 24 horas.

✓ **Hidrocolóide (placa)**

Ação: Estimula a angiogênese e o debridamento autolítico. Acelera o processo de granulação tecidual.

Indicação: Feridas abertas não infectadas, com leve a moderada exsudação. Prevenção ou tratamento de úlceras por pressão não infectadas.

Contraindicação: Feridas colonizadas ou infectadas. Feridas com tecido desvitalizado ou necrose e queimaduras de 3º grau.

Modo de usar: Escolher o hidrocolóide, com diâmetro que ultrapasse a borda da ferida pelo menos 3cm. Trocar a cada um a sete dias, dependendo da quantidade de exsudação.

✓ **Filme transparente (não estéril)**

Ação: Manutenção do meio úmido e permeabilidade seletiva (trocas gasosas e evaporação da água). Impede a entrada de fluidos e microorganismos.

Indicação: Prevenção de úlceras por pressão em proeminências ósseas e fixação de curativos secundários.

Contraindicação: Lesões exsudativas e sangrantes.

Modo de usar: Aplicar na área a ser protegida ou como fixador de curativo. Trocar quando o curativo primário estiver saturado ou conforme volume do exsudato.

✓ **Creme de uréia a 10%**

Ação: Promove hidratação da pele

Indicação: Pele ressecada e distúrbios hiperqueratolíticos da pele.

Contraindicação: Feridas abertas e sensibilidade ao componente da formula.

Modo de usar: Aplicar sobre a pele integra

✓ **Bota de Unna**

Ação: Compressão inelástica que auxilia o retorno venoso e diminui o edema, promove a proteção e favorece a cicatrização da úlcera.

Indicação: Úlcera venosa

Contraindicação: Úlceras arteriais e mistas (artério-venosa) e em indivíduos com sensibilidade conhecida ao produto ou seus componentes.

Modo de usar: Cobrir a ferida com a cobertura indicada e aplicar a bota de unna sobre a cobertura. Trocar entre 3 a 14 dias sendo média de 7 dias. **Deve ser realizado sob indicação médica.**

✓ **Bandagem elástica de camada única**

Ação: Controla e reduz edema. Fornece compressão durante a realização do movimento e do repouso.

Indicação: Úlcera venosa

Contraindicação: Úlceras arteriais e mistas (artério-venosa)

Modo de usar: Cobrir a ferida com a cobertura indicada e aplicar a bandagem conforme o nível de pressão indicado pela figura. **Deve ser realizado sob indicação médica.**

✓ **Espuma de poliuretano**

Ação: Cobertura composta por uma camada de espuma absorvente de poliuretano, que absorve o exsudato da ferida, não adere ao leito da ferida, alguns têm ação especial para redução de odor, mantém meio úmido e favorece a cicatrização.

Indicação: Feridas com moderado a alto exsudato e feridas estagnadas.

Contraindicação: Queimaduras de 3º grau, lesões com pouco exsudato.

Modo de usar: Aplicar sobre a lesão e proceder a troca quando o curativo estiver saturado ou conforme volume do exsudato.

RECOMENDAÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIA PARA TRATAMENTO DAS FERIDAS

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Avaliação do paciente

- ✓ Realizar rastreio nutricional com a utilização de um instrumento válido e encaminhar para o nutricionista os pacientes identificados como em risco nutricional (Força da evidência C)
- ✓ Oferecer alimentos por via oral de elevado teor calórico e protéico nos intervalos das refeições caso as exigências nutricionais não sejam satisfeitas através de a ingestão alimentar. (Força da evidência B)
- ✓ Considerar o suporte nutricional entérico e par entérico sempre que a ingestão oral for insuficiente. (Força da evidência C)
- ✓ Promover uma ingestão diária e adequada de líquidos com vista à hidratação e oferecer líquidos adicionais a indivíduos desidratados, com temperaturas elevadas, vômitos, sudorese profusa, diarréias ou feridas altamente exsudativas. (Nível de evidência C)

- ✓ Avaliar fatores causais e sinais e sintomas significativos para diferenciar as úlceras de membros inferiores antes de instituir tratamento (Nível de evidência C)
- ✓ Realizar avaliação vascular através de palpação dos pulsos pediu ais e mensurar índice de pressão tornozelo braço (ITB)

RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS

ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)

Cuidados com o paciente

- ✓ Reposicionar o paciente. Salvo nos casos contraindicados. (Nível de evidência A)
- ✓ Determinar a frequência do reposicionamento levando em conta a tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica geral, objetivos gerais do tratamento, condição da pele e conforto. (Nível de evidência C)
- ✓ Evitar sujeitar a pele à pressão, fricção ou cisalhamento utilizando ajuda de transferência manual levantando e não arrastando o paciente enquanto o reposiciona. (Nível de evidência C)
- ✓ Estabelecer planos de reposicionamento onde constem a frequência e a duração da alternância dos posicionamentos. (Nível de evidência C)
- ✓ Evitar posicionar o paciente sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável. (Nível de evidência C)
- ✓ Para os pacientes em repouso no leito, limitar a elevação da cabeceira da cama a 30° salvo contra-indicação devido à condição clínica ou a aspetos digestivos e relacionados com a alimentação. (Nível de evidência C)

