CIDADE DE
PRESIDENTE
PRUDENTE
SAÚDE

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO
E
TRATAMENTO DE FERIDAS

Março/2022

3ª versão

Avenida Cel. José Soares Marcondes, nº 680 – Vila Maristela
Presidente Prudente/SP
visa@presidenteprudente.sp.gov.br
www.presidenteprudente.sp.gov.br

Sumário

1. Apresentação 4
2. Introdução 5
3. Feridas 11
4. Cuidados em Pacientes Queimados 18
5. Técnica de Limpeza da Ferida 18
6. Material Necessário para Realização do Curativo....20
7. Realização de Curativo na Unidade 22
8. Realização do Curativo na Residência....24
9. Desbridamento....25
10. Técnica de Mensuração de Área Lesada....29
11. Técnica de Mensuração de Profundidade da Ferida....29
12. Técnica de Mensuração do Solapamento da Ferida 30
13. Técnica de Mensuração da Circunferência dos Membros Inferiores 31
14. Escala de Dor....31
15. Edema....32
16. Exsudato 32
17. Pele ao Redor da Ferida 34
18. Exames Complementares 35
19. Procedimentos para a medida de peso, Coberturas, Soluções, Cremes e Pastas Padronizados Pela SMS de Presidente Prudente 35
19.1 Antimicrobianos Tópicos 35
19.2 Creme de Sulfadiazina de Prata....40
19.3 Ácido Graxo Essencial/ Protetor Cutâneo 42

19.4 Hidrocoloide Em Placa Extra Fino 43
19.5 Hidrocolóide em Placa 43
19.6 Cobertura Adesiva Com Hidrofibra e Hidrocoloide naCamada Externa 45
19.7 Cobertura Absorvente Com Prata Nanocristalina 46
19.8 Bandagem de Estiramento Curto com Óxido de Zinco/ Terapia compressiva: 47
19.9 Hidrogel com Alginato de Cálcio e Sódio 48
19.10 Carvão Ativado com Alginato 49
19.11 Terapia de Feridas por Pressão Negativa 50
19.12 Produtos não padronizados pela SMS de PresidentePrudente 52
20. Operacionalização 53
21. Critérios de Desligamento 54
22. Atribuições 55
23. Consultas de Enfermagem 59
24. Orientações à Pacientes Acamados 61
25. Deliberações, Resoluções E Portaria SobreAtendimento De Enfermagem Realizado Pelo Enfermeiro 62
26. Unidades de Saúde que Realizam Curativos 67
27. Referências Bibliográficas 70
28. Comissão Municipal de Curativos(Portaria 24/2017 SMS) 74
29. Colaboradores 74
30. Idealizadores 74

ANEXO I 75
ANEXO II 83
ANEXO III DE ACORDO 85

1. Apresentação

A proposta da Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Prudente visa à descentralização dos serviços de saúde, bem com o objetivo de facilitar o acesso e ocontrole e melhoria da qualidade da assistência prestada.

O tratamento do portador de ferida é dinâmico e deve acompanhar a evolução científico-tecnológica. Por isso, as coberturas selecionadas complementam o tratamento dispensado a estes portadores, de forma a diminuir o tempo de cicatrização, elevar aqualidade de vida e reduzir custos para o município.

Este protocolo visa instrumentalizar as ações dos profissionais e sistematizar a assistência prestada, além de fornecer subsídios para sua implementação, bem como suas opções éticas para organização do trabalho em saúde com escolhas tecnológicas úteis, apropriadas e disponíveis para o processo de enfrentamento dos problemas relativos ao tratamento de feridas.

Todos os profissionais devem incorporar o papel de cuidador em sua função, estarem informados quanto aos recursos e serviços disponíveis, conhecerem as normas, rotinas e fluxos de encaminhamentos durante a assistência às pessoas com feridas, não se esquecendo das ações de prevenção preconizadas. Assim, estarão contribuindo para a otimização dos recursos disponíveis na rede assistencial, fazendo com que sejam utilizados da forma mais universal e equânime possível.

Este protocolo resulta do esforço de profissionais da rede e aborda especificamente a atenção aos pacientes com feridas ou com risco para seu desenvolvimento, ficando sujeito a avaliações periódicas e reformulações necessárias à adequação aos avanços tecnológicos, científicos e à política de saúde vigente na Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Prudente.

2. Introdução

Pele Íntegra

Representa 15% do peso corpóreo, formando revestimento e dando proteção contra agentes nocivos. É um órgão em perfeita sintonia com o resto do organismo, refletindo o estado da saúde. A secreção sebácea e sudoreia determinam o Ph que na pele normal está em torno de 5,4 a 5,6 com variações topográficas.

FUNÇÕES:

✓ Proteção das estruturas internas
✓ Termorregulação
✓ Proteção imunológica
✓ Percepção
✓ Secreção
✓ Sínteses de vitaminas

Estruturas

A pele (cútis ou tez) é dividida em três camadas: epiderme, derme e o tecido subcutâneo.

Epiderme

É a parte mais externa da pele formada pelo epitélio escamoso estratificado, variando sua espessura em 0,05 mm nas pálpebras a 1,5 mm nas palmas da mão e plantas dos pés. A anatomia microscópica da junção dermoepidérmica é complexa. A camada mais interna da epiderme consiste de uma só camada de células colunares, denominadas células basais. As células basais se dividem para formar queratinócitos, que compreendem a camada espinhosa. As células da camada espinhosa são conectadas umas às outras por pontes

intercelulares ou espinhais, que histológicamente parecem linhas entre as células. Os queratinócitos sintetizam proteína insolúvel, que permanece na célula e finalmente se torna um componente importante da camada externa (o estrato córneo). As células continuam a se achatar, e seu citoplasma parece granular (estrato granuloso), elas finalmente morrem quando alcançam a superfície para formar o estrato córneo. Há três tipos de células dentríticas na epiderme: o melanócito, que sintetiza pigmento (melanina), a célula de Langerhans, que serve como elemento na linha de frente nas reações imunes da pele, e na célula de Merkel, cuja função não está claramente definida.

Derme

A derme varia em espessura, de 0,3mm na pálpebra ao dorso. É composta de três tipos de tecido conjuntivo: colágeno, tecido elástico e fibras reticulares. A derme é dividida em duas camadas: a fina camada superior, denominada papilar, é composta de fibras de colágeno finas e dispostas aleatoriamente e a camada inferior, mais espessa, denominada reticular, estende-se da base da camada papilar ao tecido subcutâneo, e é composta de fibras grossas de colágeno que estão dispostas em paralelo à superfície da pele. Os histiócitos são macrófagos migratórios que acumulam hemossiderina, melanina e detritos consequentes da inflamação. Os mastócitos, localizados primariamente em torno dos vasos sanguíneos, fabricam e liberam histamina e heparina.

Nervos Dérmicos E Vasculatura

As sensações do tato e pressão são recebidas pelos corpúsculos de Meissner e Vater-Pacini. As sensações de dor, prurido e temperatura são recebidas por terminações nervosas não-mielinizadas na derme papilar. Um estímulo de baixa intensidade criado pela inflamação causa prurido, enquanto um estímulo de alta intensidade causa dor. Assim, a coçadura converte a sensação intolerável de prurido

na sensação mais tolerável de dor e elimina o prurido.

O sistema autônomo supre a inervação motora da pele. As fibras adrenérgicas inervam os vasos sanguíneos (vasoconstrição), músculos eretores do pelo e as glândulas apócrinas. As fibras autônomas para as glândulas sudoríparas écrinas são colinérgicas. A glândula sebácea é regulada pelo sistema endócrino e não é inervada por fibras autônomas.

Fases da Cicatrização

Fase inflamatória

Inicia-se no exato momento da lesão. O sangramento traz consigo plaquetas, hemácias e fibrina, selando as bordas da ferida, ainda sem valor mecânico, mas facilitando as trocas. O coágulo formado estabelece uma barreira impermeabilizante que protege da contaminação. Com a lesão tecidual, há liberação local de histamina, serotonina e bradicinina que causam vasodilatação e aumento de fluxo sanguíneo no local e, conseqüentemente, sinais inflamatórios como calor e rubor. A permeabilidade capilar aumenta causando extravasamento de líquidos para o espaço extracelular, e conseqüente edema.

A resposta inflamatória, que perdura cerca de três dias,e na qual ocorre a migração seqüencial das células para a ferida é facilitada por mediadores bioquímicos que aumentam a permeabilidade vascular, favorecendo a exsudação plasmática e a passagem de elementos celulares para a área da ferida. Os mediadores bioquímicos de ação curta são a histamina e serotonina e as mais duradouras são a leucotaxina, bradicinina e prostaglandina. A prostaglandina é um dos mediadores mais importantes no processo de cicatrização, pois além de favorecer a exsudação vascular, estimula a mitose celular e a quimiotaxia de leucócitos.

Os primeiros elementos celulares a alcançar o local da ferida são os neutrófilos e os monócitos, coma função de desbridar as superfícies da ferida e

fagocitar as partículas antigênicas e corpos estranhos. O pico de atividade dos polimorfonucleares ocorre nas primeiras 24-48 horas após o trauma, seguindo-se de um maior aporte de macrófagos durante os dois a três dias seguintes. O macrófago, também ativa os elementos celulares das fases subsequentes da cicatrização tais como fibroblastos e células endoteliais.

Fase Proliferativa

A fase proliferativa é constituída por quatro etapas fundamentais: epitelização, angiogênese, formação de tecido de granulação e deposição de colágeno. Esta fase tem início ao redor do 4º dia após a lesão e se estende aproximadamente até o término da segunda semana. A epitelização ocorre precocemente. Se a membrana basal estiver intacta, as células epiteliais migram em direção superior, e as camadas normais da epiderme são restauradas em três dias. Se a membrana basal for lesada, as células epiteliais das bordas da ferida começam a proliferar na tentativa de restabelecer a barreira protetora.

A angiogênese é estimulada pelo fator de necrose tumoral alfa (TNF-α), e é caracterizada pela migração de células endoteliais e formação de capilares, essencial para a cicatrização adequada.

A parte final da fase proliferativa é a formação de tecido de granulação. Os fibroblastos e as células endoteliais são as principais células da fase proliferativa. Os fibroblastos dos tecidos vizinhos migram para a ferida, porém precisam ser ativados para sair de seu estado de quiescência. O fator de crescimento mais importante na proliferação e ativação dos fibroblastos é o PDGF. Em seguida é liberado o TGF-β, que estimula os fibroblastos a produzirem colágeno tipo I e a transformarem-se em miofibroblastos, que promovem a contração da ferida.

Entre os fatores de crescimento envolvidos no processo cicatricial podem ser citados o PDGF, que induz a proliferação celular, a quimiotaxia e a síntese matricial; o fator epidérmico, que estimula a epitelização; o fator transformador alfa,

responsável pela angiogênese e pela epitelização; o fator fibroblástico, que estimula a proliferação celular e angiogênese e o fator transformador beta, responsável pelo aumento da síntese matricial.

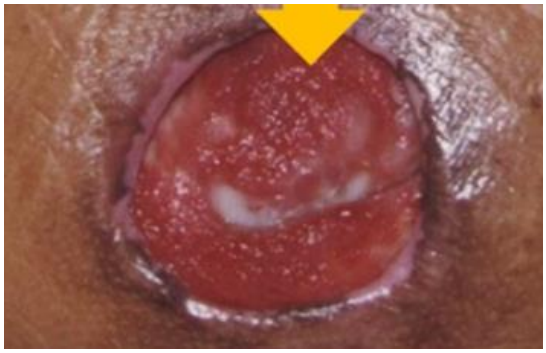
Fase de maturação ou remodelamento

A característica mais importante desta fase é a deposição de colágeno de maneira organizada, por isso é a mais importante clinicamente. O colágeno produzido inicialmente é mais fino do que o colágeno presente na pele normal, e tem orientação paralela à pele. Com o tempo, o colágeno inicial (colágeno tipo III) é reabsorvido e um colágeno mais espesso é produzido e organizado ao longo das linhas de tensão. Estas mudanças se refletem em aumento da força tênsil da ferida. A reorganização da nova matriz é um processo importante da cicatrização. Fibroblastos e leucócitos secretam colagenases que promovem a lise da matriz antiga. A cicatrização tem sucesso quando há equilíbrio entre a síntese da nova matriz e a lise da matriz antiga, havendo sucesso quando a deposição é maior. Mesmo após um ano a ferida apresentará um colágeno menos organizado do que o da pele sã, e a força tênsil jamais retornará a 100%, atingindo em torno de 80% após três meses.

Tipos de Tecidos

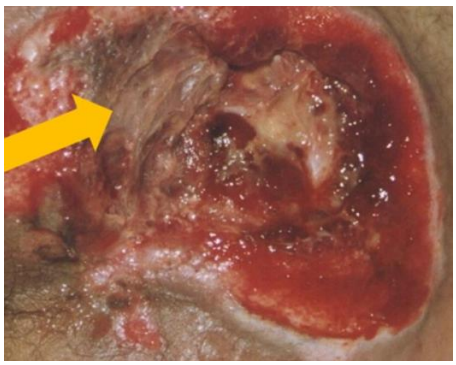
Tecido de granulação

O tecido de granulação tem a aparência rósea, lisa e granular e se caracteriza pela formação de pequenos novos vasos sanguíneos e multiplicação de fibroblastos. Preenche o leito de uma ferida aberta quando ela começa a cicatrizar.



Necrose ou tecido desvitalizado

Tecido morto, que perdeu suas propriedades físicas e atividades biológicas.



Escara (tecido inviável)

Necrose preta ou marrom. Tecido desvitalizado que pode estar solto, aderido, duro, macio ou com flutuação

Esfacelo (tecido inviável)

É um tecido úmido e não vascularizado. Pode ser branco, amarelo, marrom acastanhado ou verde e estar solto ou aderido.

[MF1] Comentário: Inclusõ deste conceitos muito essenciais para a prática de curativos.

3. Feridas

Qualquer lesão que provoque a descontinuidade do tecido corpóreo, impedindo suas funções básicas, podendo ser intencional (cirúrgica) ou acidental (trauma).

CLASSIFICAÇÃO DAS FERIDAS

Quanto ao agente:

- ✓ Incisão;
- ✓ Perfuração;
- ✓ Contusão;
- ✓ Escoriação;
- ✓ Animais Peçonhentos;
- ✓ Térmicas.

Quanto ao conteúdo:

- ✓ Limpas:
- ✓ Infectadas.

