

Organização

Leides Barroso Azevedo Moura
Ana Luíza Araújo dos Santos
Manuela Stefane da Silva Ricardo
Sarah de Castro Caetano
Fabiana Giraldes Delaix



Guia para Realização de Curativos

Um *e-book* para facilitar o dia a dia na realização de curativos na Atenção Primária à Saúde

Distribuição gratuita - Venda proibida



**FUTURO
É AGORA**



Departamento de
ENFERMAGEM
Universidade de Brasília



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

GUIA PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVOS

Um e-book para facilitar o dia a dia na realização de curativos na Atenção Primária à Saúde

Leides Barroso Azevedo Moura
Ana Luíza Araújo dos Santos
Manuela Stefane da Silva Ricardo
Sarah de Castro Caetano
Fabiana Giraldes Delaix

Brasília - DF

2023



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde



Licença creative commons

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é dos autores

[1ª edição]

Elaboração e informações

Universidade de Brasília

[Faculdade de Ciências da Saúde]

[Departamento de Enfermagem]

Faculdade de Ciências de Saúde - Universidade de Brasília-UnB - Campus Universitário Darcy Ribeiro - Asa Norte-Brasília-DF Brasil - CEP: 70.910-900 Asa Norte, Brasília - DF

Telefone: (61) 3107-1940 / 1941 / 1942 E-mail: fsd@unb.br

Equipe técnica

Equipe Editorial: Ana Luíza Araújo dos Santos/ Manuela Stefane da Silva Ricardo/ Sarah de Castro Caetano

Revisão de conteúdo: Ana Lúcia da Silva/ Simone Roque Mazoni

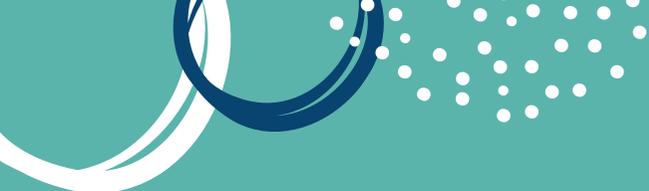
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade de Brasília - BCE/UNB)

G943 Guia para realização de curativos [recurso eletrônico] : um e-book para facilitar o dia a dia na realização de curativos na Atenção Primária à Saúde / organização, Leides Barroso Azevedo Moura ... [et al.]. - Brasília : Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2023.
83 p. : il.

Formato PDF.
Modo de acesso: World Wide Web.
ISBN 978-65-998701-1-8.

1. Curativos. 2. Ferimentos e lesões. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Enfermagem. I. Moura, Leides Barroso Azevedo (org.).

CDU 616-001



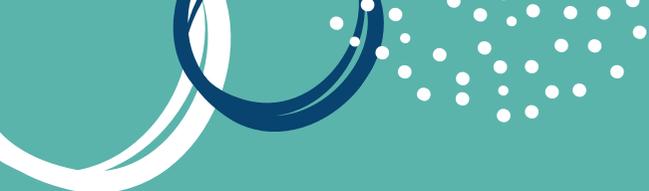
AGRADECIMENTOS

Agradecemos às Professoras Doutoras Ana Lúcia da Silva¹ e Simone Roque Mazoni² pela participação e contribuição na revisão deste e-book, de forma a atestar a qualidade e confiabilidade da pesquisa realizada para a construção deste.

¹ Professora Adjunta ao Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília - UnB, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), doutorada pela Universidade de Brasília e primeira Estomatrapeuta do Distrito Federal.

² Professora Adjunta ao Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília - UnB, graduação e doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).



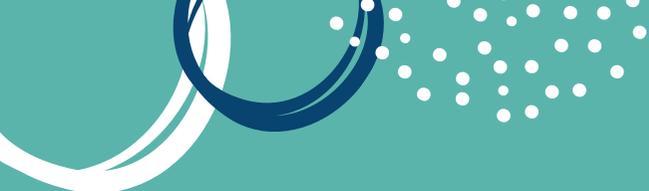


ESTÁGIO SUPERVISIONADO 1

O Estágio Curricular representa uma articulação efetiva entre teoria e prática, com vistas ao aprofundamento da compreensão da realidade encontrada e à formação da densidade profissional do graduando em Enfermagem.

A disciplina de Estágio Supervisionado 1 fundamenta-se no desenvolvimento de competências necessárias para a formação do(a) Enfermeiro(a) no processo de cuidar e gerenciar a atenção à saúde da criança, adolescente, mulher, adulto, idoso, tendo em foco o indivíduo, família e comunidade, utilizando os princípios e diretrizes do SUS, nos níveis de atenção básica e média complexidade à saúde em instituições públicas e privadas.



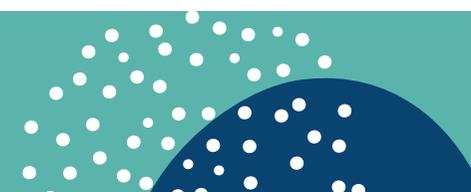


APRESENTAÇÃO

A temática ferida apresenta uma multifatorialidade de eventos e circunstâncias relacionadas aos determinantes sociais de saúde da pessoa, os tipos de lesões ou traumas, o acesso aos serviços e estruturas de apoio familiar e redes de suporte. A promoção da saúde e o cuidado envolve ao mesmo tempo uma análise global das singularidades do cliente, seu contexto sócio-econômico-cultural, das características de cada ferida e das causalidades nas expressões agudas e crônicas. A ação da equipe de enfermagem na Estratégia Saúde da Família na prevenção e no cuidado das feridas é de fundamental importância para fortalecimento do atendimento humanizado preconizado pelo SUS.

OBJETIVO

Apoiar o desenvolvimento de competências e habilidades para realizar conduta sistematizada e padronizada na execução de curativos em clientes com feridas a fim de proporcionar o cuidado de enfermagem baseado em evidência.





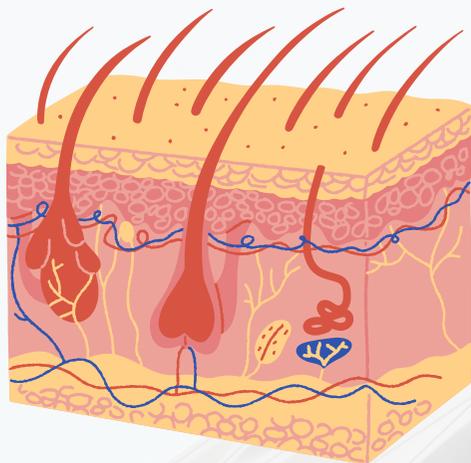
SUMÁRIO

Introdução	6
Tipos de ferida	8
Lesão por pressão.....	9
Úlcera venosa	20
Úlcera arterial	24
Pé diabético	27
Feridas cirúrgicas	31
Avaliação de feridas	34
Desbridamento	46
Coberturas	53
Dicas para realização de curativos	72
Referências	74



INTRODUÇÃO

A pele, maior órgão do corpo humano, possui função sensorial para toque, dor e temperatura, além de atuar como barreira protetora contra organismos. Uma ferida corresponde à ruptura da integridade cutânea por causas externas (traumas ou cirurgias) ou por fatores internos ou endógenos, oferecendo riscos para a segurança e desencadeando uma complexa reação cicatrizante (POTTER et al., 2017; SOBEST, c2020).



Uma vez estabelecida, a ferida pode causar impacto em diferentes âmbitos da vida da pessoa: psicológico, físico, econômico e social. Consiste em um problema que acomete toda a população brasileira, não considerando etnia, sexo ou idade, ou seja, representa um grande problema de saúde pública (SOUSA et al., 2020).

Além de onerar gastos públicos, a instalação de uma lesão prejudica a qualidade de vida do cidadão, podendo comprometer sua capacidade para o autocuidado, para o convívio social e qualidade de vida (SOUSA et al., 2020).

INTRODUÇÃO

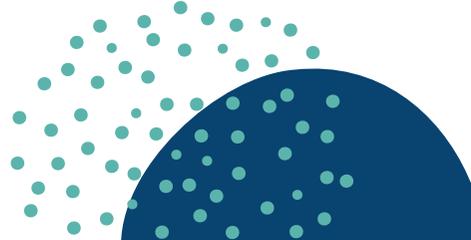


É imperativa uma abordagem humanizada e holística que compreenda uma avaliação clínica criteriosa do paciente e da ferida por meio da anamnese, exame físico específico da ferida e exame físico geral. A avaliação do paciente deve levar em conta as características específicas da ferida, com análise e descrição criteriosas, atreladas ao julgamento clínico do profissional (CAMPOS et al., 2016).

Além disso, deve-se considerar as condições gerais de saúde como estado nutricional, doenças crônicas associadas, perfusão tissular, padrão de oxigenação, medicamentos, uso de drogas, mobilidade física e condições psicossociais e emocionais (CAMPOS et al., 2016).



TIPOS DE FERIDAS



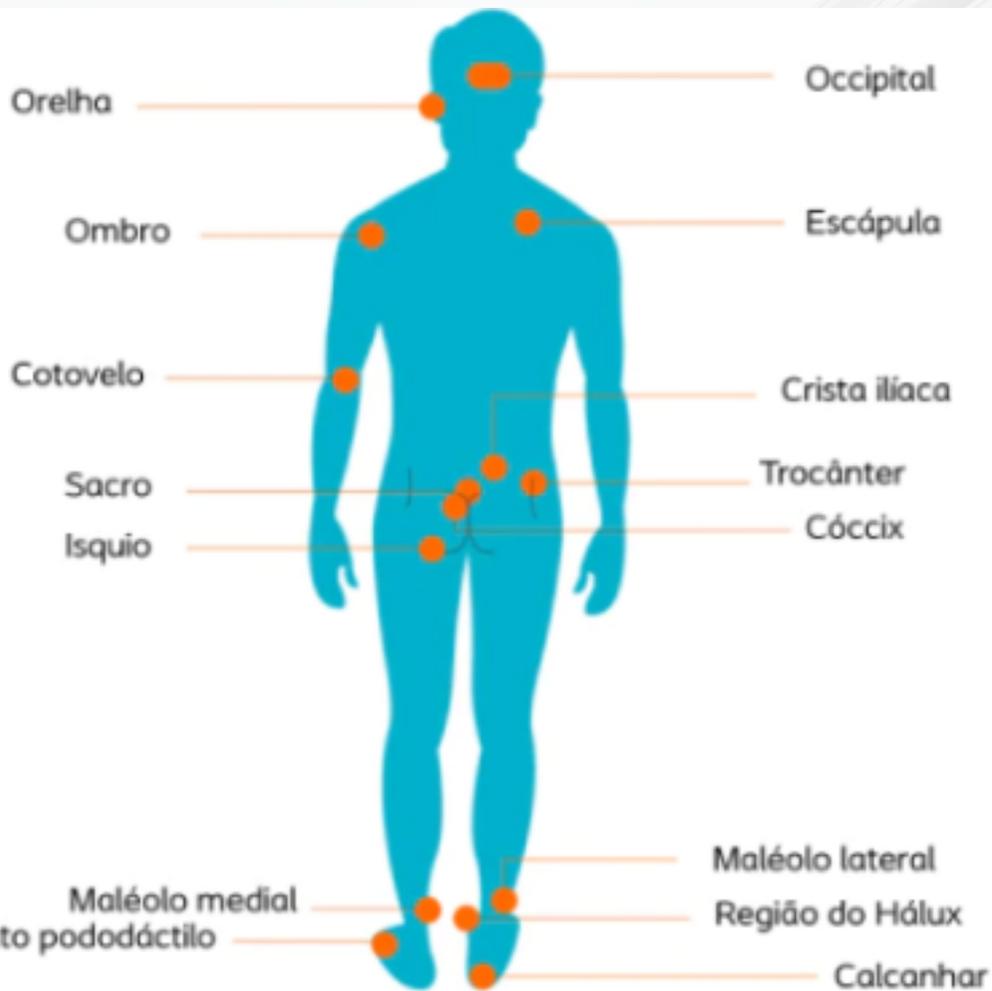
LESÃO POR PRESSÃO

Lesão por pressão (LP) é o “dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou artefato” (CALIRI et al., 2016). A LP resulta de pressão longa e/ou intensa combinada à força de cisalhamento, podendo ser dolorosa, manifestando-se em pele íntegra ou como lesão aberta (BERNARDES; CALIRI, 2018)

Qualquer pessoa que possui redução de mobilidade e da percepção sensorial, má nutrição e/ou incontinência urinária ou fecal possui forte risco de ser acometida por uma lesão por pressão (POTTER; PERRY, 2017).