- ✓ Em pacientes sentados, posicioná-lo de forma a manter a estabilidade em todas as suas atividades. (Nível de evidência C)
- ✓ Promover uma inclinação adequada para evitar que o indivíduo deslize para frente na cadeira de rodas ou na cadeira e ajustar apoios para os pés e braços de forma a manter uma postura adequada e a redistribuição da pressão. Os pés devem estar bem apoiados diretamente no chão, num banquinho, ou num repousa-pés (Nível de evidência C).
- ✓ Restringir o tempo que o paciente permanece sentado numa cadeira sem alívio de pressão. (Nível de evidência B)
- ✓ Não posicioná-lo diretamente sobre uma ferida ou sobre a(s) área(s) com suspeita de lesão profunda dos tecidos com pele intacta. Caso não seja possível o reposicionamento para aliviar a pressão sobre essa área, selecionar uma superfície de apoio adequada. (Nível de evidência C)
- ✓ Não utilizar dispositivos em forma de anel ou argola e luvas cheias de água para elevar os calcâneos. (Nível de evidência C)
- ✓ As almofadas em pele de carneiro natural podem ajudar a prevenir as úlceras por pressão. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar uma almofada de espuma ao longo da parte posterior da perna para elevar os calcâneos. (Nível de evidência B)
- ✓ Não utilizar colchões de ar nem colchões de sobreposição de pressão alterna com células pequenas. (Nível de evidência B)

Tratamento da ferida

- ✓ Avaliar e documentar as características da ferida quanto à localização, categoria/grau, tamanho, tipo de tecido presente, cor, bordas e cavitações. (Nível de evidência C)

- ✓ No caso das úlceras por pressão de Categoria/Grau II a IV e inclassificáveis em pacientes com tons de pele escura, avaliar as seguintes características: temperatura e sensibilidade da pele, alteração da consistência do tecido e dor. (Nível de evidência C)
- ✓ Considerar a utilização de soluções de limpeza com agentes surfactantes e/ou antimicrobianos para limpar as úlceras por pressão com resíduos, infecções confirmadas, suspeitas de infecção ou suspeitas de níveis elevados de colonização bacteriana. (Nível de evidência C)
- ✓ Limpar a pele circundante. (Nível de evidência B)
- ✓ Selecionar o método de debridamento mais adequado de acordo com o leito da ferida e o contexto clínico. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar métodos de debridamento mecânicos, autolíticos, enzimáticos e/ou biológicos quando não existir uma necessidade clínica urgente de drenagem ou remoção de tecido desvitalizado. (Nível de evidência C)
- ✓ Realizar o debridamento cirúrgico/cortante em casos de necrose extensa, celulite avançada, crepitação, flutuação e/ou sépsi resultante de uma infecção relacionada com a úlcera. (Nível de evidência C)
- ✓ O debridamento cortante conservador e o debridamento cirúrgico/cortante devem ser realizados com instrumentos esterilizados e por profissionais de saúde especificamente formados, competentes, qualificados e licenciados segundo os estatutos legais e os regulamentares locais. (Nível de evidência C)
- ✓ Controlar a dor associada ao debridamento. (Nível de evidência C)
- ✓ Não debridar as necroses estáveis, duras e secas presentes nos membros isquêmicos. (Nível de evidência C)

- ✓ Esperar alguns sinais de cicatrização da úlcera por pressão no prazo de duas semanas. (Nível de evidência B)
- ✓ Debridar o leito da ferida quando houver suspeita ou confirmação da presença de biofilme. (Nível de evidência C)

Atenção: O debridamento só deve ser realizado quando houver uma perfusão adequada da ferida.

- ✓ Limitar a utilização de antibióticos tópicos nas úlceras por pressão infectadas, exceto em situações especiais em que o benefício para o paciente supere o risco dos efeitos adversos e da resistência antibiótica. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar coberturas com capacidade de manter o leito da ferida úmido, de acordo com a natureza e volume do exsudato, tamanho da ferida, do tecido no leito da ferida, presença de cavitações e condição da pele peri-ferida. (Nível de evidência C)
- ✓ Trocar a cobertura caso fezes penetrem na mesma. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar hidrocolóides para limpar úlceras por pressão de Categoria/Grau II nas áreas do corpo em que não se desloquem nem se fundam. (Força da evidência B)
- ✓ Utilizar curativos de preenchimento de hidrocolóides em úlceras profundas para assim preencher o espaço vazio. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar filme transparente para o debridamento autolítico quando o indivíduo não estiver imunodeprimido e não o utilizar como cobertura secundária em agentes debridantes enzimáticos, géis ou pomadas. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar hidrogel em úlceras por pressão pouco profundas e minimamente exsudativas. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar hidrogel amorfo em úlceras por pressão que não estejam clinicamente infectadas e que estejam granuladas. (Nível de evidência B)

- ✓ Utilizar hidrogel para tratamento de leitos secos das úlceras. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar alginato para o tratamento das úlceras por pressão modera ou altamente exsudativas. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar coberturas de espuma sobre úlceras por pressão de Categoria/Grau II com exsudado e de Categoria/Grau III pouco profundas. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar coberturas com prata no caso das úlceras por pressão que estejam clinicamente infectadas ou altamente colonizadas. (Nível de evidência B)

Atenção: Os produtos tópicos com prata não devem ser utilizados em pacientes com sensibilidade à prata. A prata pode ter propriedades tóxicas, especialmente queratinócitos e fibroblastos. A dimensão da toxicidade não é totalmente conhecida.

