



Protocolo de Enfermagem



Feridas

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE MACAÉ**



**COORDENAÇÃO GERAL
ENFERMAGEM**



Macaé
PREFEITURA
Secretaria Executiva | ATENÇÃO BÁSICA

SUMÁRIO

1. OBJETIVO	5
2. INTRODUÇÃO	5
3. PELE	6
2.1 Anatomia da pele	6
2.2 Funções da pele:	7
4. CICATRIZAÇÃO	9
3.1 Fases da cicatrização	9
3.2 Fatores intrínsecos e extrínsecos	11
3.3 Classificações:	12
3.4 Condições ideais para a cicatrização	13
5. AVALIAÇÃO	15
4.1 Consulta de enfermagem	18
4.2 Avaliação da ferida	19
6. TRATAMENTO DE FERIDAS	24
5.1 Limpeza	24
5.2 Desbridamento	24
5.3 Coberturas	26
7. LESÃO POR PRESSÃO	30
6.1 Conceito	30
6.2 Classificações	30
6.3 Fatores envolvidos	35
6.4 Localização	36
6.5 Avaliação	36
6.6 Tratamento e prevenção	37
8. FERIDAS DE MEMBROS INFERIORES	40
7.1 Feridas venosas e arteriais	40
7.2 Feridas mistas	42
7.3 Feridas hipertensivas (de Martorell)	42
9. OUTRAS LESÕES	44
8.1 Queimaduras	44
8.1.1 Classificação:	44
8.1.2 Primeiros socorros:	45
8.1.3 Avaliação:	46
8.1.4 Tratamento:	49
8.2 FERIDAS NEOPLÁSICAS	50
8.2.1 Avaliação e Tratamento:	54
ANEXO 1 - Localização das feridas	56
ANEXO 2 – Escala de Braden	58
ANEXO 3 – Prescrição de meias compressivas	59

Lista de Figuras

Figura 1 - Representação da pele	07
Figura 2 - Pontos de avaliação de uma ferida crônica	14
Figura 3 - Gráfico TIMERS	15
Figura 4 - Tipos de tecidos	19
Figura 5 - LPP estágio 1	28
Figura 6 - LPP estágio 2	29
Figura 7 - LPP estágio 3	29
Figura 8 - LPP estágio 4	30
Figura 9 - LPP não classificável	30
Figura 10 - LPTP	31
Figura 11 - LPP dispositivo médico	32
Figura 12 - LPP membrana mucosa	32
Figura 13- Principais áreas de risco para lesões por pressão	33
Figura 14 - Escala de Braden resumida	34
Figura 15 - Regra dos nove para crianças e adultos	42
Figura 16 - FNM estadiamento 1	44
Figura 17 - FNM estadiamento 1N	45
Figura 18 - FNM estadiamento 2	45
Figura 19 - FNM estadiamento 3	46
Figura 20 - FNM estadiamento 4	47

Lista de Quadros

Quadro 1 - Funções da pele	07
Quadro 2 - fases da cicatrização	09
Quadro 3 - métodos de desbridamento	21
Quadro 4 - Resumo diferenças entre feridas venosas e arteriais	37
Quadro 5 - Testes específicos para avaliação das feridas arteriais	38
Quadro 6 – Tipos de Terapias compressivas	38
Quadro 7 - Primeiros socorros em casos de queimadura	41
Quadro 8 - Atendimento para politraumatizados	43

Lista de Fluxograma

Fluxograma 1 - Tipo de ferida e encaminhamento	19
Fluxograma 2 - Escolha de cobertura tópica	25

CUIDADO ÀS PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS

1. OBJETIVO

Este protocolo tem como objetivo apresentar aos profissionais de enfermagem o tema sobre os cuidados aos usuários com feridas de difícil cicatrização, conhecidas como crônicas, e os procedimentos técnicos para avaliação, condutas e orientações para os usuários.

2. INTRODUÇÃO

As feridas são definidas como qualquer descontinuidade da pele, podendo ou não haver dano aos tecidos subjacentes (fáscia, músculos, tendões), causada por trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica.

As feridas são classificadas através de diferentes parâmetros que ajudam na avaliação clínica e planejamento do cuidado. As feridas podem ser classificadas segundo o tempo de cicatrização em crônicas ou agudas. As feridas crônicas demoram mais tempo que o esperado fisiologicamente. As feridas agudas seguem o processo de hemostasia sem intercorrências e a cicatrização ocorre em até 3 semanas.

Estima-se que 5% da população ocidental possua lesões crônicas e que, no ano de 2050, cerca de 25% dos idosos sofrerão com essa condição, no Brasil essa incidência fica em torno de 3 a 5 casos novos por mil habitantes no Brasil, apontando para um problema de saúde pública por seu tempo prolongado de tratamento, alto custo e/ou dificuldade de manejo das comorbidades associadas.

3. PELE

2.1 Anatomia da pele

A pele é o maior órgão do corpo humano, um adulto tem aproximadamente 2m² de pele o que representa cerca 15% do peso corporal.

A pele é formada por três camadas: epiderme, derme e hipoderme, cada camada apresenta suas funções distintas e podem abrigar diferentes estruturas.

- A) **EPIDERME:** É a primeira camada da pele. Essa camada é composta por epitélio queratinizado, pigmentado (melanócitos) e avascular (não possui vasos sanguíneos). Sua espessura e função variam de acordo com a localização no corpo, pois quanto mais fricção no local, mais espessa será a epiderme. Já a pigmentação (melanina), é determinada por fatores genéticos e estimulação solar (raios UV).
- B) **DERME:** É a segunda camada da pele. Ela é rica em fibras colágenas, elásticas, e por ácido hialurônico. É a camada responsável pelo tônus cutâneo. Na derme se encontram os folículos pilosos, as glândulas sebáceas e sudoríparas, além de uma extensa rede de vasos sanguíneos (que fazem a nutrição da epiderme).
- C) **HIPODERME:** É a terceira camada da pele. É considerado um tecido adiposo de conexão entre a pele e os órgãos abaixo. É a maior reserva de gordura do corpo. Sua espessura muda de acordo com o estado nutricional da pessoa.

Figura 1 - Representação da pele

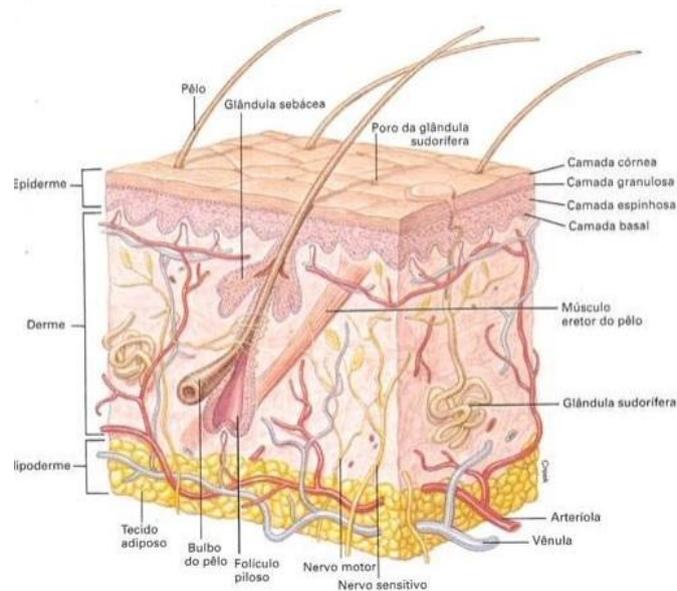


Figura 1: A pele
 Fonte: VAN DE GRAAFF, K. M. *Anatomia Humana*. Barueri: Manole, 2003.

2.2 Funções da pele:

A pele possui 5 funções básicas:

Quadro 1 - Funções da pele

Proteção e contenção	Faz a contenção dos órgãos e estruturas e proteção contra agentes externos e serve como amortecimento em caso de traumas mecânicos.
Sensações	Possui receptores nervosos que possibilitam a identificação de estímulos externos como temperatura, dor e pressão.
Síntese de vitamina	Através da exposição aos raios UV realiza a síntese da vitamina D.
Regulação de temperatura	Regula a troca de calor com o meio externo evitando sua perda ou aumento excessivo.
Retenção de nutrientes	Faz a retenção e armazenamento de água e outros nutrientes importantes ao metabolismo.

Referências

Campos, MGCA; Sousa ATO; Vasconcelos, JMB; Lucena SAP; Gomes SKA. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: **Ideia**, 2016. Disponível em: <https://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>

Guyton, AC; Hall, JE. **Tratado de fisiologia médica**. 13ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

Junior, WB; Chiacchio, ND; Criado, PR. **Tratado de Dermatologia**. 2ª. ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2014.

Junqueira LCU, Carneiro J. **Histologia Básica**. 11ª Ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 524p. Disponível Em:

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde – Manual de Padronização de Curativos – Julho/2021. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital .pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital.pdf)

4. CICATRIZAÇÃO

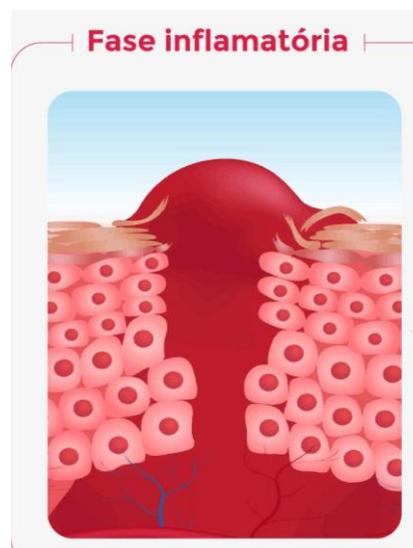
Toda vez que a pele sofre algum dano que causa a separação dos tecidos damos o nome de lesão. Depois que o tecido sofre o rompimento o organismo já inicia o seu processo de reparação, a cicatrização. Esse processo é dividido em três fases (para facilitar o seu estudo).

3.1 Fases da cicatrização

Quadro 2 - Fases da cicatrização

1) Fase inflamatória:

Inicia imediatamente após a lesão e dura até 48h. Nessa fase temos a coagulação dos vasos rompidos (cascata de coagulação). O coágulo é formado por colágeno, plaquetas e trombina. Também se inicia a resposta inflamatória com a migração de neutrófilos para o local da lesão. Os neutrófilos são células de defesa do organismo que fazem a destruição bacteriana, lentamente são substituídos pelos macrófagos que fagocitam (“comem”) as bactérias e desbrida corpos estranhos e direcionam as células (fibroblastos) para o desenvolvimento do novo tecido.



<https://blog.medcel.com.br/post/fases-da-cicatrizacao>

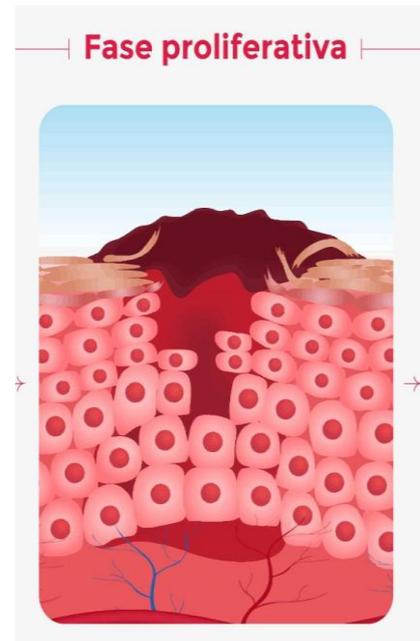
2) Fase proliferativa:

Essa fase tem início por volta do 4º dia após a lesão e pode se prolongar por até o 15º dia. Ela é composta por três processos básicos: epitelização, angiogênese e formação de tecido de granulação.

A epitelização é o primeiro processo e sua ação depende da profundidade da lesão. Se for uma lesão rasa (membrana basal na derme intacta) as células se multiplicam e “sobem” para cobrir a superfície lesionada. Se a lesão for mais profunda, as células epiteliais das bordas se multiplicam e migram para o centro, promovendo a cobertura do leito.

Em seguida, temos a angiogênese, que consiste na formação de vasos, com a formação de capilares para irrigação da área e nutrição do tecido.

Por fim, o próximo processo é a formação do tecido de granulação, um termo comum na área de lesões crônicas. Através da migração celular dos tecidos vizinhos os fibroblastos são transformados em miofibroblastos que constituem o tecido junto com as células epiteliais e preenchem a lesão até sua contração total.