As LPs podem ocorrer em qualquer parte do corpo sujeita a pressão em excesso, mas a região sacral e os calcâneos costumam ser as áreas mais atingidas (BERNARDES; CALIRI, 2018). A imagem abaixo mostra exemplos de outros locais onde as lesões costumam se desenvolver:

LESÃO POR PRESSÃO



Existe a categorização das lesões por pressão para verificar a extensão do dano tissular (CALIRI et al, 2016). Esse sistema de estadiamento compreende os seguintes estágios:

LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 1

PELE ÍNTEGRA COM ERITEMA NÃO BRANQUEÁVEL

A pele íntegra possui vermelhidão não branqueável de uma área localizada, geralmente sobre proeminência óssea. Mudanças na sensibilidade, calor, edema, endurecimento e/ou dor podem anteceder as alterações visuais. Modificações na cor não incluem descoloração castanha ou púrpura (que podem indicar dano tissular profundo). Pode não ser possível visualizar o branqueamento em pele com pigmentação escura, mas a coloração pode divergir da área circundante, que pode estar firme, suave, dolorida, mais fria ou mais quente, divergindo do tecido adjacente (CALIRI et al, 2016; POTTER; PERRY, 2017)



LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 2

PERDA DA PELE EM SUA ESPESSURA PARCIAL COM EXPOSIÇÃO DA DERME

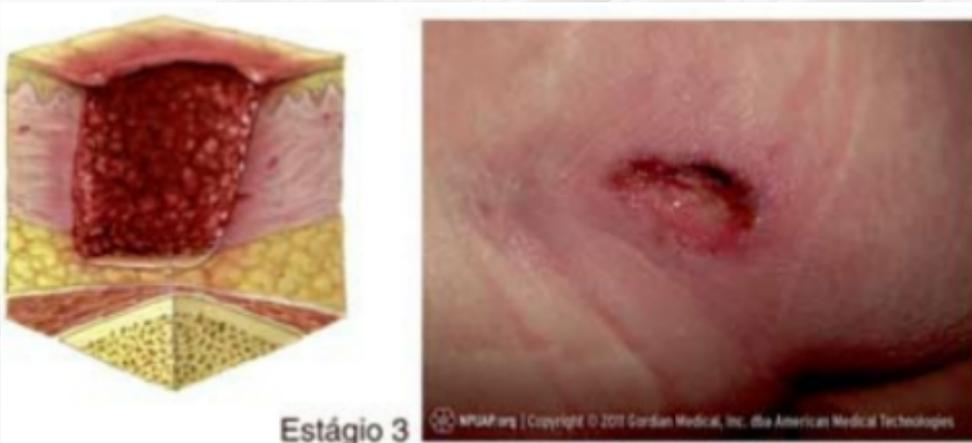
Há perda da pele de forma parcial em sua espessura com exposição da derme. Presença de leito viável, de coloração vermelha ou rosa, úmido, podendo se apresentar como uma bolha intacta, preenchida com exsudato seroso, ou rompida. Não há visualização do tecido adiposo e profundos e não existe tecido de granulação, esfacelo e escara. Não deve-se utilizar esse estágio para a descrição de lesões de pele associadas à umidade, incluindo dermatites, lesões de pele associadas a adesivos médicos ou às feridas traumáticas (CAMPOS et al., 2016). É importante avaliar a temperatura da pele, alteração da consistência dos tecidos e a dor apresentada para identificar a gravidade (BERNARDES; CALIRI, 2018).



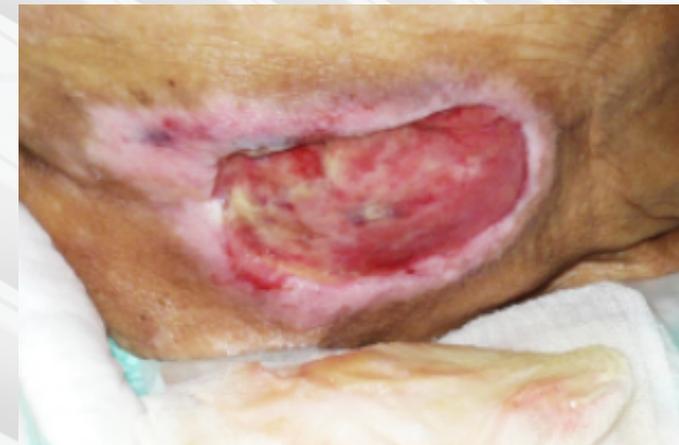
LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 3

PERDA DA PELE EM SUA ESPESSURA TOTAL

Ocorre perda da espessura total do tecido, exposição do tecido adiposo e, regularmente, possui tecido de granulação e epíbole (ferida com bordas enroladas). Presença de esfacelo que não obscurece a profundidade da perda tecidual e possibilidade de escara. Osso, tendão e músculo não são expostos. Sua profundidade varia conforme a localização anatômica da ferida, sendo que as áreas de significativa adiposidade podem desenvolver lesões profundas. Possibilidade de descolamento e formação de túneis (CAMPOS et al., 2016; POTTER; PERRY, 2017).



FONTE: POTTER; PERRY (2017, p. 4429)

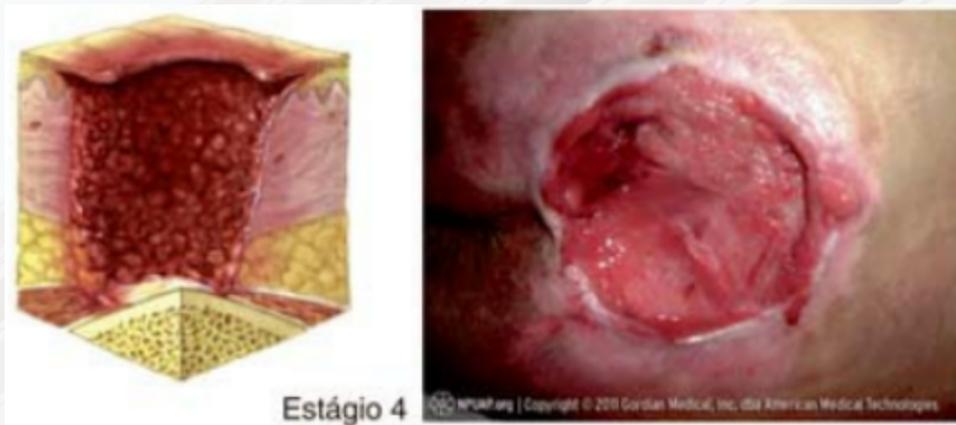


FONTE: MATOS et al. (2020, p. 7)

LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 4

PERDA DA PELE EM SUA ESPESSURA TOTAL E PERDA TISSULAR

Ocorre perda cutânea em sua espessura total e perda tissular com evidenciação ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e osso. Pode haver presença de esfacelo e/ou escara. Costuma ocorrer descolamento, túneis e/ou epíbole. Sua profundidade varia conforme a localização anatômica da ferida (CALIRI et al, 2016).



FONTE: POTTER; PERRY (2017, p. 4429)



FONTE: MATOS et al. (2020, p. 7)

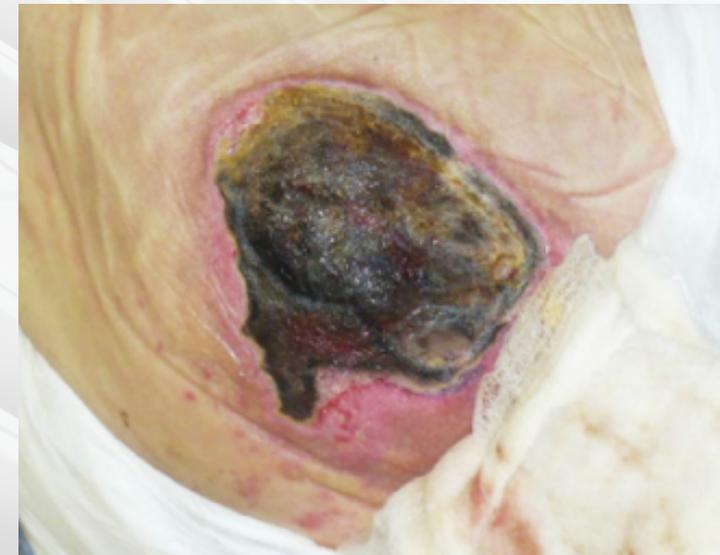
LESÃO POR PRESSÃO NÃO CLASSIFICÁVEL

PERDA DA PELE EM SUA ESPESSURA TOTAL E PERDA TISSULAR VISÍVEL

Acontece perda cutânea em sua espessura total e não é possível confirmar a extensão da perda tissular por estar encoberta por esfacelo (amarelo, bege, cinza, verde ou marrom) ou escara (bege, marrom ou preta) que, ao serem removidos, revelam uma LP em estágio 3 ou 4. Não deve haver remoção no caso de haver escara estável (seca, aderida, sem eritema ou flutuação) no calcâneo ou em membro isquêmico pois serve como uma espécie de cobertura natural do corpo (CAMPOS et al., 2016; POTTER; PERRY, 2017).



FONTE: POTTER; PERRY (2017, p. 4429)

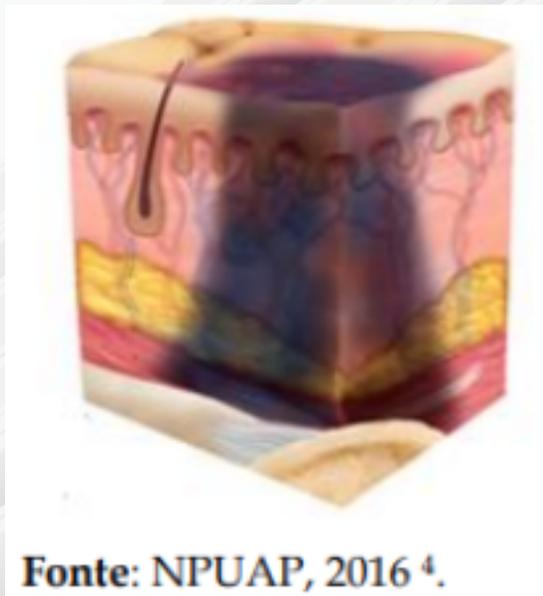


FONTE: MATOS et al. (2020, p. 7)

LESÃO TISSULAR PROFUNDA

DESCOLORAÇÃO VERMELHO ESCURA, MARROM OU PÚRPURA, PERSISTENTE E QUE NÃO EMBRANQUECE

Resultado de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A pele pode estar intacta ou não, com área de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece, ter separação da epiderme que expõe leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Pode haver diferenças na coloração em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Com frequência, a dor e a mudança de temperatura antecedem as modificações de coloração da pele. Pode haver rápida evolução da ferida, demonstrando a extensão da lesão tissular profunda ou ter resolução rápida sem perda tissular (CALIRI et al, 2016).



Fonte: NPUAP, 2016 4.

FONTE: CAMPOS et al. (2016, p. 204)



FONTE: MATOS et al. (2020, p. 8)

LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO

É a consequência não intencional do contato inadvertido ou uso terapêutico de dispositivos, equipamentos, mobiliário e objetos do cotidiano que pressionam a pele. A LP relacionada a dispositivo médico costuma ter o padrão ou a forma do dispositivo e deve ser categorizada usando-se o sistema de classificação de lesões por pressão apresentado (MATOS et al., 2020; CAMPOS et al., 2016).



FONTE: MATOS et al. (2020, p. 8)



Para auxiliar na identificação, risco, avaliação, tratamento e acompanhamento da LP, a Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition (BRASPEN) desenvolveu um método mnemônico utilizando a palavra “CICATRIZAÇÃO”, conforme demonstrado no quadro a seguir.

Quadro 1 – Método mnemônico dos 12 passos para o combate da lesão por pressão.

- C Conhecer o risco de lesão por pressão
- I Inspecionar a integridade cutânea
- C Classificar o estágio da lesão por pressão
- A Avaliar o estado nutricional
- T Traçar metas nutricionais e de hidratação
- R Reposicionar no leito de 2 em 2 horas
- I Implementar protocolos de terapia nutricional
- Z Zerar a ocorrência por meio de ações de prevenção
- A Avaliar necessidade de nutrientes específicos
- Ç Capacitar e conscientizar equipe, familiares e pacientes
- Ã Anotar e registrar a evolução da lesão por pressão
- O Orientar a alta hospitalar

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Deve-se realizar o tratamento conforme o planejamento de assistência, aspirando um cuidado integral, com uma avaliação geral da história de saúde/doença do paciente, avaliação da lesão, instituição ou continuidade das medidas de prevenção e promoção das medidas específicas para tratamento. Como exemplos de intervenções cabe citar a atenção ao estado nutricional em conjunto com um nutricionista, que vai avaliar os déficits e adequar uma ingesta de nutrientes e líquidos conforme as necessidades do paciente, incluindo o uso de suplementos nutricionais, se necessários, para favorecer a cicatrização da lesão (CAMPOS et al., 2016).

Os cuidados específicos com a LP incluem sua limpeza, o desbridamento, a avaliação e o tratamento da infecção e dos biofilmes e o uso de curativos específicos. O procedimento correto será descrito na seção “Passo a passo”. A abordagem e escolha de coberturas apropriadas estão relacionados ao tipo de tecido presente no leito da lesão, presença de túneis ou cavitações, volume de exsudato, profundidade, tamanho e localização da ferida (CAMPOS et al., 2016).