- ✓ Evitar a utilização de gaze no caso das úlceras por pressão limpas e debridadas já que a sua utilização requer muito trabalho, causa dor quando são removidos secos e provocam o ressecamento do tecido viável se secarem. (Nível de evidência C)

ÚLCERA VENOSA (UV)

Avaliação do paciente

- ✓ Avaliar histórico de saúde (história familiar, tromboembolismo venoso, cirurgia venosa previa, úlceras anteriores). (Nível de evidência C)
- ✓ Realizar exame físico dos membros inferiores: avaliar presença de pulso pedial e tibial posterior de cada membro e pesquisar edema. (Nível de evidência C)

- ✓ Determinar status da perfusão, avaliando temperatura da pele, enchimento capilar, recarga venosa, alterações da cor, presença de parestesias, dermatite, varizes, lipodermatoesclerose e cicatrizes de úlceras anteriores.
- ✓ Realizar mensuração do Índice Tornozelo Braço (ITB). (Nível de evidência C)

Tratamento da ferida

- ✓ Limpar a ferida com soro fisiológico em cada troca de curativo, minimizando trauma na ferida e na pele circundante. (Nível de evidência C)
- ✓ Nenhum método de debridamento foi reconhecido como ótimo. Nos casos de debridamento autolítico ou enzimático, deve-se acompanhar de perto a ferida.
- ✓ Considere o uso de curativos hidrocolóides ou de espuma para reduzir a dor associada à ferida. (Nível de evidência B)
- ✓ Selecione a cobertura de acordo com os princípios do tratamento de feridas levando em conta as características da ferida, capacidade de absorção e conforto do paciente.
- ✓ Utilize terapia de compressão, pois a mesma diminui o tempo de cicatrização. (Nível de evidência A)
- ✓ Utilize um sistema de multicamadas que contém uma camada elástica.
- ✓ Estimule o paciente a participar de atividades físicas que melhoram a função muscular da bomba da panturrilha.
- ✓ Oriente o paciente a elevar as pernas durante 30 minutos de 3 a 4 vezes por dia.
- ✓ Oriente o paciente sobre a necessidade do uso de meias compressivas por toda a vida.
- ✓ Oriente o paciente a evitar cruzamento das pernas.

ÚLCERA ARTERIAL (UA)

Avaliação do paciente

- ✓ Avaliar história de saúde para identificar riscos de para insuficiência arterial como tabagismo, diabetes e hipertensão arterial.
- ✓ Avaliar características da dor como localização, duração, fatores precipitantes e claudicação intermitente.
- ✓ Avaliar membros inferiores e identificar presença de alterações isquêmicas na cor da pele, ausência de pelos e unhas distróficas.
- ✓ Diferenciar isquemia aguda e isquemia crítica que é crônica devido à aterosclerose. (Nível de evidência C)
- ✓ Palpar ambos os pulsos pediais e tibiais posteriores para determinar ausência ou presença de pulsação. A presença não descarta insuficiência arterial. (Nível de evidência B)
- ✓ Observar se há sinais de neuropatia (diminuição de sensibilidade, fraqueza muscular, anormalidades na marcha). (Nível de evidência B)
- ✓ Interpretar o ITB levando em consideração os achados no exame clínico:
 - ITB normal: maior ou igual a 1
 - ITB < ou igual a 0,9: insuficiência arterial
 - ITB entre 0,6 e 0,8: perfusão limítrofe
 - ITB < ou = a 0,5: isquemia grave
 - ITB < ou = 0,4: isquemia crítica
 - ITB pode estar elevado (> 1,3) em pacientes com diabetes, insuficiência renal ou artrite devido à calcificação das artérias do tornozelo as tornando não compressíveis. (Nível de evidência C)

- ✓ Encaminhar para consulta médica o paciente com sintoma de isquemia grave e ITB inferior a 0,4
- ✓ Orientar a cessar o tabagismo (retarda progressão da arteriosclerose). (Nível de evidência B)
- ✓ Orientar uso de sapatos adequados que distribua uniformemente a pressão com proteção dos calcanhares e dedos. (Nível de evidência C)
- ✓ Encaminhar para fisioterapeuta para que seja confeccionado o sapato adequado.