<https://blog.medcel.com.br/post/fases-da-cicatrizacao>

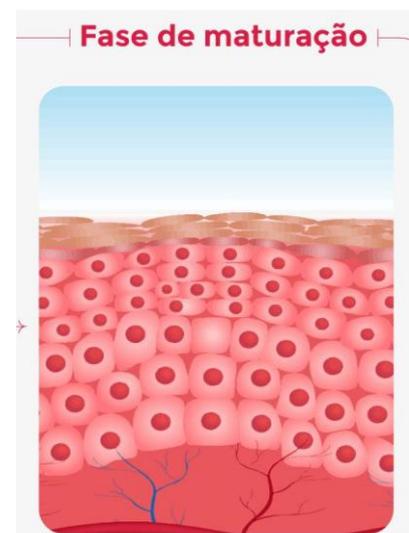
3) Fase de maturação ou remodelamento:

Esse processo é o mais importante, clinicamente falando. Nessa fase temos a deposição de colágeno no tecido.

Primeiro temos um colágeno mais fino e que fica paralelo a pele, depois ele é absorvido e um colágeno mais espesso é produzido e fica organizado ao longo das linhas de tensão. Assim temos o aumento da força tênsil da lesão.

A cicatrização só é considerada completa quando há a substituição da matriz antiga pela nova.

De acordo com Campos, A.C.L; Borges-Branco, A.; Groth, A.K.(2007): “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”.



<https://blog.medcel.com.br/post/fases-da-cicatrizacao>

3.2 Fatores intrínsecos e extrínsecos

Independentemente do modo que ocorre, todas as lesões sofrem influências internas e externas que interferem no processo de cicatrização. Os fatores intrínsecos (internos) ou extrínsecos (sistêmicos) são associados a condições relacionadas à pessoa e que nem sempre podem ser modificados, já os fatores extrínsecos ou locais são aqueles originados do meio que afetam diretamente a lesão, que em sua maioria podem ser evitados. Abaixo listamos alguns exemplos desses fatores:

❖ FATORES INTERNOS OU SISTÊMICOS

- Nutrição: pessoas obesas ou desnutridas têm seu processo cicatricial mais lento. O 1º grupo pela pressão exercida sobre os membros e à má circulação e o 2º grupo pela falta do aporte nutricional adequado;
- Idade: Idosos sofrem um processo cicatricial mais lento por diversos fatores que envolvem essa idade;
- Doenças crônicas pré-existentes: alterações metabólicas e/ou celulares geradas por doenças crônicas também atrapalham a cicatrização, por exemplo: Diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doenças hematológicas, doenças autoimunes, entre outras;
- Uso de medicamentos: alguns medicamentos interferem na cicatrização como por exemplo, os anti-inflamatórios, que acabam retardando a fase inflamatória; os corticoides que imunodeprimem o usuário; os antineoplásicos, que interferem na produção de colágeno; entre outros;
- Insuficiência vascular: o fluxo sanguíneo insuficiente dificulta o transporte de oxigênio para o local da lesão, retardando o processo;
- Estresse: os hormônios liberados durante longos períodos de estresse diminuem a reação inflamatória, a presença dos leucócitos e a perfusão da ferida;
- Tabagismo e etilismo: a nicotina presente nos cigarros faz vasoconstrição crônica e impede a oxigenação e perfusão dos tecidos. O álcool diminui a produção de glóbulos vermelhos comprometendo o sistema imunológico, aumentando o risco de infecção.

❖ FATORES EXTERNOS OU LOCAIS:

- Extensão da ferida: Quanto maior a extensão da ferida (largura ou profundidade) maior será o tempo de cicatrização, com maiores chances de complicações;
- Edema: interfere na oxigenação e na nutrição dos tecidos em formação, impede a síntese do colágeno, a proliferação celular e reduz a resistência dos tecidos à infecção;
- Infecção local, necrose e presença de corpos estranhos: prolongam a fase inflamatória, causam destruição tecidual, inibem a angiogênese e retardam a síntese de colágeno;
- Ressecamento da pele: a umidade no leito da ferida melhora em até 45% o processo cicatricial;
- Tratamento tópico inadequado: uso de medicamentos tópicos ou coberturas sem prescrição adequada atrapalham a síntese celular, podem gerar mais exsudato e causar hipersensibilidade local, retardando a cicatrização;
- Pressão excessiva sobre a lesão: lesões em regiões de pressão constante e/ou com proeminências ósseas tendem a ter um fluxo sanguíneo diminuído e, por isso, podem demorar mais para cicatrizar.

3.3 Classificações:

Dependendo da quantidade de tecido epitelial perdido no momento da ferida a cicatrização pode ocorrer de 3 modos diferentes, sendo eles:

- **1ª intenção ou primária:** quando a perda tecidual é mínima e as bordas da lesão se encostam e não há processo infeccioso. Levam entre 7 a 14 dias para fechar. É o caso de lesões cirúrgicas, cortes superficiais e queimaduras de 1º grau;
- **2ª intenção ou secundária:** quando a perda tecidual é maior e as bordas da lesão não podem ser aproximadas. Nessas lesões há grande chance de infecção e demoram mais tempo para a total cicatrização. Esse é o caso das lesões crônicas, que resultam obrigatoriamente na formação de cicatriz;
- **3ª intenção ou terciária:** quando a lesão é mantida aberta ou com dreno para redução de edema ou infecção, por um tempo estabelecido, e depois é realizado o fechamento por 1ª intenção. É o caso de cicatrizes cirúrgicas que infeccionaram, essa complicação recebe o nome de deiscência cirúrgica.

Podemos também, classificar as feridas por seu tempo de cicatrização, sendo elas:

- **Agudas:** Feridas recentes que seguem o processo normal de cicatrização. Exemplos: cirúrgicas ou traumáticas, com tempo médio de 6 semanas;
- **Crônicas:** Feridas que não seguiram o processo normal de cicatrização e por isso tem seu tempo cicatricial prolongado, acima de 6 semanas. Exemplos: lesões venosas/arteriais, lesões por pressão, lesão de pé diabético, lesões neoplásicas, entre outras.

As feridas também podem ser classificadas quanto ao conteúdo bacteriano presente. Dessa forma, elas podem ser:

- **Limpas:** sem presença de microrganismos externos. São feridas realizadas em ambiente assépticos, em tecidos estéreis ou passíveis de assepsia, como feridas de cirurgias eletivas, não traumáticas e não infectadas;
- **Limpas Contaminadas:** com presença de microrganismos, porém, sem proliferação, como feridas traumáticas onde o tempo de atendimento é menor do que 6 horas;
- **Colonizadas:** com presença e proliferação de microrganismos, mas sem provocar reação no hospedeiro, como feridas traumáticas onde o tempo de atendimento é maior do que 6 horas ou feridas crônicas;
- **Infectadas:** com presença de bactérias que invadem o tecido sadio e desencadeiam resposta imunológica do hospedeiro (sinais flogísticos) e destruição de tecido, como as feridas crônicas ou infecção de sítio cirúrgico.

3.4 Condições ideais para a cicatrização

Para que o processo de cicatrização aconteça do melhor modo possível, temos que garantir algumas condições ideais. Acabamos de ver que sempre haverá fatores que interferem na cicatrização, por isso temos que conhecer esses fatores e o que devemos fazer para evitá-los. Do mesmo modo temos que conhecer o que favorece a cicatrização e ajudar para manter um bom funcionamento do processo.

- **Temperatura:** A temperatura ideal, para que ocorram as reações químicas (metabolismo, síntese de proteínas, fagocitose, mitose) é em torno de 36,4° C a 37,2° C. Se houver variações de temperatura, o processo celular pode ser

prejudicado ou até mesmo interrompido. Por este motivo, devemos ter preferência em utilizar a limpeza da ferida com soro fisiológico em temperatura ambiente ou pouco aquecido em ambientes com temperatura baixa e diminuir o tempo de exposição da ferida.

- **pH do tecido lesional:** O pH do tecido de uma ferida é ligeiramente ácido (5,8-6,6) para que as funções celulares ocorram adequadamente. No entanto, esse pH pode ser alterado devido a fatores externos, como a presença secreções (urina, fezes) e o uso contínuo de antissépticos. Deve-se avaliar criteriosamente o uso destes produtos;
- **Umidade no leito da lesão:** O tratamento recomendado em todos os consensos internacionais é pela manutenção de um leito de ferida úmido e pela manutenção da umidade da pele circundante. A impossibilidade de manter estas condições também retarda a cicatrização, pois causa dessecação, hipergranulação ou maceração.

Referências

Campos ACL, Borges-Branco A, Groth AK. Cicatrização de feridas. ABCD, Arq Bras Cir Dig. [Internet]. 2007 Jan;20(1):51–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202007000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/wzTtGHxMQ7qvKBbqDLkTF9P/?format=pdf&lang=pt>

Campos, MGCA; Sousa ATO; Vasconcelos, JMB; Lucena SAP; Gomes SKA. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: **Ideia**, 2016. Disponível em: <https://www.coren.pb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>

Junior WB, Chiacchio ND, Criado, P.R. **Tratado de Dermatologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2014.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde – Manual de Padronização de Curativos – Julho/2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital.pdf

5. AVALIAÇÃO

Como posto anteriormente, são diversos fatores que afetam o processo de cicatrização e que precisam ser abordados por uma equipe multidisciplinar.

A avaliação global da pessoa com feridas é essencial para uma melhor tomada de decisão, orientações e encaminhamentos corretos que irão favorecer a cicatrização da ferida e melhora da qualidade de vida.

Campos *et. al.* fala que devemos observar 10 pontos na avaliação de uma lesão crônica, de acordo com figura 2 abaixo.



Figura 2 - Pontos de avaliação de uma ferida crônica

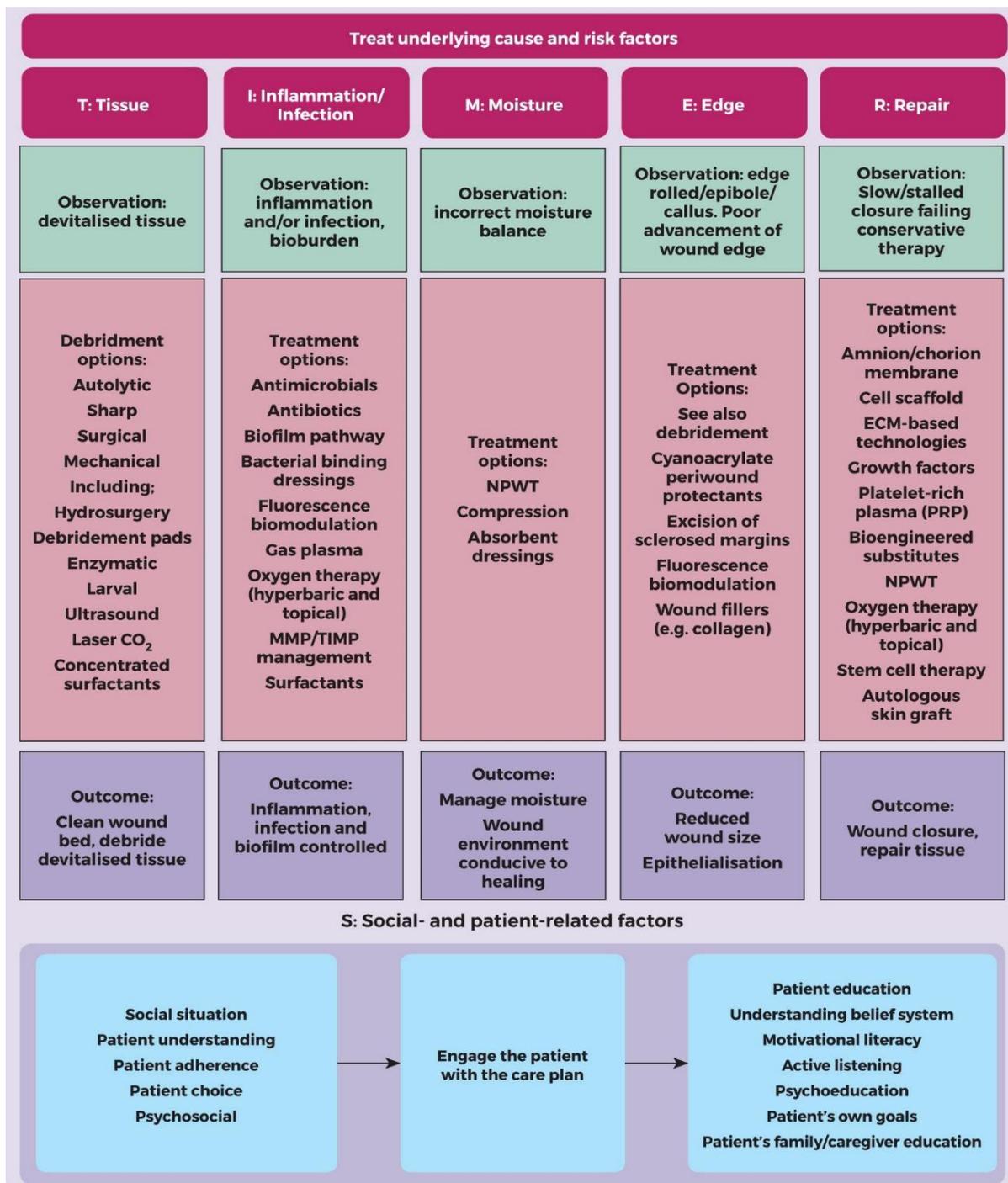
Há diversas ferramentas para auxiliar os profissionais de saúde na avaliação das feridas. Uma das mais conhecidas é o acrônimo **TIMERS** (acrônimo é a união da primeira letra de cada palavra em uma frase que gera uma nova palavra).