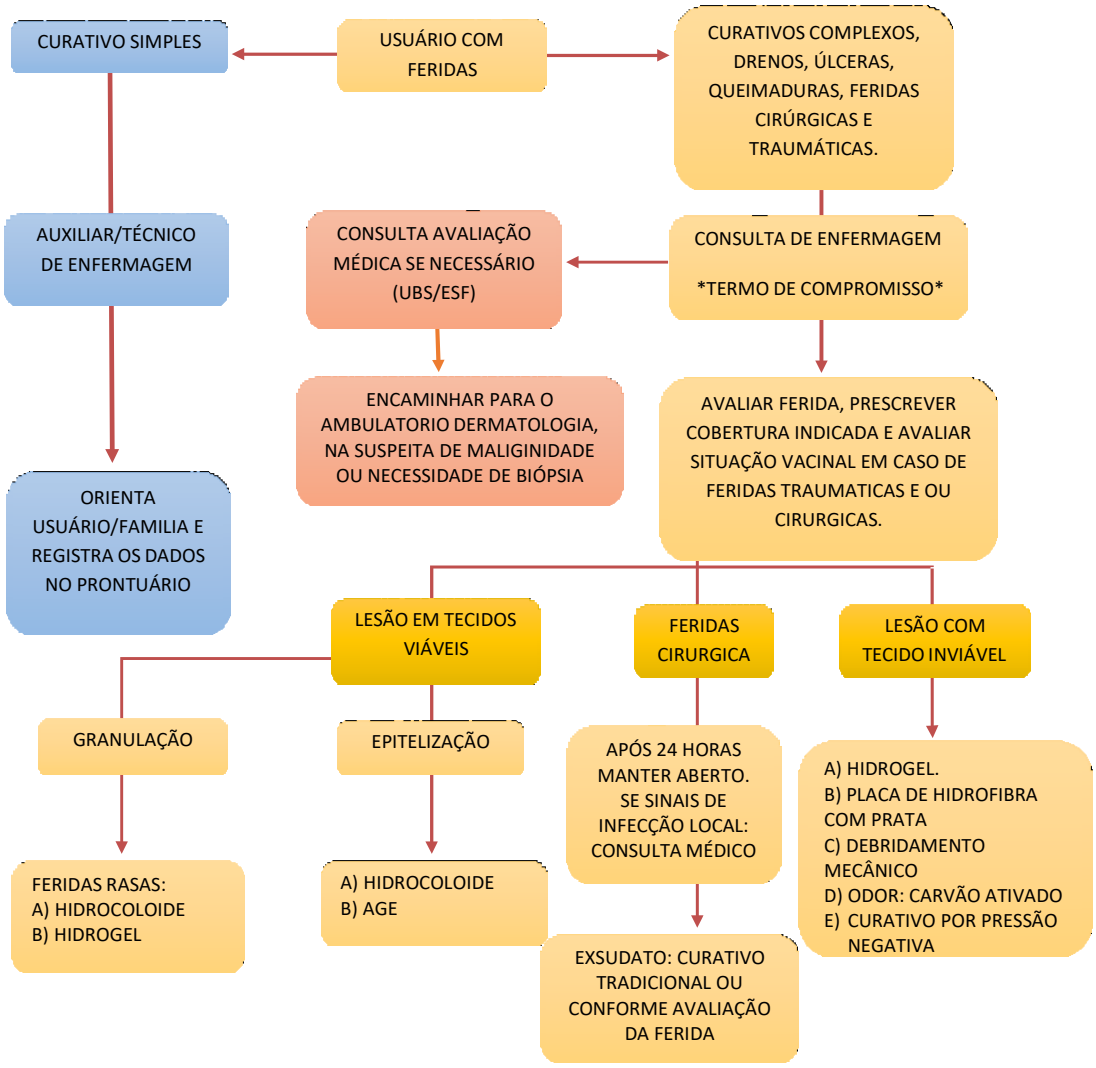
Quanto ao volume de exsudato:

- ✓ Secas;
- ✓ Pouco exsudativas
- ✓ Moderamente exsudativas;
- ✓ Altamente exsudativas.

Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas
Secretaria Municipal de Saúde
Presidente Prudente

CIDADE DE PRESIDENTE PRUDENTE SAÚDE

FLUXOGRAMA DE FERIDAS



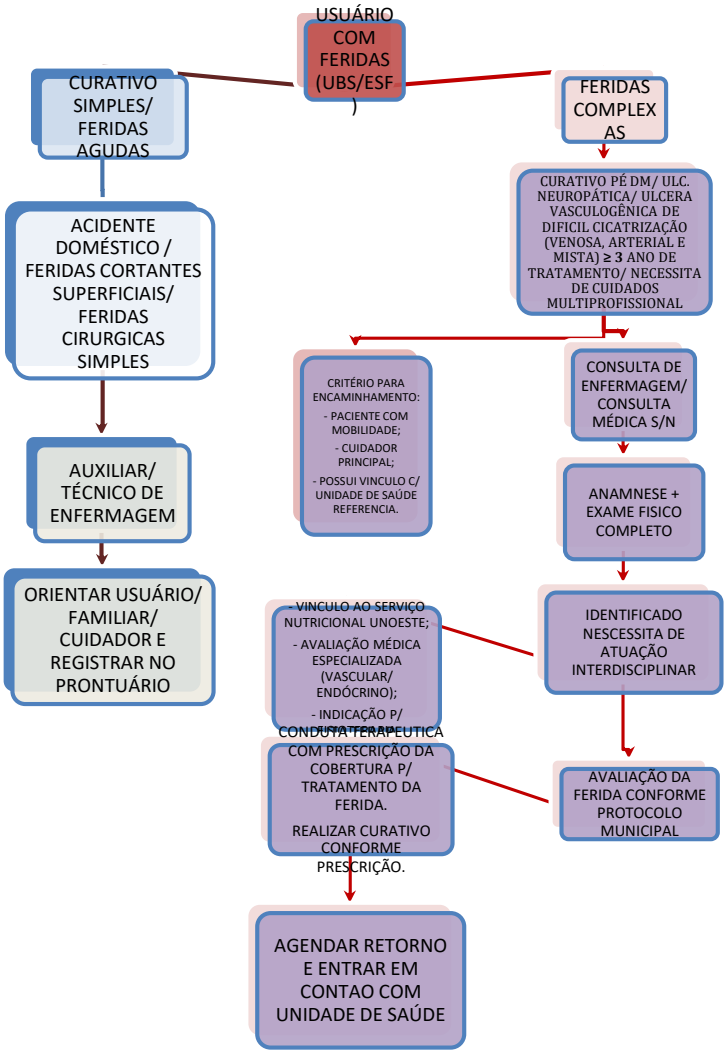
Avenida Cel. José Soares Marcondes, nº 680 – Vila Maristela
Presidente Prudente/SP
visa@presidenteprudente.sp.gov.br
www.presidenteprudente.sp.gov.br

Seguimento dos Curativos nos Prontos Atendimentos:

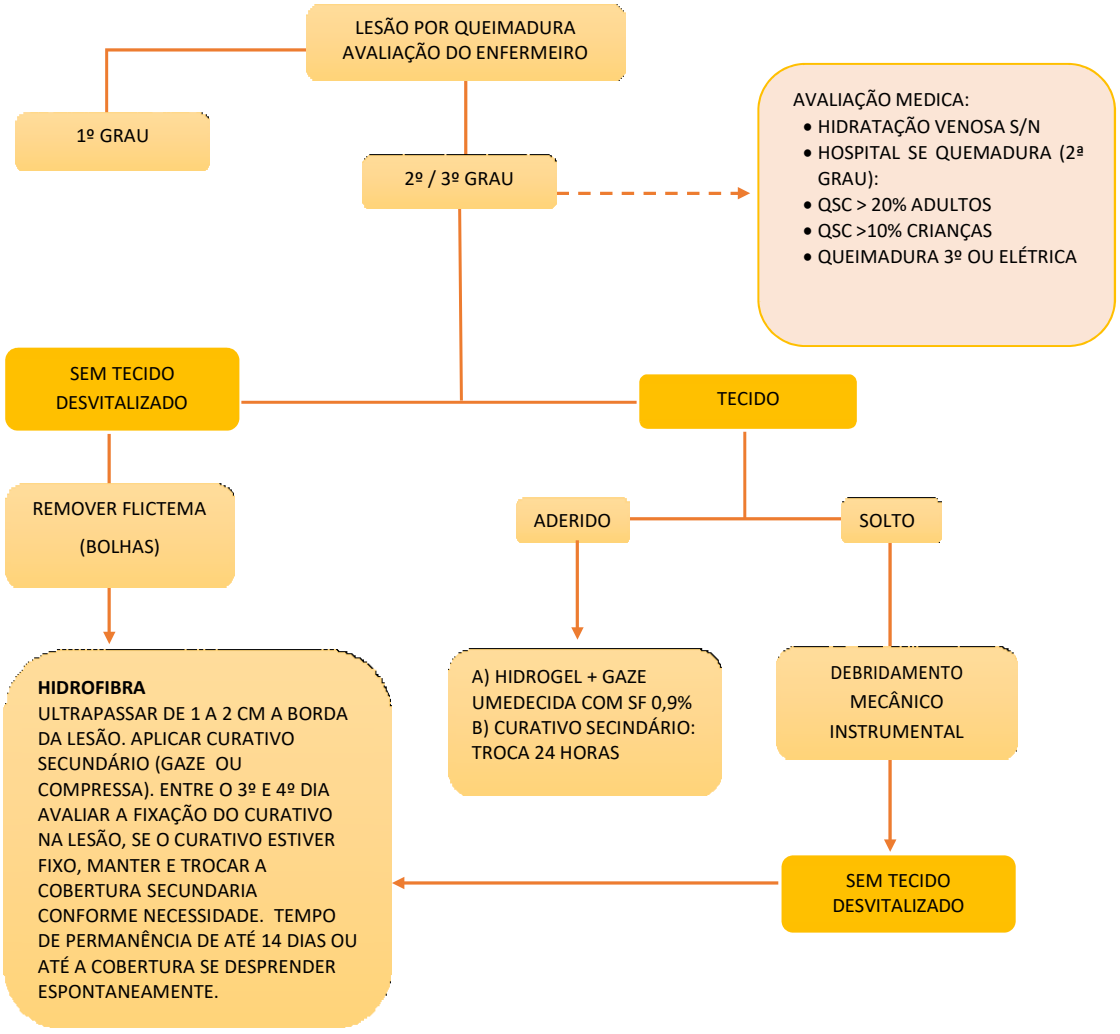
Aos finais de semana e feriados, quando a unidade que acompanha o paciente portador de ferida crônica estiver fechada, estes deverão ser encaminhados aos PAs. Devem estar portando prescrição do Enfermeiro com tipo de curativo/cobertura a ser realizado. As UBS/ESFs devem se organizar com objetivo de priorizar troca de placas em dias úteis, porem quando estritamente necessário realizar troca em feriados ou finais de semana. Enviá-las juntamente com prescrição para troca nos PAs.

FLUXOGRAMA PARA ENCAMINHAR PACIENTES EM TRATAMENTO DE FERIDAS PARA AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES.

[MF2] Comentário: Inclusão do fluxograma para encaminhamento ao ambulatório de lesões crônicas.

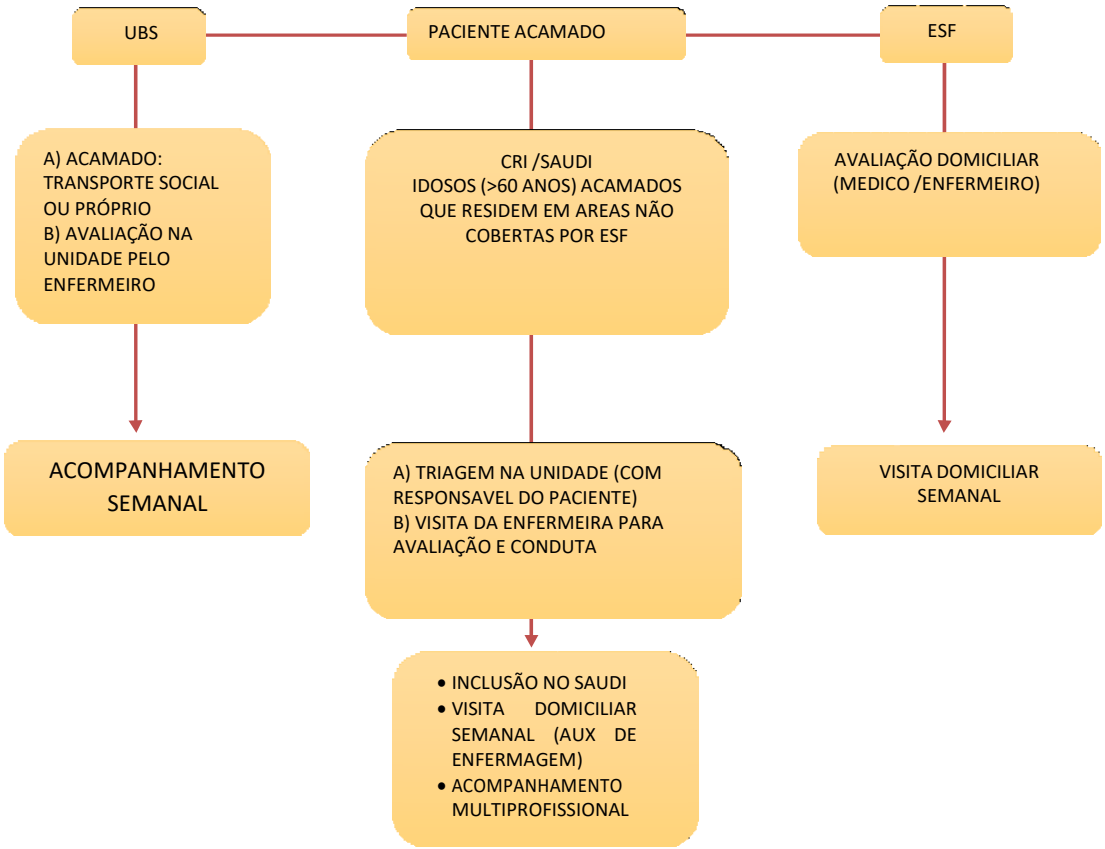


FLUXOGRAMA DE QUEIMADURAS



Avenida Cel. José Soares Marcondes, nº 680 – Vila Maristela
Presidente Prudente/SP
visa@presidenteprudente.sp.gov.br
www.presidenteprudente.sp.gov.br

FLUXOGRAMA DE PACIENTES ACAMADOS



Avenida Cel. José Soares Marcondes, nº 680 – Vila Maristela
Presidente Prudente/SP
visa@presidenteprudente.sp.gov.br
www.presidenteprudente.sp.gov.br

4. Cuidados em Pacientes Queimados

Pequenas queimaduras

Resfriamento do local lesado.

Presença de flictenas (bolhas) rompidas: Avaliar sinais de infecção e presença desujidades.

Usar paramentação para desbridamento, limpeza exaustiva com soro em jato, usarpacote de curativo, retirar todo o tecido desvitalizado com tesoura e pinça.

