



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

**NORMAS E DIRETRIZES
PARA
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE
FERIDAS
2013**



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

GOVERNADOR DO ESTADO
JAQUES WAGNER

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
MANOEL VITÓRIO DA SILVA FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENAÇÃO GERAL
SÔNIA MAGNÓLIA LEMOS DE CARVALHO

COORDENAÇÃO ADJUNTA
DR^a MARIA CONCEIÇÃO QUEIROZ OLIVEIRA RICCIO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE
CRISTIANE MÁRCIA VELOSO DE CARVALHO LOPES

COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO
ÂNGELA MARIA NOLASCO FARIAS
ENFERMEIRA - COORDENADOR TÉCNICO

COORDENAÇÃO DE PRODUTOS
NADJA NARA REHEM DE SOUZA
FARMACÊUTICA - COORDENADOR TÉCNICO

CONSULTORIA TÉCNICA
DR^a LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO DA COSTA
AUDITORA MÉDICA – ENDOCRINOLOGISTA

VALIDAÇÃO TÉCNICA
DR. CARLOS HENRIQUE BRIGLIA DE BARROS – CIRURGIÃO PLÁSTICO
ESPECIALISTA PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA
MEMBRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS

DR. CÍCERO FIDELIS LOPES – CIRURGIÃO VASCULAR
ESPECIALISTA PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR
PROFESSOR DA FACULDADE DE MEDICINA – UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA)

PARCERIA TÉCNICA
ENF^a ESTOMATERAPEUTA LEDA LÚCIA NOVAES BORGES
ENF^a ESTOMATERAPEUTA RAYSSA FAGUNDES B. PARANHOS
MEMBROS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA – SOBEST – SEÇÃO BAHIA



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

COLABORAÇÃO

ENF^a ANA PAULA FERNANDES – ESPECIALISTA EM TERAPIA INTENSIVA E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E SISTEMAS DE SAÚDE (UFBA)

ENF^a LUCIANA BATISTA MENDES – ESPECIALISTA EM DERMATOLOGIA – UNIVERSIDADE GAMA FILHO
GRADUANDA EM ESTOMATERAPIA PELA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE)
MEMBRO DA SOBEST – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA – SEÇÃO BAHIA

ENF^a MARIA DAS GRAÇAS VELANES FARIAS – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – REGIONAL BAHIA

ENF^a MARINÊS MARQUES LIMA – ESPECIALISTA EM LESÕES DE PELE – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM FERIDAS E ESTÉTICA – SOBENFE

FARMACÊUTICA ANA PAULA BRAGA DAS CHAGAS
ESPECIALISTA EM AUDITORIA DE SISTEMAS DE SAÚDE – UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

BAHIA, Secretaria de Administração do Estado da Bahia. PLANSERV: Assistência à Saúde dos Servidores do Estado da Bahia. Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde. Coordenação de Prevenção.

83 P.

Normas e Diretrizes para Prevenção e Tratamento de Feridas. Salvador: PLANSERV 2010/Revisão 2013.

1. Planserv. 2. Prevenção de Feridas. 3. Tratamento de Feridas.



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

"A AVALIAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE É MAIS SATISFATÓRIA DO QUE QUAISQUER MEIOS ARTIFICIAIS. A HISTÓRIA DO PACIENTE ESTÁ ESCRITA EM SUA PELE – LÁ ESTÁ PARA SER LIDA POR QUEM QUISER".

(Bergan, 1967)



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

Lista de Tabelas

Tabela 01 – Princípios do Preparo do Leito da Ferida

Tabela 02 – Escala de Braden: Avaliação de Risco para Úlcera por Pressão

Tabela 03 – Diferenciação entre Dermatite Associada à Incontinência e os Estágios I e II das Úlceras por Pressão

Tabela 04 – Diagnóstico Diferencial de Úlceras Neuropática e Isquêmica do Pé Diabético

Tabela 05 – Classificação de Risco do Pé Diabético ADA-AACE

Tabela 06 – Classificação da Universidade do Texas (Lesões em Pés Diabéticos)