Tendo em vista a seriedade das LPs, a dificuldade para tratá-las, as consequências para o paciente (dor, prolongamento no tempo de internação, sofrimento, desfiguramento, etc) e as complicações causadas (síndrome da resposta inflamatória sistêmica [SIRS], celulite, sepse, fascíte ou osteomielite) que podem levar a pessoa a óbito, torna-se essencial um tratamento eficaz e imediato para propiciar uma recuperação mais rápida e reduzir esses efeitos nocivos (CAMPOS et al., 2016).

ÚLCERA VENOSA

A Úlcera Venosa (UV) corresponde a uma lesão aberta, seja ela na perna ou no pé, resultante de insuficiência venosa crônica, ou seja, há o aumento da pressão venosa causado por dano ao retorno venoso (obstrução venosa, disfunção dos músculos da perna, incompetência valvular ou combinação desses fatores) (CAMPOS et al., 2020; SALOME; FERNANDES, 2020).

Podem manifestar-se de forma espontânea ou a partir de traumas. Resultam de aumento do edema ou são secundárias à infecção. Ocorrem alterações locais e sistêmicas que podem impactar a vida do paciente devido a dor crônica, desconforto, depressão, hospitalizações ou visitas ambulatoriais frequentes, isolamento social, perda de autoestima e/ou inabilidade para o trabalho (PIEPER; CALIRI, 2020; SALOME; FERNANDES, 2020).

As características clínicas são muito importantes para a identificação e descrição das lesões, sendo as principais:

Edema: Queixa principal; Ocorre o agravamento durante o dia conforme a permanência do indivíduo em pé; As marcas de cacifo podem apresentar-se no início, mas desaparecem conforme mudanças crônicas.

Varizes: Costumam preceder o edema; Sensação de peso nas pernas; Presença de Ankle flare (explosão de pequenas vênulas dilatadas na área do tornozelo).

Dor nas pernas: Pode ser leve e permanente; Pode ser severa e envolver o sistema venoso; Costuma aliviar ou reduzir com a elevação do membro; Ocorre piora caso a perna fique pendente durante um tempo; Mais intensa no fim do dia, sobretudo após longos períodos em pé ou sentado.

Hemosiderose: eritema seguido por descoloração amarronzada mais profunda da pele; Em pessoas de pele escura pode ter a cor negra; Costuma ser mais observada na região do maléolo medial, mas pode surgir em qualquer área abaixo do joelho.



Lipodermatoesclerose: Enrijecimento e aparência grosseira da pele; Descoloração da hemosiderose;

Dermatite estática: Pele seca crônica; Coceira; Arranhões e escoriações (PIEPER; CALIRI, 2020).

CARACTERÍSTICAS DA FERIDA

Quando livre de infecção, apresenta-se com tecido de granulação no leito, bordas lisas e irregulares. A pele perilesão pode possuir dilatação venosa, veias varicosas, edema, atrofia branca e maceração. Pode ser superficial inicialmente, mas tornar-se profunda conforme a progressão. A drenagem do exsudato pode variar de moderada a intensa (CAMPOS et al., 2016).



A limpeza da ferida é algo determinante para o tratamento, tendo em vista que sua finalidade é a promoção de um ambiente favorável à cicatrização, por meio da remoção de resíduos da cobertura anterior, do tecido morto, do excesso de exsudato e da redução do número de microrganismos presentes. A técnica precisa atender aos princípios que aperfeiçoem o processo de cicatrização (reduzir ocorrência de traumas no leito e manter a temperatura local adequada) (SALOMÉ; FERNANDES, 2020).

Algumas medidas complementares podem facilitar a cicatrização e reduzir o risco de surgimento de novas feridas, são elas: repouso com elevação dos membros inferiores acima do nível do coração por 30 minutos, quatro vezes ao dia, estimulação de caminhadas curtas, manutenção do peso dentro da faixa de normalidade e evitar o tabagismo e o etilismo (SALOMÉ; FERNANDES, 2020)

A cobertura primária necessita absorver o exsudato, manter o ambiente úmido e ser de fácil aplicação e remoção para evitar traumas durante a troca (SALOMÉ; FERNANDES, 2020).

TRATAMENTO

O tratamento compreende contenção compressiva (meias, bandagem, bota de Unna contenção ou pneumática intermitente), tratamento tópico, medicamentoso e/ou cirurgia.



Importante atentar-se às características clínicas das lesões arteriais, sendo as principais:

ÚLCERA ARTERIAL

Dor: São lesões muito dolorosas, mesmo quando pequenas, ocorrendo piora da dor com a elevação do membro e certo alívio em posição pendente (ABBADE et al., 2020; MOREIRA et al., 2016).

Claudicação intermitente: Sintoma de doenças vasculares que provoca dores intensas nas pernas, parecidas com fisgadas ou câimbras, ao realizar atividades físicas e até mesmo caminhar (ABBADE et al., 2020; AMATO, 2021)

Atrofia da pele

Perda de pelos

Pés frios

Unhas distróficas

Pele seca e espessa

Fissuras nas regiões plantares

Redução da sensibilidade tátil

Alterações da marcha

CARACTERÍSTICAS DA FERIDA

Costumam localizar-se nas áreas pré-tibiais das pernas, no dorso dos pés ou sobre proeminências ósseas. Geralmente possuem formato arredondado, bordas bem definidas, fundo pálido, às vezes necrótico, e exsudato ausente ou mínimo. Os pulsos arteriais periféricos são bastante reduzidos ou ausentes (ABBADE et al., 2020).



Preconiza-se a redução dos fatores de risco: interrupção do tabagismo, redução dos lipídeos séricos, controle da hipertensão e do diabetes, associados a terapia antiagregante plaquetária (ABBADE et al., 2020).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

OBS: Não deve-se utilizar Bota de Unna para tratamento de úlcera arterial

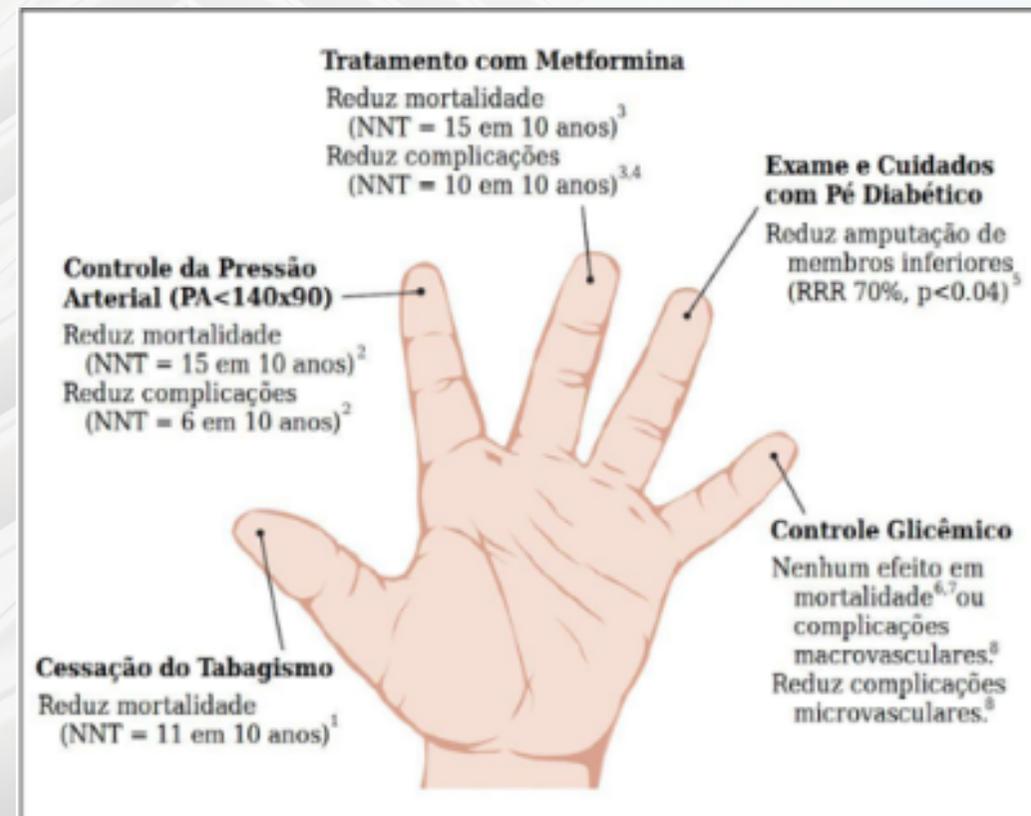
O tratamento principal envolve a revascularização (através de cirurgia convencional ou procedimentos endovasculares), mas a realização de curativos também é de extrema importância como terapêutica local para promover a cicatrização e evitar infecções no local. Faz-se necessário respeitar a frequência mínima de trocas e estimular microcirculação durante a espera pelo procedimento de revascularização (PIMENTEL; SOUSA; MENESES, 2017; CEPELLI, 2019).

Pé diabético consiste em uma complicação crônica da diabetes mellitus (DM) caracterizada pela presença de ulceração, destruição de tecidos profundos e/ou infecção em detrimento de alterações neurológicas e doença vascular periférica nos membros inferiores (MMII) (BRASIL, 2016; BURIHAN et al., 2020). Está entre as complicações mais graves da DM, acarretando muito sofrimento e custos financeiros, tanto para a pessoa e sua família, quanto para as instituições e profissionais de saúde (SCHAPER et al., 2020).

Por ser responsável pelo cuidado integral, coordenado e longitudinal da população de referência e estar próximo a essa comunidade, a Atenção Básica é essencial para o acompanhamento integral do indivíduo com diabetes. É importante manter o rastreamento e avaliação dos pacientes acometidos pela doença em busca de evitar o surgimento das úlceras de pé diabético e tratar adequadamente as que surgirem. Além disso, cabe lembrar que o cuidado do paciente vai além do cuidado com os pés, sendo importante a ação da equipe multidisciplinar sobre as necessidades gerais dessa pessoa (BRASIL, 2016).

PÉ DIABÉTICO

Importância da abordagem integral com intervenções apresentadas em ordem decrescente de relevância para os resultados na saúde do indivíduo

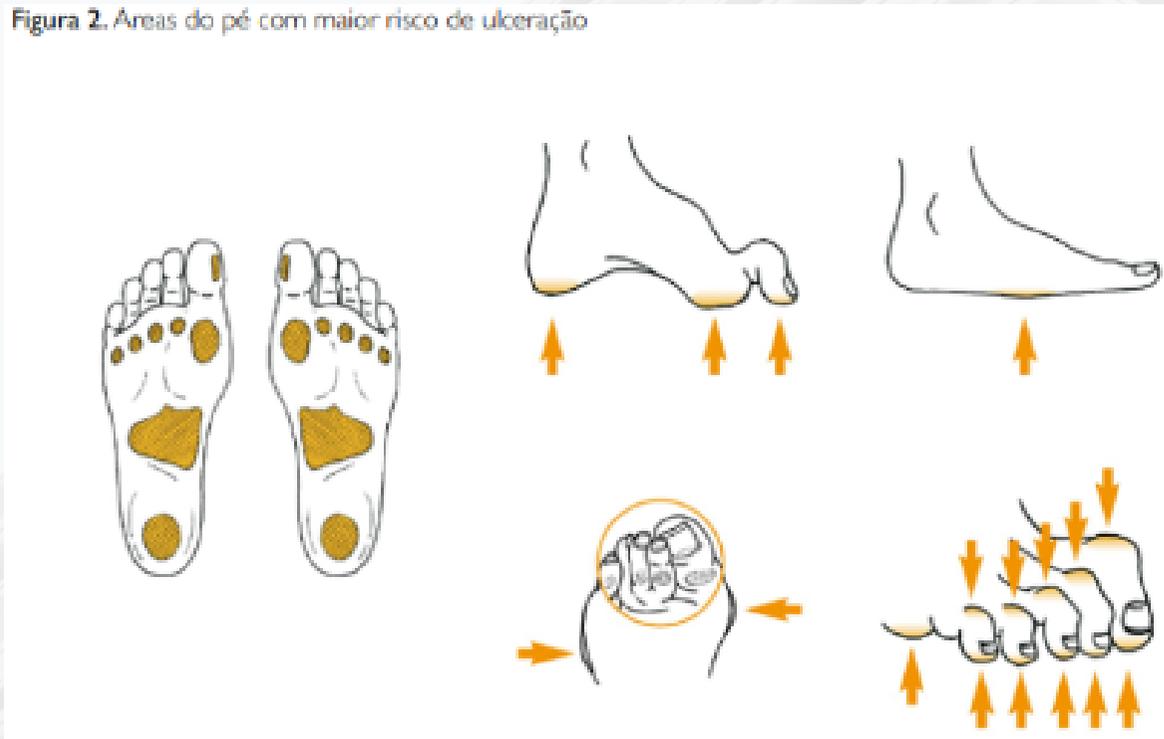


FONTE: BRASIL (2016)

Fatores de risco: higiene precária, calos e calosidades, unhas cortadas inadequadamente, micose interdigital, fissuras, sensibilidade protetora alterada, tempo de doença do DM e hiperglicemia, histórico de complicações micro e macrovasculares, histórico de úlceras e amputações, tabagismo, dor ou desconforto em MMII e baixa acuidade visual (ANTAR et al., 2021; BRASIL, 2016).