Presença de flictenas (bolhas) preservadas:

Desbridar a flictena, usar a paramentação para desbridamento, limpeza delicadacom SF 0,9% em jato, romper com a agulha 25x8, e retirar todo o tecido desvitalizado com o auxílio de tesoura e pinça.

Ressalva:

- ✓ Em presença de soluções oleosas pode-se fazer a limpeza da pele comclorexedine degermante.
- ✓ Os pacientes queimados deverão seguir todos os critérios do atendimento aosportadores de feridas.

5. Técnica de Limpeza da Ferida

Limpeza é o ato de tirar sujidades. Logo, limpeza das feridas é a remoção do tecido necrótico, da matéria estranha, do excesso de exsudado, 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 o risco de trauma e/ou infecção.

A técnica de limpeza do leito da ferida é a irrigação com jatos de soro fisiológico a 0,9% morno (em torno de 37ºC). Segundo Borges (2008), a divisão celular no organismo humano ocorre à temperatura fisiológica de 37ºC. Por isso, a ferida após limpeza, demanda de 30 a 40 minutos para retornar a esta temperatura e 3 a 4 horas para atingir a velocidade normal de divisão celular. Não havendo disponibilidade de equipamento adequado para aquecimento (aquecedores de fluidos ou micro-ondas) e controle da temperatura do frasco do soro fisiológico, utilizá-lo em temperatura ambiente. O tempo de aquecimento do soro (frasco de 500ml) em forno de micro-ondas será de 20 segundos em potência alta, porém este tempo poderá variar de acordo com a potência de cada equipamento. É recomendável testar a temperatura da solução na face interna do antebraço (tal qual ao verificar a temperatura do leite de mamadeira) (Campinas, 2006).

Deve-se evitar fricção agressiva da pele periférica, pois pode traumatizá-la, destruindo sua barreira protetora, propiciando a penetração de bactérias.

O uso de antissépticos próprios para pele íntegra, tais como PVPI e iodóforos em geral, solução de hipoclorito de sódio, água oxigenada e ácido acético devem ser evitados, pois são substâncias citotóxicas. (Figueiredo, 2007) e são inativadas em presença de matéria orgânica.

O uso de antissépticos, embora leve a uma redução rápida de microorganismos, coloca em risco a viabilidade do tecido de granulação, retardando o processo de cicatrizaçãodevido à sua toxicidade. (Lacerda in Borges, pg. 115).

Utilizar antisséptico (clorexedine):

Clorexidine: O seu espectro de ação é contra bactérias Gram positivas e negativas, fungos e vírus. Concentrações superiores a 4% podem danificar os tecidos, entretanto, as concentrações mínimas inibitórias se situam bem abaixo de 4%, e o seu efeito residual permanece de 6 a 8 horas. A Clorexidina atua rapidamente, esterilizando no tempo médio de 30 segundos a 5 minutos,

dependendo da concentração e do tipo de microrganismo a exterminar, sendo que a ação bactericida é mais rápida do que a fungicida.

***Clorexidine Degermante*:** Antisséptico associado a um agente tensoativo, sendo este, o detergente. As formulações de clorexidina são extensivamente usadas para antissepsia de feridas para remoção de resíduos e sujidade da superfície da pele, como a presença de corpos estranhos, fezes, urina, entre outros. Concomitantemente, a clorexidina degermante elimina e inibe o crescimento de microrganismos. Além disso, também é utilizada em antissepsia cirúrgica e higienização das mãos; banhos pré-operatórios (ou antissepsia da pele do corpo), antissepsia em obstetrícia e ginecologia, e prevenção e tratamento de doenças bucais (controle de placa, bochechos pré e pós-operatórios, higiene bucal) (OMS, 2009).

Clorexidine aquosa: realização de procedimentos que envolvam mucosas como, por exemplo, cateterismo vesical e biópsia de colo uterino. Utilizado em curativos diário de cateter central e periférico, além de antissepsia extrabucal em procedimentos odontológicos.

[MF3] Comentário: Detalhamento dos uso dos antissépticos.

Obs. Usar com critério objetivando a preservação celular.

6. Material Necessário para Realização do Curativo

✓ pacote de curativo;
✓ luvas de procedimento;
✓ luvas cirúrgicas, quando necessário;
✓ bacia;
✓ saco plástico de lixo (branco);

- ✓ soro fisiológico 0,9% para irrigação;
- ✓ agulha 25 x 8 mm (canhão verde) para promover pressão adequada do jato;
- ✓ lixeira;
- ✓ máscara;
- ✓ óculos protetores;
- ✓ gorro;
- ✓ capote;
- ✓ coberturas, soluções, cremes e pasta indicados;
- ✓ gaze estéril;
- ✓ atadura crepom, conforme a necessidade;
- ✓ esparadrapo comum e/ou antialérgico;
- ✓ sabão líquido/clorexedine degermante/aquos

7. Realização de Curativo na Unidade

✓ Acomodar o paciente em local que proporcione uma boa luminosidade e que preserve sua intimidade.

✓ Colocar o paciente em posição confortável e explicar o procedimento.

✓ Reunir e organizar todo o material necessário para realizar o procedimento de curativo.

✓ Envolver a bacia com o saco plástico, retirar o ar, dar um nó nas pontas e usá-la como anteparo para a realização do curativo.

✓ Lavar as mãos.

✓ Fazer uso do EPI (óculos, máscara, luvas, gorro e jaleco branco).

Obs.: Não realizar curativo trajando bermudas, saias ou sandálias, para evitar acidentes de trabalho.

✓ 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 à 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.

✓ Utilizar frasco de soro fisiológico a 0,9% e perfurar antes da curvatura superior, com agulha 25 x 8 mm ou 40 x 12 mm de acordo com o tamanho frasco de SF 0,9% disponível, dando preferencia para o SF 0,9% 250 ml (somente um orifício).

Obs.: O calibre da agulha é inversamente proporcional à pressão obtida pelo jato de soro.

✓ 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.

✓ A irrigação deve ser exaustiva até a retirada dos debris e do exsudado presentes no leito da ferida. O volume da solução salina isotônica (0,9%) necessária vai depender da extensão, profundidade da ferida e quantidade de sujidades presentes no seu leito.

✓ Realizar limpeza mecânica da pele ao redor da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%. Em caso de sujidade pode-se associar sabão líquido hospitalar desde que a pele esteja íntegra.

✓ Não secar o leito da ferida.

✓ Fazer desbridamento mecânico, se necessário, observando as competências dos profissionais de enfermagem.

✓ Aplicar a cobertura escolhida conforme a prescrição do enfermeiro ou médico (calçar luvas cirúrgicas quando a cobertura demandar).

✓ Passar hidratante na pele íntegra adjacente à ferida, quando necessário,sempre após a colocação de coberturas.

✓ Aplicar cobertura secundária, se necessário.

✓ Enfaixar os membros em sentido distal-proximal, da esquerda para a direita, com o rolo de atadura voltado para cima. Em caso de abdômen, utilizar a técnica em z (em jaqueta com atadura de crepom de 20 cm).

✓ Fazer o enfaixamento compressivo somente em caso de úlceras venosas.

✓ Registrar a evolução na ficha Atendimento/Prontuário eletrônico - Evolução.

✓ Desprezar o frasco com resto de soro no final do dia.

✓ Promover a limpeza dos instrumentais utilizados conforme o Manual de Esterilização.

✓ Limpar e organizar a sala de curativo.

Ressalvas:

- ✓ Se utilizar pinças ou tesouras, o instrumental deverá ser lavado de acordo como protocolo estabelecido pela SMS.
- ✓ Desprezar o líquido acumulado na bacia no expurgo.
- ✓ Retirar o plástico da bacia, de forma que não a contamine, desprezando o mesmo no lixo.
- ✓ Se não houver contaminação da bacia, utilizá-la para o próximo curativo, realizando o mesmo procedimento já citado.

8. Realização do Curativo na Residência

- ✓ 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.

Obs.: é de fundamental importância, a presença de um dos familiares ou cuidador para acompanhar a realização do curativo com o objetivo de prepará-lo para o procedimento.

- ✓ Providenciar um local bem iluminado, confortável e que preserve a intimidadedo paciente durante o atendimento.
- ✓ Utilizar como anteparo uma bacia/bandeja da unidade de saúde.
- ✓ Lavar as mãos com água e sabão e se não for possível, fazer a antissepsia com álcool gel (levar almotolia).
- ✓ Colocar o paciente em posição confortável e orientar sobre o procedimento a ser realizado.
- ✓ Fazer uso do EPI (óculos, máscara, luvas e capote/avental descartável oujaleco branco).
- ✓ Envolver o anteparo em saco plástico conforme já descrito.
- ✓ Realizar procedimento de curativo especificado no item “Realização de Curativo

na Unidade de Saúde".

✓ Desprezar o líquido acumulado na bacia no vaso sanitário, dar descarga e jogar hipoclorito de sódio em seguida.

✓ Retirar o plástico da bacia, de forma que não a contamine, desprezando-o no lixo.

✓ Organizar o local onde foi realizado o curativo e fazer as anotações devidas após na unidade em prontuário eletrônico.

Ressalvas:

✓ Proteger pinças e tesouras utilizadas na própria embalagem. Ao chegar à unidade de saúde, efetuar limpeza conforme Manual de Esterilização.

✓ 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. Evitar guardá-lo na geladeira para evitar risco de contaminação dos alimentos.

✓ Todo o lixo produzido deverá ser recolhido e transportado para a unidade e desprezado junto com o lixo de material contaminado.

9. Desbridamento

Desbridar é o ato de remover da lesão o tecido desvitalizado e/ou material estranho de lesão traumática ou crônica, infectada ou não, até expor-se o tecido saudável. O tipo de desbridamento a ser indicado depende do quadro clínico completo, incluindo as características da lesão, do paciente, sua história social, recursos disponíveis e o ambiente no qual o paciente se encontra.

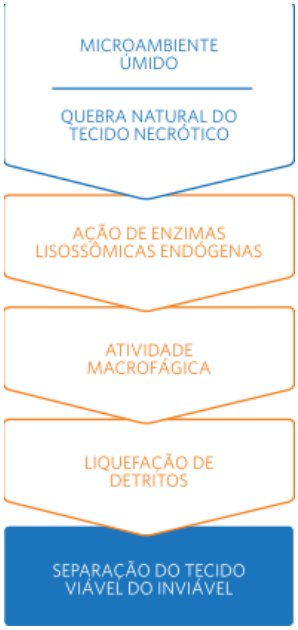
O desbridamento deve ser realizado por enfermeiro e médico, com habilidade para realização deste.

O parecer técnico COREN-SP N.º 013/2005 que trata da realização de desbridamento pelo Enfermeiro e conclui: o enfermeiro poderá assumir o

procedimento de desbridamento de lesões, exclusivamente dentro da equipe de enfermagem, seja ele mecânico, enzimático, autolítico e instrumental conservador, cuja situação de necessidade de intervenção cirúrgica esteja descaracterizada.

Desbridamento Autolítico

Trata-se de método seletivo e seguro que consiste em promover meio úmido e manutenção da temperatura em torno de 37º, proporcionando ambiente adequado para que as enzimas presentes no leito da ferida e os macrófagos realizem a lise e fagocitose do tecido necrótico.



A escolha deve atender ao tipo de tecido a ser desbridado e a quantidade de exsudato: hidrogéis para fornecer umidade, hidrocolóides em presença de pequeno/médio exsudato, alginatos, hidrofibras, fibras hidro-desbridantes e espumas para controle do excesso de exsudato; coberturas impregnadas com antissépticos para controle microbiano.

Dependendo da cobertura utilizada pode ter como desvantagem o aumento do odor, crescimentobacteriano, vazamento, ocasionando, por vezes a maceração das bordas da lesão, sendo necessário proteger a pele com um creme de barreira. Desbridamento autolitico pode ser utilizado em feridas infectadas, apenas se a infecção estiver sob controle. O método autolítico pode ser associado ao instrumental, para facilitar a retirada dos tecidos inviáveis.

Desbridamento Enzimático

O desbridamento enzimático é semelhante ao autolítico por utilizar

enzimas, neste caso enzimas exógenas. A escolha da enzima deve ser baseada no tipo de tecido presente e no pH da pele, como não é uma prática comum, é importante que a seleção da enzima a ser utilizada, seja por aquelas que atuem em vários tipos de tecidos e em pHs variados.

A colagenase é uma enzima muito utilizada no desbridamento enzimático, obtida da bactéria clostridium histolyticum, mais efetiva em pH entre 6 a 8 e sua ação é decompor as fibras de colágeno, responsáveis pela adesão do tecido necrótico ao leito da lesão. A fibrinolisina, obtida do plasma bovino é específica para degradar a fibrina e age em pH de 7 a 8.

A papaína, muito utilizada no Brasil é composta por 17 diferentes aminoácidos e por enzimas proteolíticas e peroxidases, atua em pH de 3 a 12 e, em temperaturas entre 20º a 50º. É encontrada em forma de pó, gel ou pasta. Em pó deve ser diluída imediatamente antes da execução do curativo e age por 20 minutos e, em gel ou pasta por 24 horas. Em escaras pode ser utilizado o gel em concentração entre 10 a 15% e cobertas por filme transparente para manter a umidade, para esfacelos a concentração deve ser de 6 a 10%, com controle adequado do exsudato. As enzimas podem ser inativadas por agentes de limpeza, na presença de metais pesados e antibióticos.

Desbridamento Mecânico:

Trata-se de método não seletivo, pois retira também o tecido viável. Pode ser realizado com a utilização das seguintes técnicas:

✓ Fricção: realizada com gazes ou esponjas umedecidas em soluções de limpeza;

✓ Úmido-seco: consiste em cobrir a ferida com gaze seca, aguardar que esta fique aderida ao leito para retirá-la.

✓ Irrigação: realizada com soro morno em jato.

✓ Hidroterapia: realizada em tanques com turbilhonamento.

Desbridamento Instrumental

No desbridamento instrumental são utilizados instrumentais cortantes (bisturi e tesoura). Procedimento realizado exclusivamente por médicos e enfermeiros, exige da profissional competência, conhecimento das estruturas anatômicas e dos riscos, segurança e habilidade para sua realização, bem como critérios de avaliação.

Contra-indicações: insuficiência arterial e as coagulopatias.

Riscos: hemorragia, lesão de tendões e ossos.

[MF4] Comentário: Revisão e inclusão dos "tipos" de desbridamento

10. Técnica de Mensuração de Área Lesada

✓ Proceder à limpeza da ferida conforme técnica de soro em jato.

✓ Colocar parte interna do acetato (parte transparente da embalagem das coberturas ou gaze) sobre a ferida.

✓ Desenhar o contorno da ferida com caneta para retroprojetor.