Então **TIMERS** vêm do inglês: **T**issue viability, **I**nfection/inflammation, **M**oisture balance, wound **E**dge, **R**epair/regeneration, **S**ocial and patient-related factors).

Que traduzido para o português ficou:

- T - **T**ecido viável
- I - **I**nflamação
- M - **u**Midade/exsudato
- E – avanço **E**pitelial/Bordas
- R – **R**egeneração/**R**eparação
- S – fatores **S**ociais

Figura 3 - Gráfico TIMERS



Fonte: ATKIN, 2019

Essa ferramenta se baseia no conceito do “Preparo do leito da ferida”, que demonstra vários aspectos fisiopatológicos e alterações que podem afetar o processo de cicatrização. O TIMERS pode ser utilizado em qualquer tipo de lesão, já que ele se baseia em aspectos locais.

Vale dizer que só após uma revisão em 2019, que as letras R e S foram acrescentadas ao acrônimo. A inclusão dessas letras alerta para a necessidade de mudanças nas abordagens dos casos onde não se vê evolução na regeneração e também, para os fatores sociais (moradia, trabalho, religião, condições financeiras, rede de apoio, entre outros) que interferem no processo de cicatrização, levando ao prolongamento do tratamento dessas pessoas.

Dessa forma, é importante que o profissional tenha em mãos essas ferramentas, mas sem se esquecer que a **escuta qualificada** ainda é nossa melhor aliada no cuidado, pois entender os aspectos sobre o cotidiano da pessoa com lesão crônica, pode ser a chave para entender a estagnação ou piora de alguns casos.

4.1 Consulta de enfermagem

A enfermagem ainda é a categoria profissional de referência para os cuidados às pessoas com feridas. A equipe de enfermagem através da Resolução COFEN nº 567/2018 tem suas competências descritas no cuidado às pessoas com feridas. O enfermeiro é o profissional que possui autonomia para avaliação e prescrição das condutas para este cuidado.

Aqui apontamos alguns itens importantes na 1ª consulta de enfermagem:

1ª consulta (exclusivamente do Enfermeiro):

- **Anamnese** - histórico atual da ferida, histórico de comorbidades existentes, tratamentos atuais, exames existentes, condições sócio-econômicas e rede de apoio;
- **Exame físico** - condição geral da pessoa e exame físico do local(is) da ferida(s), com verificação de pulsos periféricos de membros inferiores (pulso pedioso, pulso maleolar, pulso poplíteo e pulso femoral);
- **Avaliação da ferida** - registrar características da ferida e pele perilesão;
- **Prescrever cobertura** - definir tipo de cobertura e frequência de troca;
- **Realizar curativo;**
- Realizar orientações dos **cuidados intradomiciliares;**
- **Encaminhar** para avaliação médica e de outras categorias, se necessário;
- Agendar retorno.

Consultas subsequentes:

- Avaliar aspecto do **curativo secundário** (nível de exsudato e/ou sujidade);
- **Avaliar aspecto da ferida;**
- **Mensurar** a ferida a cada 15 dias (se houve dúvida na evolução da cicatrização);
- **Realizar curativo**, avaliar necessidade de troca da cobertura;
- Realizar **orientações**;
- Agendar retorno.

4.2 Avaliação da ferida

Nesse momento iremos apresentar aspectos importantes a serem avaliados na 1ª consulta, e que devem ser levados em consideração em todo o acompanhamento da pessoa que podem ajudar na mudança de conduta e na prevenção de complicações.

- 1) **Etiologia** - conhecer o motivo de base para o surgimento da ferida irá ajudar os profissionais a entender os fatores envolvidos e basear as condutas. Em grande parte, o diagnóstico deverá ser realizado por médico especialista. Entretanto, algumas manifestações clínicas ajudam a entender qual a etiologia da ferida.
- 2) **Localização** - a localização é um dos fatores que ajudam a determinar a origem da ferida, orientam sobre possíveis complicações e ajudam a determinar a conduta. No anexo 1 temos figuras que facilitam a identificação anatômica do local da ferida para padronizar a linguagem dos profissionais (ANEXO 1).
- 3) **Tamanho** - a mensuração da ferida ajuda a nortear o profissional a entender sua evolução ou piora. A mensuração deve ser realizada de forma bidimensional: largura x comprimento x profundidade. A mensuração deve ser feita pela maior extensão da ferida. É importante observar a presença de túnel e, se possível, mensurar sua extensão com ajuda de sonda ou cateter.
- 4) **Leito da ferida** - identificar os tecidos que estão presentes no leito da ferida ajudam a tomada de decisão para realizar procedimentos e na

prescrição das coberturas.
Tipos de tecidos (figura 4):

- tecido saudável: granulação e epitelização - cor vermelho/rosa
- tecido inviável: esfacelo/biofilme - cor amarelo/esbranquiçado
- tecido necrótico: necrose seca/úmida - cor preta

- 5) Exsudato** - as características do exsudato variam de acordo com a fase da cicatrização e podem indicar complicações. O exsudato pode ser quantificado pela quantidade, sendo: baixo, moderado ou alto. E pela coloração, sendo: seroso (amarelo), sanguinolento (vermelho), serosanguinolento (amarelo-avermelhado), infectado (esverdeado) e purulento (amarelo-esbranquiçado).
- 6) Odor** - indica a presença de infecção ativa. Entretanto, muitas vezes as coberturas podem gerar odor. Por isso, é importante a avaliação após a limpeza da ferida. Nesse caso, pode-se escolher coberturas com prata ou antibacterianos (PHMB).
- 7) Borda da ferida** - o processo cicatricial ocorre pela multiplicação celular das bordas para o centro, por isso a aparência das bordas indicam evolução ou estagnação da cicatrização. Observar:
- maceração: tecido esbranquiçado e mole, indicando acúmulo de umidade.
 - hiperqueratose: tecido amarelado e rígido formado nas bordas das feridas crônicas e pode indicar pressão ou atrito local (calosidade). Podem causar fissuras e novas lesões.
 - epíbole: borda “enrolada”, quando o tecido enrola para fora ou para dentro, atrapalhando o processo cicatricial. Deve ser manipulado corretamente.
- 8) Pele peri ferida** - a pele ao redor da ferida também deve ser avaliada e receber cuidados adequados. Ressecamento e descamação são sinais comuns em pacientes com doenças venosas e portadores de Diabetes Mellitus. Pode apresentar sinais flogísticos nos casos de infecção ativa.
- 9) Dor** - a maioria das pessoas com feridas irão referir dor e deve ser entendida como uma experiência pessoal, desagradável e subjetiva. A dor deve ser avaliada quando apresentada em exacerbação, podendo

indicar piora do quadro, quadro isquêmico ou infecção ativa.

10) Infecção - deve-se avaliar a presença de sinais que indiquem uma possível infecção ativa e, assim, atrapalham a evolução da cicatrização, podendo vir com sintomas sistêmicos ou não. É necessária uma avaliação médica de pronto atendimento para conduta.

11) Biofilme - o biofilme é definido como uma comunidade de microrganismos, geralmente bactérias e fungos, que aderem ao fundo e bordas da ferida. Esses microrganismos se envolvem com uma barreira proteica como meio para se proteger do sistema imunológico do hospedeiro e da ação dos antimicrobianos externos. O biofilme pode se formar e se maturar em 48h-72h. A presença de biofilme atrasa o processo de cicatrização e está presente em 80% das feridas crônicas.

Figura 4 - Tipos de tecidos



Fonte:Murphy C, 2022.

Caso o profissional de enfermagem não esteja seguro quanto à avaliação ou à conduta da lesão crônica, é fundamental encaminhar o usuário para o Polo de Prevenção e Tratamento de Lesões Crônicas - Casa do Curativo, de acordo com o Fluxograma 1.

Fluxograma 1 - Conduta para encaminhamento de usuários com feridas



Referências

Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Guia de boas práticas: preparo do leito da lesão – desbridamento. São Paulo, 2017

Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Guia de boas práticas: preparo do leito da lesão - desbridamento. São Paulo, 2020. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Preparo-do-leito-da-ferida_SOBEST-e-URGO-2016.pdf

Atkin L, Bućko Z, Conde Montero E. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. **J Wound Care.** 2019; 23:S1-S50
<https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>

Campos, MGCA; Sousa ATO; Vasconcelos, JMB; Lucena SAP; Gomes SKA. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: **Ideia**, 2016. Disponível em: <https://www.coren.pb.gov.br/wp->

content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 567, de 29 de janeiro de 2018. Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Brasília, DF; 2018.

Junior WB, Chiacchio ND, Criado PR. **Tratado de Dermatologia.** 2ª. ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2014.

Murphy C, Atkin L, Vega de Ceniga M, Weir D, Swanson T. **Documento de consenso internacional.** Incorporando a higiene de feridas em uma estratégia proativa de cicatrização de feridas. J Cuidados com Feridas 2022;31:S1–S24

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde – Manual de Padronização de Curativos – Julho/2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital_.pdf

6. TRATAMENTO DE FERIDAS

5.1 Limpeza

É consenso que a limpeza da ferida é etapa fundamental para o processo de cicatrização e não deve ser negligenciada. Tem como objetivo retirar sujidades visíveis, remover restos de cobertura anterior e iniciar a quebra e remoção do biofilme. A limpeza deve ser realizada no leito da ferida e cerca de 10 cm ao redor da ferida, podendo se estender dependendo do nível de sujidade do membro.

A limpeza deve ser realizada com solução fisiológica a 0,9% ou com uma solução antibacteriana, como exemplo o PHMB (gera um alto custo e deve ser bem avaliada) a temperatura ambiente, utilizando seringa 20ml com agulha 40 x 1,2 ou 30 x 0,8 mm ou perfurando o dispositivo autovedante do frasco com agulha 40 x 1,2 ou 20 x 0,8 mm.

Não há estudos suficientes que comprovem que o aquecimento da solução fisiológica aumenta a taxa de cicatrização em comparação ao seu uso em temperatura ambiente. É importante ressaltar que no período do inverno ou em ambientes com temperatura baixa (salas com ar condicionado, centro cirúrgicos, etc) o aquecimento da solução dá mais conforto a pessoa no momento da limpeza da ferida. Não achei referência sobre.

A limpeza deve ser a mais vigorosa possível de acordo com a tolerância da pessoa, nível de sangramento, mas o sangramento não deve ser um fator impeditivo para a limpeza, e etiologia da ferida. A limpeza deve ser suave, sem esfregar a pele, aplicando jato de SF 0,9% ou PHMB com pressão 4 a 15 psi, deve durar até que remova as sujidades visíveis e o exsudato da ferida.

5.2 Desbridamento

O desbridamento é o ato de remoção de qualquer tecido inviável na ferida (necrose, esfacelos, hiperkeratose, maceração, entre outros) que são uma barreira para o processo de cicatrização, favorecem o crescimento bacteriano e podem mascarar o verdadeiro aspecto e dimensões da ferida.

A SOBEST (Sociedade Brasileira de Estomaterapia) orienta a avaliar os seguintes itens do paciente antes de realizar o desbridamento: as condições clínicas, as doenças de base, a perfusão sanguínea, a condição mental e emocional. A SOBEST contraindica o desbridamento quando: : doente em fase terminal, necrose estável em calcanhar, necrose seca em membros isquêmicos e pessoas em uso de anticoagulantes e distúrbios hemorrágicos.

