

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

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA SALA DE
CURATIVOS DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ-MG

Larissa Rocha de Sousa

CORINTO-MINAS GERAIS

2012

LARISSA ROCHA DE SOUSA

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA SALA DE
CURATIVOS DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ-MG**

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

Orientadora: Professora Alcione Bastos Rodrigues

CORINTO-MINAS GERAIS

2012

LARISSA ROCHA DE SOUSA

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA SALA DE
CURATIVOS DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ-MG**

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

Orientadora: Professora Alcione Bastos Rodrigues

Banca Examinadora: Prof^a Alcione Bastos Rodrigues (orientadora)

Prof^a Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte: 30/06/2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por permitir mais essa conquista em minha vida profissional. À orientadora Alcione Bastos Rodrigues pela dedicação. Aos meus pais e à minha irmã pelo apoio incondicional. À minha amiga e colega de profissão Fernanda pelo conhecimento compartilhado. E em especial a toda equipe do Centro Municipal de Saúde de Santo Antônio do Itambé e as Equipes de Saúde da Família João Baracho e Padre Joviano e aos pacientes que possibilitaram a realização desse trabalho.

RESUMO

Trata-se de um relato de uma experiência que teve como objetivo organizar o processo de trabalho na sala de curativos do Centro Municipal de Saúde do município de Santo Antônio do Itambé/MG - a qual aloca as Equipes de Saúde da Família João Baracho e Padre Joviano. Após realização de diagnóstico local, foi elaborado um plano de ação para intervir nos problemas detectados no acompanhamento do paciente portador de ferida crônica. Foram implantados um protocolo de tratamento e novos impressos para registros de evolução da ferida, além de capacitação da equipe quanto ao acolhimento e tratamento desses pacientes. Com a implantação das mudanças propostas, cada profissional passou a executar melhor sua função no acompanhamento do portador de ferida, o enfermeiro passou a ter mais autonomia no tratamento das feridas, a equipe se sentiu mais motivada no trabalho, houve melhora significativa na evolução das feridas, porém alguns profissionais não aderiram ao protocolo e alguns pacientes não deram continuidade ao tratamento. Foi possível acompanhar o tratamento de cinco pacientes, dentre eles um cuja ferida apresentou fechamento total, dois foram a óbito no período em que estavam sendo tratados: um com boa evolução da ferida e um que abandonou o tratamento. A equipe concluiu que toda mudança deve ser encarada como um desafio, que busca melhorar as condições de trabalho e o atendimento ao paciente, e que o primeiro passo para alcançar o êxito é acreditar sempre e trabalhar em equipe.

Palavras-chave: Organização. Protocolo. Feridas. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This is a report of an experience he had as a goal to organize the work process in the dressing room of the Municipal Health Center of Santo Antonio do Itambé / MG - which allocates the Family Health Teams João Baracho e Padre Joviano. After performing diagnostic site, we designed a plan of action to intervene in the problems encountered in monitoring the patient with a chronic wound. We deployed a new treatment protocol and forms to record the evolution of the wound, and staff training regarding the care and treatment of these patients. With the implementation of the proposed changes, each professional has to perform its function better monitoring of patients with wound, nurses now have more autonomy in the treatment of wounds, the team felt more motivated at work, there was significant improvement in the evolution of wounds but some professionals do not adhere to the protocol and some patients did not continue the treatment. It was possible to monitor the treatment of five patients, including one whose wound had total closure, two died in the period they were being treated: one with a good evolution of the wound and one that abandoned the treatment. The team concluded that any change should be seen as a challenge, which seeks to improve working conditions and patient care, and that the first step to success is to always believe and work together.

Keywords: Organization. Protocol. Wounds. Primary health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivo Específico.....	10
3 METODOLOGIA.....	11
4 CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA.....	12
4.1 Descrição do contexto.....	12
4.2 Implementação das intervenções propostas no acompanhamento dos portadores de feridas.....	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
5.1 O tratamento de feridas no contexto da Estratégia Saúde da Família e o papel do enfermeiro nesse acompanhamento.....	17
5.2 A importância da utilização de protocolos nos serviços de saúde.....	19
6 AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26
ANEXO I – PLANO DE AÇÃO.....	30
ANEXO II – PROTOCOLO DE FERIDAS.....	31
ANEXO III – FICHA DE CADASTRO DO PACIENTE.....	68
ANEXO IV – FICHA DE EVOLUÇÃO DA FERIDA.....	70

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família – PSF surge no Brasil na década de 1990 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (ROSA, LABATE, 2005). Atualmente denominada Estratégia Saúde da Família – ESF, busca converter o modelo tradicional caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo centrado no usuário e na família, voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2005), com uma assistência à saúde elaborada e planejada por uma equipe de saúde multiprofissional.

A ESF tem como objetivo maior a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade (FARIA *et al.*, 2010). Sua implantação foi fundamental na aproximação entre profissional e usuário, permitindo uma visão mais ampla dos reais problemas de saúde, econômicos, sociais e ambientais da população, possibilitando uma atenção à saúde de forma integral aos usuários.

Falar de uma estratégia de mudança de modelos assistenciais remete a pensar em trabalho e em trabalho na saúde. Segundo Pires (2000), o trabalho em saúde é um trabalho da esfera da produção não material, que não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. Na maioria das vezes é um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e outros grupos trabalhadores que desenvolvem atividades necessárias à manutenção da estrutura institucional.

O processo de trabalho é considerado a maneira como cada equipe de saúde ou como cada profissional, seja da área da saúde ou de outras áreas, desenvolve suas atividades. Para que esse processo possa ocorrer de maneira efetiva e transformadora é preciso conhecer seus componentes, e segundo Faria (2009) são eles: as finalidades, os objetos, os meios de produção e os agentes.

Primeiramente é preciso definir o objetivo ou a finalidade desse processo, decidir quais serão os agentes transformadores e os objetos a serem transformados, e quais os meios

de produção utilizados. Como exemplo, no processo de trabalho em saúde a finalidade pode ser a assistência à saúde, tendo como agente o profissional de saúde, agindo sobre objeto/usuário, por meio de seus conhecimentos. Porém Faria (2009) considera que a atividade produtiva envolve o usuário e profissional, sendo que ambos podem representar tanto o objeto quanto o agente, já que o objeto da ação também age. Isso acontece porque nesse processo o usuário sofre transformações por meio das intervenções realizadas pelo profissional, mas ele também possibilita uma transformação do profissional através dessa troca com o usuário.

O processo de trabalho da ESF é caracterizado por ações interdisciplinares e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006).

A organização dos serviços de saúde compreende um conjunto de ações desenvolvidas com o objetivo de permitir a estruturação física e o desenvolvimento dos trabalhadores, através de uma alocação adequada dos recursos necessários para a prestação da assistência à saúde da população, considerando esse conjunto de ações como “ferramentas” para a construção de um atendimento mais humanizado (MISHIMA, 1995 *apud* PINTO *et al.*, 2005).

Dentre as diversas atividades que envolvem o processo de trabalho das equipes de ESF, e que necessita de um atendimento mais humanizado, pode-se considerar o atendimento ao usuário portador de feridas e o tratamento das mesmas. 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, que onera os gastos públicos e prejudica a qualidade de vida da população (BRASIL, 2002).

A preocupação com o tratamento de feridas é antiga e muitos estudos acerca do assunto têm sido desenvolvidos, o que levou a um grande avanço no conhecimento dos diferentes tipos de lesões, do processo de reparação do tecido lesado, bem como de todos os fatores nele envolvidos (PEREIRA, BACHION, 2005). Esse avanço também contribuiu para que profissionais de saúde procurassem aprofundar seus conhecimentos e dar mais atenção ao paciente portador de feridas como um todo.

Cuidar de feridas é um processo dinâmico, complexo e que requer uma atenção

especial principalmente quando se refere a uma lesão crônica, essas evoluem rapidamente, são refratárias a diversos tipos de tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a normal cicatrização (CANDIDO, 2001 *apud* CUNHA, 2006).

A assistência ao paciente portador de feridas é uma atividade rotineira das Equipes de Saúde da Família, porém muitas vezes esse processo não ocorre de maneira sistematizada. Não se segue um protocolo clínico, muitos profissionais não são bem informados quanto ao uso das coberturas adequadas, nem sempre o acompanhamento da evolução das feridas é realizado ou ainda não são registrados pelos profissionais.

Após a realização de um diagnóstico situacional do município de Santo Antônio do Itambé no ano de 2010, foram identificados os principais problemas em relação às condições de saúde, sociais e econômicas da população. Porém, após o estudo dos Módulos Processos de Trabalho em Saúde e Protocolos de Cuidado à Saúde no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, e em discussões com as equipes de saúde da família do município, pode-se perceber falhas relacionados ao processo de trabalho da equipe, tendo destaque o desenvolvimento do trabalho na sala de curativos, devido a problemas como os citados anteriormente. Considerando a importância dos fatos apresentados, e a necessidade de melhorar constantemente o acompanhamento ao portador de feridas, torna-se relevante a produção desse trabalho, que busca organizar o processo de trabalho na sala de curativos das ESF de Santo Antônio do Itambé, através de implantação de protocolo e impressos e capacitação da equipe.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Organizar o processo de trabalho na sala de curativos das equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Santo Antônio do Itambé – MG.

2.2. Objetivos Específicos

- Implantar um protocolo clínico para o tratamento de feridas.
- Definir atribuições de cada profissional em relação ao tratamento de feridas dos usuários.
- Elaborar instrumentos de registro da evolução das feridas.
- Proporcionar um melhor acompanhamento da evolução do tratamento de feridas.
- Garantir melhor assistência aos pacientes portadores de feridas.
- Analisar pontos positivos e negativos desse processo de reorganização na equipe de saúde e na evolução das feridas crônicas.

3 METODOLOGIA

Esse trabalho trata-se de um relato de experiência sobre a organização do processo de trabalho na sala de curativos, ocorrida na Unidade de Saúde que aloca as equipes de Estratégia Saúde da Família João Baracho e Padre Joviano, no município de Santo Antônio do Itambé – MG, no ano de 2011.

Em julho de 2011 foi elaborado um plano de ação (ANEXO I) para propor as intervenções de acordo com os problemas detectados. Esse plano de ação foi colocado em prática a partir de agosto de 2011, com a elaboração de um Protocolo de Tratamento de Feridas (ANEXO II), e impressos para registro (ANEXOS III e IV), seguido por capacitação da equipe de saúde em setembro de 2011. Após apreciação do Conselho Municipal de Saúde o protocolo e as demais mudanças foram implantados na sala de curativos em outubro de 2011.

Para o referencial teórico foram consultados artigos nacionais publicados no período de 2001 a 2011, a partir das palavras chave; processo de trabalho, feridas, estratégia saúde da família e organização de serviços de saúde, nas bases de dados BIREME e SCIELO. Os artigos foram selecionados pela leitura dos resumos e os que melhor atenderam às necessidades do tema foram lidos na íntegra. Também foram utilizados um caderno de atenção primária do Ministério da Saúde, um protocolo assistência aos portadores de feridas da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2006) e dados da Secretaria Municipal de Santo Antônio do Itambé.