Tratamento da ferida

- ✓ Manter secas as escaras estáveis e bolhas em feridas isquêmicas não infectadas. (Nível de evidência C)
- ✓ Não debridar feridas com escaras até o estado de perfusão seja determinado. (Nível de evidência C)
- ✓ Monitorar de perto feridas isquêmicas que podem ter sinais sutis de infecção devido à redução do fluxo sanguíneo. (Nível de evidência C)
- ✓ Nos casos em que houver infecção, encaminhar imediatamente para consulta médica. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar curativos com antibióticos por um período limitado de duas semanas se houver suspeita de colonização crítica. (Nível de evidência C)
- ✓ Escolher cuidadosamente curativos para feridas isquêmicas com tecido necrótico mole e ferida aberta drenante ou com exposição de ossos e tendões. (Nível de evidência C)
- ✓ Selecionar curativos que permitam a visualização e inspeção constante.

- ✓ Considerar o uso de analgesia em pacientes com dor persistente antes do tratamento da ferida.
- ✓ Realizar atividade física para melhorar sintomas de claudicação. (Nível de evidência A)

ÚLCERA NEUROPÁTICA (UN)

Avaliação do Paciente

- ✓ Avaliar história de saúde para identificar fatores de risco como, por exemplo, hipotireoidismo, diabetes mellitus, alcoolismo, tabagismo, deficiência de vitaminas, obesidade, anemia perniciosa, doenças neuromusculares, histórico de ferida e dor associada. (Nível de evidência C)
- ✓ Avaliar características da dor: início, duração, localização, fatores precipitantes, presença de alteração de sensibilidade ou resposta exagerada a estímulos dolorosos. (Nível de evidência C)
- ✓ Solicitar exames laboratoriais pertinentes como níveis de glicemia de jejum, glicose pós-prandial e hemoglobina. (Nível de evidência A)
- ✓ Proteína C reativa. (Nível de evidência A)
- ✓ Hormônio estimulante da tireóide e vitamina B12. (Nível de evidência B)
- ✓ Realizar exame membros inferiores e exame anual abrangente do pé para identificar fatores de riscos preditivos de úlcera e amputações em todos os pacientes com diabetes. Examine os pés, dedos dos pés, entre os dedos e a pele. (Nível de evidência C)
- ✓ Observar higiene dos pés, hidratação e desgaste dos sapatos. (Nível de evidência C)

- ✓ Avaliar se há crescimento anormal das unhas, presença de calos, deformidade nos pés, fissuras e presença de tinea pedis.
- ✓ Determinar o estado vascular dos membros inferiores utilizando ITB. (Nível de evidência C)
- ✓ Testar reflexo dos tornozelos com um martelo de percussão. (Nível de evidência C)
- ✓ Gerenciar o controle da glicose nos pacientes diabéticos. (Nível de evidência A)
- ✓ Encaminhar os pacientes fumantes e que têm perda da sensibilidade protetora para consulta médica e estimular a cessação do tabagismo. (Nível de evidência B)

Tratamento da ferida

- ✓ Limpar a ferida em cada troca de curativo minimizando trauma no leito da lesão e na pele circundante com soro fisiológico. (Nível de evidência B)
- ✓ Evitar usar dentro da lesão produtos de limpeza ou solução destinada ao uso em pele íntegra. (Nível de evidência C)
- ✓ A seleção de métodos para debridamento deve ser determinada de acordo com a condição da ferida e após determinação da perfusão. O debridamento geralmente é indolor devido à neuropatia.
- ✓ Manter secas escaras estáveis de feridas não infectadas. (Nível de evidência C)
- ✓ Utilizar curativos retentores de umidade. (Nível de evidência B)
- ✓ Nos casos de sinais de infecção, encaminhar imediatamente para consulta com médico da equipe.

- ✓ Nas infecções de tecidos profundos utilizar antibiótico sistêmico via oral considerando os que são eficazes contra bactérias gram positivas de infecções leves. (Nível de evidência B)
- ✓ Utilizar antissépticos tópicos e antimicrobianos por um curso de curta duração associado a um rigoroso monitoramento da ferida referente aos sinais de infecção.
- ✓ Gerenciar a dor do paciente com a ajuda de uma equipe multidisciplinar. (Nível de evidência B)
- ✓ Instituir um programa regular de exercícios conduzidos com cautela devido à presença de complicações nos membros inferiores. (Nível de evidência B)
- ✓ Encaminhar para o fisioterapeuta para que se institua programa de exercícios.

6 - DISCUSSÃO

Foi possível verificar que o tratamento das feridas crônicas vai além do cuidado somente com a ferida. Passa por questões relacionadas à saúde geral do paciente, sendo necessária uma avaliação do seu histórico de saúde, estado nutricional e o estado vascular.

O histórico de saúde do paciente visa determinar os fatores de risco como, por exemplo, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, insuficiência venosa e/ou arterial, condição de saúde que restringe o paciente ao leito, entre outros para o desenvolvimento de feridas crônicas de diferentes etiologias, se há histórico de feridas anteriores e pesquisa de presença de dor (WOCN, 2014; NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014; WOCN, 2012; WOCN, 2011).