✓ 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.

Ressalvas:

✓ Na presença de duas ou mais feridas, separadas por pele íntegra de até 2 cm, deve-se considerar como ferida única, somar a área vertical de cada lesão e multiplicar pela horizontal de maior diâmetro e calcular área.

✓ Durante o processo cicatricial com a formação de ilhas de epitelização, que divide a ferida em várias, deve-se considerar apenas como uma ferida, calcular área, conforme descrito anteriormente.

11. Técnica de Mensuração de Profundidade da Ferida

✓ Limpar a ferida;

✓ Introduzir uma espátula estéril ou dedo enluvado no ponto mais profundo da ferida.

✓ Marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda.

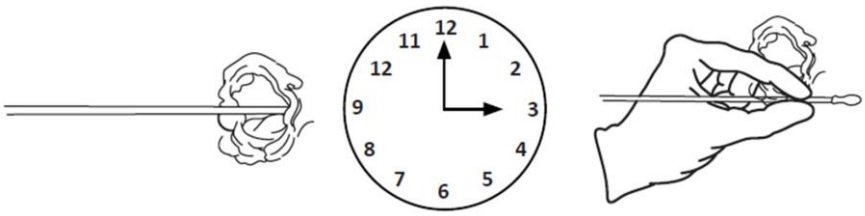
✓ Medir com uma régua o segmento marcado e anotar resultados em cm para comparação posterior.

✓ Deve-se respeitar o orifício no qual se realiza a medição e ter o cuidado paranão ampliá-lo durante o procedimento.

12. Técnica de Mensuração do Solapamento da Ferida

Solapamento é o descolamento do tecido subjacente da pele íntegra devido à destruição tecidual.

✓ Introduzir sonda uretral número 10 na ferida.
✓ Fazer varredura da área no sentido horário.
✓ Identificar o ponto de maior descolamento tecidual (direção em horas). A referência de 12 horas deverá estar no sentido cefálico.
✓ Marcar na espátula o ponto mais próximo da borda.
✓ Medir na régua o segmento marcado.
✓ Registrar na ficha o tamanho (cm) e direção (H) da medida feita para comparação posterior.
Exemplo: 2 cm em direção a 3 horas.



13. Técnica de Mensuração da Circunferência dos Membros Inferiores

- ✓ Posicionar fita métrica a 10 cm acima do maléolo medial e na região maisdesenvolvida da panturrilha.
- ✓ Anotar as medidas do membro afetado e do contralateral.
- ✓ Comparar os resultados para avaliar edema.

14. Escala de Dor

O controle da dor deve ser considerado como elemento primordial no tratamento de feridas, pois interfere diretamente na adesão ao tratamento. Alguns autores apontam como5º sinal vital.

A dor será avaliada em escala numérica, sendo 0 a ausência de dor e 10 a pior dor sentida e referenciado pelo paciente.

Deve-se assim, avaliar a intensidade e qualidade da dor, a cada e realizado, com a preocupação de alivio para queixa do usuário.

15. Edema

Para determinar a intensidade do edema, emprega-se a seguinte técnica:

✓ Com a polpa digital do polegar ou do indicador faz-se uma compressão firme e sustentada, de encontro a uma estrutura rígida, subjacente à área em exame;

✓ Avalia-se a profundidade do cacifo (fóvea) formado a partir da pressão do dedo sobre os tecidos contra a estrutura óssea. Quanto mais profundo o cacifo (depressão), maioro número de cruzes.

Classificação do Edema	
0 / 4+	sem edema
1+ / 4+	leve cacifo, até 2mm
2+ / 4+	cacifo < 5mm, mas com pé e perna com contornos definidos
3+ /4+	cacifo entre 5 e 10mm, acompanhado por pé e pernas edemaciados
4+ / 4+	cacifo > 1cm acompanhado por edema severo da perna e pé

16. Exsudato

Característica:

✓ Seroso

✓ Sero sanguinolento

✓ Sanguinolento

✓ Purulento

Umidade:

✓ Considerar na troca do curativo:

Status	Indicadores		
	Leito da Ferida	**Curativo**	**Ao redor**
Seco	Leito da ferida está seco; não há nenhum sinal visível de umidade	Curativo primário não está marcado; o mesmo pode estar aderido à ferida	Pele pode ser escamosa, atrófica e com hiperqueratose
Úmido	Pequenas quantidades de fluidos são visíveis quando curativo é removido; leito da ferida pode aparecer brilhante	Curativo primário pode ser levemente marcado; a frequência da troca de curativos é apropriada	A pele é provável que esteja intacta, hidratada, sem nenhuma lesão
Molhado	Pequenas quantidades de fluidos são visíveis quando o curativo é removido	Curativo primário está amplamente marcado e molhado; trocas de curativos são requeridas mais frequentemente que de costume	Áreas fragmentadas ou sinais iniciais de maceração podem ser aparentes na região perilesional
Saturado	Fluido livre é visível quando o curativo é removido	O curativo primário está molhado e extravasamento ocorre; trocas de curativos são requeridas mais frequentemente que de costume	A pele ao redor da ferida pode estar macerada ou lesionada

Vazamento	Fluido livre é visível quando o curativo é removido	Curativos estão saturados e exsudato está escapando do curativo primário e secundário ou para a roupa ou fora dela; trocas de curativos são requeridas mais frequentemente que o habitual	Pele perilesional é susceptível de estar macerado ou desnudada com envolvimento extenso

Odor:

✓ Ausente

✓ Discreto

✓ Acentuado

17. Pele ao Redor da Ferida

Característica:

✓ Intacta.

✓ Prurido.

✓ Dermatite.

✓ 1+/4+: presença de hiperemia ou descamação na área periférica.

✓ 2+/4+: presença de hiperemia ou descamação que ultrapassa a área periférica.

✓ 3+/4+: hiperemia associada a descamação.

✓ 4+/4+: presença de hiperemia associada com pontos de exsudação em área além da periférica, podendo ou não estar associada à descamação.

✓ Eritema.

✓ Macerada.
✓ Descamação.

18. Exames Complementares

Verificar se os pacientes têm exames recentes em prontuário eletrônico, e avaliar a necessidade de solicitar novos exames de acordo com a conduta médica.

19. Procedimentos para a medida de peso, Coberturas, Soluções, Cremes e Pastas Padronizados Pela SMS de Presidente Prudente

19.1 Antimicrobianos Tópicos

Os objetivos do tratamento tópico com o uso de antimicrobianos devem incluir: prevenir a progressão da colonização crítica da ferida para o estado de infecção mais invasivo, reduzindo desse modo o uso de antibióticos; promover o retorno ao processo normal de cicatrização; tratamento da colonização crítica ou infecção crítica local sem recorrer a antibióticos; conseguir uma resolução mais rápida da infecção local em conjunto com antibióticos; melhorar a experiência do paciente por corretamente diagnosticar a causa e controlar odor, extravasamento de exsudato e dor local.

Os antimicrobianos são agentes capazes de matar (biocida) ou inibir (biostáticos) microorganismos, com uma acividade potencial de largo espectro contra microorganismos causadores de infecção, como bactérias gram-positivo, gram-negativo, aeróbio e anaeróbio, fungos e esporos habitualmente encontrados no biocarga da ferida. Muitos agentes antimicrobianos podem adversamente afetar o tecido humano. Portanto, deve ser realizada uma avaliação criteriosa entre eficácia

antibacteriana e pode ter citotoxicidade no critério de escolha do antimicrobiano.

Os antimicrobianos tópicos ativos são ideais para fornecer a concentração antimicrobiana elevada e sustentada no local da infecção, porém, devido à sua natureza, não podem ser utilizados para tratar a infecção dos tecidos profundos e podem causar reações locais na pele e leito da ferida, como hipersensibilidade ou dermatite de contato ou alterar a flora natural da pele, interferindo no processo cicatrização de feridas.

É importante também atentar para as contraindicações de cada antimicrobiano tópico ativo, bem como para a recomendação de tempo de utilização, para evitar o uso indiscriminado.

Biofilme

Os biofilmes, os quais podem estar presentes sem a presença de sinais clínicos de infecção, porém, sua presença tem sido implicada na cronicidade da ferida. Eles são invisíveis a olho nu, não podem ser detectado por culturas de rotina e são extremamente difíceis de erradicar. Nem todos os biofilmes são prejudiciais, mas algumas comunidades podem ser equivalentes a uma infecção na ferida, retardando o processo de cicatrização como resultado. A tentativa do organismo para livrar a ferida de um biofilme estimula uma resposta inflamatória crônica, que libera altos níveis de espécies reativas de oxigênio (ROS) e proteases. Estas substâncias, apesar de auxiliarem na quebra dos anexos entre o tecido e os biofilmes, também impedem potencialmente o processo de cicatrização.

Formação de biofilmes

Células planctônicas recebem estímulos que os conduzem a aderir a alguma superfície. Esses estímulos que influenciam a adesão microbiana são tipo e propriedades dos materiais, presença de material orgânico, pH e temperatura.
Etapas que descrevem a formação de biofilme incluem:

- ✓ Pré-condicionamento do substrato;
- ✓ Transporte de célula bacteriana para a superfície;
- ✓ Adsorção de células da superfície;
- ✓ Adesão celular permanente no substrato;
- ✓ Produção de EPS e multiplicação celular;
- ✓ Desprendimento de células do biofilme.

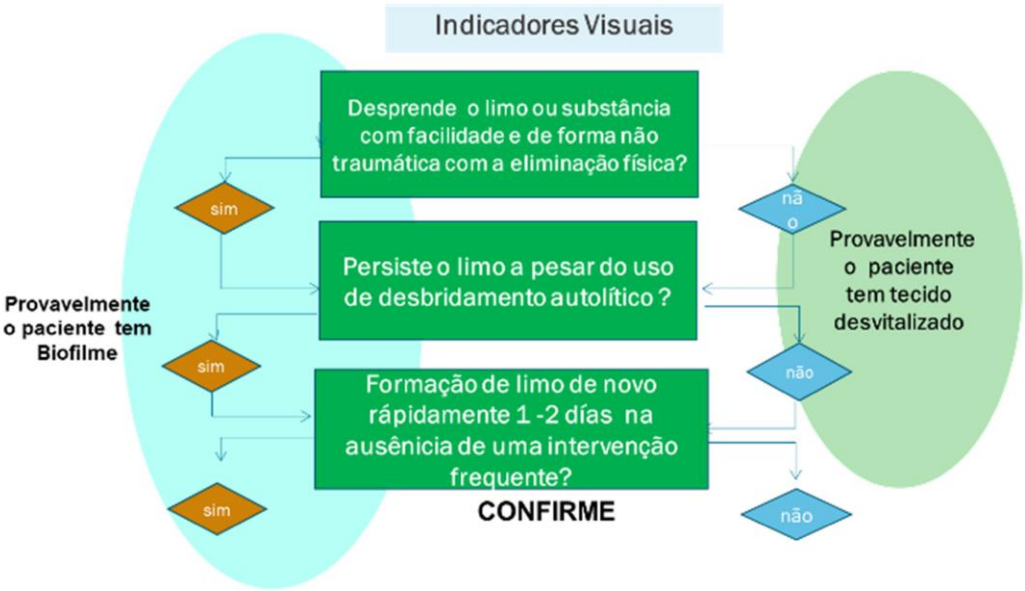
Inicialmente, ocorrem interações entre a bactéria e a superfície do material impulsionado por forças, como hidrofóbicas, eletrostáticas e Van der Waals.

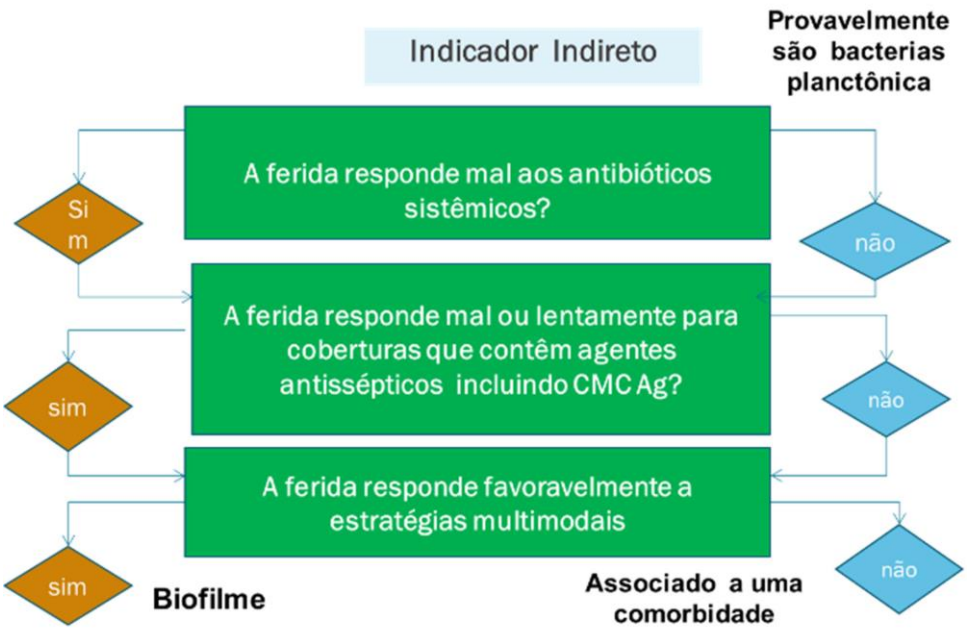
Na segunda fase, o biofilme é estabelecido na superfície através de reações moleculares e apenas na etapa subsequente que a maturação ocorre e as características estruturais do biofilme são desenvolvidas.

Na quarta e última etapa, as células no biofilme retornam para vida planctônica como novos colonizadores iniciando novos ciclos de contaminação.

[MF5] Comentário: Relizado Revisão do conceito de biofilme.

Para a identificação do biofilme, adotaremos o seguinte algoritmo:


Indicadores Visuais
Desprende o limo ou substância com facilidade e de forma não traumática com a eliminação física?
sim
não
Persiste o limo a pesar do uso de desbridamento autolítico ?
Provavelmente o paciente tem Biofilme
Provavelmente o paciente tem tecido desvitalizado
sim
não
Formação de limo de novo rápidamente 1 -2 días na ausênicia de uma intervenção frequente?
sim
não
CONFIRME



Para a identificação de infecção de compartimento profundo e infecção superficial, adotaremos a seguinte avaliação:

Recomenda-se a utilização de balança eletrônica ou mecânica, certificando-se de que estas se encontram calibradas e em bom funcionamento, a fim de se garantir a qualidade das medidas coletadas. **A medida de peso deve ser realizada em todas as consultas e grupos de gestantes**. Tendo-se como base uma balança de adulto, tipo plataforma, cuja escala tenha intervalos de até 100 gramas, devem ser feitos os seguintes procedimentos:

✓ Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada;

✓ A gestante descalça e vestida apenas com avental ou roupas leves, deve subir na plataforma e ficar em pé, de costas para o medidor, com os braços estendidos ao

longo do corpo e sem qualquer outro apoio;

✓ Leia o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor;

✓ Anote o peso encontrado no prontuário eletrônico e na Caderneta da Gestante.