4 CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA

4.1 Descrição do contexto

O município de Santo Antônio do Itambé está localizado na região noroeste do Estado de Minas Gerais, e de acordo com dados do IBGE possui uma população de 4.168 habitantes, divididos entre zona rural e urbana, sendo que a maior parte se encontra na área rural.

A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) existente no município tem localização urbana, e fica no centro da cidade. Nessa UAPS funcionam duas equipes de ESF, que cobrem 100% da população. A equipe “Projeto João Baracho” é responsável por 2.461 habitantes distribuídos pelos bairros; Ventosa, Centro e São Caetano e pelas comunidades rurais Queimadas, Botafogo, Chico Alves e Maria Nunes; e a equipe “Padre Joviano”, responsável por 1.707 habitantes das comunidades Água Limpa, Cipó I, Cipó II, Bagres, Martins/Tapera, Baú e Ouro Fino, todas em zona rural.

A assistência aos portadores de feridas das duas equipes de Saúde da Família é realizada na sala de curativos do Centro Municipal de Saúde pelos profissionais; médico, enfermeiro e técnico de enfermagem das equipes; além disso, quando necessário, devido às condições clínicas do paciente, alguns curativos ocorrem no domicílio. São realizados mensalmente cerca de 70 curativos, entre as feridas crônicas e os casos agudos, além de suturas, retirada de pontos, drenagem de abscessos, lavagem de ouvido e outros. Estes últimos procedimentos variam em quantidade a cada mês, não sendo possível fazer uma estimativa da quantidade. Os atendimentos ocorrem das 8 às 16 horas, com intervalo para almoço das 11 às 12 horas.

Anteriormente à implementação da proposta o atendimento ocorria da seguinte maneira: a cada quinze dias uma técnica de enfermagem era escalada para assumir a responsabilidade do setor. Os curativos eram realizados por ela e acompanhados pelos médicos ou enfermeiras. Na maioria das vezes a primeira avaliação da ferida era realizada pelo médico, assim como a indicação do curativo (coberturas), o que interrompia muito o atendimento, pois o enfermeiro poderia realizar esse acompanhamento, mas por insegurança e

desconhecimento deixava para o médico.

Não existia um protocolo clínico que ajudasse na escolha da cobertura mais adequada ou que definisse com clareza as atribuições de cada profissional no tratamento das feridas. Apesar de haver disponível na unidade as principais coberturas necessárias para o tratamento das feridas, nem todas eram utilizadas por falta de conhecimento da equipe quanto ao uso e indicação das mesmas. Com isso os profissionais indicavam, na maioria das vezes, pomadas, antibióticos tópicos, que não resolviam o problema e prolongavam o processo de cicatrização das feridas. A falta de conhecimento também gerava contradição na indicação do tratamento entre os profissionais.

O registro desse acompanhamento era realizado em uma folha de procedimentos apenas pelas técnicas de enfermagem, que descreviam a realização do curativo, as feridas não eram mensuradas e não era possível saber o tempo de duração do tratamento, bem como a eficácia das coberturas utilizadas, pois a forma de arquivar esses registros não possibilitava um acompanhamento sistematizado da evolução das feridas crônicas.

4.2 Implementação das intervenções propostas no acompanhamento dos portadores de feridas

Como dito anteriormente, diante dos problemas detectados, as propostas de intervenção para a implementação de um novo processo de trabalho foram definidas através de um plano de ação, discutido com as equipes de ESF.

Primeiramente, foi elaborado um Protocolo de Feridas (ANEXO II). Esse protocolo baseia-se no acompanhamento dos portadores de feridas na sala de curativos, contendo, basicamente as intervenções necessárias a serem seguidas pelas equipes de saúde para um atendimento de qualidade ao portador de feridas, abrangendo temas como:

- Atribuições dos profissionais no atendimento ao portador de feridas;
- Fluxograma de atendimento ao portador de feridas;
- Consulta de enfermagem;
- Processo de cicatrização das feridas (úlceras de pressão, queimaduras);
- Avaliação da ferida;
- Limpeza e desbridamento da ferida;
- Coberturas, soluções e cremes utilizados;
- Registro da evolução das feridas.

A elaboração desse protocolo visou uma sistematização do acompanhamento do paciente portador de ferida na unidade, estabelecendo um fluxo que se inicia na chegada do paciente na recepção. Dessa maneira, seja o auxiliar administrativo, enfermeiro ou qualquer outro profissional saberá acolher o paciente e encaminhá-lo para o seu destino, responsabilizando-se por esse usuário.

Foram elaborados dois impressos para registro: a Ficha de Cadastro (ANEXO III) e Evolução da Ferida (ANEXO IV), preenchidas pelo enfermeiro no primeiro atendimento ao

paciente. A Ficha de Cadastro contém dados pessoais do paciente e um breve histórico do mesmo (anamnese), com dados importantes para o acompanhamento, como por exemplo, doenças preexistentes que interferem no processo de cicatrização, possibilitando aos profissionais uma avaliação mais completa do paciente. O impresso Evolução da Ferida contém uma espécie de cronologia da evolução da ferida, com informações sobre sua localização, aspecto e tamanho (realizada a cada 15 dias), e cobertura utilizada no curativo. Esse impresso continua a ser preenchido a cada 15 dias ou quando houver alterações a serem descritas.

Para organizar e facilitar a visualização da evolução da ferida, os impressos de cada paciente acompanhado são arquivados em pasta sanfonada, em ordem alfabética, junto com os impressos de registro (folha de procedimentos). Estes registros são elaborados pelas técnicas de enfermagem, e constam da descrição da realização do curativo e aspecto da ferida. Ao final do tratamento do paciente esses impressos são arquivados na Unidade de Saúde em caixas boxes.

Para uma melhor visão da evolução da ferida, sempre que possível, também são registradas imagens fotográficas da lesão, com a permissão do paciente, e arquivadas no computador da sala de enfermagem.

Após a elaboração do protocolo e dos impressos citados, foi realizada no dia 16 de setembro de 2011, no salão de reuniões da Unidade de Saúde, uma capacitação das equipes de Saúde da Família que contou com a presença de um médico, dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, três técnicos de enfermagem e um auxiliar administrativo. Essa capacitação teve como objetivo apresentar aos profissionais o protocolo de feridas, os impressos de registro e o fluxograma de atendimento além de definir as atribuições desses profissionais e redefinir o processo de trabalho da sala de curativos. A ênfase principal foi dada à utilização das coberturas no tratamento das feridas, devido ao pouco conhecimento pelos profissionais médicos e de enfermagem.

Após essa capacitação o protocolo e as demais mudanças foram apresentados no Conselho Municipal de Saúde no dia 21 de setembro de 2011 e aprovado pelos conselheiros presentes, e a partir dessa data as intervenções foram colocadas em uso na Unidade de Saúde.

Optou-se por manter um rodízio dos profissionais técnicos de enfermagem que atuam

na sala de curativos, permitindo que todos sejam capazes de realizar os curativos e acompanhar os pacientes. Com isso, ao dar entrada na unidade de saúde, o paciente geralmente é acolhido pelo funcionário da recepção que o encaminha até o profissional de enfermagem responsável naquele dia pela sala de curativos. O mesmo acolhe esse paciente e solicita a avaliação do enfermeiro, seja para uma primeira consulta de enfermagem ou para o acompanhamento rotineiro do tratamento.

Na primeira consulta o enfermeiro preenche a ficha de cadastro do paciente, e abre a ficha de evolução da ferida para iniciar o acompanhamento. Além disso, o paciente também é admitido em seu prontuário da unidade. Nessa primeira avaliação o médico deve ser solicitado para também realizar avaliação do paciente, analisando a necessidade de tratamento farmacológico e demais intervenções. Nas visitas subseqüentes, desse paciente à unidade, o médico é solicitado quando necessário, podendo o enfermeiro dar continuidade ao acompanhamento da ferida. A alta desse paciente no término do tratamento também deve ser registrada em prontuário, indicando a alta do curativo.

Preferiu-se não agendar horário para realização dos curativos, pois a maioria dos pacientes é morador de zona rural e tem dificuldades de transporte. Para facilitar o acompanhamento, quando necessário o paciente tem a opção de ficar na Casa de Apoio localizada próximo à Unidade de Saúde, o que evita que muitos caminhem quilômetros até a Unidade, o que pode prejudicar o tratamento.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O tratamento de feridas no contexto da Estratégia Saúde da Família e o papel do enfermeiro nesse acompanhamento

As Equipes de Saúde da Família, formadas basicamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm como principal objetivo uma assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade à população adscrita (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004). Essa assistência é voltada para as famílias que são acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família em todas as fases da vida: Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e do Idoso, e nas mais diversas outras situações, como a Saúde do Trabalhador, Hipertensão e Diabetes, e no tratamento de feridas crônicas.

Assim como em todo tipo de assistência ao paciente, o tratamento de feridas deve ocorrer de forma integral, sem que o foco seja apenas o curativo, já que uma cicatrização eficaz envolve outros fatores. Por isso é preciso avaliar também a condição geral do paciente, suas patologias pré-existentes como diabetes e hipertensão, seus hábitos alimentares e demais hábitos, o tipo de trabalho exercido, pois todos estes fatores podem interferir no tratamento, devendo ser levados em consideração durante as orientações.

Segundo Moraes, Oliveira e Soares (2008), essa assistência deve ser realizada pela equipe multiprofissional, que envolve além do médico e enfermeiro outros profissionais como nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo. Essa interação entre as diversas áreas profissionais facilita e acelera o tratamento do portador de ferida, pois cada um exerce um papel fundamental no processo.

Apesar da importância dessa equipe multiprofissional, pesquisas sobre o tratamento de feridas têm recebido destaque nas publicações de enfermagem (DEALEY, 2001 *apud* FERREIRA, BOGAMIL, TORMENA, 2008), demonstrando que esse tratamento é uma responsabilidade atribuída ao enfermeiro, que avalia a lesão, prescreve o tratamento adequado, orienta e supervisiona a equipe de enfermagem na execução do curativo. Essa

atribuição deve-se ao fato de que o profissional de enfermagem tem maior contato com o paciente, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo e detém maior domínio da técnica, em virtude de ter em sua formação componentes voltados para esta prática (TUYAMA *et al.*, 2004, *apud* MORAIS, OLIVEIRA, SOARES, 2008).

De acordo com a deliberação nº 65/00 do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais é competência do profissional enfermeiro as prescrições e orientações sobre o tratamento das lesões, além da realização da consulta de enfermagem e do desbridamento quando necessário (COREN, 2000). Essa responsabilidade exige do enfermeiro uma constante atualização nessa área, pois estão sempre surgindo inovações e tratamento diferenciados.

Apesar de ser um profissional legalmente competente e diretamente ligado ao tratamento e prevenção de feridas como descrito acima, muitas vezes o enfermeiro ainda apresenta dificuldades para proceder à avaliação da ferida devido à falta de experiência e de treinamento específico, como evidenciado em estudo ocorrido em instituições hospitalares da rede pública (MORAIS, OLIVEIRA, SOARES, 2008).