Características clínicas: Com a redução da sensibilidade e possíveis deformações, os pés passam a sofrer com padrões de pressão excessiva sobre proeminências e tornam-se sujeitos à formação de calos e bolhas e ao acometimento de traumas (ANTAR et al., 2021; FERREIRA, 2020). Além do mais, como os pacientes acometidos por DM costumam apresentar problemas circulatórios, a chegada de sangue aos MMII é prejudicada, o que inviabiliza a nutrição de oxigênio dessa região e atrapalha a cicatrização da ferida, podendo causar até mesmo necrose (ANTAR et al., 2021).

Figura 2. Áreas do pé com maior risco de ulceração



FONTE: SCHAPER et al. (2020)

CARACTERÍSTICAS DA FERIDA

Costumam ser lesões de formato arredondado, ter presença de calo periulceroso indolor, acometem principalmente a região plantar, produzem muito exsudato, o fundo da ferida tem tecido de granulação, são bastante friáveis e os pulsos arteriais estão presentes (CUPEIRO, 2019).



FIGURA 1 ■ Paciente com pé diabético infeccioso e neuropático.

FONTE: BURIHAN et al. (2020)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

É imperativo avaliar corretamente a lesão quanto ao seu tamanho, localização, aspecto do leito e borda. Também é necessário avaliar a etiologia e os aspectos associados (presença de fungos, edema, etc). Espera-se que a cicatrização ocorra em até 4 semanas, mas, caso isso não ocorra, é preciso pesquisar os fatores responsáveis pelo atraso e planejar uma abordagem multidisciplinar (BURIHAN et al., 2020).

O princípio para o tratamento deve se basear nos seguintes termos: restauração da perfusão do tecido; tratamento da infecção; controle metabólico e tratamento de comorbidades; educação para os pacientes e familiares; tratamento tópico da ferida (SCHAPER et al., 2020).

O tratamento para esse problema será determinado conforme o grau das úlceras. Em lesões não infectadas, a terapêutica pode ser a limpeza correta e o uso de coberturas adequadas. Entretanto, quando existe infecção nessas feridas, é preciso haver a associação de antibióticos (ANTAR et al., 2021). A suspeita de infecção deve ser considerada na presença de exsudato purulento e/ou sinais de inflamação (edema, rubor, dor, calor) (BRASIL, 2016).

A realização dos curativos deve estar pautada em 3 pilares:

- **Desbridamento:** autolítico, mecânico, cirúrgico ou químico; remover halo de hiperqueratose ou calosidade circunjacente (BURIHAN et al., 2020; SCHAPER et al., 2020).
- **Retirada de carga sobre os membro afetado** (BURIHAN et al., 2020).
- **Uso de coberturas adequadas:** seleção de coberturas de acordo com a necessidade da lesão; controlar exsudato e manter o ambiente úmido (BURIHAN et al., 2020; SCHAPER et al., 2020).

FERIDA CIRÚRGICA

As feridas cirúrgicas correspondem à ruptura intencional da integridade cutânea e estruturas subjacentes (BALTAZAR, 2021). Considera-se que são agudas, fazem parte do processo cirúrgico, são repentinas e possuem pouco tempo de duração quando não há complicação. Caracterizam alto risco para os pacientes tendo em vista que, por meio delas, incontáveis microrganismos podem penetrar e causar complicações no sítio cirúrgico (CAMPOS et al., 2016).

Quanto ao processo de cicatrização, as feridas cirúrgicas são classificadas em:

Primeira intenção: bordas aproximadas por sutura cirúrgica, perda de tecido mínima ou ausente; menor risco de desenvolver infecção.

Segunda intenção: bordas irregulares mantidas abertas para cicatrizar voluntariamente; extensa perda de tecido no local da incisão; costuma acompanhar incisões traumáticas.

Terceira intenção: feridas profundas, onde não ocorreu a aproximação das bordas ou sutura em virtude da gravidade do paciente; Permanecem abertas por tempo indeterminado; aproximação das bordas realizada posteriormente (BALTAZAR, 2021; CAMPOS et al., 2016).

São fatores de risco para problema de cicatrização:

Locais: hipóxia, tecido desvitalizado, infecção/contaminação, condições inflamatórias, ferida de maiores dimensões, estresse/ou trauma mecânico contínuo

Sistêmicos: idade avançada ou muito jovem, estresse psicológico, existência de doença crônica prévia, terapêutica (corticosteróides, radioterapia, quimioterapia), abuso de substâncias (tabagismo, alcoolismo), desnutrição, e fraca adesão a planos terapêuticos, entre outros (BALTAZAR, 2021).



FONTE: GONZALES et al. (2013)

FERIDA CIRÚRGICA

Na avaliação dessas feridas é importante atentar-se ao estado da pele adjacente e à presença de edema na linha de incisão, drenagem de exsudato serosanguinolento ou purulento e calor localizado. É necessário vistoriar a aproximação das bordas, integridade das suturas ou grampos, presença de hiperemia, descoloração, calor, edema, sensibilidade incomum e drenagem (CAMPOS et al., 2016).

Principais complicações que podem ocorrer na ferida cirúrgica: hematoma, infecção do sítio cirúrgico (ISC), fístula e deiscência (ruptura parcial ou total da camada fascial da pele, de maneira precoce, no intercurso do pós-operatório) (CAMPOS et al., 2016).

Não há necessidade de trocar o curativo nas primeiras 24 horas se a ferida operatória estiver limpa e seca. Entretanto, se for notado umidade nesse período, deve haver a troca quantas vezes for necessário para controlar a umidade. Curativos úmidos podem aumentar o risco de infecção, macerar a pele e prolongar a cicatrização (CAMPOS et al., 2016).

Conforme as características apresentadas pela ferida, a finalidade da cobertura pode mudar: absorver excesso de exsudato; proporcionar conforto e segurança; promover um ambiente úmido; prevenir espaço morto e auxiliar na hemostasia; ser de fácil aplicação e remoção; ser impermeável a bactérias, à água e a outros fluidos (CAMPOS et al., 2016).

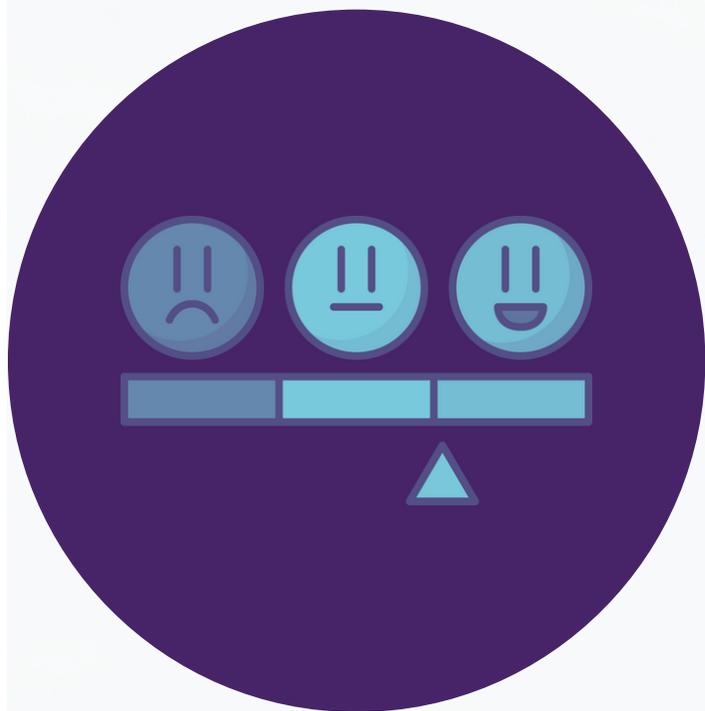
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Para feridas com cicatrização por segunda intenção com área extensa, perda considerável de tecido, processo infeccioso ou deiscência, indica-se coberturas oclusivas que absorvam exsudato, preservem o leito com umidade fisiológica e não provoquem trauma. No caso das de cicatrização por terceira intenção, que costumam estar associadas a infecção e necessitam de cuidados especiais como desbridamento autolítico de tecido necrótico, recomenda-se coberturas que promovam essa ação, preservem o tecido de granulação, absorvam o excesso de exsudato e ainda preencham o espaço morto (CAMPOS et al., 2016).



AVALIAÇÃO DAS FERIDAS

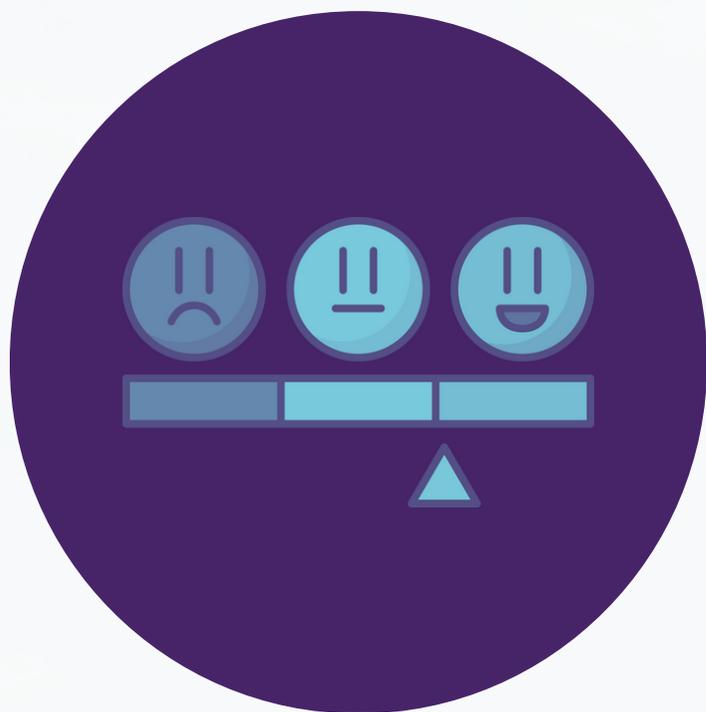




As feridas são identificadas conforme sua classificação, agente causador, profundidade, dimensões, localização, tipo de tecidos, exsudato, odor e ambiente de tratamento.

A avaliação das feridas deve ser realizada de forma criteriosa, levando-se em conta a análise clínica dos pacientes e possíveis complicações, pois fatores sistêmicos podem afetar o processo de recuperação dos tecidos, exemplos são: idade, imobilidade, estado nutricional, comorbidades e doenças crônicas associadas, uso de medicamentos contínuos (EBSERH UFSC, 2017; SOUSA et al, 2020).

Além disso, deve ser realizada periodicamente pelo enfermeiro, a fim de que o mesmo determine o tipo de ferida e prescreva o tratamento adequado e as coberturas necessárias para cada momento do processo de cicatrização, o que otimiza a terapia e previne complicações (SOUSA et al, 2020).



Nota-se que é necessário que a assistência prestada esteja baseada em evidências científicas atuais para garantir a eficácia do cuidado às lesões de pele e anexos, buscando a prevenção de infecções e a cicatrização da ferida. O registro e a classificação adequada das lesões, além de contribuírem para melhora do cuidado prestado, corroboram para respaldo legal e retorno financeiro para a instituição (EBSERH UNIRIO, 2018).

A sistematização da avaliação e tratamento de feridas se dá por ações simples com o objetivo de remover barreiras para a cicatrização adequada, tais barreiras são expressas no acrônimo TIME. Cada letra do supracitado acrônimo corresponde a um aspecto que deve ser analisado pelo enfermeiro, a fim de classificar e determinar as condutas adequadas para o tratamento (EBSERH UFSC, 2017).

TIME

AS LETRAS NESTE ACRÔNIMO CORRESPONDEM À:

- T:** tissue (tecido, indicando o tipo de tecido da ferida deve ser observado);
- I:** infection (infecção/inflamação, observando os sinais);
- M:** moisture (umidade do meio, buscando sua manutenção);
- E:** edge (bordas, observando a sua epitelização).

Estes quatro componentes de cicatrização se mostram imprescindíveis na preparação do leito e determinação da abordagem terapêutica. A seguir, será apresentado com mais detalhes cada componente.

TECIDO

Primeiramente é necessário avaliar as condições e viabilidade dos tecidos. Se ele estiver inviável, necrótico ou deficiente, é recomendável realizar o desbridamento, que tem por finalidade remover o tecido desvitalizado, restaurar a base da ferida e da matriz extracelular e obter tecido viável no leito da ferida.