19.2 Creme de Sulfadiazina de Prata

Composição: sulfadiazina de prata a 1% hidrofílica.

Mecanismo de ação: atua contra uma grande variedade de microorganismos, como: bactérias gram negativas e positivas, fungos, vírus e protozoários, age na parede e membrana celular dos microorganismos, inibe crescimento microbiano pela ligação nas núcleo-proteínas, resultando em ação bactericida e basteriostática.

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

Contra indicação: Presença de hipersensibilidade aos componentes; disfunção renal ou hepática, leucopenia transitória, raríssimos casos de hiposmolaridade, raríssimos episódios de aumento da sensibilidade à luz solar. Mulheres grávidas, crianças menores de dois meses de idade e recém-nascido prematuro, devido ao risco de Kernicterus, causado pelo bilirrubinemia.

Modo de usar: remover o excesso de pomada e tecido desvitalizado. Lavar a ferida e aplicar o creme, assepticamente, em toda extensão da lesão (5 mm de espessura). Colocar gaze de contato úmida. Cobrir com curativo estéril.

Periodicidade de troca: no máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada. No momento da troca a pomada pode apresentar aspecto purulento devido a sua oxidação sem, contudo, apresentar infecção real.

Exemplo comercial: Dermazine®; Pratazine®

Aplicação:

✓ Proceder à limpeza conforme a técnica de jato;

✓ Remover exsudato e/ou tecido desvitalizado se necessário;

✓ Secar a pele adjacente à lesão;

✓ Aplicar uma fina camada do creme sobre o leito da ferida;

CONDUTA TERAPÊUTICA		
Atuação local com uso de antimicrobiano tópico (cobertura com prata iônica)	**Atuação local com uso de antimicrobiano tópico (cobertura com prata iônica) mais antibioticoterapia sistêmica via oral**	**Atuação local com uso de antimicrobiano tópico (cobertura com prata iônica) mais antibioticoterapia sistêmica via intravenosa**
SINAIS E SINTOMAS		
Infecção Superficial Ausência de cicatrização Aumento do exsudato Tecido de granulação friável Detritos na Ferida Odor na Ferida	**Infecção no Compartimento Profundo** Aumento da Dor Aumento do tamanho da ferida Aumento da temp.na pele circundante Presença de lesões satélites Aumento do exsudato Prolongamento do Eritema, Dor e Edema	**Infecção Sistêmica** Febre Arrepios Frio Hipotensão Falência de múltiplos órgãos

19.3 Ácido Graxo Essencial/ Protetor Cutâneo

Conceito/Composição: Triglicerídeos de cadeia média, compostos por óleo vegetal cuja composição: ácido linoleico, ácido caprílico, vitamina A e lecitina de soja.

Mecanismo de Ação: Os AGE auxiliam no desbridamento autolítico; têm função bactericida contra *S. aureus;* são capazes de alterar funções leucocitárias modificando reações inflamatórias e imunológicas, promovem a quimiotaxia e angiogênese, além de acelerar o processo de granulação por manter o ambiente úmido. São utilizados no tratamento de feridas abertas com ou sem infecção e profilaxia de ulceras de decúbito, por formar uma película protetora sobre a pele previnindo escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporcionando nutrição celular local.

Contraindicação: sensibilidade ao produto.

Aplicação: Uso em pele integra e diretamente no leito da ferida.

Observações: o AGE poderá ser associado ao alginato de cálcio, carvão ativado e outros tipos de coberturas.

✓ Odor: usar carvão ativado com prata. Em caso de baixa exsudação, associar com hidrogel.

✓ Exposição Óssea ou Tendinosa: utilizar hidrofibra de carboximetilcelulose.

✓ Infecções: verificar sinais de infecção (dor, calor, rubor, edema e aumento da exsudação). Combinar com carvão ativado se houver odor.

✓ Cavidade: toda cavidade deverá ser parcialmente preenchida, lembrando que os produtos saturam e se expandem. Opções de coberturas: hidrogel e fibras 100% de carboximetilcelulose. O hidrogel poderá ser associado às outras coberturas conforme o volume de exsudato.

Técnica do curativo: Devemos atentar que o AGE pode provocar hipersensibilidade e requerem troca diária, até que a cobertura secundária esteja saturada ou máximo em 24 horas.

- ✓ Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até se soltar, cuidado para não promover trauma;
- ✓ Remover tecidos desvitalizados;
- ✓ Realizar a limpeza com S.F. 0,9%;
- ✓ Passar AGE sobre o tecido perilesional e a lesão;
- ✓ Colocar gaze embebida em AGE sobre a lesão;
- ✓ Realizar o enfaixamento do local.

19.4 Hidrocoloide Em Placa Extra Fino

[MF6] Comentário: Revisar indicação, critérios, cuidados, ténica, etc...

Descrição: Curativo hidroativo estéril, em forma de placa, composto por duas camadas, sendo a externa composta por filme de poliuretano impermeável a líquidos e comprovada barreira bacteriana e viral. A interna, composta por três hidrocoloides (gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica), poliisobutileno e matriz de polímeros elastoméricos. Em forma de placa extra-fina, recortável e homogênea de borda a borda com espessura medindo 0,52mm.

Indicações: Para lesões pouco exsudativas, promove desbridamento autolítico com a remoção natural do tecido desvitalizado, prevenção de úlcera de pressão e utilização em feridas cirúrgicas.

Aplicação:

✓ Lavar a ferida apenas com soro fisiológico;

✓ Em feridas cavitárias, preencher com hidrogel;

✓ Aplicar o hidrocoloide com cerca de 2 ou 3 cm além da borda da ferida.

Troca:

O momento da troca é sete dias ou quando o hidrocoloide saturar

19.5 Hidrocolóide em Placa

[MF7] Comentário: Revisar!!

Descrição: Curativo hidroativo estéril, em forma de placa, composto por duas camadas, sendo a externa composta por uma espuma de poliuretano impermeável

a líquidos e comprovada barreira bacteriana e viral. A interna, composta por três hidrocoloides (gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica), poliisobutileno e matriz de polímeros elastoméricos. Recortável e homogênea de borda a borda.

Indicações: Para lesões de moderado exsudato, promove desbridamento autolítico com a remoção natural do tecido desvitalizado mantendo o meio úmido ideal para a cicatrização.

Aplicação:

✓ Lavar a ferida apenas com soro fisiológico.

✓ Em feridas cavitárias, preencher com hidrogel.

✓ Aplicar o hidrocoloide com cerca de 2 ou 3 cm além da borda da ferida.

Trocas:

✓ O momento da troca é sete dias ou quando o hidrocoloide saturar.

19.6 Cobertura Adesiva Com Hidrofibra e Hidrocoloide na Camada Externa

Composição: camada externa de espuma de poliuretano e outra interna composta de gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica.

Mecanismo de ação: Estimulam a angiogênese (devido hipóxia no leito da ferida), absorvem pequena quantidade de exsudato, mantém a umidade, proporcionam alívio da dor, mantém a temperatura em torno de 37°C, ideal para o crescimento celular, promovem o desbridamento autolítico.

Indicação: Placa: feridas rasas, com o mínimo ou sem exsudato; queimaduras superficiais, prevenção ou tratamento de úlceras de pressão não infectadas. Pasta: feridas profundas e cavitárias, com o mínimo de exsudato com ou sem tecido desvitalizado

Contraindicação: feridas colonizadas ou infectadas. Feridas com tecido desvitalizado ou necrose e queimaduras de 3ºgrau.

Modo de usar: Proceder à limpeza conforme a técnica de jato; remover exsudato e/ou tecido desvitalizado se necessário; secar a pele adjacente à lesão; nos casos de placa: escolher o curativo com o diâmetro que ultrapasse a borda da ferida em pelo menos 3cm; nos casos da pasta: aplicar a pasta no leito da ferida, utilizando uma seringa de 20ml. Nas trocas do curativo não remover a pasta quando estiver aderida à lesão; Ocluir com curativo secundário estéril.

Periodicidade de troca: a cada um a sete dias, dependendo da quantidade de exsudação.

Vantagens: é à prova d'água e lavável, retém odores, tem boa aparência e formas variadas que possibilitam adequação à área cruenta, podendo inclusive ser empregado em lesões das articulações.

Desvantagens: a pele poderá ficar macerada se a exsudação se tornar abundante.

Exemplo comercial: Comfeel®; Duoderm®; Hydrocoll®; Tegasorb®

[MF8] Comentário: Atualizado macanismo de ação, indicação e modo de usar.

19.7 Cobertura Absorvente Com Prata Nanocristalina

Conceito/Composição: Polietileno com nano partículas de prata reativas, com 5 camadas.

Mecanismo de ação: Apresenta-se em forma de placa, impregnado com prata, cuja função é a de inativar as bactérias retiradas do leito da ferida e retidas dentro da fibra da cobertura. Tem capacidade de absorver de moderado a intenso exsudato formando um gel coeso que se adapta à superfície da ferida formando meio úmido, provendo desbridamento autolítico. Sua absorção ocorre na vertical e horizontal.

Indicações: Ferida com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção, com ou sem tecido necrótico, feridas cavitárias, queimaduras de profundidade parcial (2º grau) e feridas estagnadas. **Contra-indicações:** Presença de hipersensibilidade aos componentes; disfunção renal ou hepática, leucopenia transitória, raríssimos casos de hiposmolaridade, raríssimos episódios de aumento da sensibilidade à luz solar.

Aplicação:

- ✓ Aplicar diretamente sobre a ferida de forma que ultrapasse a borda da ferida em pelo menos 1 cm em toda a sua extensão;
- ✓ Remover da embalagem e umedecer com água destilada estéril (não utilizar
- ✓ solução fisiológica salina); deve ser re-umidificado diariamente;
- ✓ Aplicar cobrindo a ferida com lado azul voltado para ferida;
- ✓ Fixar a membrana com um curativo secundário apropriado para manter umidade na ferida; se necessário, molhar o curativo para facilitar a remoção sem trauma.

OBS.: incompatível com produtos a base de óleo, com petrolato.

Periodicidade de trocas: Trocar quando houver saturação da cobertura ou extravasamento de exsudato, não ultrapassando 7 dias após a aplicação.

[MF9] Comentário: Realizado revisão.

19.8 Bandagem de Estiramento Curto com Óxido de Zinco/ Terapia compressiva:

Definição: fibras têxteis inelásticas com impregnada de pasta não solidificável, de óxido de zinco, acácia, glicerina, óleo de rícino e vaselina.

Mecanismo de Ação: terapia de contenção, desenvolvida com fibras predominantemente inelásticas, que por essa característica, cria uma pressão elevada com a contração muscular durante a marcha, mas ao repouso essa pressão é diminuída. Tem uma ação mais efetiva no sistema venoso superficial e profundo em comparação com bandagens com o estiramento médio ou longo.O óxido de zinco presente na bandagem confere função adstringente, bactericida e antiinflamatória.

Indicações: úlcera venosa, úlcera de pacientes portadores de hanseníase e edema. Obs.: Recomendado apenas para pacientes que deambulam.

Contraindicação: Essa terapia é contraindicada à usuários com úlceras arteriais e mistas; em indivíduos com sensibilidade ao produto ou a seus componentes; em casos de celulite, DPOC, trombose venosa profunda e processo inflamatório intenso.

Aplicação:

✓ Fazer a aplicação com a pessoa em repouso de pelo menos 15 min com as pernas elevadas.

✓ Por ter componentes que auxiliam na hidratação da pele perilesional, retire um pouco da pasta aplicando-a no membro em que será colocado a bandagem.

✓ Com o membro do paciente a 90° em relação a sua outra perna, passe a bandagem preferencialmente em técnica em oito e não em espiral, pois dessa forma

confere menor risco de deslocamento da bandagem, além de fornecer maior resistência.

✓ A aplicação deve ser feita da região metatársica dos dedos até 3 cm abaixo do joelho.

✓ A bandagem deve envolver a perna de forma suave evitando deixar aberturas, rugas ou de forma a apertar o membro.

✓ Aplique gaze para absorver a secreção ou exsudato sobre a bandagem e uma atadura elástica para fazer a compressão.

Trocas: A cada sete dias. Levante a extremidade da bandagem e desenrole sem cortar.

[MF10] Comentário: Realizado revisão.

19.9 Hidrogel com Alginato de Cálcio e Sódio

[MF11] Comentário: Realizado revisão.

Definição: Gel hidratante e absorvente para feridas, composto de alginato de cálcio e sódio e carboximetilcelulose sódica num excipiente aquoso, transparente e viscoso.

Mecanismo de Ação: Apresenta a capacidade de absorver o exsudato, hidrata feridas secas e necróticas facilitando a remoção de tecido desvitalizado, além de criar um ambiente cicatricial úmido ideal que favorece o processo natural de cicatrização da ferida.

Indicação: Feridas abertas com tecido vitalizado ou desvitalizado; Queimaduras de 2º e grau; Úlceras venosas e lesão por pressão.

Contraindicação: Pele íntegra; Feridas operatórias fechadas; Feridas muito exsudativas; Fístulas; Queimaduras de 3º grau; Lesões com exposição de tendões e ossos.

Limpeza Da Ferida E Aplicação Do Gel:

✓ Limpar a ferida com solução fisiológica

✓ Secar a área ao redor da ferida

✓ Levantar a tampa do tubo e aplicar o gel diretamente dentro da ferida

- ✓ Não exceder o nível da pele ao redor da ferida
- ✓ Aplicar o curativo secundário que retenha a umidade

Frequência de Troca: a cada 24 horas até 3 dias dependendo da avaliação da lesão nos casos de curativos com gaze ou bandagem ou aqueles com a finalidade de desbridamento autolítico e, até 7 dias para os com placas. Quando utilizado com gaze como cobertura troca a cada 24hs. Pode permanecer por até 7 dias quando associado com algumas coberturas como por exemplo hidrocolóide ou hidrofibra. Feridas infectadas troca no máximo a cada 24hs. Feridas com necrose troca no máximo cada 72hs.

19.10 Carvão Ativado com Alginato

[MF12] Comentário: Realizado revisão.

Composição: Carvão Ativado com Prata Recortável é um curativo primário e/ou secundário composto de tecido de carvão ativado impregnado com prata (0,15%), prensado entre duas camadas de rayon / poliamida.