O método para realizar o desbridamento deve ser escolhido pelo profissional enfermeiro ou médico capacitado. Segundo a Resolução nº 0502/2015 do COFEN, o enfermeiro tem competência para realizar o desbridamento instrumental conservador desde que tenha conhecimentos e habilidades obtidas por meio de cursos de capacitação.

Quadro 3 - métodos de desbridamento

MÉTODO	DESCRIÇÃO	PRODUTOS
Autolítico	Método seletivo e seguro. Promove o meio úmido adequado para que as enzimas e os macrófagos realizem a quebra fagocitose dos tecidos desvitalizados.	Hidrogéis, hidrocoloides, espumas hidrofílicas, hidropolímeros ou hidrocelulares, hidrofibras, fibras hidrodessbridantes e coberturas a base de mel.
Biológico	Utilização de larvas esterilizadas colocadas no leito da ferida. Se alimentam dos tecidos inviáveis. Pouco utilizado.	Larvas de moscas Lucilia sericata
Enzimático	Aplicação de enzimas exógenas que fazem a quebra dos tecidos inviáveis.	Colagenase, fibrinolisinase, papaína (de 8% a 10%)
Mecânico	Método não-seletivo que pode remover	Fricção com gases

	também tecidos viáveis e deve ser realizado com cuidado.	estéreis, irrigação com soro fisiológico, tanques de turbilhonamento
Instrumental	Utiliza instrumental cortante. Deve ser realizado por profissional com conhecimento das estruturas anatômicas, destreza manual, realizando o procedimento com segurança. Contra indicado para pessoas com quadro de insuficiência arterial sem tratamento e com coagulação afetada. Técnica cover: consiste em levantar a camada de necrose e seguir com corte paralelo até a remoção total. Técnica square (escarificação): consiste em realizar incisões em formato de quadrados em necroses secas e aderidas.	Bisturi, tesoura ou cureta dermatológica
Cirúrgico	Método instrumental realizado em centro cirúrgico sob anestesia onde o cirurgião capacitado faz a retirada dos tecidos inviáveis e parte adjacente do tecido viável.	Bisturi

De modo geral, o desbridamento deve ser realizado sempre por um profissional capacitado e que se sente seguro em realizar a técnica. Lembrando sempre que é competência exclusiva do enfermeiro e/ou médico. A avaliação de cada caso é fundamental para a tomada de decisão, tentando causar menor dano aos tecidos viáveis e menor desconforto possível a pessoa com ferida.

5.3 Coberturas

A escolha da cobertura deve ser baseada nas características da ferida com o objetivo de manter o meio adequado para o processo de cicatrização, como

mencionado anteriormente.

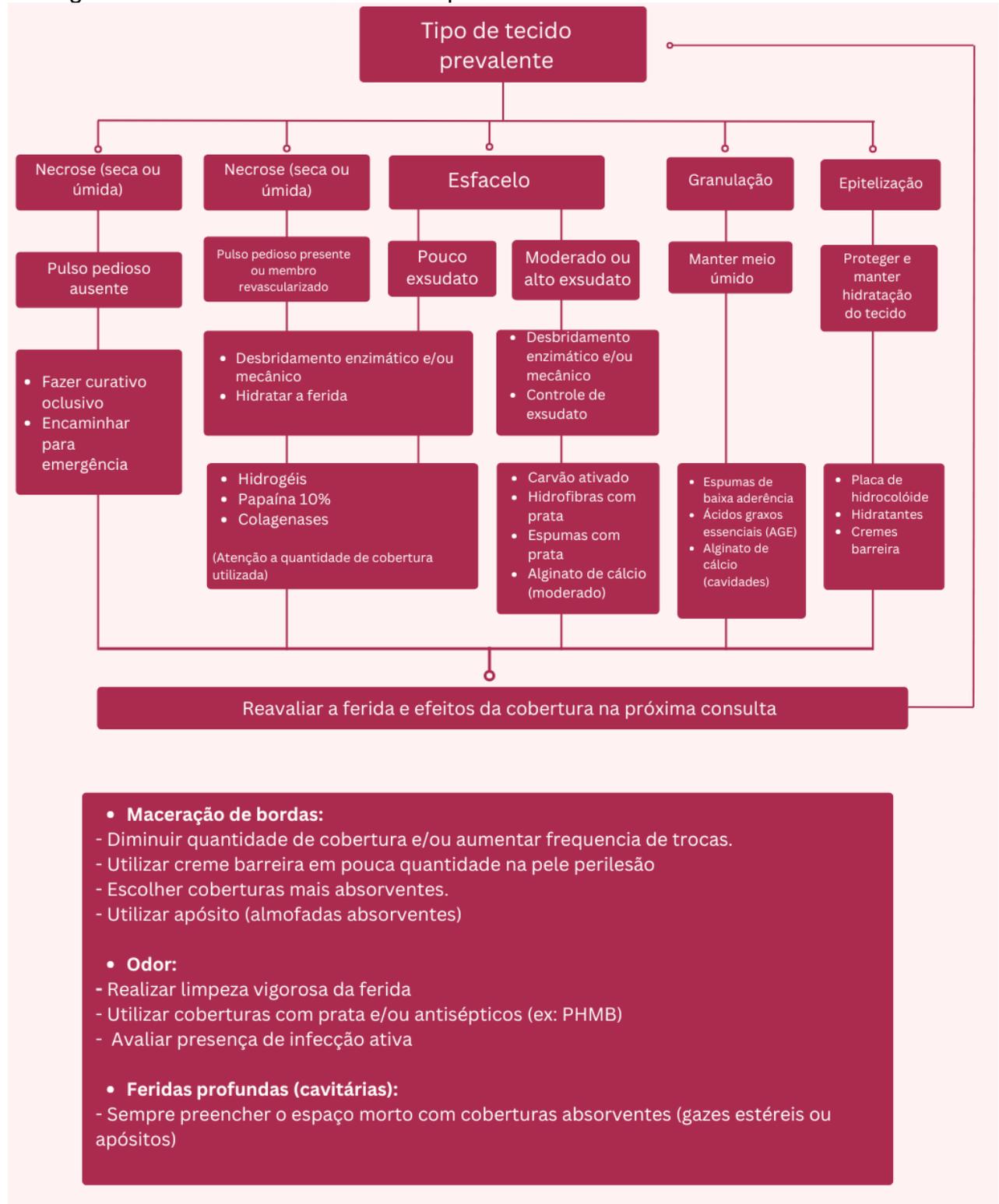
A cada troca de curativo a cobertura escolhida deve ser reavaliada em sua eficácia em relação ao aspecto anterior da ferida, evitando o uso indiscriminado e sem critérios. De acordo com o COREN/SP o curativo para ser eficaz deve atender alguns pontos:

- Ser impermeável à água, a outros fluidos e a bactérias;
- Permitir as trocas gasosas;
- Ser fácil de aplicar e de remover sem trauma;
- Auxiliar na hemostasia;
- Promover desbridamento e um ambiente úmido;
- Absorver e remover excesso de exsudato;
- Tratar as cavidades existentes na úlcera;
- Aliviar a dor;
- Proteger a úlcera contra traumas mecânicos;
- Fornecer isolamento térmico;
- Proporcionar condições favoráveis às atividades da vida diária do doente.

Apesar da enorme variedade de produtos disponíveis no mercado, iremos abordar as coberturas mais utilizadas em nossa realidade. Cada cobertura deve ser utilizada de acordo com as instruções do fabricante, respeitando o modo de uso e frequência de trocas.

A seguir apresentamos um fluxograma (Fluxograma 1) para ajudar na melhor escolha da cobertura tópica, seguindo as características da lesão no momento da avaliação (criado pela autora).

Fluxograma 2 - Escolha de cobertura tópica



Referências

Associação Brasileira de Estomaterapia- SOBEST. Guia de boas práticas: preparo do leito da lesão - desbridamento. São Paulo, 2020. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://sobest.com.br/wp->

[content/uploads/2020/10/Preparo-do-leito-da-ferida_SOBEST-e-URGO-2016.pdf](#)

Atkin L, Bućko Z, Conde Montero E Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. **J Wound Care**. 2019; 23:S1-S50
<https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>

Campos, MGCA; Sousa ATO; Vasconcelos, JMB; Lucena SAP; Gomes SKA. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: **Ideia**, 2016. Disponível em: <https://www.coren.pb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>

Junior WB, Chiacchio ND, Criado PR. **Tratado de Dermatologia**. 2ª. ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2014.

Murphy C, Atkin L, Vega de Ceniga M, Weir D, Swanson T. **Documento de consenso internacional**. Incorporando a higiene de feridas em uma estratégia proativa de cicatrização de feridas. *J Cuidados com Feridas* 2022;31:S1–S24

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde – Manual de Padronização de Curativos – Julho/2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital_.pdf

Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, Romanelli M, Stacey MC, Teot L, Vanscheidt W. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. **Wound Rep Reg** 2003; 11: 1–28.

7. LESÃO POR PRESSÃO

6.1 Conceito

A lesão por pressão e a sua prevenção são consideradas metas de segurança do paciente e responsabilidade da equipe multidisciplinar em todos os níveis de atenção do sistema de saúde.

Desde o final da década de 1980, existem evidências de que a maioria das lesões por pressão são evitáveis e ocorrem em pacientes em risco no início do processo de hospitalização ou de admissão em instituições de longa permanência.

A ocorrência da lesão por pressão é multifatorial e pode ser influenciada por questões fisiológicas e/ou deterioração clínica. Diretrizes internacionais com recomendações para a prevenção e tratamento das lesões por pressão existem desde a década de 1990 e têm sido revisadas periodicamente.

De acordo com o Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde, notificados ao SNVS no período de 2014 a 2022, dos 1.100.352 de incidentes notificados, 223.378 (20,30%) corresponderam a notificações de lesões por pressão, sendo, durante este período, o segundo tipo de evento mais frequentemente notificado pelos serviços de saúde do país.

6.2 Classificações

O conceito, a nomenclatura e a classificação dos estágios da lesão por pressão foram modificados pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) em 2016 e validados para o português com aval das sociedades de especialistas da Associação Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST) e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE).

A lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou nos tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato.

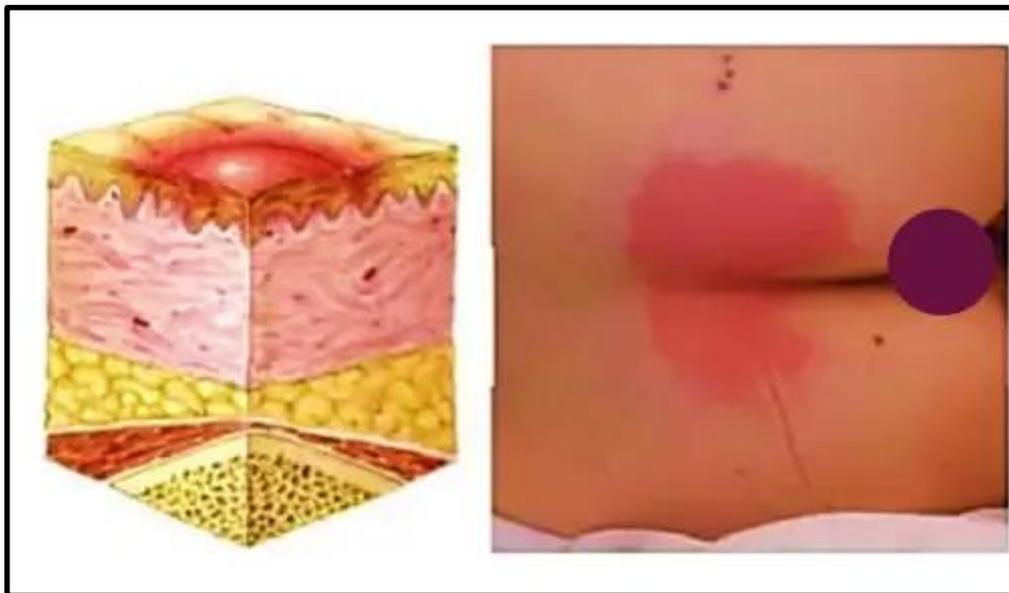
A lesão pode ocorrer como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. O aparecimento da lesão também é afetado pelo microclima do local, estado nutricional da pessoa, alterações na perfusão e presença

de comorbidades.

O guia Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão GVIMS/GGTES/ANVISA traz a classificação das LPP.