TIPOS DE TECIDO:

Os tecidos geralmente encontrados no processo de cicatrização, sendo ele bem sucedido ou não, são três:

1. tecido de granulação: projeções carnosas de tecido, macias e rosadas, que se formam durante o processo de cicatrização de uma ferida não curada por intenção primária. Este tecido sinaliza a recuperação da ferida e sua progressão;
2. tecido de epitelização: após o colágeno se misturar com o tecido de granulação para formar uma matriz que suporta a reepitelização, as células epiteliais migram pelas bordas da ferida para ressurgir. A epitelização indica que a superfície da ferida está sendo reparada;
3. tecido necrótico: de coloração escura, este tecido se encontra morto e não é viável, sendo necessário seu desbridamento, a fim de livrar a ferida de uma fonte de infecção, permitir a visualização do leito da ferida e fornecer uma base limpa necessária para a cicatrização.

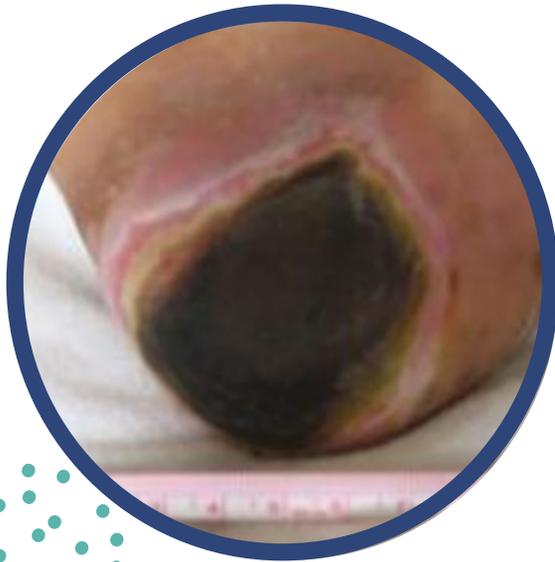
TECIDO



1. Tecido de granulação

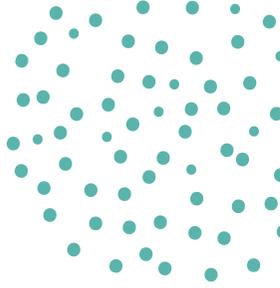


2. Tecido de epitelização



3. Tecido necrótico

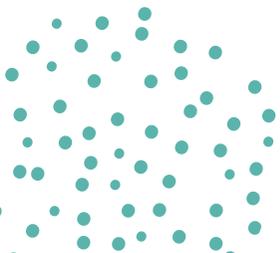
INFECÇÃO OU INFLAMAÇÃO



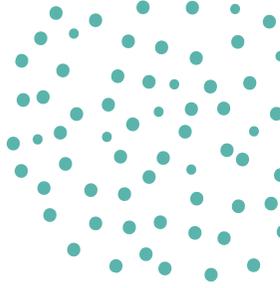
Neste componente avalia-se a presença de infecção ou inflamação prolongada, com a análise do exsudato e sinais flogísticos. Sendo conformada a presença destes componentes, é necessário realizar a limpeza da ferida e avaliar as condições tópicas sistêmicas e o uso de anti-inflamatórios e antimicrobianos.

Quanto ao conteúdo microbiano, as feridas podem ser:

- Limpas: feridas em condições assépticas, sem micro-organismos;
- Limpas contaminadas: feridas com tempo inferior a 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem contaminação significativa;
- Contaminadas: feridas ocorridas com tempo maior que 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem sinal de infecção;
- Infectadas: feridas com presença de agente infeccioso no local e com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos, podendo conter exsudato purulento.



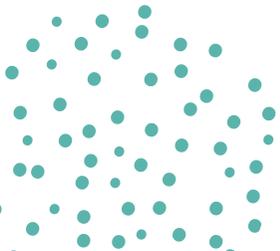
MANUTENÇÃO DA UMIDADE



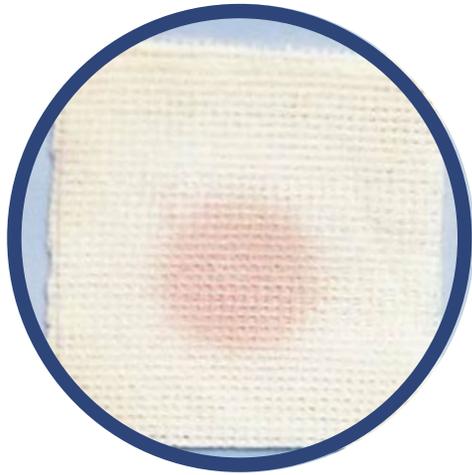
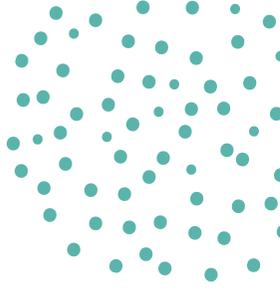
Para que a cicatrização ocorra é necessária a manutenção do equilíbrio da umidade da ferida. Enquanto o leito da ferida ressecado ocasiona uma migração lenta das células epiteliais, o excesso de exsudato também é prejudicial, pois pode provocar maceração da margem e da pele perilesional, além de criar meio viável para crescimento de bactérias. Nessas condições, é preciso estimular a migração das células epiteliais, para evitar ressecamento e maceração, e controlar o edema e o excesso de fluidos.

TIPOS DE EXSUDATO:

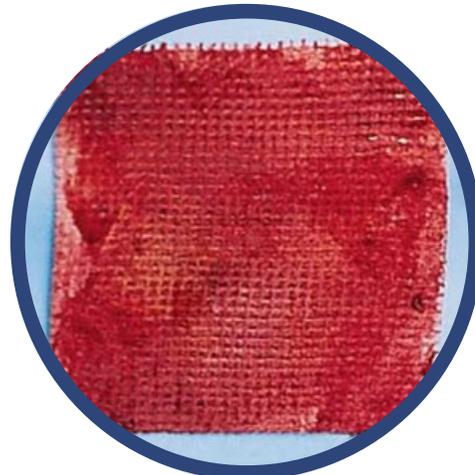
O acúmulo de líquido, células de tecido morto e leucócitos formam um material no local da inflamação, o exsudato. O exsudato pode ser seroso (de cor clara, como plasma), sanguinolento (contendo eritrócitos) ou purulento (contendo leucócitos e bactérias), este último podendo vir acompanhado de odor fétido.



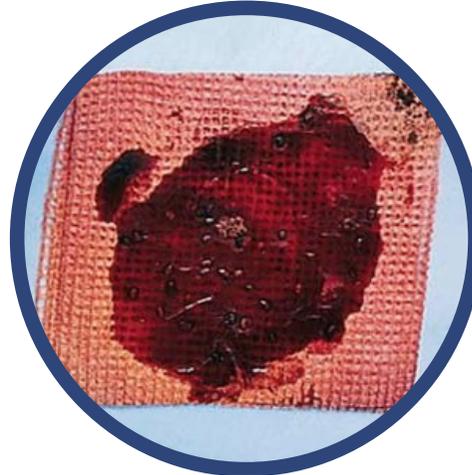
MANUTENÇÃO DA UMIDADE



**Exsudato
Seroso**



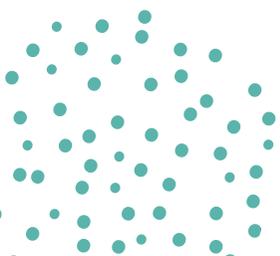
**Exsudato
serossanguinolento
(misto, com presença
de seroso e
sanguinolento)**



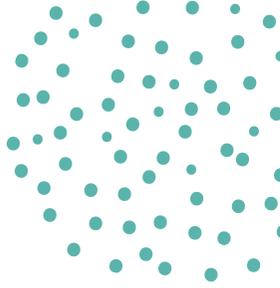
**Exsudato
serossanguinolento**



**Exsudato
purulento**



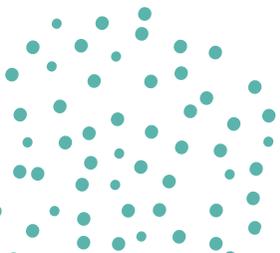
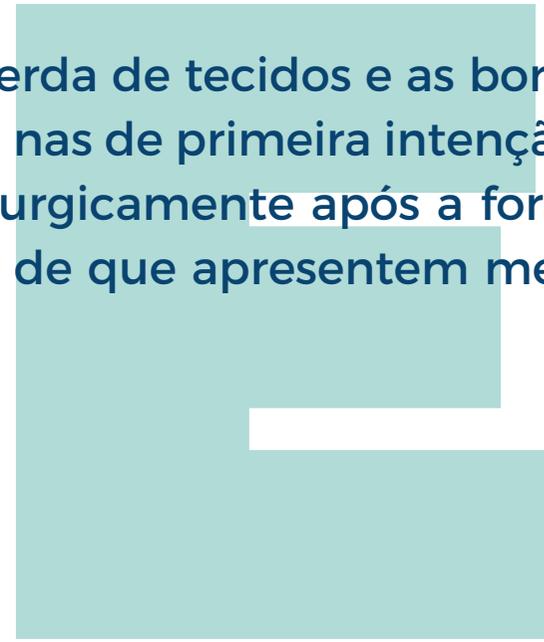
EPITELIZAÇÃO DAS BORDAS



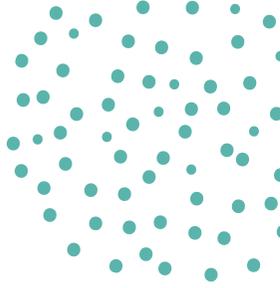
Ocorre quando no processo de cicatrização, há progressão da cobertura epitelial a partir das bordas. É esperado que com o uso das terapias adequadas, ocorra a migração de queratinócitos e resposta das células, cujo resultado esperado é o avanço da margem da ferida, diminuindo o leito da lesão. Quando essa progressão não ocorre, deve-se avaliar as causas e optar por terapias corretivas, que poderá compreender no desbridamento de tecido morto, uso de agentes biológicos, enxertos de pele e outras terapias.

Essa progressão da ferida poderá depender do tipo de cicatrização, que tem como tipos:

- De cicatrização por primeira intenção: feridas fechadas cirurgicamente com requisitos de assepsia e sutura das bordas; nelas não há perda de tecidos e as bordas da pele e/ou seus componentes ficam justapostos;
- De cicatrização por segunda intenção: feridas em que há perda de tecidos e as bordas da pele ficam distantes, nelas a cicatrização é mais lenta do que nas de primeira intenção;
- De cicatrização por terceira intenção: feridas corrigidas cirurgicamente após a formação de tecido de granulação ou para controle da infecção, a fim de que apresentem melhores resultados funcionais e estéticos.

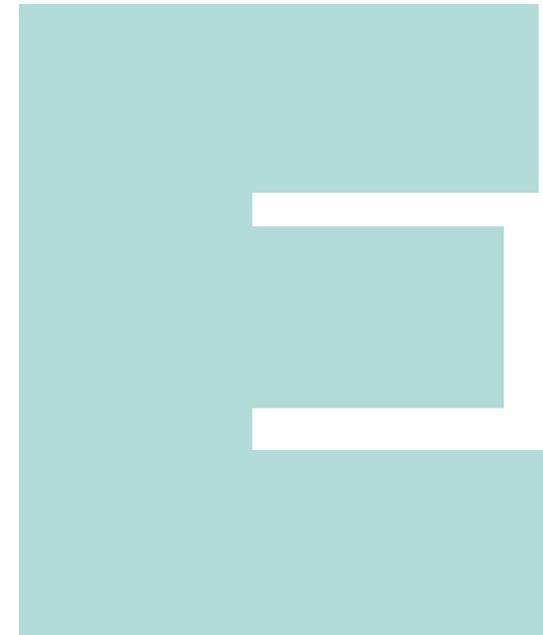


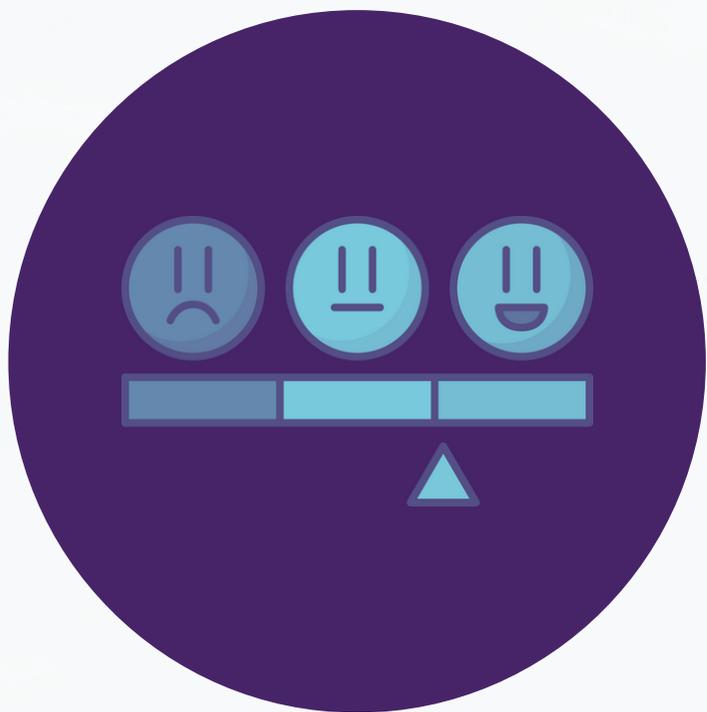
EPITELIZAÇÃO DAS BORDAS



Acerca dos limites das bordas, pode-se observar o grau de abertura das feridas, podendo as mesmas serem abertas, em que as bordas estão afastadas ou fechadas, em que as bordas se encontram justapostas.