Diante desse fato e ainda conforme o que afirmam Moraes, Oliveira, Soares (2008, p.104):

Torna-se necessário a implementação de recursos que visem primeiramente viabilizar o trabalho dos profissionais de saúde, juntamente com uma educação continuada que elabore estratégias e desenvolva ações de treinamento contínuo, através de palestras e pesquisas, buscando um maior aprofundamento acerca da temática e, com isso, poderem atuar com maior segurança no processo de avaliação de ferida.

Segundo Ferreira, Bogamil e Tormena (2008), os enfermeiros estão identificando e organizando uma abordagem sistemática e terapêutica para a pele e cuidados com feridas, alcançando uma autonomia para a profissão nesta área. Porém, possuir autonomia não significa ter total controle sobre sua atuação profissional, mas sim ter consciência de suas capacidades e limitações, que vêm sendo superadas através de educação permanente e da elaboração de protocolos de tratamento de feridas.

5.2 A importância da utilização de protocolos nos serviços de saúde

Atualmente, a padronização é considerada a mais fundamental das ferramentas gerenciais (HONÓRIO, CAETANO, 2009), seja no campo da saúde ou em outros setores, e quando se fala em padronização se remete aos protocolos.

De acordo com o Ministério da Saúde,

Protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área de saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica (BRASIL, 2008. p.11).

Esses protocolos de cuidado à saúde podem ser clínicos, direcionados à atenção à saúde dos usuários, voltados para as ações preventivas, promocionais e educativas; ou direcionados para a organização dos serviços, que são referências para o gerenciamento das diversas ações da equipe em uma unidade de saúde, se referindo principalmente à organização do processo de trabalho (WERNECK, FARIA e CAMPOS, 2009). Isso mostra que tanto a assistência ao usuário quanto a organização dos serviços de saúde dependem de uma padronização com embasamento científico para que se possa atingir um trabalho de qualidade, minimizando as falhas e aumentando a satisfação do usuário e da equipe ao final do processo.

Porém, apesar de úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde, os protocolos apresentam limites, pois podem restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às demandas clínicas em diferentes situações (WERNECK, FARIA e CAMPOS, 2009). Por isso, um mesmo protocolo pode não resolver os problemas de serviços de saúde diferentes, devendo ser elaborados adequadamente a cada realidade.

Os protocolos clínicos permitem direcionar o trabalho e registrar os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema (BARROS, ANAMI, MORAES, 2003). Segundo Schneid *et al.* (2003) esses protocolos associados a recursos humanos, físicos e materiais são instrumentos de tecnologia em saúde classificados como lógicos. Se associados e bem utilizados podem ser um avanço nos serviços.

Os protocolos clínicos podem fazer parte do cotidiano de diversos profissionais de saúde como médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros, já que podem se referir a diversos temas e doenças, como por exemplo, ao tratamento de feridas e segundo Ferreira e Périco (2002), a utilização desses instrumentos baseados em evidências pode colaborar com o trabalho cotidiano das equipes de saúde, qualificando a atenção à saúde prestada à população.

Os protocolos voltados ao tratamento de feridas possibilitam que profissionais envolvidos nessa assistência estejam atualizados quanto aos tipos de tratamento utilizados, de forma que se sintam mais capacitados para a utilização das coberturas adequadas a cada tipo de ferida e a cada fase da cicatrização. Conforme ocorrido na implantação de um protocolo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão (UP) no Hospital das Clínicas de Porto Alegre – RS, que possibilitou inovações como o uso de triglicerídeos de cadeia média como barreira protetora de pele em áreas de risco para UP, incluindo também a aquisição de colchões adequados e utilização de produtos de alta tecnologia no tratamento de feridas (MENEGON *et al.*, 2007).

Assim, percebe-se que a implementação de protocolos na sistematização do atendimento a portadores de feridas, tem melhorado a integração entre as equipes técnicas, padroniza condutas, cria espaço para solicitar melhorias nos diversos serviços incorporando novas tecnologias, tudo isso com embasamento em evidências (SCHNEID, *et al.*, 2003).

6 AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Desde a elaboração do protocolo de feridas, com a capacitação da equipe e demais mudanças na sala de curativos do Centro Municipal de Saúde de Santo Antônio do Itambé, pode-se avaliar os resultados no período de outubro de 2011 a fevereiro de 2012.

Nesse período foi possível implantar, como definido anteriormente, o protocolo e os impressos para o registro da evolução das feridas. Atualmente esses impressos e o protocolo estão disponíveis e de fácil acesso aos profissionais de saúde envolvidos no tratamento de feridas, e como determinado, passaram a ser utilizados pelos profissionais.

No estudo de Honório e Caetano (2009), durante a elaboração de um protocolo de assistência ao paciente hematológico, observou-se que a vivência em elaborar protocolos por um grupo de enfermeiros, proporciona crescimento para a equipe e para cada profissional, repercutindo na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Porém, na realidade, poucas instituições têm um protocolo implantado para este fim, como observado em campos de estágio e na coleta de dados do estudo de Moraes, Oliveira, Soares (2008), que afirmam também que a ausência desses protocolos não está relacionada à limitação em fazer a avaliação de algumas características da lesão. Isso mostra que apesar de não ser rotina nos serviços e nem obrigatório no tratamento de feridas, a implantação do protocolo em uma unidade de saúde pode tornar o serviço mais organizado e com melhores resultados.

Em relação aos impressos, Bajay e Araújo (2006) também perceberam deficiências nos registros referentes à descrição das características de feridas e falta de hábito da equipe de enfermagem em fazer registros completos. Com isso, na tentativa de aperfeiçoar esses registros, elaboraram um instrumento contendo dados da ferida a ser preenchido pelos enfermeiros e concluíram que esse instrumentos é necessário pela sua praticidade de preenchimento.

Com a implantação do protocolo foram definidas as atribuições de cada profissional no tratamento de feridas: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e funcionários da recepção. O cumprimento dessas atribuições pela equipe resultou na melhoria do fluxo do atendimento e do trabalho. O enfermeiro, capacitado, adquiriu maior autonomia no tratamento

de feridas, tornando-se o responsável pela definição da cobertura utilizada e com isso foi possível interromper menos as consultas médicas como anteriormente. Para Ferreira, Bogamil e Tormena (2008) ter autonomia no trabalho é realizá-lo sem intermediações de ações de outros profissionais, porém, no cuidado de feridas, nenhuma conduta é absolutamente autônoma, sendo uma autonomia relativa para o exercício de ações específicas, contendo momentos de complementaridade com outros trabalhos. Portanto, foi possível que o enfermeiro obtivesse mais autonomia em atividades de sua competência, usando essa liberdade com responsabilidade e conhecimento científico.

Apesar do enfermeiro ter assumido esse tratamento, o médico continuou dando assistência ao paciente, principalmente no tratamento medicamentoso e no acompanhamento das patologias de base, além de trabalhar em equipe com o enfermeiro, discutindo a melhor forma para o tratamento da ferida. Também quando necessário é solicitado o auxílio dos profissionais nutricionista e psicólogo.

No estudo de Moraes, Oliveira e Soares (2007) foi encontrado resultado diferente, o médico apareceu como profissional que não interage com a enfermagem para discutir a conduta em relação ao tratamento de feridas, deixando transparecer uma conotação de imposição pela parte médica. Sabemos que além do médico, a interface entre os profissionais é de extrema importância, já que as condições nutricionais, psicológicas e o estado geral do paciente interferem no processo de cicatrização, porém a atuação interdisciplinar ainda é incipiente quanto à conduta profissional (PEREIRA, BACHION, 2005).

Em relação ao acompanhamento da evolução do tratamento foi possível seguir cinco portadores de feridas crônicas, além de outros procedimentos realizados na sala de curativos como, por exemplo: tratamentos de causas agudas, como cortes, quedas e outros, porém nosso principal enfoque e as principais mudanças foram direcionadas para o tratamento de feridas crônicas. Dentre os cinco pacientes acompanhados tivemos um paciente com alta por cura e fechamento total da ferida, três pacientes com boa evolução das feridas e um abandono de tratamento.

O paciente que teve fechamento total da ferida já estava em tratamento antes da implantação das mudanças, mas pode-se perceber melhora significativa da evolução da ferida após o uso das coberturas preconizadas pelo protocolo, ocorrendo aproximação total das

bordas da ferida em aproximadamente dois meses e meio. Com o acompanhamento desse paciente, diabético, foi possível comprovar o que realmente é preciso para que se tenha êxito no tratamento de uma ferida crônica; que é preciso um conjunto de ações para alcançar o resultado esperado, dentre elas: conhecimento científico dos profissionais, equipe capacitada, uso de coberturas adequadas, disponibilidade de materiais e insumos, trabalho em equipe, frequência na realização do curativo, apoio familiar e autocuidado do paciente com controle de sua patologia de base, com isso foi possível proporcionar a esse paciente um tratamento eficaz e de qualidade, com resultados mais rápidos.

A evolução dessa ferida foi muito bem documentada pelo preenchimento, pelo enfermeiro, do impresso Evolução da Ferida (ANEXO IV) e acompanhamento fotográfico quinzenal. A utilização desse impresso facilitou ao profissional visualizar de forma mais clara a evolução da ferida, aproximação das bordas e eficácia da cobertura escolhida.

Dentre os três pacientes que apresentaram boa evolução em suas feridas, dois não chegaram à finalização do tratamento, pois vieram a óbito, um dos pacientes era portador de câncer de estômago e o outro tinha sofrido Acidente Vascular Encefálico. Suas patologias proporcionaram uma evolução mais lenta das feridas, mas mesmo assim, foi possível perceber melhora significativa do tratamento através de fotos e dos registros nos impressos. O terceiro paciente ainda está em tratamento, e continua apresentando boa evolução da ferida, com aproximação lenta das bordas, o que, provavelmente está relacionado às condições desse paciente, idoso e desnutrido.

Tivemos ainda um abandono de tratamento por um paciente portador de uma ferida crônica há mais de quinze anos. Esse paciente já fazia acompanhamento na Unidade de Saúde, porém nunca comparecia como orientado pela equipe. Com a implantação do protocolo esse paciente foi novamente orientado e cadastrado para o tratamento de sua ferida, mas continuou não comparecendo nos dias combinados, e se limitava a comparecer aproximadamente a cada quinze dias ou quando precisava de material para o curativo. Isso implicou na não evolução da ferida e no seu desligamento do acompanhamento, porém ele continua sendo assistido sempre que busca serviço. Muitos pacientes acabam dificultando seu próprio tratamento não seguindo orientações ou não cuidando de sua saúde, como mostrado em estudo Martins e Souza (2007), onde 62,5% dos pacientes portadores de ferida não realizaram o repouso solicitado pelos profissionais, mesmo tendo sido orientados para a

importância do mesmo. Na maioria das vezes os pacientes esperam que apenas o medicamento ou as visitas ao médico irão lhes trazer a cura, esquecendo de fazer sua parte, atrasando a finalização do tratamento.