Tabela 07 – Diagnóstico Diferencial de Úlceras Venosa e Arterial

Tabela 08 – Classificação de Feridas Oncológicas

Tabela 09 – Regra dos Nove para Avaliação da Extensão da Queimadura no Adulto

Tabela 10 – Sistema de Classificação STAR – Lesão por Fricção

Tabela 11 – Gravidade da Incontinência Fecal de Acordo com Fecal Incontinence Severity Index (FISI)



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

Lista de Figuras

- Figura 01 – Estrutura da Pele
- Figura 02 – Úlcera por Pressão Estágio I
- Figura 03 – Úlcera por Pressão Estágio II
- Figura 04 – Úlcera por Pressão Estágio III
- Figura 05 – Úlcera por Pressão Estágio IV
- Figura 06 – Úlcera Não Estadiável (UNE)
- Figura 07 – Suspeita de Lesão Tissular Profunda (SLTP)
- Figura 08 – Locais de Aplicação do Monofilamento
- Figura 09 – Índice Tornozelo-Braço (ITB)
- Figura 10 – Regra dos Nove – Queimados
- Figura 11 – Demarcação de Estoma
- Figura 12 – Bexiga



Sumário

1. Dados da Instituição

2. Introdução

3. Objetivos

Objetivo Geral

Objetivos Específicos

4. Estrutura e Função da Pele

Estrutura da Pele

Funções da Pele

5. Reparação Tissular

Fatores que Influenciam na Cicatrização da Pele

Fases da Cicatrização

Formas de Cicatrização

6. Feridas

Avaliação de Ferida

Classificação das Feridas

Preparo do Leito da Ferida

7. Úlcera por Pressão

Classificação de Úlcera por Pressão

Prevenção de Úlcera por Pressão

8. Dermatite Associada à Incontinência

Avaliação e Diferenciação de Dermatite Associada à Incontinência

Prevenção de Dermatite Associada à Incontinência

Principais Ações para Prevenir e Tratar Dermatite Associada à Dermatite

9. Pé Diabético

Avaliação do Pé com Risco de Desenvolvimento de Ulceração Diabética

Classificação do Pé Diabético

Prevenção de Ulceração do Pé Diabético

10. Úlcera por Hanseníase

11. Úlcera Venosa e Arterial

Úlcera Venosa

Úlcera Arterial



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

Diagnóstico Diferencial de Úlcera Venosa e Arterial

12. Úlceras Oncológicas

Classificação de Feridas Oncológicas

Cuidados com Úlceras Oncológicas

13. Úlcera Anêmica

14. Queimaduras

Classificação de Queimaduras

15. Epidermólise Bolhosa

16. Lesões por Fricção (Skin Tears)

Classificação de Lesões por Fricção

Prevenção e Cuidados com Lesões por Fricção

17. Feridas Cirúrgicas

Deiscências Cirúrgicas

18. Cuidados com Feridas

Limpeza da Ferida

Desbridamento da Ferida

19. Estomias

Tipos de Estomas

Demarcação de Estomas

Complicações Decorrentes de Estomas

Cuidados com Estomas

Equipamentos Utilizados para Pacientes com Estomas

20. Fístulas

21. Drenos

22. Incontinência

Incontinência Urinária

Incontinência Fecal

Cuidados Gerais

Dispositivos Utilizados para Pacientes Incontinentes

23. Curativos

Características do Curativo Ideal

Fatores que Interferem na Realização dos Curativos

Materiais para Realização do Curativo

Técnica para Realização do Curativo

Coberturas

24. Atribuições da Equipe Multiprofissional no Cuidado a Pacientes com Feridas



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

Referências Bibliográficas

Endereços Eletrônicos

Anexos

Anexo I – Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas

Anexo II – Estomias

Anexo III – Plano Terapêutico – Inicial

Anexo IV – Plano Terapêutico – Evolução



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

1. Dados da Instituição

INSTITUIÇÃO	PLANSERV – Assistência à Saúde dos Servidores do Estado da Bahia
ENDEREÇO	Centro de Atenção à Saúde Professor Dr. José Maria de Magalhães Netto – 4º andar – Avenida Antonio Carlos Magalhães – S/N – Iguatemi – Salvador/BA – CEP: 41820-020
TELEFONE	(71) 3116-4700
ATIVIDADE PREDOMINANTE	Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado da Bahia, seus dependentes, agregados e pensionistas.
UNIDADE EXECUTORA	Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde – CGPS