Ainda podemos classificar as feridas quanto ao tempo de duração, podendo ser: agudas: quando são provenientes de traumas recentes, ou crônicas: feridas que possuem um tempo de cicatrização maior que o esperado devido a sua etiologia. Essas últimas não apresentam a fase de regeneração no tempo esperado, havendo um retardo na cicatrização.





Após a avaliação de todos os componentes do acrônimo, será possível definir a conduta adequada a cada curativo, de forma a melhorar a qualidade de vida do paciente, sempre visando a sua plena recuperação (EBSERH UFSC, 2017).

Esta avaliação deverá ser realizada a cada troca de curativo, por isso é de suma importância o registro das condições da ferida em todos os atendimentos e a orientação ao paciente da data de retorno para as trocas, para acompanhamento da evolução da ferida (EBSERH UFSC, 2017).



DESBRIDAMENTO



Define-se desbridamento como “o ato de remoção de material necrótico, tecido desvitalizado, crostas, tecido infectado, hiperqueratose, corpos estranhos, fragmentos de ossos, microorganismos ou qualquer outro tipo de carga biológica de uma ferida com o objetivo de promover a cicatrização da mesma”. Representa um elemento significativo para o tratamento de uma ferida, tornando-se essencial conhecer os métodos disponíveis, vantagens, desvantagens e riscos (THULER; DE PAULA, 2020).

Objetivos do desbridamento:



O desbridamento do tecido desvitalizado no leito ou nas bordas da ferida deve ser realizado quando for apropriado ao estado de saúde do paciente e à finalidade geral do cuidado. Pode-se considerar essa possibilidade quando o tempo de cicatrização da ferida for maior que 4 semanas e não houver resposta da terapia antimicrobiana ou dos cuidados tópicos (CAMPOS et al., 2016).

QUANDO DESBRIDAR?

Antes de proceder o desbridamento é necessário que o profissional avalie⁶:

A PESSOA

- ⊕ CONDIÇÕES CLÍNICAS
- ⊕ DOENÇAS DE BASE
- ⊕ PERFUSÃO SANGUÍNEA
- ⊕ CONDIÇÃO MENTAL E EMOCIONAL

A NECROSE

- ⊕ TIPO
- ⊕ QUANTIDADE
- ⊕ ADERÊNCIA

QUANDO NÃO DESBRIDAR?

- ⊕ DOENTE EM FASE TERMINAL
- ⊕ ESCARA ESTÁVEL NO CALCANHAR
- ⊕ ESCARA SECA EM MEMBROS ISQUÊMICOS
- ⊕ TERAPIA ANTICOAGULANTE E DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS

TIPOS DE DESBRIDAMENTO

Desbridamento inicial: remoção de tecidos desvitalizados aderidos ao leito e/ou na área periférica através de métodos autolíticos, enzimáticos, biológicos, mecânicos ou instrumentais, compreendendo tanto as bordas quanto a pele.

Desbridamento de manutenção: Contínua remoção de esfacelo que continua a aparecer mesmo após desbridamentos anteriores. Deve ser realizado, ainda que o leito esteja aparentemente saudável, caso a ferida não esteja mostrando evidência de cicatrização.

Desbridamento de hiperqueratose: Esse tipo de tecido é comum nas bordas e na pele perilesão das úlceras em pé diabético, sendo necessário desbridamento instrumental suave após aplicação de solução emoliente (THULER; DE PAULA, 2020).



Fig. 4 Hiperqueratose em membro inferior



Fig. 5 Hiperqueratose inferior

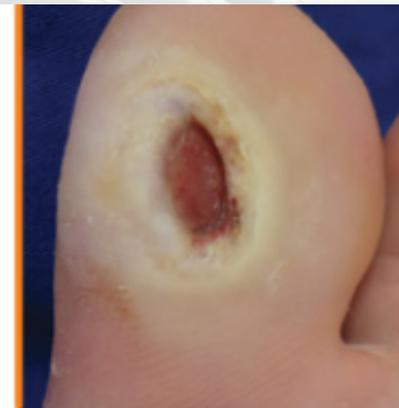


Fig. 6 Hiperqueratose após desbridamento

MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO

Desbridamento autolítico: promovido pelas coberturas utilizadas, propicia o meio úmido e a manutenção da temperatura (+/- 37°C) para que as enzimas e macrófagos do leito realizem a lise e fagocitose do tecido necrótico. É importante saber que podem haver desvantagens como o aumento do odor, vazamento, crescimento bacteriano e maceração das bordas, podendo utilizar creme barreira para proteção da pele periférica (THULER; DE PAULA, 2020).

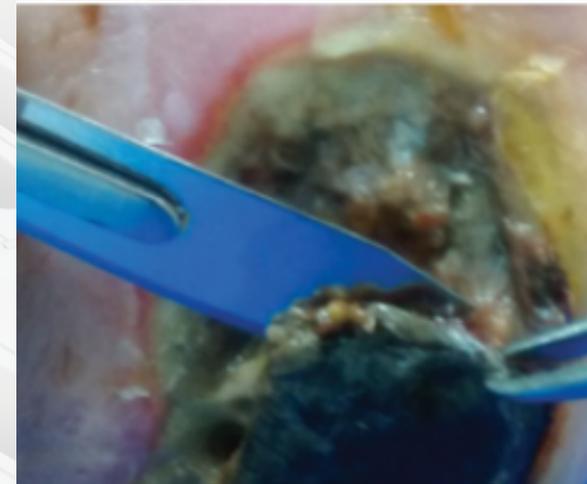
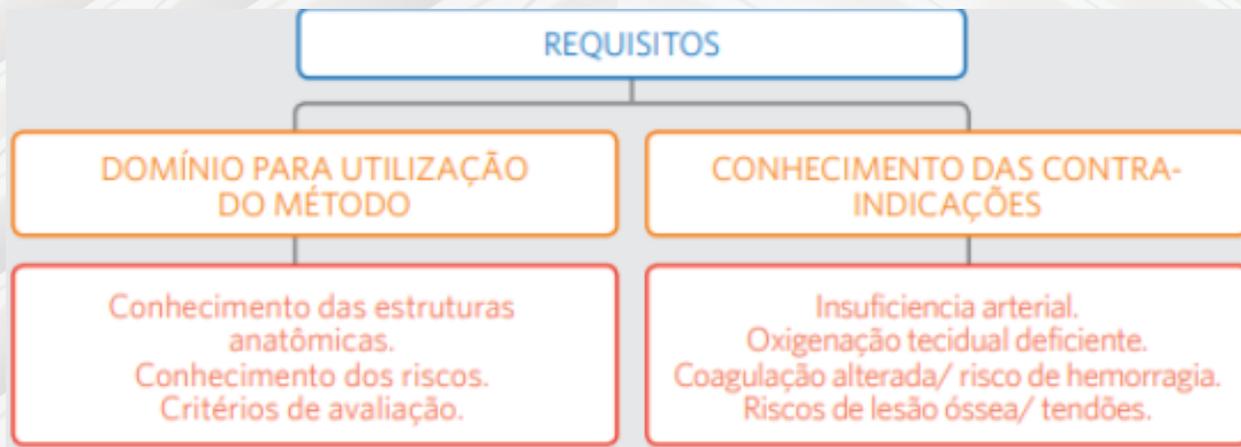


MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO

Desbridamento enzimático: Análogo ao autolítico, mas utiliza enzimas exógenas. A escolha da enzima deve ser baseada no tipo de tecido presente e no pH da pele. As enzimas podem ser inativadas por agentes de limpeza, na presença de metais pesados e antibióticos.

Desbridamento mecânico: Não é seletivo pois pode eliminar também tecido viável. Pode ser feito por fricção (utilizando gazes), técnica úmido-seco (cobrir a ferida com gaze seca, aguardar que esta fique aderida ao leito para retirá-la) ou irrigação (jato de soro).

Desbridamento instrumental: Utiliza-se instrumentos cortantes (bisturi, tesoura, cureta) para retirar o tecido desvitalizado. Pode ser feito de maneira conservadora (retirada do tecido necrótico acima do tecido viável) ou uma associação entre conservador e autolítico/enzimático (utilizar o método enzimático ou autolítico para facilitar a remoção da escara ou do esfacelo aderido pelo método instrumental).

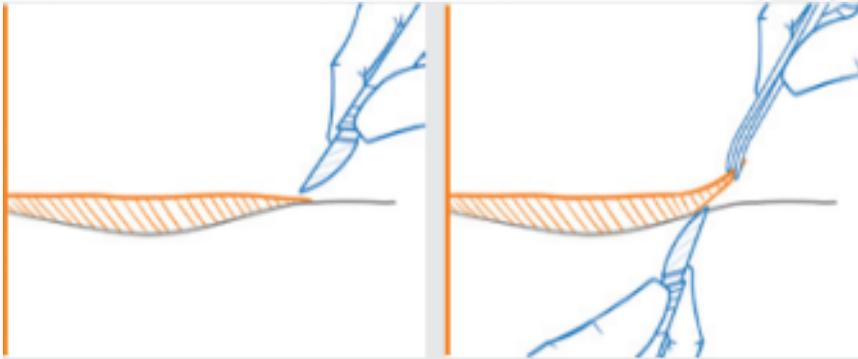


FONTE: THULER; DE PAULA (2020)

Existem dois tipos de técnica de desbridamento instrumental:

MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO

- Técnica de cover: deslocamento de uma das bordas da escara com lâmina de bisturi, a seguir pinçá-la e tracioná-la prosseguindo com o corte paralelo ao leito da ferida de forma a descolar toda escara.



FONTE: THULER; DE PAULA (2020)

- Técnica de square: fazer incisões paralelas em toda a escara para formar quadrinhos e poder cortá-los e pinçá-los.

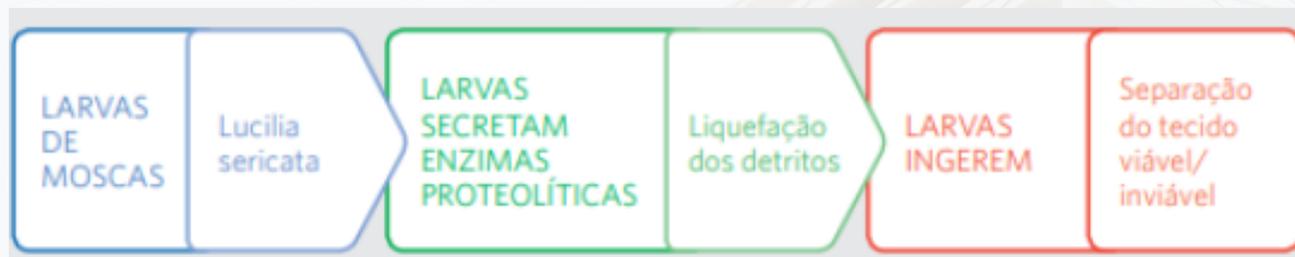


FONTE: THULER; DE PAULA (2020)

Desbridamento cirúrgico: Retirada cirúrgica de toda a área necrótica, incluindo certa quantidade de tecido viável, buscando transformar a ferida crônica em aguda

MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO

Desbridamento biológico: Utilização de larvas esterilizadas que secretam enzimas para liquefazer o tecido necrótico, ingerindo e limpando a lesão.



ESFACELO SECO ADERIDO

DESBRIDAMENTO INICIAL

OBJETIVO

Fornecer umidade, desprender o esfacelo aderido ao leito.

TECNOLOGIA

Hidrogel/ enzimas exógenas

DESBRIDAMENTO DE MANUTENÇÃO

OBJETIVO

Controlar a umidade e remover tecidos inviáveis presentes no leito e na área periférica.

TECNOLOGIA

Fibras hidro-desbridantes/ fibras poliabsorventes, hidrofibras, espumas e iodo cadexômero.

ESFACELO ÚMIDO

DESBRIDAMENTO INICIAL

OBJETIVO

Controlar a umidade, remover esfacelo.

TECNOLOGIA

Fibras hidro-desbridantes/ fibras poliabsorventes, hidrofibras, espumas e iodo cadexômero.

DESBRIDAMENTO DE MANUTENÇÃO

OBJETIVO

Controlar a umidade e remover tecidos inviáveis presentes no leito e na área periférica.