Em reunião com a equipe do Centro de Saúde no mês de fevereiro de 2011, foram discutidas as mudanças ocorridas após a implantação do Protocolo de Feridas e organização do serviço na sala de curativos. Conforme relatado por técnicas de enfermagem e por uma das médicas da unidade esse processo de reorganização trouxe muitas mudanças positivas para o serviço, maior interesse dos profissionais no tratamento de feridas após capacitação, maior autonomia do enfermeiro na prescrição de coberturas, redução significativa do uso de antibióticos tópicos, como neomicina e sulfadiazina de prata, melhora significativa na evolução das feridas, utilização das coberturas disponíveis que antes não eram utilizadas.

Em contrapartida a equipe destacou como pontos negativos; a não adesão de todos os médicos da Unidade ao Protocolo, a não adesão de alguns pacientes às orientações como dieta e autocuidado e o não comparecimento de alguns pacientes quando solicitado.

Pavoni e Medeiros (2009) verificaram em estudo de caso algumas situações em que houve envolvimento de todos os profissionais e outras onde apenas alguns sujeitos engajaram-se na realização de determinadas atividades. Isso é comum no cotidiano de qualquer serviço: nem todos os profissionais estão interessados ou até mesmo preparados para certas mudanças, o que sobrecarrega os demais profissionais na realização das atividades.

Esses pontos negativos podem ser considerados pouco relevantes em relação a tantas mudanças positivas, porém interferem de maneira significativa no andamento do serviço e no tratamento dos pacientes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto no decorrer do trabalho, o processo de trabalho da equipes de saúde é fundamental para o bom funcionamento da mesma e para um atendimento de qualidade ao paciente. E para que esse processo ocorra de maneira eficaz é preciso planejar e posteriormente monitorar e avaliar os resultados encontrados, como foi realizado pelas equipes de Saúde da Família de Santo Antônio do Itambé no atendimento aos portadores de feridas.

Esse monitoramento possibilitou uma melhor visualização pela equipe sobre como as mudanças implementadas influenciaram no andamento do serviço, avaliando o que deu certo e deve ser mantido, bem como o que precisa ser aperfeiçoado.

O processo de trabalho é sim imprescindível, mas não podemos esquecer o cuidado humanitário que deve ser ofertado ao portador de ferida, que precisa receber tratamento baseado nos princípios da equidade e integralidade, não tendo a ferida como único foco, levando em consideração as demais condições físicas, ambientais e psicológicas desse paciente.

As equipes de Saúde da Família de Santo Antônio do Itambé puderam concluir que toda mudança apesar de duvidosa e trabalhosa deve ser encarada como um desafio, que tem como objetivo melhorar as condições de trabalho e o atendimento ao paciente, e que o primeiro passo para dar certo é acreditar e trabalhar em equipe. Com a organização do processo de trabalho na sala de curativos das ESF de Santo Antônio do Itambé o principal beneficiado foi o paciente portador de ferida, que passou a ter um tratamento mais adequado, o acolhimento devido e um processo de cicatrização da ferida mais rápido.

REFERÊNCIAS

BAJAY, H. M.; ARAÚJO, I. E. M. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.3, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a06v19n3.pdf>> Acesso em: 15 fev. 2012.

BARROS, S. K. S.; ANAMI, E. H. T.; MORAES, M. P. A elaboração de um protocolo para prevenção de úlcera de pressão por enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista Nursing**, v.63, n.6. Fortaleza: Conselho Regional de Enfermagem – CE, 2003. p.29-32.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência – Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. **Protocolo de Assistência aos Portadores de Feridas**. Pbh, 2006. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/curativos.pdf>> Acesso em: 04 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 05 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/05_0007_M.pdf> Acesso em: 29 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neutróficas e traumáticas**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf> Acesso em: 29 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. **Manual operacional**. Porto Alegre: 2008.

CUNHA, N. A. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas

crônicas. Olinda: **Associação Brasileira de Enfermagem**, 2006. Disponível em: <http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf> Acesso em: 26 out. 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Deliberação nº 65/00 de 22 de maio de 2000. Belo Horizonte: COREN-MG, 2000.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

FERREIRA, A. M.; BOGAMIL, D. D. D.; TORMENA, P. C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.15, n.3, 2008. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf> Acesso em: 20 out. 2011.

FERREIRA, S. R. S.; PERICO, L. A. D. Assistência de enfermagem a pacientes com feridas em serviços de atenção primária à saúde. **Revista Técnico-científica Grupo Hospitalar Conceição**, v.15, n.1, 2002. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/gepnet/docspesquisa/feridas.pdf>> Acesso em: 28 jan. 2012.

HONORIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.1, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=553939&indexSearch=ID>> Acesso em: 26 out. 2011.

MARTINS, D. A.; SOUZA, A. M. O perfil dos clientes portadores de úlcera varicosa cadastrados em programas de saúde pública. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n. 3, 2007.

Disponível em: <ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../6891> Acesso em: 10 dez. 2011.

MENEGON, D. B et al. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no hospital de clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, v.27, n.2, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/2031/1174>> Acesso em: 15 out. 2011.

MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto contexto – enferm**, v.17, n.1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/11.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2011.

PINTO et al. Reorganizando a sala de curativo do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **Acta Paul Enferm**, v.18, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a12v18n1.pdf>> Acesso em: 20 out. 2011.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2011.

PEREIRA, A. L.; BACHION, M. M. Tratamento de feridas: análise da produção científica publicada na Revista Brasileira de Enfermagem de 1970-2003. **Revista brasileira de enfermagem**, v.58, n.2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a16.pdf>> Acesso em: 20 out. 2011.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.13, n.1. Salvador: Universidade Federal da Bahia-UFBA, 2000. p.83-92.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>

Acesso em: 05 nov. 2011.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.6, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: 15 out. 2011.

SCHNEID, S. *et al.* Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, v.47, n.2, 2003. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2248.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2011.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

ANEXO I – PLANO DE AÇÃO

INTERVENÇÃO	DATA PROVÁVEL
Elaboração de um Protocolo para tratamento de feridas	Agosto de 2011
Elaboração de impresso de registro e acompanhamento de feridas - Impresso de admissão do paciente - Impresso de evolução da ferida	Agosto de 2011
Capacitação das equipes das estratégias de saúde da família João Baracho e Padre Joviano - Público alvo: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, auxiliares administrativos - Tema: Protocolo de Feridas, Implantação dos impressos de registro, Definição das atribuições de cada profissional no acompanhamento do portador de feridas.	Setembro de 2011
Implantação das intervenções propostas	Outubro de 2011

ANEXO II – PROTOCOLO DE FERIDAS

PROTOCOLO DE FERIDAS

Larissa Rocha de Sousa

Enfermeira do CMS e da ESF João Baracho

Santo Antônio do Itambé

2011

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	33
2 ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE FERIDA NA SALA DE CURATIVOS	33
3 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO AO PORTADOR DE FERIDA	34
4 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO	37
5 CONSULTA DE ENFERMAGEM	38
6 PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO	39
7 ÚLCERAS DE PERNA	41
8 ÚLCERAS DE PRESSÃO	43
9 QUEIMADURAS	46
10 AVALIAÇÃO DA FERIDA	47
11 TÉCNICA DE LIMPEZA DA FERIDA	52
12 DESBRIDAMENTO	56
13 COBERTURAS, SOLUÇÕES E CREMES	57
14 REGISTRO DA EVOLUÇÃO DAS FERIDAS	66
REFERÊNCIAS	67

1 INTRODUÇÃO

O município de Santo Antônio do Itambé possui 4.135 habitantes, 100% desses cobertos por duas equipes de Estratégia Saúde da Família, as equipes João Baracho e Padre Joviano, as duas têm como sede o Centro Municipal de Saúde. A unidade possui uma sala de curativos onde são atendidos todos os portadores de feridas do município, além de outros procedimentos como suturas, drenagens de abscessos e etc.

Tendo em vista a demanda de pacientes portadores de feridas crônicas e demais feridas, a falta de informação dos profissionais sobre as coberturas utilizadas e a divergência de condutas entre médicos e enfermeiros nos tratamentos de feridas, percebeu-se a necessidade de elaborar um protocolo que orientasse os profissionais de saúde do Centro Municipal de Saúde de Santo Antônio do Itambé em relação à melhor conduta a ser tomada em cada caso, padronizando os tratamentos e garantindo uma melhor qualidade de atendimento a esses pacientes.

2. ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE FERIDA NA SALA DE CURATIVOS

Todos os pacientes portadores de feridas das equipes de ESF João Baracho e Padre Joviano serão acompanhados por toda equipe no Centro Municipal de Saúde, levando em consideração as atribuições de cada profissional e as particularidades de cada paciente. A primeira avaliação será realizada pelo enfermeiro, que o encaminhará ao médico após suas condutas iniciais (Deliberação COREN-MG -65/00).

As trocas das coberturas, cremes e soluções ocorrerão de acordo com a necessidade do paciente e critério do profissional de saúde, não podendo extrapolar o máximo preconizado para cada produto. Os retornos ao médico ocorrerão quando necessário.

Aqueles pacientes cuja ferida apresentar estagnação total por três meses consecutivos não associada a infecção ou comprometimentos sistêmicos, deverão ser encaminhados pelo médico para diagnóstico diferencial.

O horário de funcionamento da sala de curativos é de 8:00 às 11:30 e 12:30 às 16:00 horas. Devido a grande extensão territorial e as dificuldades de transporte dos pacientes, o atendimento não terá hora marcada, devendo o paciente apenas comparecer no horário de funcionamento da sala.

O paciente que tiver dificuldades em comparecer à Unidade de Saúde por morar em zona rural ou ter dificuldade de acesso, poderá ficar acomodado na Casa de Apoio do Município de segunda a sexta feira, com autorização concedida pelo enfermeiro(a), o direito a acompanhante será estudado pelo próprio enfermeiro(a).

3. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO AO PORTADOR DE FERIDA

3.1. Funcionário do acolhimento

- acolher o paciente;
- informar a chegada do paciente à técnica de enfermagem responsável pela sala de curativos;
- organizar o fluxo da sala de curativos;
- encaminhar o paciente até a sala.

3.2. Auxiliar de Enfermagem

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

- orientar o paciente quanto ao procedimento a ser executado;
- executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sob a supervisão do enfermeiro;
- orientar o paciente quanto à data do retorno, cuidados específicos e gerais;
- ensinar o paciente ou acompanhante como fazer o curativo para que possam realizá-lo no domicílio nos finais de semana;
- registrar o comparecimento do paciente no caderno da sala de curativos, bem como assinatura do paciente ou responsável;
- registrar o procedimento executado no registro de evolução da enfermagem, caracterizando o aspecto da ferida, queixas do paciente e conduta;
- proceder à limpeza do instrumental;
- fazer a desinfecção de superfície.