O rastreio do estado nutricional deve ser realizado em todos os pacientes com feridas crônicas para identificar os indivíduos que necessitam de uma avaliação completa do seu estado nutricional devido às características que os colocam em potencial risco nutricional. Esse rastreio pode ser feito por qualquer membro qualificado da equipe de saúde. Após identificar o paciente em risco nutricional, deve-se encaminhá-lo ao nutricionista da equipe multidisciplinar que deve elaborar e documentar um plano individualizado de intervenção nutricional com base nas necessidades nutricionais, na via de alimentação e nos objetivos de cuidados do indivíduo, conforme definido na avaliação do estado nutricional (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014).

O estado vascular pode ser conhecido durante o exame físico do paciente através da palpação dos pulsos pedial, tibial e poplíteo, pesquisa da presença de edema e dor nos membros inferiores além da localização da ferida (WOCN, 2011).

Outro recurso eficiente é a aferição do ITB feito com auxílio de um aparelho ultrassônico Doppler. O ITB avalia o nível do fluxo sanguíneo arterial nas extremidades inferiores e determina o nível de isquemia. O conhecimento do valor do ITB serve como guia para conduta no tratamento das feridas dos membros inferiores (WOCN, 2012). Há ainda outros exames que podem ser realizados durante o exame físico como observação da claudicação, palidez do membro a elevação, tempo de enchimento venoso, avaliação das unhas, presença de pelos e avaliação da pele (WOCN, 2011).

A avaliação da pele serve também para avaliação dos pacientes com úlcera por pressão ou em risco de desenvolvê-la. Através da avaliação da pele e dos tecidos é possível guiar a prática

para prevenir, classificar, diagnosticar e tratar úlceras por pressão (EPUAP/NPUAP/PPIA, 2014).

Sobre o tratamento da ferida foi evidenciado que esse envolve a limpeza, debridamento quando necessário e seleção da cobertura. A limpeza deve ser feita com solução não citotóxica sendo o soro fisiológico recomendado e evitando trauma no leito da ferida e na pele adjacente (EPUAP/NPUAP/PPIA, 2014; WOCN, 2014; WOCN, 2012 e WOCN, 2011).

Em relação ao debridamento, esse deve acontecer de acordo com as condições da ferida, presença ou ausência de infecção, biofilme, quantidade de tecido necrótico, vascularização e medicação em uso (WOCN, 2012).

Sobre a seleção da cobertura é recomendado que se faça de acordo com as características da ferida que inclui extensão da ferida, profundidade, cavitação, tunelização, odor, quantidade de exsudato, dor, facilidade de aplicação e conforto do paciente. De forma geral:

- Na Úlcera Por Pressão: curativos de hidrogéis estão indicados para uso em feridas minimamente exsudativas e feridas com leitos secos. Curativos de alginatos em feridas moderada a altamente exsudativas e infectadas. Curativos de hidrocolóides em feridas de categoria II não infectadas. Curativos de espuma em ferida grau II exsudativas e grau III pouco profunda e curativos com prata em feridas clinicamente infectadas ou altamente colonizadas por tempo determinado até quando a infecção estiver controlada (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

- Na Úlcera Venosa: considerar curativos hidrocolóides ou de espumas para redução da dor associados à terapia compressiva de um sistema multicamadas (WOCN, 2011).

- Na Úlcera Arterial: curativos para ferida isquêmica com tecido necrótico mole e ferida aberta drenante com exposição de ossos e tendões, manter seca as escaras estáveis e bolhas em feridas não infectadas (WOCN, 2014).

- Na Úlcera Neuropática: selecionar curativos retentores de umidade (WOCN, 2012).

Nos casos em que se observarem sinais clínicos de infecção, considerar o uso de antibiótico tópico por um período limitado (duas semanas) e instituir prontamente antibióticos sistêmico (WOCN, 2014).

A proposta de protocolo para assistência aos pacientes com feridas na Atenção Primária em Saúde abrange questões voltadas para as atribuições dos profissionais da equipe da atenção primária, que devem ser compartilhadas com os profissionais do NASF e médicos especialistas da rede de Atenção Primária, encaminhamento dos pacientes, registro e documentação das atividades, avaliação do paciente e da ferida, cuidados com a ferida e a

pele, limpeza da ferida, seleção de coberturas, debridamento, uso de antibióticos e tratamento da dor.

Em relação às vantagens obtidas com o uso de protocolos, é atestado por Pimenta (2014) que o uso de protocolos tende a oferecer vantagens para profissionais de saúde e paciente através do aprimoramento da assistência, favorecimento do uso de práticas cientificamente sustentadas, redução da variabilidade das ações de cuidado e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecimento de limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais da equipe multidisciplinar. Para a instituição de saúde proporciona o uso racional dos recursos disponíveis e maior controle dos custos.

Outro aspecto importante é a atuação da equipe multidisciplinar que para Oliveira e Spiri (2006) trata-se de uma equipe que presta assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade, considerando a perspectiva da família, por meio da abordagem interdisciplinar, planejamento de ações, organização do trabalho e compartilhamento de decisões.