Indicação: controle de odores provenientes da ferida e leve controle bactericida

Mecanismo de ação:O tecido de carvão ativado absorve os gases voláteis, responsáveis pelo mau cheiro e os microorganismos produtores desta substância. A prata impregnada no tecido de carvão exerce efeito bactericida sobre os microorganismo auxiliando no controle de infecção da ferida. As camadas de rayon / poliamida são não aderentes, semi-permeáveis, isolantes térmicos e absorventes. A não aderência confere propriedades ao curativo de evitar a perda do tecido neoformado no momento de remoção ou troca do mesmo.
A característica de isolante térmico assegura a manutenção no leito da lesão da temperatura ótima para estimular a epitelização da ferida.

Aplicação:

- ✓ Promover limpeza da ferida com SF 0,9% em jato anteriormente à 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 parafora 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.

19.11 Terapia de Feridas por Pressão Negativa

Descrição do dispositivo

O dispositivo foi concebido para administrar uma Terapia de Feridas por Pressão Negativa sobre uma ferida, num ambiente fechado, com vista a remover exsudatos do local da ferida para um recipiente descartável, podendo ajudar a promover a cicatrização da ferida através da remoção de fluidos, incluindo irrigação e fluidos corporais, exsudatos da ferida e materiais infeciosos.

Definição do modo de terapia - Mecanismo de ação

O dispositivo inclui dois modos de terapia: Contínuo e Intermitente.

Instruções clínicas

Antes de colocar a terapia, o profissional de saúde que tratar a ferida tem de avaliar a melhor utilização do sistema para a ferida específica. É importante avaliar com cuidado a ferida e o paciente para garantir que as indicações clínicas da Terapia de Feridas por Pressão Negativa (TFPN) são cumpridas.

As instruções devem incluir:

• Local, tamanho e tipo de ferida
• Kit do curativo de ferida
• Definições de pressão
• Frequência da mudança do curativo
• Curativos auxiliares

Indicações de utilização

A terapia está indicada para pacientes que beneficiem de um dispositivo de sucção (Terapia de Feridas por Pressão Negativa), uma vez que poderá promover a cicatrização através da remoção de fluidos, incluindo fluidos corporais ou de irrigação, exsudatos de feridas ou materiais infecciosos.

Os tipos de ferida apropriados incluem:

• Crônica
• Aguda
• Traumática
• Feridas subagudas e deiscências
• Úlceras (de pressão ou diabéticas)
• Queimaduras de espessura parcial
• Retalhos e enxertos

Contra-Indicações A utilização do tratamento por Pressão Negativa está contra-indicada na presença de:

• Osteomielite não tratada
• Artérias, veias, órgãos ou nervos expostos
• Tecido necrótico com presença de escara
• Ferida maligna (excetuando cuidados paliativos para melhorar a qualidade de vida)
• Fístulas não entéricas e não exploradas
• Locais anastomóticos expostos

19.12 Produtos não padronizados pela SMS de Presidente Prudente

Uso de produtos para realização de curativos que não são padronizados pela SMS não tem o respaldo institucional e não são fornecidos pela SMS. Alguns produtos como:

✓ Colagenase: foi retirada da padronização devido à sua indicação restrita, ou seja, 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. Também exige sua troca 2 vezes ao dia.

✓ Antibióticos tópicos: segundo orientação da ANVISA, a eficácia da antibioticoterapia tópica é extremamente limitada. A não indicação ocorre devido ao aumentoda colonização por agentes resistentes.

✓ Neomicina: Apesar de continuar na padronização, à sua indicação é 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.

✓ Produtos de uso culinário: (exemplo, óleo de girassol, açúcar, mamão etc.). Sua fabricação é destinada à alimentação, não existindo comprovação científica da sua eficácia em tratamento de feridas. Existem controvérsias quanto à indicação de uso e intervalo de trocas. Os pacientes que não estiverem dentro do Protocolo de Assistência aos Portadores de Feridas, ou seja, utilizando as coberturas especiais, deverão ser acompanhados pela Unidade de Saúde e os curativos serão realizados com gaze embebida com soro fisiológico 0,9% e com trocas diárias.

20. Operacionalização

Público Alvo

Pessoas residentes no município de Presidente Prudente - SP, com cadastro na rede publica e risco para desenvolvimento ou acometidas por ferida.

Critérios

✓ Enquadrar-se no público alvo.

✓ Agendar consulta com o enfermeiro para avaliação do caso e definição de conduta.

✓ Assumir a responsabilidade sobre a continuidade do tratamento, através do preenchimento do Termo de Compromisso (**anexo I**).

✓ Os pacientes que não aceitarem assinar o Termo de Compromisso não serão tratados com coberturas, e sim somente com tratamento convencional.

✓ Todos os pacientes que tenham feridas serão atendidos com curativo convencional (soro e gaze) enquanto aguardam a consulta de enfermagem. E a definição deprioridade para inserção no tratamento com coberturas especiais será a partir dos fatores de risco para agravamento do quadro geral.

Capacidade Operacional

A admissão de pacientes para tratamento com as coberturas pressupõe agendamento prévio de consulta com o enfermeiro que o acompanhará.

Acompanhamento

Os pacientes serão acompanhados por toda a equipe de saúde, levando em consideração as atribuições de cada profissional e as particularidades de cada paciente. A primeira avaliação será realizado pelo enfermeiro, que o encaminhará à consulta médica após suas condutas iniciais, se necessário. As trocas das

coberturas ocorrerão de acordo com a evolução da ferida e critério do profissional de saúde, obedecendo ao recomendado para cada produto.

As consultas médicas de retorno ocorrerão de acordo com os agendamentos e/ou quando se fizerem necessárias. Os pacientes que receberem alta do curativo deverãocomparecer a (2) dois retornos: o primeiro com 15 dias e o segundo com 30 dias para reavaliação da região afetada, bem como do seu estado geral.

Aqueles pacientes cuja ferida apresentar estagnação total por *três meses consecutivos*, não associados à infecção ou comprometimentos sistêmicos, deverão ser encaminhados pelo médico à dermatologia para realização de biópsia e diagnóstico diferencial.

21. Critérios de Desligamento

1 - Cura:

✓ Epitelização completa da ferida.

2 - Abandono:

✓ Faltar ao retorno agendado sem comunicação prévia e sem resposta à busca ativa.

✓ Não seguir corretamente as orientações dadas pelos profissionais da equipe de saúde ou não concordar com elas.

3 - A pedido:

✓ Desligamento solicitado pelo paciente.

Encaminhamento: Encaminhado para outro serviço de saúde para continuidade do tratamento.

3 - Falência do tratamento:

✓ Após 6 meses de tratamento sem evolução satisfatória. Nestes casos, manter curativo convencional após desligamento.

4 - Óbito.

22. Atribuições

✓ Identificar, avaliar e acompanhar os usuários da sua área de abrangência, acometidos por feridas.

✓ Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e estabelecimento de vínculo.

✓ Realizar ações de vigilância à saúde, através de monitoramento de ações em grupos prioritários na comunidade e na família, como busca ativa, visitas domiciliares, discussão de casos de pacientes que não aderiram ao tratamento (avaliar motivos pelos quais o usuário não está seguindo as orientações de tratamento de feridas).

✓ Fazer acompanhamento contínuo dos usuários nos casos agudos ou nos casos crônicos.

✓ Estar em contato permanente com as famílias/cuidadores desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como estimulando a autonomia e o autocuidado, de acordo com o planejamento da equipe.

✓ Discutir em equipe casos de difícil evolução e determinar plano terapêutico alternativo.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

✓ Realizar escuta qualificada/humanizada das necessidades dos usuários portadores de feridas.

✓ Identificar, informar e encaminhar à equipe os usuários acamados e/ou acometidos por feridas, de sua área adscrita.

✓ Fazer acompanhamento contínuo dos usuários nos casos agudos ou nos casos crônicos.

✓ Identificar os usuários ou cuidadores que não aderiram às atividades programadas no “Protocolo Inicial para o Manejo e Tratamento de Feridas da Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Prudente” e comunicar à equipe os

casos em que a sensibilização não foi suficiente.

✓ Acompanhar a equipe assistencial no tratamento domiciliar, sempre que solicitado.

✓ Contribuir com a identificação de cuidadores ou de rede social de apoio para usuários dependentes de cuidados.

AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

✓ Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento.

✓ Receber o paciente, acomodando-o em posição confortável e que permita boa visualização da ferida.

✓ Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser executado.

✓ Registrar o conjunto de produtos e materiais utilizados e fornecidos.

✓ Explicar a técnica do soro em jato para o paciente no primeiro atendimento.

✓ Executar curativo simples (lesões agudas de pequena extensão, escoriações, ferimento corto contuso).

✓ Executar o curativo complexo (lesões crônicas, ferida operatória com presença de secreção ou sangramento, feridas com drenos) conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão do enfermeiro.

✓ Orientar o paciente quanto à data do retorno, cuidados específicos e gerais.

✓ Registrar o consumo dos produtos e materiais utilizados e fornecidos.

✓ Registrar o procedimento executado no prontuário eletrônico, caracterizando o aspecto da ferida, queixas do paciente e conduta.

✓ Organizar a sala de atendimento.

✓ Proceder à limpeza do instrumental.

✓ Fazer a desinfecção de superfície.

ENFERMEIRO

✓ Realizar consulta de enfermagem.

✓ Solicitar hemograma, glicemia de jejum e albumina sérica, hb glicada quando houver indicação, desde que não haja resultados com período inferior a seis meses.

✓ Prescrever, quando indicado, as coberturas, soluções, cremes e pasta para curativos, conforme padronizado neste protocolo (anexo II).

✓ Informar ao paciente sobre a indicação do produto prescrito e os cuidados para sua manutenção.

✓ Executar o procedimento de prevenção ou curativo e/ou orientar a equipe de enfermagem na sua realização.

✓ Realizar desbridamento instrumental, quando necessário.

✓ Encaminhar o paciente para avaliação médica, para determinação da etiologiada ferida e em caso de intercorrências.

✓ Definir o desligamento do paciente conforme os critérios estabelecidos.

✓ Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de prevenção e tratamento de feridas.

✓ Registrar a dispensação e verificar o consumo de coberturas para curativos.

✓ Solicitar os produtos pelo pedido via sistema conforme dada estabelecida pelo setor de suprimento e utilizar o “Mapa mensal de requisição e controle de dispensação de coberturas, soluções, cremes e pasta para tratamento de feridas”.

FISIOTERAPIA

✓ Realizar a avaliação do quadro cinético-funcional; encaminhamento ao serviço especializado se necessário.

✓ Realizar orientação de cuidados pessoais curativos e preventivos de novas lesões através de adaptações e mudanças de posicionamento.

✓ Realizar orientações de exercícios para melhora da circulação para redução do edema, melhora do tônus muscular e da mobilidade.

✓ Orientar exercícios que possam ser realizados em domicílio para auxiliar no tratamento.

✓ Orientar o uso de calçados adequados.

MÉDICO

✓ Avaliar clinicamente o paciente e definir o risco de desenvolvimento de lesãoou definir a etiologia da ferida.

✓ Prescrever o tratamento tópico e/ou terapia compressiva conforme padronizados neste protocolo, além do tratamento sistêmico das comorbidades e complicações/ocorrências da ferida.

✓ Antibioticoterapia racional conforme avaliação.

✓ Solicitar exames, se necessário.

✓ Encaminhar o paciente para interconsulta com especialista, solicitando contra referência, quando necessário.

✓ Acompanhar a evolução do quadro clínico junto à equipe de enfermagem da unidade de saúde.

✓ Programar retorno conforme quadro clínico.

23. Consultas de Enfermagem

Primeira Consulta

✓ Avaliar o paciente (anamnese e exame físico direcionado, com avaliação detalhada da área em risco ou acometida).

✓ Registrar as informações relativas ao perfil sócio-econômico-cultural do paciente, ao exame clínico, aos achados laboratoriais e àquelas relacionadas à doença de base e à ferida.

✓ Informar sobre normas do serviço, esclarecer dúvidas e apresentar ao paciente o Termo de Compromisso referente ao tratamento da ferida com coberturas especiais. O paciente só iniciará o tratamento com estas coberturas após concordância e assinatura do termo por ele ou seu responsável.

✓ Solicitar hemograma, glicemia de jejum e albumina sérica, hb glicada quando houver indicação, desde que não haja resultados com período inferior a seis meses.

✓ Definir e prescrever o tipo de curativo indicado para a prevenção ou o tratamento da ferida (coberturas, soluções, cremes e pasta padronizadas pela SMS/PPTE), considerando as condições gerais e clínicas do paciente (queixa de dor, condições higiênicas, aceitação do tratamento e a capacidade de assumir os cuidados necessários para a manutenção da cobertura) e específicas da ferida (etiologia, presença, volume e aspecto do exsudado, área e profundidade da ferida e sinais clínicos de infecção).

✓ Realizar o curativo ou delegá-lo à equipe de enfermagem sob sua supervisão.

✓ Registrar a dispensação da cobertura.

✓ Realizar se necessário, o desbridamento instrumental, desde que tenha habilidade.

✓ Determinar a periodicidade da troca do curativo.

✓ Fazer recomendações ao paciente de acordo com os problemas detectados na avaliação (dieta, higiene, vestuário, calçados, repouso, hidratação oral, troca e

cuidado coma cobertura secundária, entre outros).

✓ Fazer encaminhamento para o médico da Unidade, e/ou outros serviços, se necessário.

✓ Agendar retorno.

Avaliações Subsequentes

✓ Avaliar e registrar as condições gerais de saúde e queixas do paciente.

✓ Avaliar aspecto do curativo anterior.

✓ Avaliar o aspecto da ferida ou área de risco.

✓ Reavaliar a indicação da cobertura utilizada, alterar a prescrição, se necessário, de acordo com o aspecto da lesão.

✓ Registrar a dispensação da cobertura em prontuário eletrônico.

✓ Mensurar a lesão quinzenalmente ou sempre que o profissional observar mudanças significativas.

✓ Registrar a evolução no prontuário eletrônico.

✓ Repetir exames laboratoriais quando:

houver suspeita de infecção da ferida (cultura do exsudado com antibiograma);se glicemia maior ou igual a 99 g/dl(glicemia de jejum);

se hemoglobina menor ou igual a 10 g/dl (hemograma 30 dias após);se albumina inferior a 3,0 g/dl;

✓ Trocar o curativo ou delegar ao auxiliar de enfermagem a execução do procedimento.

✓ Agendar retorno para troca do curativo ou protetor.

✓ Definir o desligamento do paciente conforme os critérios estabelecidos.

✓ Programar os retornos após a epitelização da ferida.

✓ Realizar as avaliações de retorno após o desligamento por cura, registrando na ficha de evolução e no prontuário eletrônico o aspecto da área de epitelização e considerações gerais.

OBS.: encaminhar para avaliação médica, quando houver alterações laboratoriais ou da lesão.