TECNOLOGIA

Fibras hidro-desbridantes/ fibras poliabsorventes, hidrofibras, espumas e iodo cadexômero.

ESCARA

DESBRIDAMENTO INICIAL

OBJETIVO

Remover o tecido necrótico seco e aderido ao leito da ferida.

TECNOLOGIA

Hidrogel, enzimas exógenas e instrumental cortante.

DESBRIDAMENTO DE MANUTENÇÃO

OBJETIVO

Controlar a umidade e remover tecidos inviáveis presentes no leito e na área periférica.

TECNOLOGIA

Fibras hidro-desbridantes/ fibras poliabsorventes, hidrofibras, espumas e iodo cadexômero.

HIPERQUERATOSE

OBJETIVO

Manter a pele saudável.

MEDIDAS PROFILÁTICAS

Umectação diária.

TECNOLOGIA

Retirar com delicadeza o tecido descamativo, após aplicação de creme emoliente.

HIPERQUERATOSE PERI-FERIDA NEUROPÁTICA

Desbridamento instrumental após aplicação de solução emoliente.



COBERTURAS



QUAL COBERTURA UTILIZAR?

A utilização de coberturas é importante para prevenção e tratamento das feridas e lesões cutâneas. Cada paciente e ferida devem ser vistos de forma individual e a escolha da cobertura deve ser realizada de acordo com as fases de cicatrização (SMS/SP, 2021).

TIPOS DE COBERTURAS DE CURATIVO

Passivo: Protege e cobre a ferida;

Interativo: Proporciona micro-ambiente bom para melhora da ferida;

Bioativos: Resgata ou estimula a liberação de substâncias durante o processo de cura (SMS/SP, 2021).

A REALIZAÇÃO DE CURATIVOS DEVE ATENDER AS SEGUINTE FUNÇÕES:

Proporcionar barreira bacteriana

Facilitar a reepitelização, evitando maceração de bordas

Promoção do tecido de granulação

Promoção do desbridamento autolítico

Regulação da umidade

Favorecimento da angiogênese

Redução da dor

(SMS/SP, 2021)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Ácidos Graxos Essenciais- AGE: Óleo vegetal composto de ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, vitamina E e lecitina de soja.

Mecanismo de ação:

A hidratação é feita de maneira indireta, com aplicação de substâncias lipídicas, evitando a perda de água do meio interno para o externo.

Indicação:

- Hidratação oclusiva para pele íntegra;
- Tratar feridas abertas vitalizadas, não infectadas, em fases de granulação e epitelização (com ou sem exsudato);
- Prevenção de rompimento cutâneo.

Contraindicação:

- Alergia a um dos componentes;
- Feridas com infecção e/ou necrose;
- Hipergranulação.

Modo de usar:

Aplicar o AGE topicamente sobre a lesão.

Período de troca:

Trocar o curativo quando estiver saturado com a secreção ou a cada 24h.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Adesivo de Hidropolímero/Espuma Sacral: Espuma hidrocélular adesiva desenvolvida para a região sacral. Camada hidrocélular altamente absorvente central e camada de película impermeável exterior.

<p>Mecanismo de ação: Absorção do exsudato; Minimiza a pressão, cisalhamento e fricção; Previne lesão por pressão com a classificação de Braden de alto risco.</p>	<p>Indicação: – Prevenção de lesões por pressão; – Lesões por pressão em estágio 1 e 2.</p>	<p>Contraindicação: – Lesões cavitárias, tunelizadas e/ou com bordas descoladas; – Lesões altamente exsudativas e/ou infectadas; – Lesões com bordas irregulares que não se possa aplicar o adesivo na pele íntegra.</p>	<p>Modo de usar: Aplicar o curativo sobre a ferida, fixando-o com suas bordas adesivas na pele íntegra. Deixar margem de 2 cm além da ferida.</p> <p>Período de troca: Trocar o curativo a cada 7 dias. Nos casos de lesão por pressão estágio II avaliar a saturação da cobertura e trocar de 3 a 5 dias.</p> <p>(SES/DF, 2019)</p>
---	--	---	--

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Adesivo de Hidropolímero/Espuma: Espuma de poliuretano ou hidropolímeros com borda adesiva.

Mecanismo de ação:

Controle do exsudato por meio de absorção e retenção com expansão delicada; Minimiza a pressão, cisalhamento e fricção.

Indicação:

- Feridas de baixa a média exsudação.
- Prevenção de lesões por pressão;
- Lesões por pressão em estágio 1 e 2, Skin tears e feridas planas.

Contraindicação:

- Lesões cavitárias, tunelizadas e/ou com bordas descoladas;
- Lesões altamente exsudativas;
- Presença de tecido desvitalizado;
- Presença de necrose de coagulação.

Modo de usar:

Aplicar a espuma diretamente sobre a lesão, fixando-a com o adesivo na pele perilesão. Deixar margem de 2 cm além da ferida.

Período de troca: Trocar o curativo a cada 7 dias. Nos casos de feridas de moderado a baixo exsudato avaliar a saturação da cobertura e trocar de 3 a 5 dias.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Alginato de Cálcio: Curativo altamente absorvente composto de alginato de cálcio e carboximetilcelulose sódica.

Mecanismo de ação:

No contato com o exsudato da ferida, o curativo se torna um gel macio, promovendo a otimização do meio ambiente úmido. Tem propriedades hemostáticas e facilita o desbridamento autolítico, promovendo a predominância e estimulação do tecido de granulação.

Indicação:

- Feridas de moderada a alta exsudação.
- Feridas oncológicas;
- Feridas sangrantes;
- Feridas recém desbridadas de forma cirúrgica ou com instrumental cortante.

Contraindicação:

- Lesões superficiais que apresentem pouco ou nenhum exsudato;
- Presença de necrose de coagulação;
- Exposição óssea ou tendinosa (não aplicar diretamente).

Modo de usar:

Escolher o tamanho ideal, evitando ultrapassar as bordas da ferida.

Período de troca:

Nos casos de feridas com alta exsudação e infectadas trocar a cada 24 h. Nos casos de feridas limpas com sangramento trocar a cada 48 h. Avaliar a saturação da cobertura secundária e aderência da cobertura no leito da ferida.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Bota de Unna: Bandagem de compressão não-elástica impregnada com pasta base de óxido de zinco, goma acácia, glicerol, óleo de rícino e água deionizada.

Mecanismo de ação:

Exerce força de contenção no membro acometido durante a deambulação, aumentando o retorno venoso; Promove fibrinólise e aumenta a pressão intersticial local.

Indicação:

– Tratamento de úlceras venosas de perna e edema linfático.

Contraindicação:

– Lesão arterial ou mista com ITB igual ou abaixo de 0,8;
– Lesões infectadas;
– Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada;
– DPOC e TVP;
– Acamados que não deambulam;
– Paciente com celulite

Modo de usar:

Aplicar a bandagem ao longo da perna até a altura do joelho, adaptando aos contornos da perna. Colocar uma bandagem secundária de crepom ou algodão para a proteção.

Período de troca: Trocar a bandagem a cada 7 dias, exceto na primeira vez, que deve-se avaliar o paciente com 72 h.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Carvão Ativado com Prata recortável: Cobertura estéril, recortável, composto de tecido de carvão ativado impregnado com íons de prata prensada por camadas de rayon/naylon.

Mecanismo de ação:
tecido de carvão adsorve os gases voláteis, responsáveis pelo mau cheiro e os micro-organismos produtores dessa substância. A prata impregnada no tecido e carvão exerce efeito bactericida sobre os micro-organismos auxiliando no controle de infecção da ferida.

Indicação:
– Feridas de moderada a altamente exsudativas.
– Feridas infectadas ou não, com ou sem odor.

Contraindicação:
– Feridas sem exsudato;
– Exposição óssea ou tendinosa (não aplicar diretamente).

Modo de usar:
Aplicar o curativo na ferida, evitando ultrapassar as bordas da ferida.

Período de troca:
O tempo de permanência depende do tipo de lesão e avaliação do profissional, podendo permanecer até 7 dias.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Carvão Ativado com Prata sachê: Cobertura estéril, não recortável, composto de tecido de carvão ativado impregnado com prata inserido em um envoltório de não tecido com borda selada em toda sua extensão.

Mecanismo de ação:

O tecido de carvão ativado adsorve as bactérias, removendo-as eficazmente do leito da lesão, resultando em um efetivo controle da infecção e do odor em feridas com mau cheiro. A prata é um antimicrobiano de amplo espectro. O curativo de carvão com prata possui um amplo espectro de ação, produzindo mudanças nas células das bactérias.

Indicação:

- Feridas de moderada a altamente exsudativas.
- Feridas infectadas ou não, com ou sem odor.

Contraindicação:

- Feridas sem exsudato;
- Exposição óssea ou tendinosa (não aplicar diretamente).

Modo de usar:

Aplicar o curativo na ferida, modelado ou dobrado para evitar ultrapassar as bordas da ferida.

Período de troca:

O tempo de permanência depende do tipo de lesão e avaliação do profissional, podendo permanecer até 7 dias.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Colagenase: É uma pomada à base de uma enzima chamada colagenase obtida a partir de culturas do *Clostridium histolyticum*. É um agente desbridante enzimático.

Mecanismo de ação:
Promove o preparo do leito da ferida através da limpeza enzimática das áreas com tecido não viável para cicatrização.

Indicação:
– Feridas com tecido desvitalizado aderidos na lesão.

Contraindicação:
– Lesões isquêmicas;
– Lesões isquêmicas não revascularizadas;
– Pacientes com hipersensibilidade à Colagenase ou a qualquer componente da formulação.

Modo de usar:
Aplicar a pomada uniformemente na área pesada e cobrir a lesão com gaze umedecida em SF 0,9% para ativar a enzima.

Período de troca:
O curativo deve ser trocado a cada 24 h.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Espuma de Poliuretano com Prata: É uma espuma de poliuretano absorvente e de retenção não adesiva. É macia e flexível, com um complexo de prata que se dispersa homogeneamente em toda a matriz de espuma.

Mecanismo de ação:

Na presença de exsudato, a prata é liberada continuamente no leito da ferida. Se adapta totalmente ao leito da ferida proporcionando absorção superior mesmo sob compressão.

Indicação:

- Feridas de moderada a altamente exsudativas;
- Feridas estagnadas;
- Feridas crônicas infectadas ou com biofilme.

Contraindicação:

- Feridas com necrose seca ou tecido inviável;
- Hipersensibilidade à prata.

Modo de usar:

Aplicar o curativo na ferida, pelo lado que não tem a marca do produto.

Período de troca:

O tempo de permanência depende do tipo de lesão e avaliação do profissional, podendo permanecer até 7 dias.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Hidrocolóide: Base de carboximetilcelulose, e/ou pectina e/ou gelatina.

Mecanismo de ação:

Na presença de exsudato, a camada hidrocolóide forma um gel coesivo proporcionando um ambiente de cicatrização úmido. O filme de poliuretano é impermeável à água, bactéria e contaminação externa.

Indicação:

- Feridas crônica pouco ou não exsudativas;
- Feridas agudas superficiais nos estágios finais da cicatrização;
- Queimaduras superficiais de espessura parcial;
- Abrasões de pele;
- Prevenção de lesões cutâneas.

Contraindicação:

- Feridas muito exsudativas;
- Feridas infectadas;
- Feridas cavitárias;
- Região sacral em caso de incontinência fecal e urinária.

Modo de usar:

Aplicar o curativo na ferida modelando e fixando-o, excedendo pelo menos 2 cm das bordas. Pode ser recortável.

Período de troca:

O tempo de permanência depende do tipo de lesão e avaliação do profissional, podendo permanecer até 7 dias.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Hidrofibra com Prata: Curativo antimicrobiano impregnado com prata, macio, estéril, de não tecido em placa, composto por carboximetilcelulose sódica e prata iônica.

Mecanismo de ação:

Tem a capacidade de absorver grandes quantidades de exsudato e bactérias presentes no leito da ferida, formando um gel macio e coesivo, que se adapta à superfície da ferida formando um meio úmido que auxilia na remoção de tecidos necróticos.

Indicação:

– Feridas de qualquer etiologia com moderada a alta exsudação, com ou sem infecção.

Contraindicação:

– Lesões secas;
– Hipersensibilidade ao produto;
– Lesão com necrose de coagulação.

Modo de usar:

Aplicar o curativo na ferida de forma que a borda do curativo ultrapasse a borda da ferida em pelo menos 1 cm em toda a circunferência da ferida. Pode ser recortável.

Período de troca:

O tempo de permanência depende do tipo de lesão e avaliação do profissional, podendo permanecer até 7 dias.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Hidrogel: É um gel transparente, hidroativo, amorfo, composto de água purificada, carboximetilcelulose e alginato de sódio.

Mecanismo de ação:
Promove acesso visual da ferida. É composto por amido modificado, glicerol e água purificada, com capacidade de doação de umidade e de realizar o desbridamento autolítico.