Sobre as coberturas recomendadas pelas diretrizes para o tratamento das feridas, nem todas poderão ser utilizadas na APS do município mencionado devido à crise financeira que o país está enfrentando e que reflete no setor financeiro da prefeitura. Todavia, é esperado que após a avaliação de um resultado positivo obtido após a implantação e uso da proposta deste protocolo, a compra de um número maior de variedade de coberturas e adjuvantes no tratamento de feridas seja efetuada.

7 - CONCLUSÃO

As diretrizes ou *guidelines* são guias baseadas em evidências que orientam a tomada de decisão na prática clínica. As diretrizes servem como fundamentos para criação de protocolos clínicos que proporcionam segurança na determinação dos passos a serem seguidos durante a assistência e uniformizam a prática, evitando eventos adversos e contribuindo para garantir a segurança do paciente, do enfermeiro e da equipe de enfermagem.

Compete ao enfermeiro estomaterapeuta promover as adaptações necessárias das recomendações contidas nas diretrizes à sua realidade social e profissional, inserindo-as em sua prática clínica, além de executar o cuidado, supervisionar, orientar, e promover atualizações de sua equipe.

A Atenção Primária em Saúde é a porta de entrada das pessoas para o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Nesse setor primário de saúde, muitos pacientes com feridas de várias etiologias são atendidos principalmente por médicos e pela equipe de enfermagem que implementam tratamento, cuidados e o acompanhamento dessas feridas. Esses pacientes necessitam uma assistência de qualidade que leve em conta seu contexto socioeconômico, cultural e de saúde, e com atuação de equipe multidisciplinar, considerando toda a complexidade que envolve o processo de cicatrização das feridas.

A importância da utilização de um protocolo clínico no manejo das feridas na Atenção Primária em Esmeraldas está diretamente relacionada ao fato de que o enfermeiro generalista e, particularmente, os da Atenção Primária em Saúde, nem sempre conseguem ter acesso a capacitações que o levem a conhecer a melhor maneira de avaliar, tratar e acompanhar o paciente com ferida crônica além da falta de insumos necessários e a não sistematização da assistência.

A fim de solucionar essas lacunas, haverá a necessidade de negociação entre os pares para fortalecimento da equipe e convencimento do papel de cada um no processo de cuidado desencadeado, além de articulação política para que se construa uma política voltada para a aquisição de insumos de qualidade e em quantidade suficiente.

Espera-se que, com a adoção dessa proposta de protocolo, as práticas de cuidado se uniformizem e seja possível otimizar o tempo dos profissionais de enfermagem, reduzindo o tempo de cicatrização e os custos em relação ao tratamento de feridas.

Almeja-se que com a implantação dessa ferramenta, ocorram ganhos para o paciente, para o profissional e para a instituição de saúde.

Foi de grande importância realizar o estudo das diretrizes, pois foi possível ampliar, de modo abrangente e integrado, os conhecimentos acerca da temática. Tem-se a expectativa de com a adesão da Prática Baseada em Evidência na assistência de enfermagem à pessoa com ferida crônica promova a melhoria da qualidade do cuidado, a segurança do paciente e dos profissionais que atuam junto a eles assim como a redução dos custos que oram os gastos públicos em saúde.

8 - REFERÊNCIAS

ALVES, K.Y. A. et al. **Análise do conceito “protocolos de enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers.** Revista de Enfermagem da UFPE online, Recife, v.8, p.117-182, jan.2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4680/8378>.>. Acesso em: 18 mai. 2015.

ANDRADE, M. de; SILVA, S.R da. **Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 3, p. 331-335, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300016&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 mai. 2015.

AZEVEDO, I.C de et al. **Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas.** Revista Brasileira de Cancerologia, Rio Grande do Norte, 2014 p.119-127, jun. 2014. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/05-artigo-conhecimento-de-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia-sobre-avaliacao-e-tratamento-de-feridas-oncologicas.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2015

BORGES, E.L. **Limpeza e desbridamento.** In: BORGES, Eline Lima et al. Feridas: Como tratar. 2ª ed, Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

BORGES, E.L; SAAR, S.R da C; LIMA, V.L de A.N. **Subsídios para construção de Protocolo.** In: BORGES, Eline Lima et al. **Feridas: Como tratar.** 2ª ed, Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

BRITO, K.K.G de et al. **Feridas crônicas: abordagem da enfermagem na produção científica da pós-graduação.** Revista de enfermagem da UFPE online, Recife, v.7, n. 2. P.414-421, fev. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3432/5310>>. Acesso em: 18 mai. 2015.

PEDROLO, E. **A Prática Baseada em Evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro.** Cogitare Enferm. V.14, n.4, p.760-763. Out/Dez 2009. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/16396/10875>>. Acesso em: 02 dez. 2015

CARVALHO, E.S. de S; SADISGURSKY, D; VIANA, R. **O Significado da Ferida para as Pessoas que a Vivenciam.** Revista Estima. 2006, v.4, n.2, p. 26 – 32. Disponível em: http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=224:artigo-original-2&catid=31:edicao42&Itemid=70>. Acesso em: 03 dez. 2015.

CORREA, A.D et al. **Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento.** Revista da escola de enfermagem. USP, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 67-74, fev. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 ago. 2015.