2. Introdução

O profundo desenvolvimento na área celular, nas últimas três décadas, tem levado os profissionais de saúde que atuam na prevenção e tratamento de feridas a uma revisão dos conceitos e procedimentos tradicionais, muitos dos quais empregados desde a Antiguidade e, acima de tudo, ao reconhecimento de que a lesão é apenas um aspecto de um todo holístico, que é o ser humano. Esse motivo exige atuação interdisciplinar, através de intervenções integradas e sistematizadas, fundamentadas em um processo de tomada de decisão que almejem, como resultado final, a restauração tissular com o melhor nível estético e funcional.

O conhecimento do estudo da arte e da ciência relativo ao cuidar da pele é fundamental quando se objetiva a melhoria da qualidade de vida das pessoas, acelerando o tempo de cicatrização, reduzindo os riscos e as complicações e o tempo de internação domiciliar/hospitalar, minimizando o sofrimento e melhorando o custo-benefício no tratamento de lesões agudas e crônicas, especialmente em clientela mais suscetíveis como os idosos, diabéticos e outros.

A evolução dos conceitos no tratamento de feridas só foi possível graças à maior compreensão e, mesmo, valorização dos aspectos anatômicos e fisiológicos da pele e, principalmente, do processo de cicatrização.

No Brasil, as "úlceras" constituem um sério problema de saúde pública, em razão do grande número de pessoas com alterações na integridade da pele, embora sejam escassos os registros desses atendimentos. O elevado número de pessoas com essas lesões contribui para onerar o gasto público. Os gastos estão entre os mais elevados, devido à complexidade das lesões, requerendo profissionais especializados, principalmente no tocante aos curativos.

O que se vivencia nos dias de hoje, de forma crescente, são profissionais de saúde empenhados e buscando a excelência para proporcionar ao portador de lesões, em especial os de caráter crônico, um tratamento eficaz, em curto prazo, que possa trazer maior conforto e breve normalidade de sua vida social.

O cuidado com a pele, ferida e estoma e incontinência, é uma tarefa que exige da equipe multidisciplinar conhecimento científico e habilidade técnica.

O tratamento de lesões cutâneas vem sendo tema destacado em diversos seguimentos profissionais na área de saúde no mundo todo. É uma prática milenar que, nos primórdios da civilização estava intimamente ligada a costumes e hábitos populares e, com o desenrolar da história e



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

o desenvolvimento tecnológico, conquistou seu merecido cunho científico.

O PLANSERV possui um protocolo sistematizado, no qual os beneficiários têm um atendimento qualificado, realizado por equipe multidisciplinar: médico especialista (cirurgião plástico, cirurgião geral, cirurgião vascular, infectologista, dermatologista), enfermeiro especialista em lesões de pele ou estomaterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e farmacêutico, valorizando a diversidade de papéis em busca da integralidade da assistência, garantindo a adesão dos pacientes e seus familiares ao tratamento, e enfatizando que a participação destes nesse processo de cura e autocuidado torna-se essencial para a reabilitação.

As recomendações apresentadas neste protocolo estão fundamentadas em evidências científicas extraídas de consensos e de diretrizes referendados por sociedades reconhecidas nacional e mundialmente tais como: Sociedade Brasileira de Estomaterapia – SOBEST, Sociedade Brasileira de Dermatologia Estética e Feridas – SOBENFE, Sociedade Brasileira de Dermatologia – SOBEND, Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD, Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN), National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).

3. Objetivos

Objetivo Geral

Orientar a assistência integral e especializada aos beneficiários do PLANSERV com fatores de risco de desenvolver lesões e para aqueles portadores de dermatites, feridas, queimaduras, estomas ou fístulas, promovendo o autocuidado e a reabilitação de forma individualizada e humanizada.