24. Orientações à Pacientes Acamados

✓ Limpeza frequente ou sempre que necessária, porém sem força ou fricção. Não usar água quente. Usar sabonete suave.

✓ Usar hidratante na pele.

✓ Não massagear as proeminências ósseas, nem áreas hiperemiadas.

✓ Não deixar a pele em contato com umidade de urina, fezes ou secreções.

✓ Proteger áreas de fricção com produtos protetores.

✓ Usar técnicas corretas para reposicionamento e mudanças de decúbito.

✓ Providenciar equipamentos para auxiliar na manutenção da atividade.

✓ Manter boa hidratação oral.

✓ Aumentar o consumo de proteínas, carboidratos e vitaminas, principalmente A,C e E, conforme avaliação individual do paciente.

✓ Orientar os pacientes 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.

✓ Evitar posicionar sobre o trocânter do fêmur em ângulo de 90º.

✓ Estabelecer protocolos de horários por escrito para reposicionamentos.

✓ Utilizar almofadas, travesseiros ou coxins para reduzir a pressão nas proeminências ósseas.

✓ Não utilizar almofadas com orifício no meio (roda d'água), pois aumentam a pressão na região central.

✓ Limitar o tempo que a cabeceira da cama fica elevada a mais de 30º, se as condições permitirem.

✓ Usar o lençol móvel com duas pessoas para movimentar o paciente (ao invésde

puxar ou arrastar).

✓ Utilizar colchão para alivio de pressão.

ENCAMINHAMENTO PARA ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

✓ Idosos acamados

✓ SAUDI ou ESF

✓ Pacientes com feridas sem evolução em 3 meses com tratamento ajustado.

Pacientes com feridas e diabéticos.

✓ UBS e ESF (NASF)

ENCAMINHAMENTO PARA ASSISTENTE SOCIAL

✓ Idosos ou pacientes dependentes que não aderem ao tratamento por fragilidade ou rompimento de vínculo familiar.

✓ Pacientes com dificuldades de acesso aos recursos necessários para cuidados gerais e principalmente da ferida.

✓ Dificuldade de entendimento paciente/família em relação às orientações.

25. Deliberações, Resoluções E Portaria SobreAtendimento De Enfermagem Realizado Pelo Enfermeiro

Resolução COFEN Nº 0501/2015

Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e da outras providências.

Finalidade

O presente documento contém informações técnicas referentes à avaliação do portador de lesão cutânea, a avaliação, classificação e tratamento da lesão incluindo os métodos de desbridamento do tecido necrótico.

Tem por objetivo estabelecer a atuação dos profissionais de enfermagem na

prevenção e tratamento das lesões cutâneas.
Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e da outras providências.

Resolução COFEN – 159 / 1993

Dispõe sobre a consulta de Enfermagem

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de sua competência, tendo em vista as deliberações do Plenário em sua 214ª Reunião Ordinária,

Considerando o caráter disciplinador e fiscalizatório do COFEN e dos Regionais sobre o exercício das atividades nos serviços de Enfermagem do País;

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

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

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

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

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

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

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

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

Resolve:

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

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

Rio de Janeiro, 19 de abril de 1993

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

Gilberto Linhares Teixeira – COREN-RJ nº 2.380 – Presidente

Resolução COFEN - 195 / 1997

Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso das atribuições previstas no artigo 8º, incisos IX e XIII da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, no artigo 16, incisos XI e XIII do Regimento da Autarquia aprovado pela Resolução COFEN-52/79 e cumprindo deliberação do Plenário em sua 253ª Reunião Ordinária,

Considerando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, no seu artigo 11, incisos I alíneas “i” e “j” e II, alíneas “c”, “f” , “g”, “h” e “i”;

Considerando o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, no artigo 8º, incisos I, alíneas “e” e “f” e II, alíneas “c”, “g” “g”, “h”, “i” e “p”;

Considerando as inúmeras solicitações de consultas existentes sobre a matéria;

Considerando que para a prescrição de medicamentos em programa de saúdepública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita

solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo;

Considerando os programas do Ministério da Saúde: “DST/AIDS/COAS”; “Viva Mulher”; “Assistência Integral e Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC)”; “Controle de Doenças Transmissíveis” dentre outros,

Considerando Manuais de Normas Técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde: “Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para SUS - Controle das Doenças Transmissíveis”; “Pré-Natal de Baixo Risco” - 1986; “Capacitação do Instrutor/Supervisor/Enfermeiro na área de controle da Hanseníase”

- 1988; “Procedimento para atividade e controle da Tuberculose”- 1989; “Normas Técnicas e Procedimentos para utilização dos esquemas Poliquimioterapia no tratamento da Hanseníase”- 1990; “Guia de Controle de Hanseníase” - 1994; “Normas de atenção à Saúde Integral do Adolescente”.

- 1995;

Considerando o Manual de Treinamento em Planejamento Familiar para Enfermeiro da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF);

Considerando que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente); e,

Considerando o contido nos PADs COFEN nº 166 e 297/91,Resolve:

Art. 1º - O Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais.

Art. 2º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 1997

Dulce Dirclair Huf Bais – COREN-MS nº 10.244 – Primeira-SecretáriaGilberto Linhares Teixeira – COREN-RJ nº 2.380 – Presidente

Resolução COFEN – 279 / 2003

Dispõe sobre a vedação da confecção, colocação e retirada de aparelho de gesso e calha gessada, por profissional de enfermagem.

O Plenário do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso das suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO a Lei nº 5.905/73, artigo 8º, IV e V;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498/86 e seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87;

CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovadopela Resolução COFEN nº 240/2000, em seus artigos 16 e 51;

CONSIDERANDO tudo o que mais consta no PAD COFEN nº 282/91, em especial,o Parecer de Relator nº 021, de 20/04/1994;

CONSIDERANDO o deliberado na Reunião Ordinária do Plenário nº. 311;

RESOLVE:

Art. 1º - É defeso ao Profissional de Enfermagem a realização de confecção, colocação e retirada de aparelho de gesso e calha gessada.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-sedisposições em contrário.

Rio de Janeiro, 16 de junho de 2003.

Gilberto Linhares Teixeira - COREN - RJ nº 2.380 - Presidente Carmem de Almeida da Silva - COREN- SP nº 2.254 - Primeira Secretária

Resolução COFEN 567/2018

Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas.

CONSIDERANDO a resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambiente público ou privado em que ocorre o cuidado profissional deenfermagem.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aopaciente com feridas, na conformidade do anexo da resolução.

Art. 2º - Cabe ao enfermeiro da área a participação na avaliação, elaboração de protocolo, seleção e indicação de novas tecnologias em prevenção e tratamento de pessoas com feridas.

26. Unidades de Saúde que Realizam Curativos

Unidade	Endereço	Telefone
ESF Alvorada	Rua Gilberto Neto 51, Pq. Alvorada	3916-4412
ESF Ameliópolis	Distrito de Ameliópois	3911-6180
ESF Bela Vista	Rua Elydia Galbino Pinheiro 31, Residencia Bela Vista I	3908-3877
ESF Belo Horizonte	Rua Monsenhor Sarrion 215, Jd. Eldorado	3903-5199
ESF Eneida	Rua Dr. Cerávolo 2060, Distrito de Eneida	3911-1200
ESF Floresta do Sul	Rua Pioneiro João Aprile 83, Distrito de Floresta	3913-6192
ESF Guanabara	Rua José Divino de Araujo 65, Vl. Angélica	3905-3180
ESF Humberto Salvador	Rua Armando Scatolon 370, Conj. Habitacional Jd. Humberto Salvador	3905-1318

ESF Maré Mansa	Rua João Ruiz 274, Residencial Maré Mansa	3907-4787
ESF Montalvão	Rua dos Expedicionários 57, Montalvão	3913-1356
ESF Morada do Sol	Rua Amélia alvares Gomes s/n, Jd. Morada do Sol	3905-6027
ESF Nova Prudente	Rua Manoel Dias Pimentel Junior 15, Vila Nova Prudente	3916-1223
ESF Primavera	Rua Alvino Gomes Teixeira 3230, Pq. Primavera	3905-5339
ESF São Pedro	Rua Roberto Carneiro de Mendonça 55, Vila Flores	3903-4890
ESF Vila Marcondes	Rua Bahia 454, Vila Marcondes	3916-1321
UBS Ana Jacinta	Av. José Zerial s/n, Conj. Habitacional Ana Jacinta	3909-5000
UBS Belo Horizonte	Rua Coronel Albino 3000, Jd. Belo Horizonte	3916-1295
UBS Brasil Novo	Rua Julio Aranha 120, Conj. Habitacional Brasil Novo	3905-2400
UBS Centro	Rua Pedro de Oliveira Costa 156, Centro	3906-4450
UBS Cohab	Rua dos Ipês Roxos 480, Conj. Hab. Bartholomeu Bueno de Miranda	3906-1403
UBS Pq. Cedral	Rua Luiz André 436, Pq. Cedral	3906-1696
UBS Santana	Rua Alberto Artoni 190, Jd. Santana	3916-1042
UBS São Judas Tadeu	Rua Armando Salles de Oliveira 1240, Pq. São Judas Tadeu	3221-1544

UBS São Pedro	Rua Afonso Flores s/n, Vl. Flores	3916-1331
UBS Vila Real	Estrada Alberto Bonfiglioli 2610, Jd. Vila Real	3909-1919
Centro de Referência do Idoso	Av. Comendador Hiroshi Yoshio - Uep2-S.2,	3222-7700
Centro de Especialidades	Av. Comendador Hiroshi Yoshio - Uep2-S.2,	3229-1291

27. Referências Bibliográficas

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Protocolo de Assistência aos Portadores de Feridas.** Belo Horizonte 2006.

BORGES, E. L.; GOMES, F. S. L.; LIMA, V. L. A. N.; et al. **Feridas: como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. 144 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. - (Série J. Cadernos de Reabilitação em Hanseníase; n.2).

BRUNNER, SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 7ªed. Guanabara Koogan. 1200 p.

BOSQUEIRO, C. M et al. **Manual de Tratamento de Feridas**. Hospital das Clínicas. Campinas. 1999. 79p.

CAMPINAS, **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas.**
Prefeitura Municipal de Campinas, 2006

DANTAS, S.R.P.E; Jorge, S.A. **Feridas e Estomas.** Campinas ISP: edição do autor, 2005. 110 p.

LEHMAN, L. F.; Orsini, M. B. P.; Fuzikawa, P. L.; Lima, R. C.; Gonçalves, S. D. **Avaliação Neurológica Simplificada**. Belo Horizonte: ALM International, 1997. 104p. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ans.pdf

RIVITI, A EVANDRO. **Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti**. Editora Artes Medicas. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Manual de Assistência integral às pessoas com feridas crônicas**. Ribeirão Preto, 2004. 51 p.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Úlceras Venosas e Doenças Venosas. Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: http://www.eerp.usp.br/projetos/ feridas/tratven.htm

FONTOURA, Fernanda Baseggio. Efeito de Terapias Compressivas no Tempo de Cicatrização de Úlceras Venosas: Uma Revisão Integrativa. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Atenção Primária á Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2021.

FRANCO, Diogo; GONÇALVES, Luiz Fernando. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 35, p. 203–206, jun. 2008.

LIEDKE, Deise Cristina Furtado. Uso Da Bota De Unna Como Tecnologia No Cuidado De Enfermagem Em Úlcera Venosa. 2014. Dissertação (Mestre). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2014.

MANDELBAUM, Samuel Henrique; DI SANTIS, Érico Pampado; MANDELBAUM, Maria Helena Sant'Ana. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte II. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 78, p. 525–542, out. 2003.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE DE SANTA CATARINA. Qual a indicação de uso do óleo de girassol e do óleo de canola no tratamento de feridas?. Segunda Opinião Formativa. 04 ago. 2008. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-a-indicacao-de-uso-do-oleo-de-girassol-e-do-oleo-de-canola-no-tratamento-de-feridas/> . Acesso em: 14 jul. 2021.

ODA, Roseli Marega. Manual de normas, rotinas e técnicas de curativos. Bauru: 1.ed. Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2004, 36 p. Disponível em: < http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/ODA_ROSELI/PDF/manual_rotinas%20.pdf>. Acesso em 14 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Brasília: 1.ª edição, 2009, 107 p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_

salvam_vidas.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

PADOVANI, C.M. Avaliação Microbiológica Das Diferentes Formulações Antisépticas − Polivinilpirrolidona-Iodo E Clorexidina – Após Contaminação Intencional Das Almotolias. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; São Paulo, 2008.

PREFEITURA DE RIO PRETO. Procedimento Operacional Padrão nº 10, de 15 de junho de 2018. Departamento de Assistência Farmacêutica estabelece Rotina Operacional De Distribuição E Uso Das Soluções De Clorexidina Nas Unidades De Saúde. Disponível em: <https://saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/arqufunc/2019/pop_10_distribuicao_uso_solucoes_clorexidina.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

RIOQUÍMICA, Indústria Farmacêutica. Riohex 2% O Avanço em Antissepsia de Pele no Brasil. São José do Rio Preto. Jun. 2017. 6 p.

Terapia de Ferida por Pressão Negativa. **Cartilha Renasys Touch**. Disponível em www.smith-nephew.com. São Paulo, fevereiro, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Procolo de Cuidados de Feridas. Florianópolis- SC: IOESC, 2007. 70 p. il. Disponível em: < https://www.saudedireta.com.br/docsupload/134049915626_10_2009_10.46.46.f3edcb3b301c541c121c7786c676685d.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SILVA, Edna R. e SILVA, Francisca Eliane. Efeitos tópicos dos Ácidos Graxos Essenciais (AGE) – Ômega 3 e 6 aplicados em feridas abertas: uma revisão bibliográfica. 2013. Trabalho de Concusão de Curso (Bacharel em Enfermagem). Faculdade Integradas Promove de Brasília; Brasília – DF, 2013.

[MF13] Comentário: Referências utilizadas para a revisão.

Obs.: Toda e qualquer alteração deste Protocolo de Curativo será baseada em novas Portarias ou evidências clínicas.