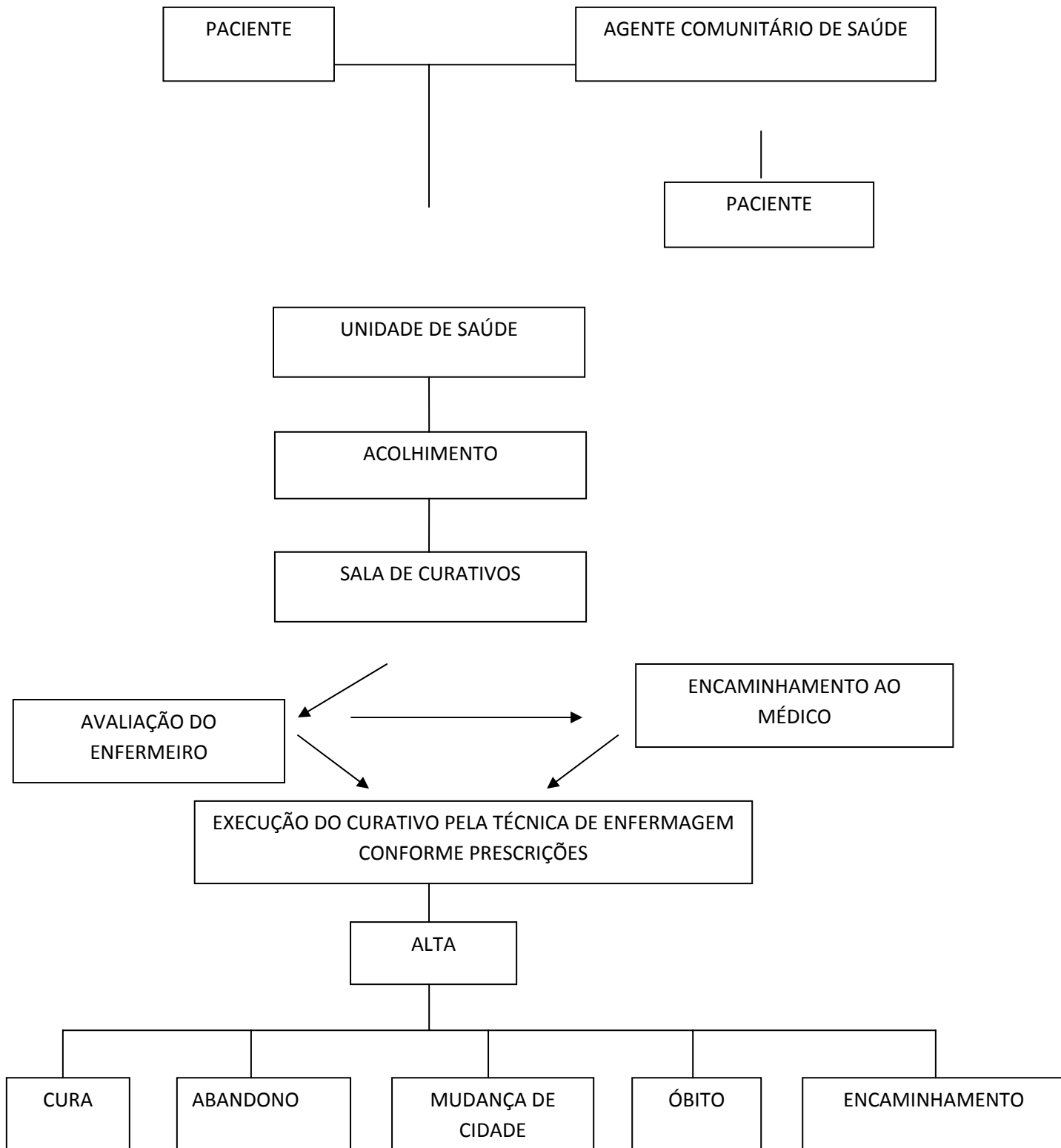
3.3. Enfermeiro

- fazer consulta de enfermagem (no primeiro contato com o paciente);
- prescrever o tipo de curativo;
- solicitar, quando necessário, exames laboratoriais;
- prescrever, quando indicado, as coberturas, soluções e cremes para curativo das feridas, conforme padronizado neste protocolo;
- executar o curativo quando necessário;
- encaminhar o paciente para clínico ou generalista para avaliação clínica e determinação da etiologia da ferida e em caso de intercorrências, ou realizar teleconsulta;
- capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo.

3.4. Médico

- avaliar clinicamente o paciente e definir a etiologia da ferida;
- prescrever, quando indicadas coberturas, soluções e cremes para curativo das feridas, conforme padronizado neste protocolo;
- solicitar, quando necessário, os seguintes exames: hemograma completo, albumina sérica, glicemia jejum e cultura do exsudato com antibiograma e outros;
- encaminhar o paciente para avaliação por especialista, quando necessário, ou realizar teleconsulta;
- acompanhar a evolução do quadro clínico junto ao especialista e à equipe de enfermagem da unidade de saúde;
- prescrever medicamentos quando necessário.

4. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



5. CONSULTA DE ENFERMAGEM

5.1. Primeira consulta

- Avaliar o paciente (entrevista e exame físico direcionado);
- Preencher a Ficha de Cadastro (Anexo I) com os principais dados dos pacientes;
- Registrar no prontuário do paciente o início do tratamento;
- Solicitar exames se necessário;
- Definir o tipo de curativo e prescrevê-lo;
- Prescrever, quando indicado, coberturas, cremes e soluções para o tratamento da ferida, avaliando o paciente e a ferida;
- Executar o curativo quando necessário;
- Realizar se necessário o desbridamento mecânico desde que esteja habilitado;
- Determinar o período de troca do curativo;
- Fazer recomendações ao paciente (dieta, higiene, vestuário, repouso, hidratação oral e tópica, troca de curativo, cuidado com a cobertura secundária);
- Fazer encaminhamento para o médico da Unidade;
- Agendar retorno.

5.2. Consultas subseqüentes

- Avaliar aspecto do curativo anterior;
- Avaliar o aspecto da ferida;
- Definir o tipo de cobertura;

- Mensurar a ferida a cada 15 dias;
- Registrar a evolução no impresso de evolução da enfermagem;
- Agendar retorno para troca do curativo;
- Definir o desligamento do paciente conforme os critérios estabelecidos;
- Registrar a alta.

6. PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

No processo de cicatrização, primeiramente as células são degradadas, constituindo a fase catabólica; depois, há formação de novos elementos celulares, constituindo a fase anabólica (BORGES et al., 2008).

O processo de cicatrização é dividido em três fases (BORGES et al., 2008, p.31-41):

- Fase inflamatória: ocorre imediatamente após o início do trauma e manifesta-se pelo aparecimento dos sinais e sintomas inflamatórios, como edema, hiperemia, calor moderado e dor. Visa minimizar os efeitos de bactérias patogênicas ou de traumatismo, destruindo ou neutralizando os germes e limitando sua disseminação por todo o organismo. Dura de três a quatro dias. Na fase inflamatória ocorre a formação do exsudato inflamatório, rico em fibrinogênio, que se transforma em fibrina.

- Fase proliferativa: caracterizada pelo processo de deposição do colágeno, angiogênese, formação do tecido de granulação, contração da ferida e reepitalização. As fibras de colágeno aparecem em torno do quarto ou quinto dia após o trauma. Ocorre também o aumento da formação endotelial. A etapa final da fase proliferativa consiste na contração da ferida, onde as margens do ferimento são unidas. Essa fase é concluída quando a camada de colágeno é formada, a remodelação inicial se completa e a epitelização cobre toda a ferida, passando assim para a próxima fase.

- Fase de maturação: pode iniciar-se em torno de três semanas após o ferimento e

continuar após vários meses, podendo levar anos. O amadurecimento da ferida resulta em fortalecimento e remodelagem das fibras de colágeno, que são reorganizadas formando ângulos com as margens da ferida. O colágeno gelatinoso produzido durante a fase proliferativa é substituído nessa fase por um colágeno mais forte e altamente organizado permitindo uma reconstrução dinâmica. Uma ferida é considerada cicatrizada quando o processo de maturação restabeleceu a continuidade da superfície da pele e quando a força é suficiente para atividade normal.

6.1. Fatores que interferem no processo de cicatrização

Segundo Borges (2008, p. 45-52) os fatores que interferem na cicatrização são:

Fatores sistêmicos:

- Tabagismo: o ato de fumar reduz a tensão de oxigênio no sangue e no tecido subcutâneo das feridas e leva a uma hipóxia tecidual.
- Idade: as células da pele sofrem alterações com o envelhecimento. Idosos apresentam lentidão nas respostas inflamatórias iniciais, o que retarda a cicatrização.
- Doenças crônicas: algumas doenças como as oncológicas ou crônicas reduzem significativamente a capacidade de síntese de colágeno.
- Alterações nutricionais: a deficiência protéica prejudica a cicatrização, diminui a resposta imune, inflamatória, e demanda um tempo maior na aquisição de resistência do tecido de granulação. A deficiência de algumas vitaminas como A, C e B também interferem nesse processo.
- Uso de algumas drogas: pessoas submetidas à terapêutica antiinflamatória, com esteróides, corticóides e hormônios, apresentam 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:

- Presença de infecção: retarda a cicatrização. A infecção desencoraja as atividades dos fibroblastos na produção de colágeno e estimula os leucócitos a produzirem enzimas que destroem o colágeno existente.
- Hematoma: meio de cultura para o desenvolvimento de microrganismos, e retarda a cicatrização.
- Edema: o excesso de líquido intersticial cria condições desfavoráveis à proliferação celular e à síntese protéica, diminui o fluxo sanguíneo e o metabolismo local, favorecendo a necrose celular e o crescimento bacteriano.
- Corpo estranho: diminui a cicatrização e predispõe o organismo à infecção.
- Tecido necrótico: transforma-se em meio de cultura, favorecendo o crescimento bacteriano.
- Ressecamento: feridas ressecadas perdem o fluido rico em fatores de crescimento que estimulam a angiogênese e a epitelização, retardando a cicatrização.

7. ÚLCERAS DE PERNA

ETIOLOGIA	VENOSA	ARTERIAIS	ARTERIOVENOSAS	NEUROPÁTICAS
CAUSAS	Trombose Venosa Profunda e Varizes	Aterosclerose, arterites, microangiopati as diabéticas e hipertensiva	Isquemia, hipertensão venosa e fístula arteriovenosa	Neuropatia diabética, hanseniana ou alcoólica

LOCALIZAÇÃO	Terço inferior da perna próximo ao maléolo medial	Dorso ou borda externa do pé, lateral da perna ou áreas de trauma	Variável	Região plantar e áreas de plantão
NÚMERO	Única	Uma ou mais	Uma ou mais	Várias
EDEMA	Presente	Presente nos casos de dor em repouso	Às vezes pode estar presente	Ausente
TEMPERATURA DO MEMBRO	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Normal
ASPECTO DA FERIDA	Leito fibroso com bordas infiltradas superficial	Bordas irregulares e isquêmicas, rosa, superficial ou profunda	Superficial	Bordas circulares, hiperqueratose e profunda
DESBRIDAMENTO	Pode fazer	Não fazer	Não fazer	Pode fazer
PULSOS	Geralmente palpável	Ausente ou diminuído	Diminuído ou normal	Palpáveis

(PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2006).