Objetivos Específicos

- Reduzir o tempo de tratamento e internamento, através do acompanhamento do quadro clínico e uso adequado das tecnologias existentes, aos portadores de lesões cutâneas crônicas, evitando agudizações ou reagudizações e prevenindo complicações;
- Favorecer a cicatrização e a reabilitação precoces com melhoria da qualidade de vida;
- Definir critérios de indicação de medidas preventivas, avaliação, tratamento e evolução para pacientes



com integridade da pele prejudicada ou sob risco;

Secretaria da Administração do Estado da Bahia

- Padronizar de acordo com especificação técnica e indicação dos materiais, curativos especiais, bolsas e acessórios;
- Estabelecer classificação de risco para pacientes hospitalizados e em assistência domiciliar com

probabilidade para desenvolver úlcera por pressão;

- Prevenir aparecimento de novas feridas, principalmente em pacientes que já têm úlcera instalada;
- Planejar a assistência médica e de enfermagem em atendimento domiciliar aos pacientes portadores de feridas, pequenas queimaduras e estomias.

4. Estrutura e Função da Pele

Fundamentação Científica para o Cuidado

Estrutura da Pele

A pele reveste e delimita todo o corpo humano, constituindo-se assim no maior órgão, representando 15% do peso corporal e é composta por três camadas: epiderme, derme e hipoderme (tecido subcutâneo).

- **Epiderme:** é a camada mais externa da pele, composta por células epiteliais (queratinócitos) e impermeabilizada pelo sebo (produto das glândulas sebáceas). Tem como funções principais a proteção do organismo e a constante regeneração da pele. A epiderme impede a penetração de microrganismos ou substâncias químicas destrutivas, absorve radiação ultravioleta do sol e previne as perdas de fluidos e eletrólitos.
- **Derme:** é a camada intermediária da pele, formada por fibras colágenas e elastina, na qual se encontram terminações nervosas, vasos sanguíneos e os anexos da pele (glândulas sebáceas e sudoríparas e os folículos pilosos).
- **Hipoderme ou Tecido Adiposo Subcutâneo:** é a camada mais interna da pele, formada por tecido adiposo, que promove isolamento térmico, protege estruturas mais internas como músculos e ossos e é reservatório nutricional da pele (lipogênese).



Bahia

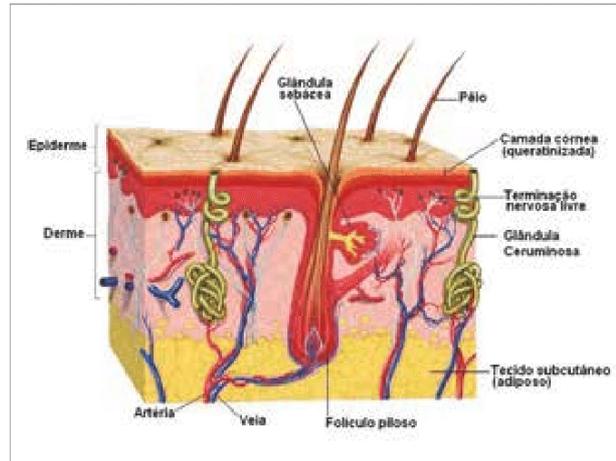


Fig. 1 – Estrutura da Pele



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

Funções da Pele

- **Termorregulação:** controla a temperatura corporal.
- **Protetora:** estabelece uma barreira entre o corpo e o meio ambiente, impedindo a penetração de microorganismos e raios solares ultravioleta.
- **Imunobiológica:** atua como defesa, local onde os linfócitos e os macrófagos atuam nos processos infecciosos crônicos.
- **Percepção:** envolve estruturas especializadas e diferenciadas para cada tipo de estímulo perceptivo (tátil, térmico, doloroso, pressórico, vibratório e a resposta galvânica).
- **Secretora:** atua por meio das glândulas sebáceas e sudoríparas. A secreção sebácea atua como lubrificante e emulsificante, formando o manto lipídico da superfície cutânea, com atividade antibacteriana e antifúngica.
- **Síntese:** sintetiza, sob ação da luz solar, a vitamina D, que tem efeitos sobre o metabolismo do cálcio nos ossos.

5. Reparação Tissular

A pele, quando lesada, inicia imediatamente o processo de reparação tecidual. Sua restauração ocorre por meio de um processo dinâmico, contínuo, complexo e interdependente, composto por uma série de fases sobrepostas denominadas de cicatrização.