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

Figura 5 - LPP estágio 1



Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e necrose não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas

traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Figura 6 - LPP estágio 2



Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.

Figura 7 - LPP estágio 3



Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento,

cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica..

Figura 8 - LPP estágio 4



Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou necrose . Ao ser removido o esfacelo ou , a ferida poderá ser classificada se Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4

Figura 9 - LPP não classificável



Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

Lesão por Pressão Tissular Profunda: Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão

resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Figura 10 - LPTP



Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

Definições adicionais:

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivos Médicos: Essa terminologia descreve a etiologia da lesão e resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo.

Figura 11 - LPP dispositivo médico



Fonte: NPIAP (2019, p. 199)

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Figura 12 - LPP membrana mucosa



Fonte: NPIAP (2019, p. 199)

6.3 Fatores envolvidos

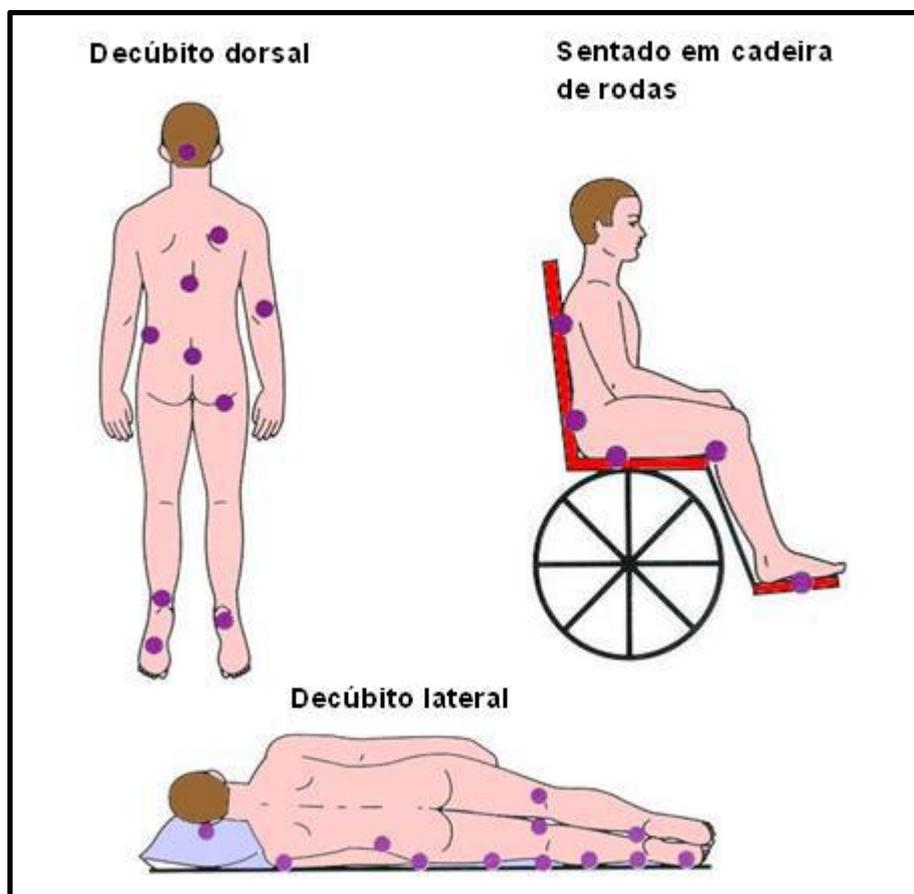
Diversos fatores foram identificados como responsáveis pela redução da tolerância tissular à pressão. Eles são agrupados em duas categorias:

- Fatores extrínsecos: fricção, cisalhamento, umidade e temperatura;
- Fatores intrínsecos: fatores fisiológicos que comprometem as estruturas de

suporte da pele e impedem que os tecidos moles absorvam e distribuam e tolerem a ação da pressão. São exemplos: idade avançada, desnutrição, obesidade, desidratação, hipotensão, doenças de base (diabetes, acidente vascular encefálico, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, doença cardiopulmonar, malignidade, instabilidade hemodinâmica, doença vascular periférica) e uso de alguns medicamentos (sedativos, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides, vasoconstrictores etc.).

6.4 Localização

Figura 13- Principais áreas de risco para lesões por pressão.



Fonte: Caliri, 2010

6.5 Avaliação

O principal diagnóstico deve ser pela observação clínica dos primeiros sinais, mas os profissionais de saúde têm disponíveis diversas ferramentas para realizar esta avaliação. A principal é a Escala de Braden, demonstrada no ANEXO 2, mas é apresentada aqui também uma versão resumida, retirada do Guia Rápido de

Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão de Brasília/DF (figura 14):

Figura 14 - Escala de Braden resumida

Pontos	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-
Risco Muito Alto			6 a 9 pontos	
Risco Alto			10 a 12 pontos	
Risco Moderado			13 a 14 pontos	
Risco Leve			15 a 18 pontos	

Fonte: Paranhos, 1999

6.6 Tratamento e prevenção

As LPP devem ser tratadas de acordo com as orientações descritas no texto acima, pois entram na mesma avaliação das feridas crônicas em geral, mas o alívio da pressão se torna fator determinante para o progresso da cicatrização.

“O tratamento do indivíduo com LPP deve ser realizado a partir de um planejamento de assistência visando a um cuidado integral, que passa pela avaliação geral da história de sua saúde/doença, pela avaliação da(s) lesão(ões), pela instituição ou continuidade das medidas de prevenção e pela promoção de medidas específicas para tratamento” (Feridas complexas e estomias, 2016) .

As medidas de prevenção devem ser implementadas no momento inicial da admissão da pessoa na instituição de saúde ou no momento da perda de mobilidade da pessoa que ocasionará a permanência em cadeira de rodas ou restrita ao leito.

Os principais pontos a serem observados são:

1 - Avaliação diária da pele: inspeção visual da pele com foco nos pontos de pressão e proeminências ósseas.

2 - Manejo da higiene e umidade: manter a pele hidratada e livre de umidade é o objetivo principal para prevenção das LPP. Limpar toda sujidade visível com água e sabonete e realizar hidratação com movimentos suaves. Evitar produtos com álcool. Proteger as áreas de maior umidade com cremes barreiras (ex: cremes a base de óxido de zinco).

3 - Manter hidratação oral e nutrição adequada: Os fatores nutricionais e de hidratação são fundamentais para as etapas do processo cicatricial. A desnutrição e desidratação aumentam as áreas de proeminência óssea, diminuem a força tênsil da pele e diminui o aporte de nutrientes e energia em nível celular para que a cicatrização aconteça.

4 - Alívio de pressão: o alívio ou diminuição da pressão auxilia no maior aporte sanguíneo favorecendo a manutenção e integridade dos tecidos. Seguem alguns cuidados necessários:

- reposicionar a pessoa a cada 2-3 horas ou de acordo com a necessidade;
- evitar posicionar a pessoa sobre dispositivos médicos (cateteres, tubos, drenos, etc) e retirada do dispositivo assim que possível;
- aliviar áreas de proeminência ósseas com almofadas/coxins, manter calcâneo flutuantes (ex. bota robofoot cano curto/ salvapé);
- utilizar colchões e/ou almofadas que realizam a distribuição de pressão. Estão disponíveis diversos materiais no mercado para tais fins (ar, espumas, geis, silicones, líquido viscoso, água, elastômero, etc). Importante ser um material macio que proporciona conforto, proteção e bom posicionamento da pessoa;

- considerar o uso de curativos de espuma ou hidrocoloide em proeminências ósseas para proteção da pele contra fricção e cisalhamento;

5 - Prevenção contra fricção e cisalhamento: elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° por tempo limitado e utilizar um forro móvel ou dispositivo mecânico para elevação e mobilização da pessoa.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Núcleos de Segurança do Paciente da Vigilância Sanitária (NSP VISA). Incidentes relacionados à assistência à saúde - Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, 2014 a dezembro de 2021. Brasília (DF): 2023. Disponível em: [/https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023/brasil](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023/brasil)

Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2020 Orientações para a Prevenção e o Controle de Infecções pelo Novo Coronavírus (Sars-Cov-2) em Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPI). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+N%C2%BA+05-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA+-ORIENTA%C3%87%C3%95ES+PARA+A+PREVEN%C3%87%C3%83O+E+O+C+ONTOLE+DE+INFEC%C3%87%C3%95ES+PELO+NOVO+CORONAV%C3%8DRU+S+EM+INSTITUI%C3%87%C3%95ES+DE+LONGA+PERMAN%C3%8ANCIA+PARA+IDOSOS%28ILPI%29/8dcf5820-fe26-49dd-adf9-1cee4e6d3096>

Beeckman, D; Campbell, KE; LeBlanc, K; Campbell, J; Dunk, AM; Harley, C; Holloway, S; Langemo, D; Romanelli, M; Gulnaz, T; Vuagnat, HV, Best Practice Recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity, **Wounds International**, 2020.

Paranhos WY, Santos VLGC. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**. 1999; 33 (nº esp): 191206. Disponível em: <http://143.107.173.8/reeusp/upload/pdf/799.pdf>.

Wechis SJ. et. al. Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão Braden **ESTIMA**, v.15 n.3, p. 145-151, 2017 DOI: 10.5327/Z18063144201700030005.

Secretaria de saúde- Brasília. Guia rápido de prevenção e tratamento de lesão por pressão. 2020. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/documents/37101/91089/GUIA-RAPIDO-DE-PREVENCAO-ETRATAMENTO-DE-LP.pdf>.

8. FERIDAS DE MEMBROS INFERIORES

7.1 Feridas venosas e arteriais

Há basicamente 3 tipos de feridas em membros inferiores: venosas, arteriais e mista. Aqui iremos apresentar as principais diferenças sobre elas, seus fatores determinantes, principais sinais e sintomas, pontos de atenção no tratamento e orientações de prevenção.

Quadro 4 - Resumo diferenças entre feridas venosas e arteriais

Tipo	Venosa	Arterial
Etiologia	Destruição das camadas da pele por insuficiência venosa crônica, principalmente hipertensão venosa.	Oclusão arterial nos membros inferiores, devido a Doença Arterial Periférica (DAP), que causa morte celular e lesão do tecido.
Fatores determinantes	Idade avançada, histórico familiar, tabagismo, trombose venosa profunda prévia, profissão ortostática, sexo feminino e obesidade.	Tabagismo, diabetes, hipertensão, hiperlipidemia, idade > 40 anos, doença arterial coronariana, sedentarismo.
Características	Bordas irregulares, exsudato alto e amarelado, única ou múltiplas em região de maléolo, progressão lenta de início súbito.	Borda regular, circular, ausência de tecido de granulação, fundo pálido, presença de necrose, localizadas nas pontas dos dedos, interdigitais, calcâneos e proeminência óssea.
Sinais e sintomas	Fadiga, dor e/ou desconforto ao esforço ou períodos longos em pé, sensação de peso nas pernas que melhora com a elevação dos membros, cãibras, veias tortuosas dilatadas visíveis, pele ressecada e descamativa.	Dor ou cãibras na panturrilha ou nos pés ao caminhar ou ficar em pé que melhoram no repouso, dor ao elevar os membros, dor unilateral, pulso reduzido ou ausente, tempo de enchimento capilar demorado e claudicação intermitente.
Avaliação	Anamnese e exame físico.	Anamnese e exame físico. Testes específicos (Quadro 5)
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e prescrever curativos de acordo com as características da ferida. • Estimular deambulação com uso de terapia compressiva (faixas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar necessidade de encaminhamento para serviço de urgência • Avaliar e prescrever curativos de acordo com as características da ferida.