7.1. Tratamento específico de úlcera venosa

O tratamento das feridas de etiologia venosa deve envolver medidas que auxiliem o retorno venoso, uma vez que estas lesões cicatrizarão mais rapidamente se o edema for reduzido. Para tal, utilizar-se-ão os seguintes métodos (PREFEITURA MUNICIPAL DE

BELO HORIZONTE, 2006):

- Terapia compressiva: meias compressivas. A escolha dependerá da cobertura utilizada e do volume do exsudato.
- Repouso: deve ser diário, duas horas no período da manhã e da tarde, ou dez minutos a cada hora, no mínimo. É imprescindível manter os MMII elevados, acima do nível do coração, sem fletir os joelhos.
- Deambulação: é permitida a deambulação moderada se for seguida de repouso, como já descrito.

7.2. Tratamento específico para úlcera neurotrófica de MMII

O tratamento das feridas de etiologia neurotrófica, decorrentes de hanseníase, diabetes ou alcoolismo, deve envolver medidas para reduzir as áreas de pressão, uma vez que este é um dos fatores responsáveis pelo surgimento e cronicidade dessas feridas (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2006). Recomenda-se:

- pesquisar áreas de risco: inspecionar freqüentemente as áreas de calosidade e orientar o paciente a fazê-lo.
- a utilização de calçados adaptados: encaminhar o paciente à fisioterapia para que seja confeccionado calçado especial ou palmilha.
- a deambulação com muletas: orientar a supressão de apoio na região da ferida durante todo o tratamento.

8. ÚLCERAS DE PRESSÃO

8.1. Conceito e fisiopatologia

São feridas isquêmicas que ocorrem em tecidos moles, normalmente em áreas de proeminências ósseas. Ocorrem quando uma pressão aplicada à pele excede a pressão capilar normal, ocasionando diminuição da irrigação sanguínea e, conseqüentemente, falta de oxigênio e nutrientes para os tecidos, o que leva à formação do processo inflamatório e morte celular.

GRAU	DEFINIÇÃO	APRESENTAÇÃO	TRATAMENTO
I	Alteração da pele intacta envolvendo comprometimento da epiderme com mudança na temperatura, consistência do tecido, sensação de coceira ou queimação.	Pele clara: pode ocorrer eritema que não desaparece após remoção da pressão. Pele escura: pode apresentar descoloração, manchas roxas ou azuladas.	- Prevenção da evolução para grau II - Hidratação da pele - Utilização de coberturas protetoras - Utilização de dispositivos de alívio da pressão nas áreas de risco
II	Perda tecidual envolvendo epiderme, derme ou ambas.	Pele hiperemiada com presença de bolhas que podem ou não estar rompidas.	- Prevenção da evolução para grau III - Hidratação da pele - Utilização de coberturas protetoras, manutenção do meio úmido - Utilização de dispositivos de alívio da pressão nas áreas de risco
III	Perda tecidual envolvendo danos ou necrose do subcutâneo, não chegando até a fáscia muscular.	Úlcera superficial com margens bem definidas, com ou sem tecido necrótico e geralmente com exsudato.	- Prevenção da evolução para grau IV - Desbridamento instrumental (mecânico) conservador ou

			autolítico, se necessário - Utilização de coberturas protetoras - Utilização de dispositivos de alívio da pressão nas áreas de risco
IV	Perda tecidual total envolvendo destruição extensa danos dos músculos e tecidos subjacentes.	Úlcera profunda, frequentemente com tecido necrótico, exsudato e podendo ter infecção associada.	- Desbridamento instrumental cirúrgico, conservador ou autolítico, se necessário - Utilização de coberturas protetoras - Utilização de dispositivos de alívio da pressão nas áreas de risco

(PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2006)

8.2. Cuidados preventivos

- Limpeza freqüente e sempre que necessária, porém sem força ou fricção. Não usar água quente. Usar sabonete suave;
- Usar hidratantes na pele;
- Não massagear as proeminências ósseas;
- Não deixar a pele em contato com umidade de urina, fezes ou secreções;
- Proteger áreas de fricção com coberturas protetoras;
- Usar técnicas corretas para reposicionamento e mudanças de decúbito;
- Manter boa hidratação oral;

- Orientar o paciente e familiares sobre os riscos e cuidados;
- Reposicionar a cada 2 horas para pacientes acamados e a cada 1 hora quando sentado.
Descompressão isquiática nos paraplégicos a cada 15 minutos;
- Utilizar almofadas, travesseiros ou coxins para reduzir a pressão nas proeminências ósseas (calcâneos, joelhos);
- Não utilizar almofadas com orifício no meio, pois aumentam a pressão na região central;
- Limitar o tempo que a cabeceira da cama fica elevada a mais de 30°, se as condições permitirem;
- Usar o lençol móvel com duas pessoas para movimentar o paciente (ao invés de puxar ou arrastar);
- Utilizar colchão especial para aliviar a pressão;

9. QUEIMADURAS

GRAU DA QUEIMADURA	AGENTE	APARÊNCIA DA SUPERFÍCIE	COR	NÍVEL DOLOROSO
SUPERFICIAL (1º GRAU)	Sol, raios ultravioletas	Seco, sem bolhas, mínimo edema	Avermelhada	Doloroso
PARCIAL (2º GRAU)	Líquidos aquecidos, vapor quente	Úmida, presença de bolhas	Cor de rosa intermeado por coloração branca ou vermelha	Muito doloroso
TOTAL (3º GRAU)	Chama direta, líquidos aquecidos, químico e elétrico	Seca, sem retorno capilar, vasos sanguíneos coagulados,	Amarelado, marrom, preto, cor de cera	Mínimo ou indolor

		aparência de couro		
--	--	--------------------	--	--

(PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2006)

9.1. Critérios para atendimento de queimados na unidade básica de saúde

Poderão ser tratados na Unidade Básica de Saúde de Santo Antônio do Itambé apenas pequenos queimados, em áreas não críticas e não complicados, ou seja:

- queimaduras de 1º grau;
- queimaduras de 2º grau com menos de 10% em adultos e 6% a 8% em crianças.

São consideradas áreas críticas:

- face e seus elementos;
- região cervical;
- região anterior do tórax (as queimaduras nestas regiões podem causar obstrução das vias respiratórias pelo edema);
- região axilar;
- punhos, mãos e pés;
- cavidades;
- períneo e genitália;

Queimaduras em crianças e idosos são mais graves.

10. AVALIAÇÃO DA FERIDA

10.1. Técnica de mensuração da área lesada

A evolução da ferida deverá ser acompanhada através da mensuração de sua área e profundidade (quando acarretam perda tecidual).

10.1.1. Técnica de Mensuração da Área

- proceder à limpeza da ferida conforme técnica de soro em jato;
- colocar parte interna do acetato (parte transparente da embalagem das coberturas) sobre a ferida;
- desenhar o contorno da ferida com caneta para retroprojeto;
- traçar uma linha na maior extensão vertical e maior extensão horizontal formando um ângulo de 90° entre as linhas;
- anotar medidas das linhas em cm (no impresso de evolução) para comparações posteriores.
- multiplicar uma medida pela outra para se obter a área em cm².
- Na presença de duas ou mais feridas, separadas por pele íntegra de até 2 cm, deve-se considerar como ferida única. Fazer a mensuração das feridas, calcular a área lesada e somá-la;
- Durante o processo cicatricial com a formação de ilha de epitelização, que divide a ferida em várias, deve-se considerar na horizontal a medida da maior ferida e, na vertical, somar a medida de todas as feridas. Calcular a área posteriormente, considerando apenas uma ferida.

10.1.2. Técnica de Mensuração da Profundidade

- limpar a ferida;

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

10.2. Escalas de Avaliação

10.2.1. Dor

O paciente informa o escore de dor, segundo avaliação própria, após ser esclarecido da correspondência de cada valor:

- 0 – ausência de dor;
- 1 – leve: dor sem demanda de analgésico;
- 2 – moderada: dor com demanda de analgésico relativa;
- 3 – intensa: dor com demanda de analgésico em horários específicos.

10.2.2. Edema

Uma das formas de se avaliar o edema é pressionando a região a ser examinada com as pontas dos dedos indicador e médio, sobre uma proeminência óssea, observando a formação de uma depressão, denominada cacifo. Costuma-se graduá-lo utilizando o sistema de cruces (1+/4; 2+/4; 3+/4; 4+/4), variando do menor grau de comprometimento para o maior.

10.2.3. Tecido necrótico

O tecido necrótico é um tecido desvitalizado, avascular (não sangra), desprovido de terminações nervosas (não dói) e possui odor desagradável. É uma barreira mecânica para o crescimento tissular, é fonte de infecção e faz oposição à cicatrização. O tecido necrótico pode mascarar a verdadeira extensão e profundidade da ferida.

Caracteriza-se conforme a cor e consistência:

- Necrose coagulativa ou por coagulação (escara): necrose seca e endurecida com coloração de branca a preta.
- Necrose liquefeita ou de liquefação (esfacelo): necrose amolecida com coloração amarelada.

10.2.4. Exsudato

Característica:

- Serosa
- Sero sanguinolenta
- Sanguinolenta
- Purulenta

Volume:

- Pouco: até 05 gazes
- Moderado: de 05 a 10 gazes

- Acentuado: mais de 10 gazes

Odor:

- Ausente
- Discreto
- Acentuado

10.2.5. Pele ao redor da ferida

Característica:

- Intacta
- Prurido
- Dermatite
- Eritema
- Macerada
- Descamação

10.2.6. Pulso

O pulso é verificado por meio da palpação de uma artéria, durante 1 min verificando as características de intensidade e ritmicidade. Esta avaliação deve ser feita nos pulsos

pedioso, tibial posterior e poplíteo comparando os segmentos homólogos para se estabelecer a medição. Sempre iniciar do ponto distal para o proximal.

- pulso normal
- discretamente diminuído
- diminuição moderada
- diminuição importante
- ausência de pulso

11. TÉCNICA DE LIMPEZA DA FERIDA

As feridas, principalmente as crônicas, para se manterem apenas colonizadas, prevenir a infecção e reduzir o tempo demandado para cicatrização, precisam ser submetidas ao procedimento de curativo, considerado um processo que envolve a limpeza, o desbridamento e a escolha da cobertura (BORGES, 2008).

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

A técnica de limpeza ideal para a ferida é aquela que respeita o tecido de granulação, preserva o potencial de recuperação, minimiza a ocorrência de trauma e/ou infecção. A melhor técnica de limpeza do leito da ferida é a irrigação com jatos de soro fisiológico a 0,9% morno, suficiente para remover corpos estranhos e tecidos frouxamente aderidos, além de preservar o tecido de granulação neoformado. O frasco do soro deve ser perfurado com agulha, a irrigação deve ser exaustiva até a retirada do exsudato presente no leito da ferida e o volume de soro utilizado vai depende de cada ferida (BORGES, 2008).

O uso dos anti-sépticos tem sido questionado, muitas pesquisas têm comprovado que a maioria dessas soluções é inibida em presença de matéria orgânica e interfere negativamente

no processo de cicatrização, inibindo a formação de células essenciais na formação do tecido de granulação.