Fatores que Interferem na Integridade da Pele e Cicatrização

Fatores Intrínsecos

- **Idade:** é um dos aspectos sistêmicos mais importantes como cofator de risco, tanto para a lesão como para a sua manutenção, ao gerar um profundo impacto no funcionamento de todos os sistemas fisiológicos corporais. A idade avançada está associada a uma série de alterações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas e, muitas vezes, a doenças crônicas, que tornam o indivíduo mais suscetível ao trauma e à infecção.
- **Estado Nutricional:** é um cofator sistêmico considerado de grande importância na área de prevenção e tratamento de feridas. Desnutrição, má absorção gastrointestinal e dietas inadequadas podem comprometer o aporte nutricional requerido para a cicatrização. Independente do estado nutricional do indivíduo, é necessário um aporte maior de nutrientes que são fundamentais na cicatrização das úlceras, principalmente de proteínas, vitaminas A e C e sais minerais, como zinco, selênio, ferro dentre outros. A anemia tem sido referida como fator de interferência na reparação da ferida.



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

- **Vascularização:** a oxigenação e perfusão tissular são condições essenciais para a manutenção da integridade e sucesso na reparação tissular. Indivíduos portadores de insuficiência arterial ou venosa podem desenvolver ulcerações distais que tendem à cronificação.
- **Condições Sistêmicas Concomitantes:** este item é bastante amplo, uma vez que pode englobar desde doenças pré-existentes bem estabelecidas a sintomas vigentes ou sequelas de alterações crônicas. Assim, além das doenças vasculares periféricas, arteriais e venosas, incluem-se ainda neste grupo diabetes mellitus, insuficiência renal e imunossupressão.
- **Estado Psicológico:** o estresse, a ansiedade e a depressão são identificadas como cofatores que contribuem para a cicatrização deficiente.
- **Infecção:** a carga biológica e metabólica imposta pela bactéria à ferida é um cofator importante no retardo ou impedimento da restauração tecidual. A presença de infecção prolonga a fase inflamatória leva à destruição tissular adicional, retarda a síntese de colágeno e impede a epitelização, uma vez que o microrganismo compete com as células normais para obtenção de oxigênio e nutrientes, além de liberar seus produtos tóxicos.

Fatores Extrínsecos

- **Terapia Sistêmica:** alguns tratamentos sistêmicos podem comprometer o processo de restauração tecidual, tais como: quimioterapia, esteroides, antiinflamatórios, corticoides e drogas vasoconstrictoras.
- **Tabagismo:** a baixa concentração de oxigênio nos tecidos pode afetar a velocidade de cura das feridas. Observa-se nos fumantes uma propensão em desenvolver úlceras periféricas de origem arterial e um risco maior para o desencadeamento de necrose nas feridas.
- **Fatores Mecânicos:** pressão, fricção e cisalhamento são forças mecânicas que podem contribuir para romper a integridade tissular superficial e profunda. Embora associadas às úlceras por pressão, podem estar relacionadas com as demais úlceras crônicas especialmente as de perna (vasculogênicas e neuropáticas). A pressão leva à oclusão capilar, causando isquemia e acúmulo intersticial de catabólitos com progressiva anóxia e morte celular. A inter-relação da intensidade duração da pressão e tolerância tissular determinará o desenvolvimento das úlceras de pressão.

Fases da Cicatrização

A cicatrização é um processo fisiológico que visa à reparação tecidual, imediatamente após a ocorrência de qualquer tipo de trauma, desencadeado pelo organismo, através de células específicas, mediadores químicos e mecanismos vasomotores.

- **Fase Inflamatória (0-5 dias):** caracteriza-se pela presença dos sinais flogísticos: dor, calor, rubor



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

e edema. A função desta fase é o controle do sangramento, limpeza e defesa local. A defesa local ocorre com a migração dos leucócitos: Neutrófilos: responsáveis pela degradação de tecidos desvitalizados. Monócitos: responsáveis pelo início da fagocitose. Macrófagos: responsáveis pela fagocitose. Eosinófilos, Basófilos e Linfócitos: responsáveis pela resposta antígeno-anticorpo. Em seguida os macrófagos começam a substituir os monócitos, continuando a ação fagocitária, e a produção de diversos fatores de crescimento que promovem a multiplicação dos fibroblastos.