COSTA, R.K.S et al. **Validade de instrumentos sobre o cuidado de enfermagem à pessoa com lesão cutânea.** Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 447-457, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002014000500010&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 19 mai. 2015.

DANTAS, D.V; TORRES, G. de V; DANTAS, R.A.N. **Assistência aos portadores de feridas: Caracterização dos protocolos existentes no Brasil.** Ciência, Cuidado e saúde. V.10, n.2, p.366 a 372, abr/jun 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8572>>. Acesso em: 01 ago. 2015

FEIJÓ, E et al. **Wound infection - Sistematic literature review.** Online Brazilian Journal of Nursing, Niteroi, v. 7, n.3, p. Nov 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1819/433>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

FERREIRA, A.M et al. **Knowledge and practice of nurses about care for patients with wounds.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 1178-1190, jul. 2014. ISSN 2175-5361. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3113/pdf_1377>. Acesso em: 03 ago. 2015

FERREIRA, A.M; ANDRADE, D. de. **Revisão integrativa da técnica limpa e estéril: consensos e controvérsias na realização de curativos.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 117-121, mar. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai. 2015.

FIRMINO, F. **Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviço de cuidados paliativos: contribuições para elaboração de protocolos de intervenção de enfermagem.** Revista brasileira de cancerologia. Rio de Janeiro, v.51, n.4, p. 347-359, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=555183&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino. **Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem.** Rev. bras. enferm.; Brasília , v. 56, n. 1, p. 57-60, fev. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672003000100012>. Acesso em: 02 dez. 2015.

GALVÃO, C.M, Sawada N.O. **A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v.26, n.3, p.293-301, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4559/2486>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

GONÇALVES, M.B.B; RABEH, Soraia S.A.N; TERCARIOL, C.A.S **Contribuição da educação a distância para o conhecimento de docentes de enfermagem sobre avaliação de feridas crônicas.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 122-129, Feb. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00122.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.

GONÇALVES, V.M. B; RABEH, S.A. N; NOGUEIRA, P.C. **Terapia Tópica para Ferida Crônica: Recomendações para a Prática Baseada em Evidências.** Revista Estima. v. 12 (1) 2014 p. 42 – 49. Disponível em:

<http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=473%3A2014-11-27-18-37-05&catid=47%3A2014-11-24-15-09-38&Itemid=107&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2015.

GUBERT, F.A et al. **Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura.** Revista Rene, Fortaleza, v.16, n. 1, p. 81-89, jan./fev 2015. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1853>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

IBGE. Minas Gerias, Esmeraldas. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312410&search=minas-gerais|esmeraldas|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 23 out. 2015.

MANDELBAUM, S.H; DI SANTIS, E.P; MANDELBAUM, M.H.S. **Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte I.** Anais Brasileiro de Dermatologia, Rio de Janeiro , v. 78, n. 4, p. 393-408, Aug. 2003 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2015.

MENDES K. D. S.; SILVEIRA R. C. C. P; GALVÃO C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Revista Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out-dez. 2008. Disponível em:

<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3509/art_MENDES_Revisao_integrativa_a_metodo_de_pesquisa_para_a_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 jun. 2015.

MORAIS, G.F da C; OLIVEIRA, S.H.S; SOARES, M.J.G.O. **Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública.** Texto contexto - enfermagem. Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 98-105, mar. 2008 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2015.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Treatment of pressure ulcers.** In: Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington (DC): National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014. p. 126-208. Disponível em:

<<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48866&search=ulcer+pressure>>. Acesso em: 30 out. 2015.

OLIVEIRA, B.G.R.B. de; CASTRO, J.B.de A; GRANJEIRO, J.M. **Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório.** Revista de enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, 21(esp.1), p.612-617. Dez. 2013.

Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a09.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2015.

OLIVEIRA, E.M ; SPIRI, W.C. **Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional.** Revista de Saúde Pública.v.40, n.4, pg.723-733, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500025>. Acesso em: 02 dez. 2015

PAES, G.O et al. **Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 303-310, jun. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200303>.

Acesso em: 19 mai. 2015.

PIMENTA, C.A.de M. et al. **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem.** GESTÃO COREN-SP 2012-2014. Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2015.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem.** Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009. Disponível em:

<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3553/art_ROSSI_Revisao_integrativa_e_tapa_inicial_do_processo_de_2009.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 jun. 2015.

SANTOS, I.; SOUZA, M.A.de O; VIEIRA, L.N. **Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária.** Revista Rene. V.15, n.42, pg 613- 620. Jul-ago 2014. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1729>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

SELLMER, D. et al. **Sistema especialista para apoiar a decisão na terapia tópica de úlceras venosas.** Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 154-162, Jun 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a20.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

SILVA, M.H da et al. **Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde.**

Acta paulista de enfermagem, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 329-333, 2012 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000300002&script=sci_arttext>.

Acesso em: 1 ago. 2015.

VITURI, D.W; MATSUDA, L.m. **Validación de contenido de indicadores de calidad para evaluación del cuidado de enfermería.** Revista da escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 429-437, June 2009. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai. 2015.