11.1. Realização de curativo na unidade de saúde

Material necessário:

- pacote de curativo;
- luvas de procedimento;
- luvas cirúrgicas;
- bacia;
- saco plástico de lixo (branco);
- soro fisiológico 0,9% - 250 ml ou 500 ml;
- agulha 25 x 8 mm para promover pressão adequada do jato;
- lixeira;
- máscara;
- óculos protetores;
- gorro;
- cobertura, creme ou soluções indicadas;
- gaze dupla, gaze aberta, ou ambas;
- atadura crepom, conforme a necessidade;
- esparadrapo;

- álcool a 70%;
- sabão líquido apenas para pele íntegra.

Descrição do Procedimento:

- Lavagem das mãos;
- Reunir e organizar todo o material que será necessário para realizar o curativo;
- Colocar o paciente em posição confortável e explicar o que será feito;
- Realizar o curativo em local que proporcione uma boa luminosidade e que preserve a intimidade do paciente;
- Fazer uso do EPI (óculos, máscara, luvas, gorro e jaleco branco);
- Utilizar frasco de soro fisiológico a 0,9%, fazer a desinfecção da parte superior do frasco com álcool a 70%, e perfurar antes da curvatura superior, com agulha 25 x 8 mm (somente um orifício);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar a atadura e a cobertura da ferida;
- Se na remoção da cobertura e/ou atadura da ferida, os mesmos estiverem bem aderidos na ferida, aplicar o soro fisiológico em jatos, removendo com muita delicadeza, evitando traumas e assim, retrocessos no processo cicatricial;
- Desprezar o curativo retirado juntamente com a luva no lixo;
- Calçar novas luvas de procedimento;
- Irrigar o leito da ferida exaustivamente com o jato de soro numa distância em torno de 20 cm até a retirada de toda a sujidade;

- fazer limpeza mecânica (manual) da pele ao redor da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%. Em caso de sujidade pode-se associar sabão líquido hospitalar;
- Não secar o leito da ferida;
- Fazer desbridamento se necessário;
- Aplicar a cobertura escolhida conforme a prescrição do enfermeiro ou médico (calçar luvas cirúrgicas quando a cobertura demandar);
- Passar AGE na pele íntegra adjacente à ferida, quando necessário, sempre após a colocação de coberturas;
- Fazer uso da cobertura secundária, se necessário;
- Enfaixar os membros em sentido distal-proximal, da esquerda para a direita, com o rolo de atadura voltado para cima;
- Fazer o enfaixamento compressivo em caso de úlcera venosa;
- Registrar a evolução na ficha de evolução da enfermagem;
- Desprezar o frasco com resto de soro no final do dia;
- Promover a limpeza dos instrumentais utilizados conforme o Manual de Esterilização da Unidade de Saúde;
- Realizar a limpeza e organizar a sala de curativo.

11.2. Realização de curativo no domicílio

- Organizar todo o material que será necessário para a realização do curativo no domicílio;
- Encaminhar-se ao domicílio após agendamento prévio com a família ou cuidador;

- Providenciar um local bem iluminado, confortável e que preserve a intimidade do paciente durante o atendimento;
- Levar uma bacia da Unidade de Saúde, sendo que, ao final do curativo, retornará com a mesma;
- Lavar as mãos com água e sabão e se não for possível, fazer a anti-sepsia das mesmas com álcool glicerinado (levar almotolia);
- Colocar o paciente em posição confortável e orientar sobre o procedimento a ser realizado;
- Fazer uso do EPI (óculos, máscara, luvas e jaleco branco);
- Realizar procedimento de curativo;
- Desprezando o material no lixo;
- Organizar o local onde foi realizado o curativo e fazer as anotações devidas;
- Proteger o frasco de soro fisiológico com o plástico do mesmo, caso não tenha sido todo utilizado, e orientar a família a guardá-lo em lugar limpo, seco e fresco por no máximo uma semana.

12. DESBRIDAMENTO

Algumas feridas comprometidas com tecido necrótico necessitam não só da limpeza mecânica, mas também de desbridamento ou debridamento, que é o ato de remover da ferida o tecido desvitalizado e/ou material estranho ao organismo. O desbridamento deve ser realizado por profissional habilitado, conforme deliberação COREN/MG 65/00.

Os desbridamentos podem ser (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2006, p.19):

- Desbridamento Autolítico: significa autodestruição, autodegradação natural do tecido necrótico. Para que este processo possa acontecer, é necessário que o leito da ferida seja

mantido com umidade fisiológica e temperatura em torno de 37°C, utilizando coberturas que são detentoras de umidade. Sua vantagem é ser um método indolor, não invasivo e seletivo (destrói somente o tecido desvitalizado).

- Desbridamento Químico: método onde são utilizadas enzimas proteolíticas para obter remoção mais rápida do tecido desvitalizado. Não é um método seletivo. Exemplo: colagenase, estreptoquinase e papaína.

- Desbridamento Mecânico: consiste na remoção da necrose do leito da ferida utilizando força física. Pode ser usada fricção com gaze, irrigação com jato de soro, curativo úmido-seco, instrumental cortante, podendo ser necessária ou não a analgesia. Em unidades básicas este desbridamento pode ser realizado apenas em feridas que se estendem até a fáscia, desde que não haja necessidade de analgesia ou comprometimento arterial.

13. COBERTURAS, SOLUÇÕES E CREMES (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2006, p.25-29):

13.1. Solução fisiológica a 0,9%

- Composição: cloreto de sódio a 0,9%.

- Ação: mantém a umidade da ferida, favorece o desbridamento autolítico e a formação de tecido de granulação. Amolece os tecidos desvitalizados.

- Indicação: manutenção da umidade da ferida.

- Contra-indicações: não há.

- Aplicação e troca: umedecer as gazes de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmida até a próxima troca, ocluir com gazes estéreis e secas. As trocas deverão ser feitas conforme a saturação das gazes e a umidade da ferida ou no máximo a cada 24 horas.

13.2. Creme de sulfadiazina de prata

- Composição: sulfadiazina de prata micronizada a 1%.
- Ação: atua contra uma grande variedade de microorganismos, como: bactérias gram negativas e positivas, fungos, vírus e protozoários. Quando associada ao cério, inibe a liberação do LPC (Lipoprotein Complex). Exerce ação bactericida imediata e bacteriostática residual.
- Indicação: tratamento de queimaduras, feridas infectadas ou com tecido necrótico.
- Contra-indicações e reações adversas: presença de hipersensibilidade aos componentes. Disfunção renal ou hepática, leucopenia transitória, raríssimos casos de hipoosmolaridade, raríssimos episódios de aumento da sensibilidade a luz solar.
- Aplicação e troca: aplicar uma fina camada do creme sobre o leito da ferida, ocluir com gazes estéreis. As trocas deverão ser feitas conforme a saturação das gazes ou no período máximo de 24 horas.

OBS: O uso indiscriminado da sulfadiazina de prata causa citotoxicidade e pode levar à resistência microbiana.

13.3. Placa de hidrocolóide

- Composição: possuem duas camadas: uma externa, composta por filme ou espuma de poliuretano, flexível e impermeável a água, bactérias e outros agentes externos; e uma interna, composta de partículas hidroativas, a base de carboximetilcelulose, gelatina e pectina ou ambas;
- Ação: estimula a granulação e a angiogênese (devido hipóxia no leito da ferida), absorve o excesso de exsudato, mantém a umidade e temperatura em torno de 37°C facilitando o crescimento celular e a regeneração tissular, também promove o desbridamento autolítico e alivia a dor por manter protegidas, úmidas e aquecidas as terminações nervosas.

- Indicação: feridas com baixa a moderada exsudação, sem tecido necrótico, queimaduras superficiais e não infectadas, úlceras de pressão não infectadas.
- Característica: a interação da cobertura com o exsudato da ferida forma um gel amarelado, viscoso e de odor acentuado, que minimiza as ocorrências de danos ao leito da ferida no momento da remoção, e mantém o meio úmido. Também possui permeabilidade seletiva, permite a difusão gasosa e evaporação de água, é impermeável a fluídos e microorganismos (reduz o risco de infecção).
- Aplicação e Troca: deve ser aplicada diretamente sobre a ferida, deixando uma margem de 1 a 2 cm para perfeita aderência à pele íntegra. Pode ser recortada, não precisa de tesoura estéril, pois, as bordas da placa não entram em contato com o leito da ferida. Deve ser trocada quando ocorrer extravasamento do gel ou descolamento das margens da placa, de a 3 a 5 dias, não ultrapassando 7 dias. Não exige cobertura secundária.
- Contra-indicação: feridas infectadas, hipergranuladas, altamente exsudativas, presença de necrose, queimaduras de 3º grau.
- OBS: Pode ser associado ao AGE e ao hidrogel.

13.4. Alginato de cálcio

- Composição: fibras de ácido algínico (ácido gulurônico e ácido manurônico) extraído das algas marinhas marrons (*Laminaria*). Contém também íons de cálcio e sódio.
- Ação: através da troca iônica promove a hemostasia; absorve exsudato, forma um gel que mantém a umidade, promove a granulação, auxilia o desbridamento autolítico
- Indicação: feridas com ou sem infecção, com exsudação de moderado a intenso, com ou sem tecido necrótico e com ou sem sangramento, feridas cavitárias.
- Característica: Apresenta-se em forma de placa ou cordão estéreis.

- Aplicação: pode ser recortado, mas deve utilizar tesoura estéril, manusear com luvas ou pinças estéreis. O alginato de cálcio placa de absorção horizontal, deve ser recortado do tamanho certo da ferida, evitando a maceração da pele ao redor. Em caso de alginato de absorção vertical, recortar de 1 a 2 cm além da borda da ferida. Deve estar associado à cobertura secundária. Em feridas cavitárias utilizar a forma fita preenchendo o espaço parcialmente.
- Troca: a frequência de trocas é de acordo com a quantidade de exsudato presente na ferida podendo ser de 5 a 7 dias. A cobertura secundária deverá ser trocada quando houver necessidade.
- Contra-indicação: feridas com pouca drenagem de exsudato e recobertas por escaras.
- OBS: Pode ser associado ao hidrogel e AGE.

13.5. Carvão ativado e prata

- Composição: curativo não tecido com carvão ativado impregnado com prata (0,15%) envolto externamente por uma película de nylon (selada).
- Ação/Característica: curativo estéril com ação bactericida, favorece desbridamento autolítico, mantém umidade e temperatura adequadas à cicatrização, elimina odores desagradáveis. Não deve ser cortado devido à liberação da prata no leito da ferida, o que pode ocasionar queimadura dos tecidos ou formar granuloma devido aos resíduos do carvão.
- Indicação: feridas com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção, com ou sem tecido necrótico, feridas cavitárias e feridas fétidas, como úlceras venosas, diabéticas, por pressão, fúngicas ou neoplásicas.
- Aplicação e Troca: promover limpeza da ferida com SF 0,9% em jato anteriormente a aplicação da placa. Aplicar diretamente sobre a ferida em qualquer uma das faces usando luvas ou materiais estéreis. Requer cobertura secundária. Trocar quando houver saturação da cobertura, não ultrapassando a 7 dias após aplicação. A cobertura secundária pode ser trocada

sem a troca da placa se ainda não estiver saturada. Em feridas cavitárias unir as 4 pontas da cobertura formando “trouxa” e introduzir na ferida mantendo as pontas para fora da superfície, facilitando a retirada.