	<p>elásticas ou Bota de Unna) – Quadro 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeuta: Exercícios de retorno venoso para pessoas acamadas e que fortaleçam a musculatura da panturrilha para pessoas que deambulam. • Aplicar hidratante na pele ressecada/descamada. • Repousar com as pernas elevadas por 30 minutos de 3 a 4 vezes ao dia. • Avaliar uso de contraceptivos orais (orientar consulta com ginecologista). • Prescrever meias compressivas após cicatrização das feridas - ANEXO 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Não realizar desbridamento mecânico sem avaliação criteriosa.
--	--	---

Quadro 5 - Testes específicos para avaliação das feridas arteriais

Teste	Descrição	Resultado
Prova de hiperemia reativa (rubor dependente)	Deitar a pessoa em posição dorsal, elevar o MI num ângulo de 45 a 60° em relação à superfície de apoio, mantendo-o por 1 min. Observar a região plantar e comparar os dois membros.	Negativo: Palidez discreta Positivo: Palidez acentuada ou pálido-cianótico
Prova de preenchimento venoso	Colocar a pessoa sentada com o pé pendente e verificar o tempo de enchimento venoso.	Sem comprometimento: enchimento em torno de 12s. Com comprometimento: pode chegar à fração de minutos.
Índice Tornozelo Braquial (ITB) Deve ser usado na suspeita de DAP em MMII ao esforço, idade maior que 65 anos ou mais de 50 anos com histórico de tabagismo e diabetes, diminuição ou ausência de pulsos em MMII, doença arterial coronariana, carotídea ou renal e risco cardiovascular intermediário, claudicação intermitente em MMII.	Manter a pessoa em repouso em decúbito dorsal por 10 minutos. Com auxílio do manguito e sonar, verificar PA sistólica nos quatro membros (artéria pediosas em MMII e artéria braquial em MMSS). Considerar o maior valor encontrado para o cálculo do ITB: ITB = maior PAS tornozelo / maior PAS braço	Normal: 0,91 - 1,29 Insuficiência Arterial leve: 0,8 - 0,9 Insuficiência Arterial moderada: 0,6 - 0,79 Isquemia grave: 0,41 - 0,59 Isquemia crítica: menor que 0,4 Obs: O ITB pode ser maior que 1,3 em pessoas com DM, insuficiência renal, artrite ou calcificação de artéria de

		tornozelo.
--	--	------------

Fonte: Florianópolis, 2020.

Quadro 6 – Tipos de terapias compressivas

Tipo de compressão	Dispositivo	Indicação	Observação
Inelástica	Bota de Unna (pode permanecer até sete dias).	Só para pacientes que deambulam com úlcera venosa aberta.	Pode ser aplicada uma atadura elástica por cima ou de crepe comum para proteção.
Elástica	Atadura de única camada (Surepress®) – lavável (pode permanecer até sete dias).	Úlcera venosa aberta	Atenção para evitar lesões em proeminências ósseas. Mantém pressão de 40mmHg no tornozelo.
	Atadura multicamadas (composta de duas a quatro camadas) (pode permanecer até sete dias).	Úlcera venosa aberta de difícil tratamento	Pressão de 40mmHg no tornozelo, reduzindo para 17mmHg no joelho. Mantém compressão por sete dias.
	Meia elástica (Venosan®) (Sigvaris®) (Mediven®) (Kendall®) (Ulceraid®) – com prata* (Ulcer Care®) – com zíper	Tratamento de úlcera venosa aberta ou para prevenção	Podem ser removidas à noite e reaplicadas antes de o paciente se levantar, ou podem ser usadas continuamente. Prescritas pelo angiologista. Validade de 6 meses

Fonte: CAMPOS, 2016

7.2 Feridas mistas

As feridas mistas irão apresentar sinais e sintomas tanto da insuficiência venosa como com comprometimento arterial (DAP), mas irão aparecer em níveis diferentes. Cabe a avaliação clínica para diagnosticar qual etiologia causa mais alterações ao usuário e assim prescrever um tratamento mais adequado.

7.3 Feridas hipertensivas (de Martorell)

As feridas hipertensivas são uma complicação da isquemia de arteríolas

causada pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sem controle adequado. Foi relatada pela primeira vez em 1945 pelo cardiologista Otzel Fernando Martorell. Geralmente se apresentam como lesão única com bordas regulares, dolorosa e superficial, mais prevalente no sexo feminino, em idade entre 55 e 65 anos.

O controle da pressão arterial e o manejo da dor são pontos cruciais para a remissão da ferida. O desbridamento é contra-indicado enquanto os níveis pressóricos não forem estabilizados.

Referências

Campos, MGCA; Sousa ATO; Vasconcelos, JMB; Lucena SAP; Gomes SKA. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: **Ideia**, 2016. Disponível em: <https://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>

Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem, Volume 6 - Cuidado à pessoa com ferida. Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%206%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>

Isoherranen K, et. al. Lower Leg Ulcer Diagnosis & Principles of Treatment. Including Recommendations for Comprehensive Assessment and Referral Pathways. **J Wound Management**, 2023;24(2 Sup1):s1-76 DOI: 10.35279/jowm2023.24.02.sup01

Nair HK, et. al. Leg ulceration in venous and arteriovenous insufficiency: assessment and management with compression therapy as part of a holistic wound-healing strategy. **J Wound Care**. 2024 Oct 1;33(Sup10b):S1-S31. doi: 10.12968/jowc.2024.33.Sup10b.S1. PMID: 39401103.

National Pressure Injury Advisory Panel – Npiap; European Pressure Ulcer Advisory Panel And Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide. Osborne Park, Australia: Cambridge Media; 2019.

Filho HMN; Ferreira FA; Reis ESS; Borges, DTM; Cavichioli, FCT; Costa, LMCR. Diagnóstico e tratamento de úlcera hipertensiva de Martorell: artigo de revisão. **Nursing (Ed. bras., Impr.)** ; 24(282): 6505-6510, nov. 2021.

9. OUTRAS LESÕES

8.1 Queimaduras

As queimaduras são uma importante causa de morbimortalidade populacional, podendo causar graves alterações fisiológicas e emocionais, que afetam não só o paciente, mas também o núcleo familiar e social.

São descritas como feridas traumáticas normalmente causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, que podem causar destruição tecidual parcial ou total.

Os principais agente etiológicos são (COREN-SP):

- **Térmica:** Líquidos superaquecidos, chama, contato com superfície quente ou calor intenso. Causam lesões de diferentes níveis de gravidade. Comum em crianças e idosos.
- **Elétrica:** envolve a exposição à corrente elétrica, que percorre o corpo de um ponto a outro e origina vários pontos de entrada e de saída, o que agrava as lesões.
- **Química:** incluem ácidos, bases, compostos orgânicos ou inorgânicos. O tipo de produto, concentração e tempo de exposição causam diferentes níveis de agravo.
- **Radiação:** inclui radiação eletromagnética, raios X, raios gama e radiação gama e particulada.

8.1.1 Classificação:

- 1) **Primeiro grau:** afetam apenas a epiderme. Causa hiperemia, pele quente, ausência de flictenas (bolhas) e dor. Cicatriza entre 5 a 7 dias e não deixa cicatriz. Exemplos: queimaduras solares, contato rápido com líquidos quentes ou objetos pouco aquecidos.
- 2) **Segundo grau:** afetam a epiderme e a derme parcialmente. Podem ser

superficiais ou profundas, causando destruição das glândulas sudoríparas, sebáceas, nervos e folículos pilosos e geram flictenas (bolhas). Cicatrizam entre 07 a 21 dias. Pode deixar cicatriz dependendo da profundidade da lesão.

- 3) Terceiro grau:** destroem a espessura total da pele (epiderme, derme) e podem atingir tecidos subjacentes (músculos, fáscias e tendões). Não apresentam dor pela destruição dos receptores de dor (nociceptores), causam perda do suprimento sanguíneo. Tem aspecto de couro esbranquiçado, ressecada e crostosa, após o desbridamento pode ser necessário enxerto. Podem causar alterações hemodinâmicas.

8.1.2 Primeiros socorros:

De acordo com a Sociedade Brasileira de Queimadura os primeiros socorros prestados a vítimas de queimadura devem ser:

Quadro 6 - primeiros socorros em casos de queimadura

- Interromper o processo da queimadura, apagando o fogo por abafamento ou uso de água, na ausência, deitar no chão, proteger a face com as mãos e rolar no chão. Nunca sair correndo, pois aumenta a chama. Desligar ou afastar-se da fonte de calor. Em caso de incêndio, retirar o paciente do local o mais rapidamente possível.
- Resfriar a queimadura por 20 minutos, com água corrente, limpa e, posteriormente, retirar roupas e adereços próximos à queimadura, pois podem estar quentes ou prejudicar a circulação.
- Proteger a queimadura com tecido limpo, preferencialmente asséptico, sem apertar o local lesionado.
- Chamar por serviço de socorro (SAMU - 192 ou Corpo de Bombeiros - 193), no caso de suspeita ou de evidência de que a vítima se enquadra em alguma das situações descritas na Tabela 1, ou parecer se encontrar em condição ameaçadora à vida.
- Em caso de dor, tomar analgésicos comuns do hábito da vítima. Elevar o local da lesão também pode gerar certo alívio e reduzir o edema.

Atenção!

- Não utilizar outros produtos sem recomendação médica (óleos, pasta de dente, cremes, manteiga, borra de café, graxa).
- Não resfriar a queimadura com gelo.
- Não estourar as bolhas em casa caso elas apareçam.
- Não expor a queimadura ao sol.

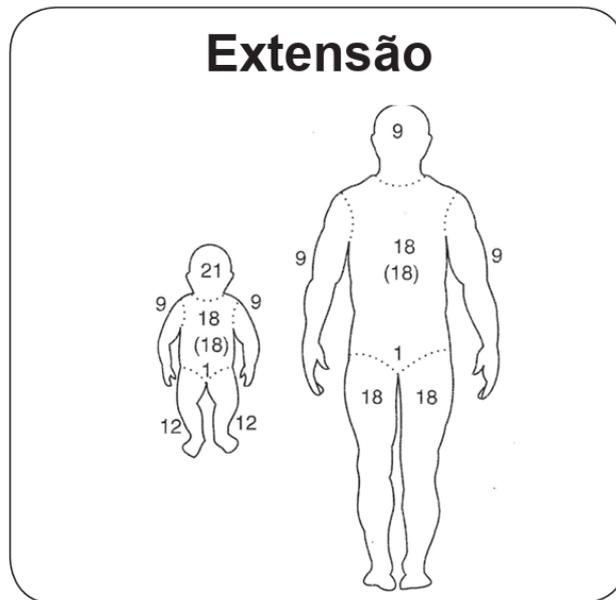
8.1.3 Avaliação:

A primeira avaliação realizada pelo profissional de saúde da pessoa queimada determinará se o atendimento deverá ser de urgência ou não. As seguintes situações necessitam de atendimento urgente:

- Superfície corporal queimada (SCQ) > 15%
- Queimadura de face, pescoço, mãos, pés e região genital
- Queimadura inalatória
- Sonolência ou confusão mental
- Saturação de oxigênio < 90%, se disponível.
- Queimaduras de 3o grau, independente do motivo
- Queimaduras químicas, elétricas ou radioativas
- Se a pessoa não conseguir ingerir líquidos
- Pessoas com queimaduras e traumas simultâneos

Para determinar a SCQ se utiliza a regra dos nove, representada na figura 15.

Figura 15 - Regra dos nove para crianças e adultos



Fonte: GOMES, Dino R.; SERRA, Maria Cristina; PELLON, Marco A. *Tratado de Queimaduras: um guia prático*. São José, SC: Revinter, 1997.

Em caso de atendimentos de urgência a pessoa receberá o protocolo de atendimento pré-hospitalar (APH) com objetivos de assegurar “tratamento rápido e definitivo das múltiplas lesões e permitindo que ela se recupere e se reintegre à sociedade” (Prudente, 2005).

As vítimas de queimaduras deverão ser tratadas como politraumatizada, até que se prove o contrário, e seguir os procedimentos preconizados pelas unidades móveis de APH ou unidade de emergência/urgência (UPAS). Quadro 7 exemplifica os pontos primordiais neste tipo de atendimento.

Quadro 7 - Atendimento inicial ao politraumatizado

A	Airway maintenance with restriction of cervical spine motion
B	Breathing and ventilation
C	Circulation with hemorrhage control
D	Disability (assessment of neurologic status)
E	Exposure/Environmental control

Fonte: Lopes, 2021

A- Vias Aéreas e Estabilização da Coluna Cervical: A estabilização da coluna cervical deve ser feita quando há possibilidades de traumatismos cervicais. Como por exemplo: em explosões, lesões por desacelerações, quedas e acidentes automobilísticos.

B- Respiração: o paciente deve receber um alto fluxo de oxigênio fornecido através de uma máscara não reinalante (10-15L/ min), visando atingir uma saturação de oxigênio de 94 a 98%.Entretanto, se a lesão por queimadura for isolada e pequena ou não houver suspeita de lesão por inalação, o oxigênio pode não ser necessário.

O comprometimento da respiração geralmente deve-se a três importantes fatores: (1) Intoxicação por monóxido de carbono (CO); (2) Hipóxia; e (3) Lesão por inalação.