- ✓ **Validade: Dois (2) anos. 2022/2024.**

28. Comissão Municipal de Curativos(Portaria 24/2017 SMS)

- ✓ Carlos Eduardo Brochini
- ✓ Vivian Aparecida de La Viuda Teixeira
- ✓ Carlota de Sousa Scarelli
- ✓ Fernanda Trevizam do Prado
- ✓ Vanessa Gomes da Barra
- ✓ Dilene Lourenço Monteiro Guedes
- ✓ Katia Regina Sobires dos Santos
- ✓ João Alfredo Guinossi Amaral Gurgel
- ✓ Marina Tadei Sasaki

29. Colaboradores

- ✓ Danielle Araújo Borsari
- ✓ Leandro dos Reis Picolo
- ✓ Priscila de Oliveira Azevedo

30. Idealizadores

- ✓ Nelson Roberto Bugalho - Prefeito Municipal
- ✓ Valmir da Silva Pinto - Secretário Municipal de Saúde

ANEXO I

FICHA DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS

Avenida Cel. José Soares Marcondes, nº 680 – Vila Maristela
Presidente Prudente/SP
visa@presidenteprudente.sp.gov.br
www.presidenteprudente.sp.gov.br

FICHA DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS

NOME: _____ D.N: _____ SEXO: ( ) F ( ) M

CADASTRO:_____NATURALIDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____

ESQUEMA DT: ( ) atualizado ( ) mais de 5 anos ( ) mais de 10 anos ( ) desconhece historia vacinal

AVALIANDO FATORES DE RISCOS

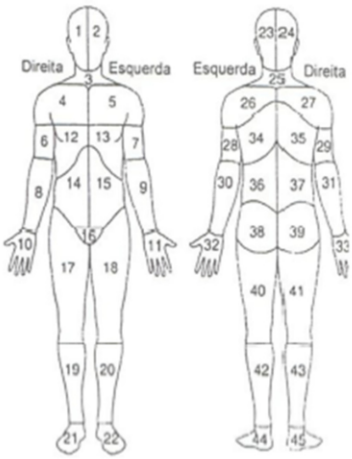
DM ( ) HAS ( ) Neoplasias ( ) Doenças Vasculares ( ) Outras ( )_____

DROGAS: ( ) Sim ( ) Não Obs: _____ TABAGISMO: ( ) Sim ( ) Não Quanto por dia: _____

NUTRIÇÃO: ( ) Adequada ( ) Inadequada ( ) Desnutrido HIGIENE: ( ) Boa ( ) Ruim ( ) Pessima

MOBILIDADE: ( ) Total/Dependencia ( )Parcial ( ) Independente ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas

AVALIAÇÃO DA FERIDA



TIPO
( ) Cirurgica ( ) Traumática ( ) Ulcerativa ( ) Queimadura

QUANTO AO TEMPO
( ) Aguda ( ) Crônica tempo: _____

CONTEUDO BACTERIANO
( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada

CARACTERISTICA DO TECIDO
( ) Necrose ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Esfacelo
( ) Desvitalização ( ) Outro _____

CARACTERISTICA DO EXSUDATO
( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguinolento
( ) Seropurulento ( ) Purulento ( ) Fibroso ( ) Nenhum

QUANTIDADE DE EXSUDATO
( ) Nenhum ( ) Pouco ( ) Médio ( ) Grande

CARACTERISTICA DA BORDA
( ) Indistinta ( ) Aderida ( ) Não aderida ( ) Macerada
( ) Espessada ( ) Fibrótica ( ) Hiperqueratose

CONDUTA

( ) AGE ( ) Sulfadiazina de prata ( ) Placa hidrocoloide ( ) Carvão ativado ( ) Hidrogel
( ) SF ( ) Bota de uma ( )Rayon ( ) Neomicina ( ) Outros

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

*Classificação Internacional das Práticas de **Enfermagem** em Saúde Coletiva. – **CIPESC®***

DIAGNOSTICO	INTERVENÇÃO	PRESCRIÇÃO
( ) DESIDRATAÇÃO	Identificar grau de desidratação; Investigar a causa da desidratação; Orientar a administração de Terapia de Reidratação Oral –TRO Programar monitoramento domiciliar Agendar retorno; Caso necessário, agendar visita(consulta) médica. Retornar nos dias e horários agendados	( ) Oferecer líquidos, especialmente água, várias vezes ao dia; ( ) Oferecer o soro de reidratação oral, em pequenas quantidades, várias vezes ao dia, conforme aceitação; ( ) Entregar receita de reidratação oral para a família.
( ) EDEMA POSTURAL DE MMII NO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO	Avaliar ingestão hídrica; Esclarecer dúvidas do paciente/família; Investigar o edema e outras patologias de base familiar e /ou pessoal; Orientar quanto a alimentação; Orientar quanto uso dos medicamentos prescritos.	( ) Repousar sempre que possível mantendo as pernas elevadas (Atentar aos pacientes com ICC); ( ) Evitar alimentos salgados; ( ) Tomar a medicação conforme prescrito; ( ) Usar meia elástica (Atentar a insuficiência vascular); ( ) Entrar em contato com a unidade caso piora do edema e/ou procura serviço de pronto atendimento;
( ) INGESTÃO ALIMENTAR ALTERADA	Estimular a ingestão de frutas, verduras e fibras; Investigar perda de peso; Orientar a adaptação da dieta ao modo de vida do paciente; Orientar a importância da dieta fracionada; Orientar a importância da diminuição de ingestão de alimentos com grande teor de gorduras. Encaminhar para a nutricionista;	( ) Comer em pequena quantidade, várias vezes ao dia; ( ) Comer frutas e verduras; ( ) Evitar alimentos gordurosos e frituras.

( ) DESNUTRIÇÃO	Avaliar condições de moradia e ambiente familiar; Encaminhar para nutricionista; Estimular o consumo de frutas e verduras; Investigar hábitos alimentares individuais e familiares; Orientar ingestão de alimentos adequados; Monitorar peso corporal; Programar monitoramento domiciliar; Envolver a família no cuidado com a alimentação; Identificar problemas relacionados a alimentação.	( ) Beber água no mínimo 2 litros por dia ( ) Comer várias vezes ao dia e em pequenas quantidades; ( ) Comer frutas, vitaminas, sucos, farelo, aveia, leite; ( ) Observação aceitação da dieta (anotar quantidade); ( ) Evitar comer sozinho.
( ) DIARRÉIA	Avaliar grau de desidratação; Investigar a frequência e características das eliminações; Incentivar aumento da ingestão hídrica e do soro caseiro; Investigar casos de diarreia aguda; Investigar hábitos alimentares individuais e familiares; Investigar uso de medicação.	( ) Alimentar–se com dieta leve: sopa, batata cozida, maçã, arroz, evitando alimentos gordurosos e doces; ( ) Beber em média 2 litros de água por dia; ( ) Observar a cor, o cheiro e a quantidade das fezes e número de evacuações; ( ) Fazer higiene íntima a cada evacuação; ( ) Oferecer líquidos, especialmente água, várias vezes ao dia; ( ) Oferecer soro reidratante, em pequena quantidade, várias vezes ao dia, conforme aceitação.
( ) CONSTIPAÇÃO	Esclarecer dúvidas sobre funcionamento do sistema digestivo Estimular aumento de ingestão de alimentos ricos em fibra, verduras, legumes e frutas. Incentivar o aumento de ingestão hídrica Incentivar deambulação e caminhadas. Orientar paciente sobre alimentação adequada Investigar uso de medicação Promover discussão sobre determinantes da constipação	( ) Beber 2 litros de água por dia. ( ) Comer mais verduras (folhas verdes) , legumes, farelos de aveia, grãos. ( ) Dieta Alimentar na quantidade, frequência e qualidade.

( ) ELIMINAÇÃO URINÁRIA INADEQUADA	Agendar consulta médica Investigar a frequência e características das eliminações vesicais Orientar higiene íntima Orientar ingestão hídrica	( ) Beber 2 litros de água por dia. ( ) Eliminar urina sempre que sentir vontade ( ) Realizar higiene íntima conforme orientação ( ) Retornar no dia e horário agendado
( ) SONO INADEQUADO	Auxiliar a identificação dos determinantes da inadequação do sono. Estimular a padronização de horários para atividades diárias e a realização de atividade física. Orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir Avaliar o período e o histórico do sono individual e familiar.	( ) Buscar ambiente tranquilo e estabelecimento de horários para dormir. ( ) Evitar uso de computadores, assistir televisão próximos ao horário de dormir. ( ) Vestir com roupa confortável e adequada à temperatura. ( ) Evitar a ingestão de café, chá preto e chá-mate antes de dormir.
( ) ATIVIDADE MOTORA ALTERADA	Esclarecer dúvidas sobre alterações na atividade motora Identificar fatores desencadeantes da atividade motora alterada	( ) Realizar caminhadas e passeios em locais seguros e apropriados; ( ) Respeitar seus limites e utilizar dispositivos acessórios se necessário; ( ) Usar roupa confortável e leve, sapatos adequados para as atividades; ( ) Tomar água antes, durante e depois da atividade física; ( ) Promover discussão sobre os determinantes da ausência da realização das atividades físicas;
( ) HIGIENE CORPORAL ALTERADA	Explicar os riscos à saúde devido às más condições de higiene pessoal e domiciliar. Investigar ambiente Orientar hábitos de higiene corporal Relacionar possíveis patologias com a higiene alterada Estimular o auto-cuidado corporal Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável.	( ) Realizar higiene incluindo corte das unhas, o banho, a troca de roupa diária e a higiene da boca após as refeições. ( ) Manter suas coisas organizadas. ( ) Realizar higiene corporal diariamente

( ) TRAUMA NA PELE	Avaliar a situação do trauma Orientar sobre cuidados com o trauma Estimular o auto cuidado corporal Estimular hábitos de higiene	( ) Manter ferida limpa conforme orientado ( ) Realizar higiene corporal diariamente ( ) Usar calçado adequado e confortável. ( ) Retornar no dia e horário agendado;
( ) LESÕES NA PELE NO PORTADOR DE MH	Avaliar lesões e atrofia nas extremidades Avaliar perda da sensibilidade Avaliar ressecamento ocular Encaminhar para serviço de prevenção de incapacidades e/ou terapia ocupacional Orientar a hidratação da pele Orientar hidratação dos olhos com solução fisiológica	( ) Cuidar ao usar facas, tesouras, alicates. ( ) Cuidar quando mexer em objetos aquecidos, fogão, panelas, ferro elétrico, lâmpadas. ( ) Examinar o corpo diariamente procurando novos ferimentos ( ) Realizar curativo conforme orientado
( ) RETORNO VENOSO PREJUDICADO	Avaliar uso correto de meias compreensivas Inspecionar retorno venoso em MMII. Investigar o tempo de aparecimento e características do edema. Observar aparecimento de varizes, edema, alteração de cor nas pernas	( ) Elevar MMII várias vezes ao dia conforme orientação. ( ) Evitar permanência na mesma posição por mais de 20 minutos. ( ) Fazer uso de meias compreensivas.
( ) ESTADO VACINAL ATRASADO	Atualizar esquema vacinal Esclarecer dúvidas frente a importância do estado vacinal completo Orientar sobre a importância de guardar o comprovante de vacinas Retornar no dia e horário agendado	( ) Guardar o comprovante de vacina. ( ) Trazer a carteira de vacina sempre que vir para atendimento na Unidade. ( ) Retornar no dia agendado.

( ) DOR	Acolher a usuária conforme suas necessidades Avaliar frequência, intensidade e localização da dor (Escala de dor) Estimular a confiança no atendimento prestado Investigar fatores fisiológicos Orientar métodos para alivio da dor	( ) Fazer uso correto das medicações prescritas; ( ) Utilizar métodos não medicamentoso para alivio da dor;
( ) SENSIBILIDADE PERIFÉRICA PREJUDICADA	Explicar sobre alteração da sensibilidade devido ao diabetes Orientar prevenção de acidentes Orientar o uso de calçados adequados e confortáveis	( ) Caminhar com cuidado ( ) Cortar unhas retas, não tirar cutículas, não desencarnar unhas, não remover calos ( ) Examinar os pés diariamente ( ) Usar vestiário e calçados adequados
( ) SOLIDÃO	Encaminhar para psicologia Incentivar e promover socialização Incentivar participação em grupos de apoio Proporcionar escuta ativa Reforçar auto-estima	( ) Participação de grupos da Unidade de Saúde ou da comunidade
( ) ANSIEDADE DECORRENTE DO ESTADO DE SAÚDE ATUAL	Acolher o usuário conforme suas necessidades Determinar a capacidade de tomada de decisão do paciente Envolver família/pessoa significativa nos cuidados Esclarecer sobre sintomatologia apresentada Estimular o fortalecimento do vínculo terapêutico Usar abordagem calma e segura Encorajar o diálogo Estabelecer relação de confiança com o paciente	( ) Participação em grupos de apoio e lazer
( ) PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO LIMITADO	Avaliar contexto familiar Disponibilizar as informações através de recursos didáticos Estabelecer escuta ativa Manter vínculo com usuário Oferecer as informações de maneira clara e centrada na dúvida presente	( ) Participar de grupos e oficinas educativas; ( ) Retornar em horários agendados;

( ) **APOIO FAMILIAR PREJUDICADO**	Conscientizar a família sobre sua responsabilidade com o paciente e de seu tratamento Encaminhar a família para grupos de auto-ajuda Esclarecer a família sobre a doença e tratamento Investigar o nível de compreensão e aceitação da família sobre a doença Providenciar mecanismos para que os membros da família mantenham contacto uns com os outros	( ) Aderir ao tratamento ( ) Participaçar de grupo de auto ajuda
( ) **AUTO- ESTIMA PREJUDICADA**	Acolher o usuário conforme suas necessidades Encaminhar para atendimento psicológico Estabelecer a relação de confiança com a paciente Estimular atividade física e de lazer Identificar rede de apoio familiar e comunitário	( )Identificação de pontos fortes e capacidades ( ) Participação em grupos de auto-ajuda ( ) Prática de atividade física e de lazer
( ) **IMAGEM CORPORAL ALTERADA**	Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo Estimular a participação em grupos de auto ajuda Estimular atividade física e de lazer Estimular o autocuidado corporal Estimular o controle da ingestão alimentar Estabelecer escuta ativa Orientar o controle do uso de medicação Relacionar os fatores desencadeantes das mudanças corporais	( ) Fazer uso correto da medicação; ( ) Manter boas condições de higiene; ( ) Participar de grupos de Auto ajuda; ( ) Praticar atividades físicas;

ANEXO II
RELAÇÃO DE CONSUMO POR PACIENTE

Avenida Cel. José Soares Marcondes, nº 680 – Vila Maristela
Presidente Prudente/SP
visa@presidenteprudente.sp.gov.br
www.presidenteprudente.sp.gov.br

Avenida Cel. José Soares Marcondes, nº 680 – Vila Maristela
Presidente Prudente/SP
visa@presidenteprudente.sp.gov.br
www.presidenteprudente.sp.gov.br

ANEXO III
DE ACORDO

Avenida Cel. José Soares Marcondes, nº 680 – Vila Maristela
Presidente Prudente/SP
visa@presidenteprudente.sp.gov.br
www.presidenteprudente.sp.gov.br

Avenida Cel. José Soares Marcondes, nº 680 – Vila Maristela
Presidente Prudente/SP
visa@presidenteprudente.sp.gov.br
www.presidenteprudente.sp.gov.br