- Contra-indicação: reações alérgicas ou sensibilidade aos componentes do produto. Feridas com pouco exsudato, com presença de sangramento, exposição óssea ou tendinosa, queimaduras e feridas com escara.

- OBS: pode ser associado ao AGE e ao hidrogel.

13.6. Ácidos Graxos Essenciais (AGE)

- Composição: Óleo vegetal composto por ácido linolêico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja.

- Ação: Promove quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos), mantém o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual. Auxiliar o desbridamento autolítico.

- Indicação: prevenção de úlceras de pressão e tratamento de feridas agudas ou crônicas.

- Aplicação e troca: Lavar o leito da ferida com jato de SF 0,9% morno, remover exsudato e tecido desvitalizado se necessário. Espalhar AGE no leito da ferida ou embeber gazes estéreis de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmido até a próxima troca, espalhar o AGE sobre o leito da ferida e utilizar como cobertura secundária gazes embebidas em solução fisiológica 0,9%. Ocluir com cobertura secundária estéril de gaze, chumaço, compressa seca ou qualquer outro tipo de cobertura adequada, fixar. Trocar o curativo secundário sempre que estiver saturado, ou no máximo, até 24 horas.

- Contra-indicação: Não encontrada, pode ocorrer hipersensibilidade.

- Obs: O AGE pode ser associado ao alginato de cálcio, carvão ativado, hidrocolóide e diversos tipos de coberturas

13.7. Colagenase

- Indicada como agente desbridante em lesões superficiais. Não promove desbridamento seletivo, pois aumenta a degradação de componentes moleculares, diminui fator de crescimento, destruindo células viáveis. Exige troca 2 vezes ao dia.

13.8. Hidrogel amorfo

- Composição: Composto de goma de co-polímero, que contém grande quantidade de água, alguns possuem alginato de cálcio e/ou sódio.

- Ação/Característica: mantém a umidade e auxilia o desbridamento autolítico. Não adere ao leito da ferida.

- Indicação: feridas com tecido necrótico, queimaduras de primeiro e segundo grau.

- Aplicação/Troca: Deve ser usado sempre associado a coberturas oclusivas ou gaze. As trocas são de acordo com a saturação da cobertura associada, ou até 72 horas quando associado com gaze.

- Contra-indicação: feridas excessivamente exsudativas.

- OBS: Pode ser associado ao alginato de cálcio, carvão ativado, hidrocolóide e outras coberturas.

OBSERVAÇÕES:

- A neomicina não será padronizada nesse protocolo, a não indicação ocorre devido ao aumento de colonização por agentes resistentes e quando a ação é contra GRAM positivo ocorre aumento da infecção por GRAM negativo e vice-versa. Sua indicação restrita, ou seja,

não deve ser usada por longos períodos, pode causar exantemas cutâneos, além de algum grau de intoxicação, principalmente em feridas extensas, queimaduras e úlceras.

- ODOR: usar carvão ativado com prata. Em caso de baixa exsudação, associar com hidrogel.

- SANGRAMENTO: usar fibra de carboximetilcelulose ou alginato de cálcio para promover hemostasia. Não utilizar carvão ativado com prata.

- EXPOSIÇÃO ÓSSEA OU TENDINOSA: utilizar fibra de carboximetilcelulose ou alginato de cálcio. Não usar carvão ativado com prata.

- INFECÇÕES: verificar sinais de infecção (dor, calor, rubor, edema e aumento da exsudação).

- Exsudação baixa a moderada com presença de infecção: usar fibra de carboximetilcelulose com ou sem prata, alginato de cálcio, espuma de poliuretano com prata ou carvão ativado com prata.

- Se houver aderência das coberturas associar ao hidrogel.

- CAVIDADE: toda cavidade deverá ser parcialmente preenchida, lembrando que os produtos saturam e se expandem. Opções de coberturas: hidrogel, fibra de carboximetilcelulose com ou sem prata, carvão ativado com prata, alginato de cálcio. O hidrogel poderá ser associado às outras coberturas conforme o volume de exsudato.

QUADRO RESUMO

Cobertura	Indicação	Troca	Contra-indicação	Cobertura secundária	Ação
Soro fisiológico 0,9%	- Manter umidade da ferida	No máximo 24 horas	Não tem	Gaze estéril e seca	- Favorece desbridamento autolítico - Favorece formação de tecido de granulação

					- mantém umidade e temperatura
Sulfadiazina de Prata	- Tratamento de queimaduras, - feridas infectadas ou com tecido necrótico.	No máximo 24 horas	Hipersensibilidade aos componentes	Gaze estéril seca	- Atua contra uma grande variedade de microrganismos - Ação bactericida imediata e ação bacteriostática residual
Placa de hidrocolóide	- Baixo a moderado exsudato - sem necrose - prevenção ou tratamento de úlceras de pressão - feridas não infectadas	De 3 a 5 dias (até 7 dias)	- Feridas infectadas, - hipergranuladas, - muito exsudativas, - queimaduras de 3º grau e presença de tecido necrótico.	Não precisa Obs: pode ser associado ao AGE e hidrogel.	- Estimula granulação e angiogênese - absorve excesso de exsudato - mantém umidade e temperatura - reduz a dor - desbridamento autolítico
Alginato de cálcio	- Exsudato de moderado a intenso - Com ou sem infecção - Com ou sem sangramento - Com ou sem tecido necrótico - Feridas cavitárias	De 5 a 7 dias	- pouco exsudato - escara	Gaze estéril e seca Obs: pode ser associado ao hidrogel e AGE.	- absorve exsudato - mantém umidade - promove granulação - desbridamento autolítico
Carvão ativado	- Exsudato moderado a intenso - Com ou sem infecção - Com ou sem	Até 7 dias	- pouco exsudato - sangramento - exposição tendinosa ou	Gaze estéril e seca Obs: pode ser associado ao	- desbridamento autolítico - mantém umidade e temperatura

	tecido necrótico - Feridas cavitárias e fétidas		óssea - queimaduras - escara	AGE e hidrogel.	- elimina odores
Colagenase	- Tecido necrótico	2 vezes ao dia	- Pele íntegra	Gaze estéril e seca	- agente desbridante
Hidrogel	- Feridas com necrose - queimaduras de primeiro e segundo grau.	Até 72 horas	- Exsudato excessivo	Coberturas oclusivas Gaze estéril e seca Obs: pode ser associado ao alginato, carvão e hidrogel.	- mantém umidade - desbridamento autolítico
AGE	- Prevenção de úlceras de pressão - tratamento de feridas agudas ou crônicas	Até 24 horas	- Não tem	Gaze estéril e seca Obs: pode ser associado ao alginato, carvão e hidrocolóide.	- promove quimiotaxia - promove angiogênese - mantém umidade - acelera granulação tecidual - auxilia desbridamento autolítico

14. REGISTRO DA EVOLUÇÃO DAS FERIDAS

O registro da evolução das feridas será realizado na ficha de evolução de enfermagem pelos profissionais Enfermeiros e Auxiliar/Técnico de Enfermagem. O enfermeiro realizará anotações no primeiro contato com o paciente e na alta, no prontuário do mesmo, e nas

demais vezes, quando necessário, realizará as anotações na ficha de evolução de enfermagem. As auxiliares e técnicas de enfermagem realizarão as anotações sempre na ficha de evolução de enfermagem.

As anotações devem ser feitas em cada comparecimento do paciente na sala de curativos e deve conter:

- Aspecto da ferida,
- Escala de dor,
- Edema,
- Tecido necrótico,
- Exsudato,
- Pele ao redor da ferida,
- Pulso,
- Mensuração da ferida a cada 15 dias,
- Cobertura Utilizada,
- Especificação da realização do curativo.

As anotações médicas serão realizadas no prontuário do paciente, assim como as medicações prescritas.

As fichas de evolução do paciente ficarão arquivadas em pasta sanfonada, arquivada na sala de curativos, facilitando assim o acompanhamento da evolução da ferida pelos profissionais.

Quando necessário, o médico ou enfermeiro pode solicitar uma teleconsulta através do site www.telessaude.hc.ufmg.br, solicitando auxílio no tratamento das feridas através de fotos.

REFERÊNCIAS

- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. *Protocolo de Assistência aos Portadores de Ferida*. Belo Horizonte, 2006.
- BORGES, E. L. et al. *Feridas: como tratar*. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de Atenção Primária*. Brasília, 2011.
- <http://bvansiao.no.sapo.pt/imagens/queimados/escala.jpg>, acessado em 30 de agosto de 2011.

ANEXO III – FICHA DE CADASTRO DO PACIENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ – MG

CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO DA FERIDA

Identificação

Nome: _____ Prontuário _____

Data Admissão: ___/___/___ Sexo: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Escolaridade: _____ Ocupação atual: _____

Endereço: _____ ACS: _____

Eq. PSF: _____ Fone: _____

Hábitos pessoais

Refeições: No/dia: _____ Preferência alimentar: _____

Ingesta hídrica: ___ l/dia Hábito intestinal: Frequência: ___ x/dia No micções: ___ x/dia

Etilismo: () não () sim Há quanto tempo: _____ Tabagismo: () não () sim

No de cigarros/dia: _____ Alergia tópica: () não () sim

Produto: _____

Anamnese

Doenças atuais _____

Medicamentos em uso: _____

Vacina anti-tetânica: () não () sim Última dose ___/___/___

Lesão cutânea prévia: () não () sim- local: _____ Amputação prévia () Não () sim - local: _____

Mobilidade: () deambula () deambula com auxílio () não deambula

Exame físico: Peso: _____Kg Altura: _____m P. A. _____mm/Hg

Exame local

Sinais e sintomas locais

() Micoose interdigital () Hiperpigmentação () Ausência de pêlos

() Proeminências ósseas salientes () Varizes () Cianose () Fissuras () Incontinência urinária

() Edema () Hipotermia () Calosidades () Incontinência anal () Linfedema ()

Dermatites () Pele ressecada () Deformidades () Outros: especificar: _____

	Ferida 1	Ferida 2	Ferida 3	Ferida 4	Ferida 5
Localização					
Etiologia ¹					
Classificação ²					
Tempo de existência da ferida					

(PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2006)

¹ Úlcera de estase, venosa, arterial, arteriovenosa, neuropáticas, pressão, queimadura,, outros (especificar). Ver protocolo.

² Se Úlcera de Pressão: estágio I, estágio II, estágio III e estágio IV. Ver protocolo.

Se Demais Úlceras: superficial (até derme), profunda parcial (até subcutâneo) e profunda total (estruturas mais profundas).

ANEXO IV – FICHA DE EVOLUÇÃO DA FERIDA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ – MG

CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE EVOLUÇÃO DA FERIDA

Paciente:

Idade:

Endereço:

DATA			
LOCALIZAÇÃO DA FERIDA			
ASPECTO DA FERIDA			
COBERTURA UTILIZADA			
MENSURAÇÃO DA FERIDA (ÁREA)			
MENSURAÇÃO DA FERIDA (PROFUNDIDADE)			