C- Circulação e Reposição de Fluidos: a reposição de fluidos é recomendada na presença ou não de sinais de hipovolemia/ hipotensão, seja em queimaduras de 2º grau e de 3º grau, principalmente quando acomete > 20% da área de superfície corpórea total em adulto e 10% na criança. A administração de fluidos nunca deve ser em bolus, pois há risco de complicar o paciente com hiper-hidratação e aumentar o edema.

D- Disfunção Neurológica: O estado mental do paciente pode ser avaliado pela Escala de Coma de Glasgow, que utiliza de medidas verbais, motoras e oculares para estabelecer o estado mental básico em pacientes com trauma.

E- Exposição e Controle de Hipotermia: o paciente queimado deve ser totalmente exposto, afastando a possibilidade de alguma parte das vestes prolongarem o processo de queimadura. A retirada de qualquer acessório é necessária, uma vez que

o edema pode causar efeito torniquete no local. Em caso de roupas aderidas à pele, ela não deve ser retirada na prestação do atendimento imediato.

O controle da hipotermia é essencial para esses pacientes, pois eles perdem a capacidade de termorregulação. O controle deve ser feito com um ambiente aquecido e cobertores limpos. Pacientes pediátricos, que são mais suscetíveis à hipotermia e podem demandar maior esforço de aquecimento.

Se a queimadura não atender aos critérios de urgência a lesão poderá ser avaliada e tratada nas unidades de atenção primária (ESF/UBS).

8.1.4 Tratamento:

O tratamento da lesão seguirá os critérios de avaliação de ferida descritos no capítulo 4 e 5 deste protocolo. Em caso de flictema, o profissional deve avaliar se o rompimento trará mais benefícios do que manter o flictena intacto. Para flictenas grandes em áreas de movimentação (extremidades superiores) ou apoio, com sinais de infecção ou com risco de rompimento orienta-se a drenagem e realização de curativo oclusivo. Para flictenas pequenas e sem sinais de infecção orienta-se manter flictena íntegro e observar evolução.

Após a cicatrização é importante orientar o uso de hidratantes e protetor solar em áreas expostas para evitar manchas na pele.

Referências

Site sobre feridas crônicas pela Escola de Enfermagem da USP em Ribeirão Preto:
Disponível em: http://eerp.usp.br/feridascrônicas/recurso_educacional_lp_4_2.html.
ESSE LINK NÃO FUNCIONA

Campos, MGCA; Sousa, ATO; Vasconcelos, JMBr; Lucena, SAP; Gomes, SKA.
Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa:
Ideia, 2016.

Lopes, DC; Ferreira, ILG; Adorno, J. Manual de queimaduras para estudantes.
Brasília: **Sociedade Brasileira de Queimaduras**, 2021. Disponível em:
<https://sbqueimaduras.org.br/material/3091>

Prudente PM, Gentil RC. Atuação do enfermeiro durante o atendimento pré-hospitalar a vítimas de queimaduras. **Rev Enferm UNISA** 2005;6:74–79.

Tavares, WS; Silva, RS. Curativos utilizados no tratamento de queimaduras: uma revisão integrativa. **Revs. Bras. Queimaduras**. 2015;14(4): 300-306. Disponível em: <https://www.rbqueimaduras.com.br/details/282/pt-BR>

8.2 FERIDAS NEOPLÁSICAS

De acordo com a Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) as feridas neoplásicas malignas (FNM) são consideradas feridas crônicas por estarem

associadas ao desenvolvimento do câncer, são resultado da proliferação descontrolada de células malignas que se infiltram na pele, causando rompimento da integridade cutânea e degradação dos tecidos adjacentes.

O manejo clínico dessas feridas tem como objetivo fazer o controle de sinais e sintomas sem a perspectiva de cicatrização, já que depende do prognóstico e avanço do tratamento do câncer.

Seus sintomas característicos são: dor, odor fétido, exsudato, sangramento, prurido, infecções, mífase (infestação de larvas), fístulas e desfiguramento corporal progressivo.

As feridas são estadiadas para melhor descrição e avaliação de acordo com os descritivos abaixo (retirado do guia Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado - INCA):

Estadiamento 1 - Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Assintomático.

Figura 16 - FNM estadiamento 1



Fonte: INCA, 2009

Estadiamento 1N - Ferida fechada ou com abertura superficial por orifício de drenagem de exsudato límpido, de coloração amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, ferida seca ou úmida. Dor ou prurido ocasionais. Sem odor.

Figura 17 - FNM estadiamento 1N



Fonte: INCA, 2009

Estadiamento 2 - Ferida aberta envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais. Por vezes, friáveis e sensíveis à manipulação. Exsudato ausente ou em pouca quantidade (lesões secas ou úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor da ferida. Dor e odor ocasionais.



Figura 18 - FNM estadiamento 2

Fonte: INCA, 2009

Estadiamento 3 - Ferida espessa envolvendo o tecido subcutâneo. Profundidade regular, com saliência e formação irregular. Características: friável, ulcerada ou

vegetativa, podendo apresentar tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido, odor fétido, exsudato. Lesões satélites em risco de ruptura. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.

Figura 19 - FNM estadiamento 3



Fonte: INCA, 2009

Estadiamento 4 - Ferida invadindo profundas estruturas anatômicas. Profundidade expressiva. Por vezes, não se visualiza seu limite. Em alguns casos, com exsudato abundante, odor fétido e dor. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.

Figura 20 - FNM estadiamento 4



Fonte: INCA, 2009

8.2.1 Avaliação e Tratamento:

A avaliação da ferida é necessária para verificar a presença dos sintomas e prescrever seu manejo, uma vez que a cicatrização está integralmente dependente do tratamento sistêmico da patologia.

O tratamento se dá para controle de sinais e sintomas com objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa, de modo a minimizar alterações em sua rotina e convívio social. A escolha de cobertura deverá seguir a avaliação já descrita nos capítulos anteriores.

Deve-se evitar procedimentos agressivos e que causem maior dor à pessoa. Em caso de desbridamento de necroses e/ou esfacelos, este deve ser avaliado pelo profissional a fim de escolher o melhor método e com menor dano.

Pontos importante na realização do curativo:

- Remover adesivos da pele com ajuda de solução fisiológica ou, se disponível, removedor de adesivo hospitalar;
- Remover cobertura primária a com irrigação de solução fisiológica a fim de diminuir risco de sangramento;
- Irrigar abundantemente a ferida com solução fisiológica;

- Utilizar agentes antissépticos degermantes para diminuir odor (ex.: clorexidina, PHMB);
- Utilizar coberturas a base de prata e/ou carvão ativado para controle de odor;
- Utilizar coberturas absorventes para feridas com alto exsudato;
- Utilizar solução de PHMB para irrigação da ferida;
- Preencher cavidade com gazes ou cobertura absorvente;
- Proteger pele peri ferida com creme barreira;
- Orientar usuário e/ou familiares e cuidadores na troca diária ou toda a vez que curativo secundário estiver saturado;
- Em caso de candidíase peri-ferida, utilizar sulfadiazina de prata 1%;
- Em caso de prurido, utilizar dexametasona creme a 0,1%.

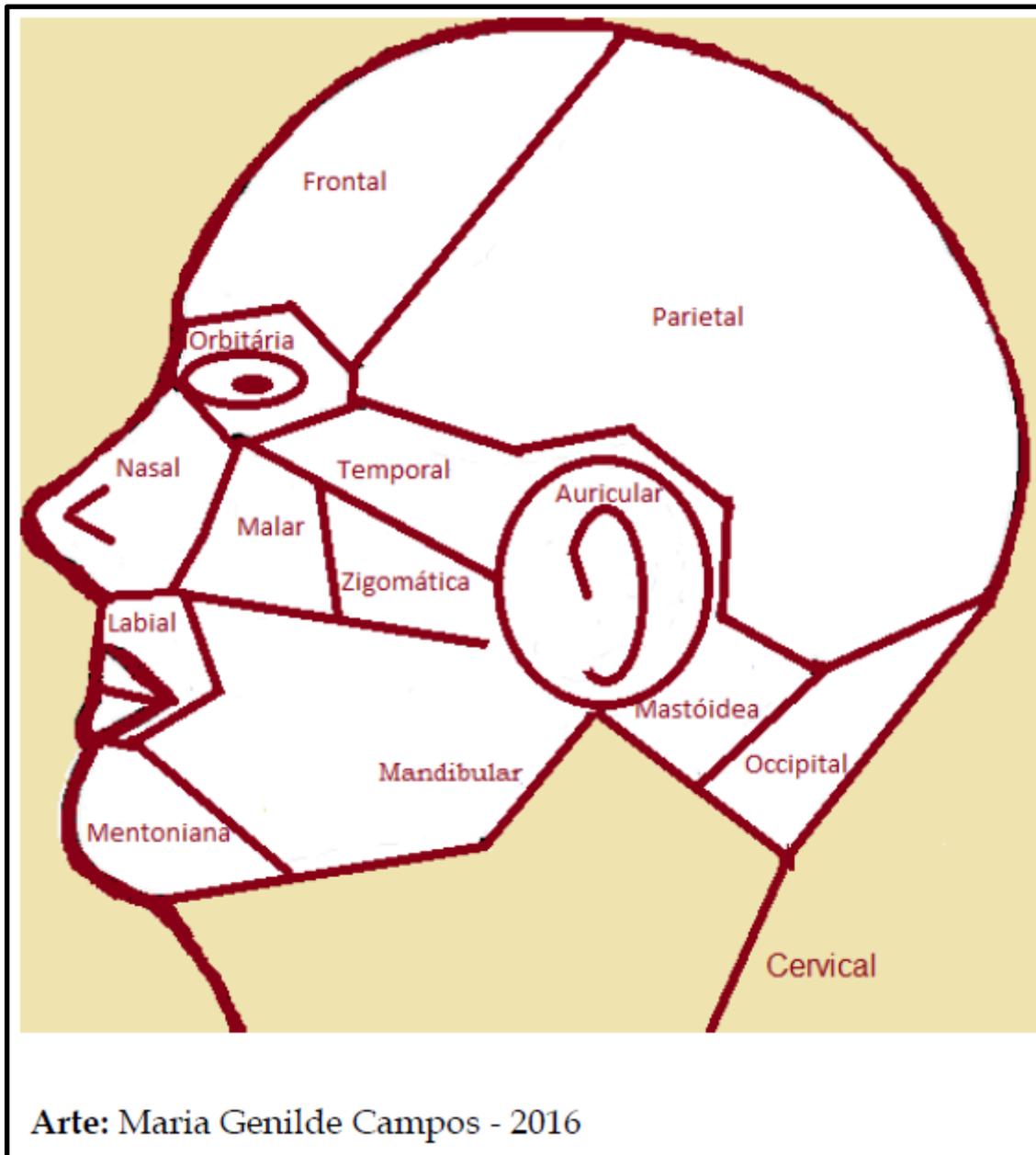
Referências

Campos, MGCA; Sousa, ATO; Vasconcelos, JMB; Lucena, SAP; Gomes, SKA. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: **Ideia**, 2016.