WAIDMAN, M.A.P et al. **La vida diaria de la persona con heridas crónicas y sus salud mental.** Texto contexto enfermagem. Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 691-699, dez. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai. 2015.

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). **Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity arterial disease.** Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN); 2014. 204 p. (WOCN clinical practice guideline series; no. 1. Disponível em: <<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=49162>>. Acesso em: 30 out. 2015.

Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). **Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity neuropathic disease.** Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN); 2012 Jun 1. 100 p. (WOCN clinical practice guideline series; no. 3). Disponível em: <<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38248>>. Acesso em: 30 out. 2015.

Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). **Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease.** Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN); 2011 Jun 1. 58 p. (WOCN clinical practice guideline series; no. 4). Disponível em: <<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38249>>. Acesso em: 30 out. 2015.

9 - APÊNDICE

1. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADO

	Tipo de ferida	Nível de Evidência						Resultado
		AAWC (2010)	American College of physicians (2015)	NCGC (2014)	NPUAP EPUAP (2014)	SIGN (2010)	WOCN (2011)	
QUESTÕES AVALIADAS	História clínica							
	Exame físico (pulsos, pele, ITB)							
	Exames laboratoriais							
	Avaliação nutricional							
	Diferenciar __ de outras feridas							
	Lesão (local, tamanho...)							
	Pele e pele peri-lesão							
	Debridamento de acordo com característica da lesão							
	Cobertura de acordo com característica da lesão							
	Terapia compressiva							
	Mudança decúbito							
	ATB tópica							
	ATB sistêmica							
	Manejo da dor							
	DIRETRIZ SELECIONADA							

2. FICHA DE CADASTRO

 AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM FERIDAS ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Data ____/____/____
Nome: _____		
DN: ____/____/____ CNS: _____ Tel: _____		
Endereço: _____		
Ocupação: _____ Estado Civil _____ No de filhos _____		
HISTÓRICO DE SAÚDE		
Doenças existentes		Medicamentos em uso e número de tomadas
<input type="radio"/> DM 1 <input type="radio"/> DM 2 <input type="radio"/> HAS <input type="radio"/> Drepanocitose <input type="radio"/> Hanseníase <input type="radio"/> Insuficiência arterial <input type="radio"/> Insuficiência Venosa <input type="radio"/> Arteriosclerose		_____ _____ _____ _____ _____
<input type="radio"/> Tabagista : No. Cigarros / dia _____		<input type="radio"/> Etilista: Frequência: _____
EXAME FÍSICO		
Peso: _____	Altura _____	PA: _____ ITB: _____
No. De feridas _____	Localização _____	data de surgimento ____/____/____
Etiologia	Exsudato	Pulsos Presente
<input type="radio"/> Ulcera por pressão grau ____ <input type="radio"/> Ulcera arterial <input type="radio"/> Ulcera venosa <input type="radio"/> Ulcera mista <input type="radio"/> Ulcera neuropática <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Pouco <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Abundante <input type="radio"/> Seroso <input type="radio"/> Sanguinolento <input type="radio"/> Purulento <input type="radio"/> Serosanguinolento <input type="radio"/> Seropurulento <input type="radio"/> Piosanguinolento	<input type="radio"/> Poplíteo __D__E <input type="radio"/> Pedioso __D__E <input type="radio"/> Maleolar __D__E
Tamanho: _____ cm ²		Assinatura e Carimbo
Profundidade _____		

3. FICHA DE ACOMPANHAMENTO

 ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM FERIDAS ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE							
Nome: _____							
Tipo de ferida _____							
Data/ n° de troca							
Avaliação da ferida	1	2	3	4	5	6	7
Tamanho (cm ²)							
Profundidade (cm)							
Tipo de exsudato (Se)Seroso (Sa)Sanquinolento (Pu)Purulento (Sz)Serosanguinolento (Pi) Piosanguinolento							
Quantidade de exsudato (A)Ausente (P)Pouco (M)Moderado (G)Grande (Ab)Abundante							
Necrose (Am)Amolecida (S)Seca (Au) Ausente							
Borda (H)Hiperemiada (A)Aderida (E)Edemaciada (M)Macerada							
Odor (A)Ausente (N)Presente e fisiológico -normal (F)Presente e fétido							
Dor (A)Ausente (1 a 10)Escala							
Cobertura							
Terapia compressiva							
Fotografia							
Exames laboratoriais							
Ab							
Hb							
GJ							
LDL/ HDL							
Assinatura e carimbo do profissional							

4. TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO DA FERIDA

AUTORIZAÇÃO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO DA FERIDA

Eu _____,
Cédula de identidade nº _____ ou responsável
pelo paciente acima citado, autorizo de livre e espontânea vontade, a
enfermeira _____,
funcionária do serviço de atenção primária a saúde da prefeitura de
Esmeraldas, MG, a fotografar e veicular a imagem fotográfica da minha ferida ,
para fins didáticos e científicos sem quaisquer ônus e restrições. Tenho
conhecimento de que é assegurado o anonimato da pessoa fotografada.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do profissional

Esmeraldas, ____ de _____ de _____.