Indicação:

- Feridas com tecido desvitalizado aderido a lesão;
- Feridas com exposição óssea e de tendões;
- Hidratação de feridas secas.

Contraindicação:

- Feridas com média a alta exsudação;
- Pele íntegra;
- Queimadura de III grau;
- Sensibilidade aos componentes do produto.

Modo de usar:
Aplicar o hidrogel diretamente no leito da lesão.

Período de troca:
O tempo de troca é de até 48h. No caso de feridas infectadas deve ser trocado a cada 24h.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Nylon Não Aderente Impregnado com Prata: É uma cobertura estéril, não aderente, composta por fios de nylon 100% recobertos com prata metálica (nanocristalina) na concentração de 12% a 20%.

Mecanismo de ação:

Tem ação antimicrobiana sendo capaz de combater os micro-organismos presentes no leito da ferida. A prata iônica apresenta ação microbicida através da interação com componentes microbianos.

Indicação:

- Queimaduras;
- Feridas infectadas;
- Feridas cavitárias com infecção;
- Enxertos cutâneos;
- Úlceras dérmicas de estágio IV.

Contraindicação:

- Feridas limpas;
- Feridas pouco exsudativas, sangrantes ou com necrose de coagulação;
- Paciente com hipersensibilidade ao nylon e/ou à prata.

Modo de usar:

Escolher o tamanho e/ou apresentação do curativo que melhor se adapte, evitando cobrir as bordas. Umedecer o curativo com água destilada e aplicá-lo diretamente na ferida.

Período de troca:

O tempo de permanência depende do tipo de lesão e avaliação do profissional, podendo permanecer até 7 dias.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Petrolatum: Gaze não aderente, estéril, composta por tecido de rayon impregnado com emulsão de petrolatum (a base de óleo mineral, vaselina sólida e água).

Mecanismo de ação:

A uniformidade da malha compõe a gaze, associada à emulsão de petrolatum proporciona uma cobertura primária com poros não ocluídos que impede a aderência do mesmo ao ferimento, além de facilitar o fluxo de exsudato para a cobertura secundária absorvente.

Indicação:

- Cobertura primária de queimaduras;
- Úlceras;
- Áreas doadoras e receptoras de enxerto;
- Abrasões.

Contraindicação:

- Lesões infectadas;
- Pacientes com sensibilidade ao produto ou a algum dos componentes;
- Não deve ser utilizado em pessoas que estiverem em tratamento de câmara hiperbárica.

Modo de usar:

Aplicar a gaze na ferida de acordo com seu tamanho. Pode ser recortada.

Período de troca:

O tempo de permanência depende do tipo de lesão e avaliação do profissional, podendo permanecer de 3 a 5 dias.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Polihexanida Solução Aquosa (PHMB): Solução aquosa, estéril e composta de 0,1% betaína, 0,1% polihexanida e 99,8% água purificada.

Mecanismo de ação:
Ação surfactante para remoção de débeis celulares, biofilme, descontaminando o leito da lesão, além de reduzir odores.

Indicação:
– Limpeza, descontaminação e umidificação do leito de feridas agudas ou crônicas.

Contraindicação:
– Paciente ter alergia a algum componente do produto.

Modo de usar:
Aplicar a gaze com a solução no leito da ferida, deixando agir de 10 a 15 minutos.

(SES/DF, 2019)

COBERTURAS PADRONIZADAS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Sulfadiazina de Prata: É um fármaco com efeito bacteriostático, derivado das sulfadiazina, de uso tópico.

Mecanismo de ação:
Agente cicatrizante antimicrobiano tópico. É bactericida para uma grande variedade de bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, bem como algumas espécies de fungos.

Indicação:
– Lesões por queimaduras;
– Feridas infectadas.

Contraindicação:
– Gestantes no final da gestação;
– Crianças prematuras e recém-nascidos nos primeiros meses de vida;
– Lactantes;
– Pacientes alérgicos às sulfas e aos demais componentes da formulação.

Modo de usar:
Aplicar uma camada do creme e cobrir com cobertura secundária.

Período de troca:
Nos casos de feridas secas ou pouco exsudativas a troca deverá ser no máximo em até 24h. Nos casos de feridas exsudativas a troca deve ser feita em até 12h.

(SES/DF, 2019)



DICAS



DICAS PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVO

1

Lavar as mãos antes e após cada curativo, mesmo que seja em um mesmo paciente;

2

Expor a ferida e o material o mínimo de tempo possível;

3

Se houver mais de uma ferida, iniciar pela menos contaminada;

4

Quando o paciente estiver com ataduras, antes da limpeza da ferida, realizar limpeza do membro com água e sabão;

5

Todo curativo deve ser realizado com a seguinte paramentação: luva, gorro, máscara e óculos. Em caso de curativos de grande porte e curativos infectados (lesões por pressão infectadas com áreas extensas, lesões em membros inferiores e ferida cirúrgica infectada) usar também o avental como paramentação;

6

Quando o curativo for oclusivo deve-se anotar no esparadrapo a data, a hora, o nome de quem realizou o curativo e número do conselho;

7

Ao aplicar ataduras, fazê-lo no sentido da circulação venosa, com o membro apoiado, tendo o cuidado de não apertar em demasia.

REFERÊNCIAS

ABBADE, L. P. F. et. al. Consenso sobre diagnóstico e tratamento das úlceras crônicas de perna- Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 95, p. 1-18, 2020. Disponível em: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/199/22456fa6288cc6f99a05c8828f235b05.pdf. Acesso em 22 jan. 2023.

AMATO, A. **Claudicação intermitente. dor ao caminhar. Dor para andar pode ser doença arterial.** Instituto Amato. 2021. Disponível em: <https://www.amato.com.br/video/claudicac%CC%A7a%CC%83o-intermitente-dor-ao-caminhar-dor-para-andar-pode-ser-doenca-arterial/>. Acesso em 19 jan. 2023.

ANTAR, M. et al. Pé diabético: a simples ferida que pode virar um problema sério. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/epm/noticias/pe-diabetico#tratamento>. Acesso em 21 jan. 2023.

BALTAZAR, M. A. L. **Avaliação da ferida cirúrgica: documentação de enfermagem.** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1353395>. Acesso em 20 jan. 2023.



REFERÊNCIAS

BALTAZAR, M. A. L. Avaliação da ferida cirúrgica: documentação de enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1353395>. Acesso em 20 jan. 2023.

BERNARDES, R. M.; CALIRI, M. H. L. Recurso educacional sobre prevenção e manejo da lesão por pressão. Grupo de Estudos e Pesquisa em Segurança do Paciente - EERP-USP. CNPQ. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridaschronicas/recurso_educacional_lp.html. Acesso em 17 jan. 2023.

BRASIL. Manual do pé diabético : estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/manual_do_pe_diabetico.pdf. Acesso em 21 jan. 2023.

BURIHAN, M. C. et al. Consenso no tratamento e prevenção do pé diabético. SBACV-SP, Brasil, p. 1-76, 2020. Disponível em: <https://sbacv.org.br/wp-content/uploads/2021/03/consenso-pe-diabetico-24112020.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2023.



REFERÊNCIAS

CALIRI, M. H. L. et al. Consenso NPUAP 2016 - Classificação das lesões por pressão adaptado culturalmente para o Brasil. Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST. Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia - SOBENDE. 2016. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/CONSENSO-NPUAP-2016_traducao-SOBEST-SOBENDE.pdf. Acesso em 17 jan. 2023.

CALIRI, M. H. L.; PIEPER, B. Recurso educacional úlcera venosa. Escola de Enfermagem da Wayne State University. Grupo de Estudos e Pesquisa em Segurança do Paciente - EERP-USP. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridaschronicas/recurso_educacional_uv_1.html. Acesso em 19 jan. 2023.

CAMPOS, M. G. C. A. et al. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: Ideia, 2016.

CEPELLI. Saiba o que é úlcera arterial e como trata-la dentro e fora de casa. Centro Clínico Avançado no Tratamento de Feridas e Queimaduras. Disponível em: <https://cePELLI.com.br/noticias/como-tratar-corretamente-ulcera-arterial/>. Acesso em 19 jan. 2023.

REFERÊNCIAS

CUPEIRO, S. V. Úlcera Neuropática en talón. Caso clínico. Facultad de Enfermería y podología. Universidad da Coruña. 2019. Disponível em: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/23861/VazquezCupeiro_Sara_TFG_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em 21 jan. 2023.

COLOPLAST. **Lesões por pressão: o que são e como preveni-las?** Coloplast Professional. c2021. Disponível em: <https://www.coloplastprofessional.com.br/cuidados-com-a-pele-e-feridas/conhecimento/tipos-de-ferida/prevencao-da-lesao/lesoes-por-pressao-o-que-sao-e-como-preveni-las/>. Acesso em 21 jan. 2023.

EBSERH. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Procedimento Operacional Padrão: Cuidados com a Integridade Cutânea. Santa Catarina: NEPEN/DE/HU. Hospital Universitário da USFC. 2017. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/INTEGRIDADE_CUTANEA/CUIDADOS_INTEG_CUTANEA.pdf. Acesso em 21 jan. 2023.

EBSERH. Hospital Universitário Gaffrée Guinle. Procedimento Operacional Padrão: Coberturas para Feridas. Rio de Janeiro: Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas. Hospital Universitário Gaffrée Guinle. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/aceso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/comissao-de-prevencao-e-tratamento-de-feridas/pop-8-2_coberturas-para-feridas.pdf/view. Acesso em 21 jan. 2023.



REFERÊNCIAS

FERREIRA, Ricardo Cardenuto. Pé diabético. Parte 1: Úlceras e Infecções. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 55, p. 389-396, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/w9c9DrGkYXKPwMws7JQ9LJM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 21 jan. 2023.

GONZÁLEZ, C. V. S. et al. Prevalência de ferida operatória complicada e fatores associados em adultos internados em hospitais públicos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 56, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3Wj7NMjw6Y7jPjtXrJyxtYL/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 jan. 2023.

MATOS, L. B. N. et al. Campanha diga não à lesão por pressão. Braspen journal. 2020. Disponível em: <https://www.famap.com.br/wp-content/uploads/2020/09/campanhadiganaoalesaoporpressao.pdf>. Acesso em 17 jan. 2023.





REFERÊNCIAS

MOREIRA, M. M. R. et al. Qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com úlcera arterial. *Avances en Enfermería*, v. 34, n. 2, p. 170-180, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n2/v34n2a06.pdf>. Acesso em 19 jan. 2023.

PIEPER, B.; CALIRI, M. H. L. Recurso Educacional Úlcera Venosa. *Aspéctos Clínicos da Úlcera Venosa*. Escola de Enfermagem da Wayne State University. Grupo de Estudos e Pesquisa em Segurança do Paciente - EERP-USP. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridasronicas/recurso_educacional_uv_4.html. Acesso em: 21 jan. 2023.

PIMENTEL, M. M. P.; SOUSA, L. S.; MENESES, A. B. Processo de cicatrização de uma úlcera arterial em perna à espera de vascularização: um relato. *II Congresso Brasileiro de Ciências de Saúde*. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1598_15052017220432.pdf. Acesso em 19 jan. 2023.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de Enfermagem*. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



REFERÊNCIAS

SCHAPER, N. C. et al. Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e o tratamento de pé diabético. Lançamento da Tradução Brasileira das Diretrizes IWGDF, n. 34°. 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/CONSENSO-INTERNACIONAL-DE-PE-DIABETICO-2019.pdf>. Acesso em 21 jan. 2023.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Câmara Técnica de Cuidados com a Pele. **Indicação dos curativos baseados nos produtos padronizados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), Diretoria de Enfermagem, Câmara Técnica de Cuidados com a Pele. 2019. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Indica%C3%A7%C3%A3o+dos+Curativos.pdf/3453272e-d30a-dd41-c483-0753720bb61c?t=1664212831951#page14>. Acesso em: 16 Jan. 2023.

Secretaria Municipal de Saúde do estado de São Paulo. **Manual de Padronização de Curativos**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SP). 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital_.pdf#page14. Acesso em: 16 Jan. 2023.



REFERÊNCIAS

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. GUIA DE TRATAMENTO DE FERIDAS. Câmara Técnica de Enfermagem da SMS Campinas - Outubro de 2011. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/Guia_Tratamento_Feridas_out_2011.pdf. Acesso em 22 jan. 2023.

SOBEST. O que são feridas? Associação Brasileira de Estomaterapia. c2020. Disponível em: <https://sobest.com.br/feridas/>. Acesso em 17 jan. 2023

SOUSA, M. B. V. et al. Assistência de enfermagem no cuidado de feridas na atenção primária em saúde: revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 48, p. e3303-e3303, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3303/1997>. Acesso em 17 jan. 2023.

THULER, S. R.; DE PAULA, M. R. B. Guia de boas práticas. Preparo do leito da lesão. Desbridamento. Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST. 2020. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Preparo-do-leito-da-ferida_SOBEST-e-URGO-2016.pdf. Acesso em 21 jan. 2023.