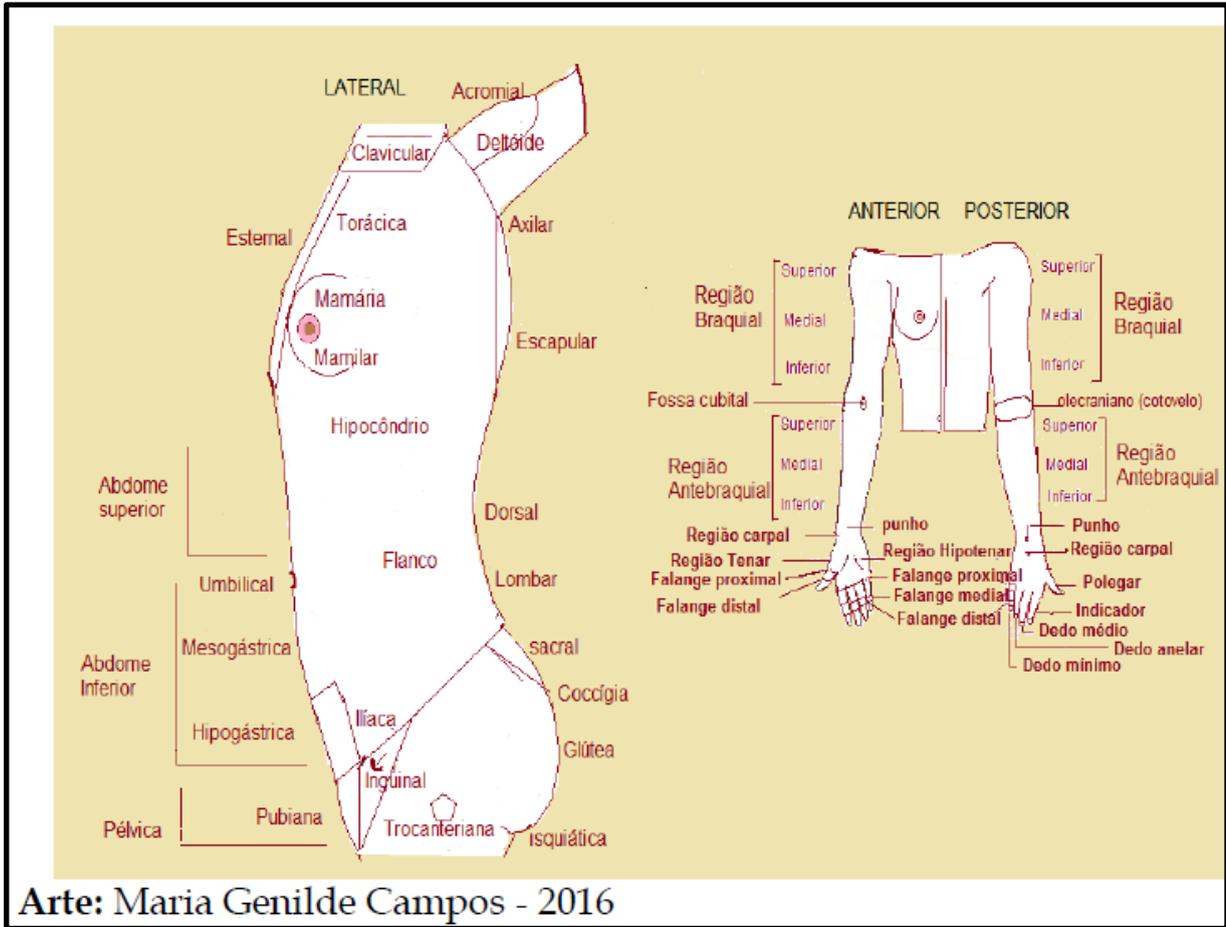
INCA. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Ministério da Saúde. Tratamento E Controle De Feridas Tumorais E Úlceras Por Pressão No Câncer Avançado. Série Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: RJ, 2009.

Pereira, Odenilce Vieira. A especificidade da Ferida Neoplásica Maligna e o cuidado especializado. [S. l.]: **Sobest- Associação Brasileira de Estomaterapia**, 11 jan. 2023. Disponível em: <https://sobest.com.br/a-especificidade-da-ferida-neoplasica/>.

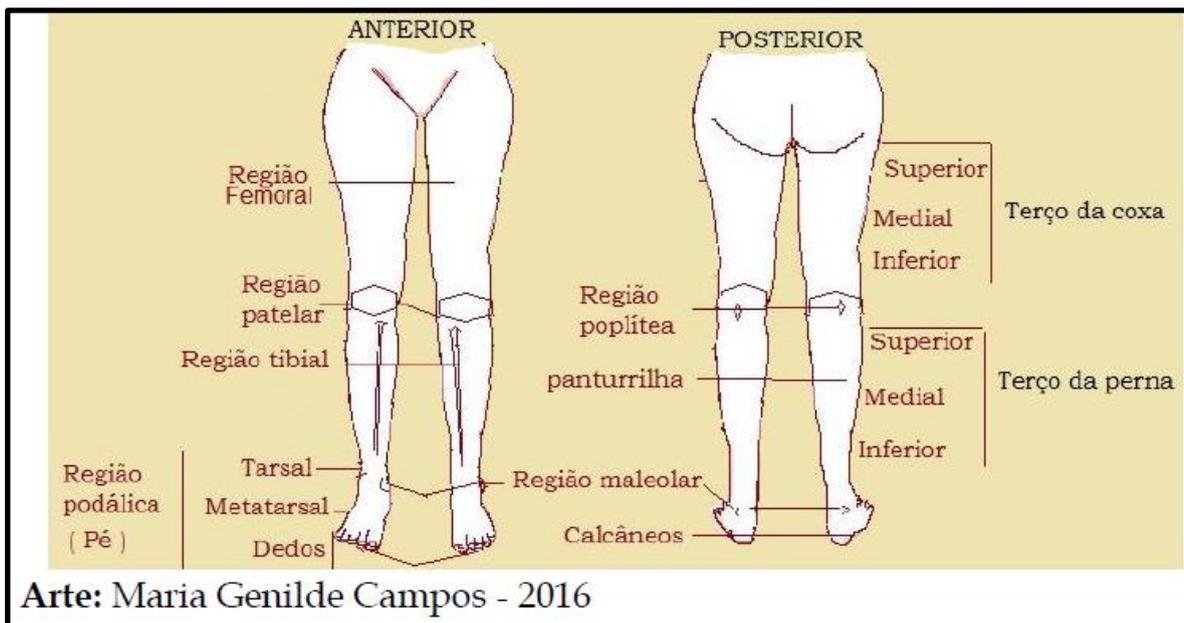
ANEXO 1 - Localização das feridas



Fonte: Campos, 2016



Fonte: Campos, 2016



Fonte: Campos, 2016

ANEXO 2 – Escala de Braden

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVER LESÕES DE PRESSÃO ESCALA DE BRADEN - ADAPTADA					PONTOS
PERCEPÇÃO SENSORIAL: habilidade de responder à pressão relacionada ao desconforto	1. Completamente limitado: não reage, não responde a estímulo doloroso (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) devido a nível de consciência ou a sedação ou a capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitado: responde a estímulos dolorosos. Não é capaz de comunicar desconforto, exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitado: responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou expressar a necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: responde a comandos verbais, não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.	
UMIDADE: nível ao qual é exposta à umidade	1. Constantemente úmida: pele mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito úmida: pele frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa da cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente úmida: pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4. Raramente úmida: pele geralmente seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.	
ATIVIDADE FÍSICA	1. Acamado: mantém-se sempre no leito, confinado à cama.	2. Restrito à cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Caminha ocasionalmente: porém por distâncias bem curta, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do tempo na cama.	4. Caminha frequentemente: anda fora do quarto duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas, durante as horas que está acordado.	
MOBILIDADE: capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imóvel: não faz nenhum movimento do corpo, nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, mudanças na posição de corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio.	
NUTRIÇÃO: padrão usual de consumo alimentar	1. Muito pobre: não come toda a refeição. Toma pouco líquido. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína/dia. Não toma nenhum suplemento dietético.	2. Provavelmente inadequado: raramente faz refeição completa e geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções/dia. De vez em quando toma suplemento alimentar.	3. Adequado: come mais da metade da maioria das refeições. Ingerir um total de 4 porções de proteína/dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido.	4. Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa refeição. Ingerir 4 porções de proteína/dia. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.	
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	1. Problema: necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se.	2. Potencial para o problema: movimentar-se livremente ou necessita uma assistência mínima.	3. Nenhum problema aparente: movimentar-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento.		
TOTAL DE PONTOS					

Fote: Paranhos, 1999.

ANEXO 3 – Prescrição de meias compressivas

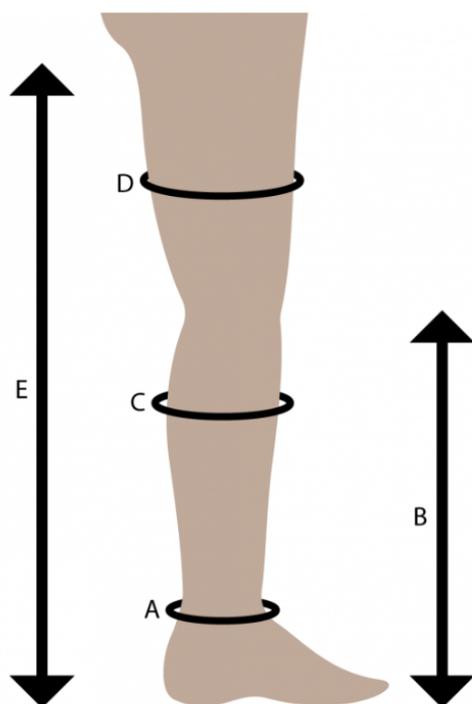
Suporte	Pressão no tornozelo	Indicações clínicas	CEAP	Marcas
Suave	15-20mmHg	Indivíduos assintomáticos: para conforto e descanso. Prevenção e tratamento de doença varicosa leve: alterações mínimas e leves como telangectasias, pernas doloridas e cansadas; veias varicosas, edema menor do tornozelo, perna ou pé, sem alterações da pele	0, 1, 2, 3	Jobst; Kendall; Medi; Selecta; Sigvaris; Venosan
Média	20-30mmHg	Tratamento de insuficiência venosa crônica: edema sem alterações de pele; ou com alterações do tipo hiperpigmentação, eczema de estase e lipodermatoesclerose; tromboflebite; pós-escleroterapia	3,4	Jobst; Kendall; Medi; Selecta; Sigvaris; Venosan
Alta	30-40mmHg	Tratamento de insuficiência venosa crônica: alterações de pele do tipo hiperpigmentação, eczema de estase e lipodermatoesclerose, úlcera de estase curada ou úlcera ativa*; pós-TVP; pós-cirúrgico	4,5,6	Jobst; Jobst Ulcer CARE (40mmHg); Medi; Selecta; Sigvaris; Venosan
Muito alta	>40 mmHg	Linfedema crônico; cicatrizes de queimaduras.	-	Não disponíveis no Brasil

Fontes: Armstrong D., Meyr A. J. (2017); Borges (2011)

Comprimento:

- **Até o joelho (infra-condilíneas):** São as mais usadas, são tão efetivas quanto as de comprimento até a coxa. São suficientes para a maioria dos pacientes e geralmente bem toleradas.
- **Até a coxa:** São ocasionalmente prescritas após cirurgia venosa, para edema acima do joelho e também podem ser úteis para fornecer um nível adicional de suporte durante períodos de viagem prolongada.
- **Meia-calça para gestantes:** Disponíveis em diferentes graus de compressão. Pode ser usada desde o começo da gestação para alívio de sintomas como dor nas pernas e edema e também para tratamento de varizes pélvicas.

Medidas: A meia deve ser compatível com as medidas do membro inferior de cada paciente. Existem várias marcas e modelos, com variação nas medidas de circunferência do tornozelo e da panturrilha e do comprimento. Realizar as medidas com uma fita métrica, preferencialmente pela manhã. São necessárias 3 medidas para as meias abaixo do joelho e cinco medidas para as meias até a coxa, conforme mostra a figura:



Fonte: Borges (2011)

Locais das medidas da perna: circunferência do tornozelo no ponto mais estreito acima do maléolo medial (A), comprimento da base do calcanhar até abaixo do joelho (B), circunferência da panturrilha no seu ponto mais largo (C); para meias de compressão até a coxa, medir também: circunferência da parte mais larga da coxa (D) e o comprimento da base do calcanhar até a dobra glútea (E).

Forma de uso: As meias devem ser colocadas pela manhã, logo após acordar, quando o edema é mínimo; e após a colocação dos curativos de úlcera, se houver. Se houver uma demora após levantar da cama (por exemplo, tomar banho), é útil elevar as pernas por 20 a 30 minutos antes de colocar as meias. Alguns fabricantes disponibilizam uma calcadeira junto ao par de meias para facilitar o uso. Remover as meias à noite ou até o horário máximo de tolerância do paciente durante o dia. As meias absorvem oleosidade da pele e podem deixar a pele mais ressecada. Por isso, após a remoção das meias à noite, hidratar a pele. É necessário trocar as meias de compressão a cada 6 meses devido à perda de pressão com o uso.

Contraindicações: Antes da prescrição, verificar se o paciente apresenta alguma contraindicação à prescrição, como doença arterial periférica, índice tornozelo-braquial $\leq 0,9$, fase aguda de trombose venosa profunda, insuficiência cardíaca, celulite, infecção aguda ou tecidos necróticos na pele.

Fonte: Teleconsultoria respondida por: Ana Cláudia Magnus Martins, Médica de Família e Comunidade, Teleconsultora do TelessaúdeRS-UFRGS. Medicina na UFRGS, residência em Medicina da Família e Comunidade no GHC e Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS.
<http://ufrgs.br/telessaunders/perguntas/insuficiencia-venosa/>