- **Fase Proliferativa (5-24 dias):** nessa fase ocorre o preenchimento da ferida com tecido conectivo e a cobertura epitelial com a formação de um tecido novo (tecido de granulação), resultado da liberação de fatores angiogênicos, secretados pelos macrófagos e a síntese de colágeno pelos fibroblastos. É um tecido ricamente vascularizado, com aspecto vermelho, brilhante e úmido. Nesta fase ocorre também a retração da lesão, provocada pela migração de células epiteliais das bordas da ferida.
- **Fase de Maturação (24 dias a 2 anos):** ocorre a remodelação do colágeno e redução da capilarização com aumento da força tênsil da lesão em até 70 a 80% da força original, caracterizando-se sempre um tecido menos resistente à tensão ou trauma, comparativamente à pele nunca lesada.

Formas de Cicatrização

- **Cicatrização por primeira intenção:** há perda mínima de tecido e as bordas são passíveis de aproximação. A fase inflamatória é mínima com necessidade de pouca epitelização.
- **Cicatrização por segunda intenção:** há perda acentuada de tecido e não existe possibilidade de aproximação das bordas. As fases de cicatrização são bem acentuadas, com resposta inflamatória evidente, necessidade de formação de tecido de granulação e epitelização visível.
- **Cicatrização por terceira intenção ou retardada:** há fatores que podem retardar ou complicar o processo cicatricial por primeira intenção (hematoma subcutâneo, infecção, trauma, etc.), levando geralmente à deiscência total ou parcial da incisão. Posteriormente, realiza-se a sutura e a cicatrização ocorre por reepitelização.

6. Feridas

As feridas são lesões no tecido epitelial, mucosa ou órgão com comprometimento de sua estrutura anatômica e/ou função fisiológica.

É interessante notar que *vulnus*, do latim, cujo significado é ferida, origina o vocábulo vulnerável, o que explica, de certa forma, do ponto de vista histórico, como os indivíduos portadores de feridas ou cicatrizes, especialmente as crônicas, sentem-se, percebem-se e comportam-se em suas relações sociais, e, por



outro lado, como a sociedade os encara. O isolamento e até o banimento social resultante é algo mencionado desde as Sagradas Escrituras, em relação aos leprosos, tornando-se clara na citação do século XVII: "Uma ferida mesmo curada ainda deixa uma cicatriz atrás de si".

Avaliação da Ferida

A avaliação da ferida deve ser contínua e realizada de forma detalhada observando-se os itens que influenciam na cicatrização e na definição da conduta terapêutica. Ao avaliar a ferida deve-se considerar o tipo de tecido em evidência; tipo de exsudato; dimensões; condições das bordas e da pele perilesional, e presença de edema, dor, e sinais indicativos de infecção e biofilme.

- **Tipo de Tecido:** granulação (vermelho), desvitalizado (seco, úmido, branco, amarelado, marrom, preto), epitelizado (róseo) e vermelho vivo, sanguinolento.
- **Exsudato:** avaliar aspecto (seroso, purulento, sanguinolento, serosanguinolento, piosanguinolento, purulento), cor (vermelho, amarelo, marrom, verde), odor (ausente, presente) e volume (ausente, pouco, moderado, grande).

- **Mensuração da Ferida:**

- **Área (comprimento x largura):** menseure o maior comprimento (sentido céfalo-caudal) e a maior largura (do lado direito para o esquerdo), multiplique as medidas para obter a área em cm². Na presença de duas ou mais feridas, separadas por pele íntegra de até 2 cm, deve-se considerar como ferida única.

- **Profundidade:** proceder à limpeza da ferida antes da mensuração, introduzir um instrumento (swab, seringa de insulina) no ponto mais profundo da lesão, marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda, medir com uma régua o seguimento marcado e anotar os resultados em cm.

- **Borda ou Margem da Ferida:**

Responsável pela migração de células epiteliais. Observar perfusão e características (aderida, descolada, macerada, hiperkeratose).

- **Pele Perilesional:** observar aparência/condições (dermatite, maceração, descamação, hiperkeratose).

- **Edema:** uma das formas de avaliar o edema é pressionar com as pontas dos dedos sobre uma proeminência óssea, observando a formação de uma depressão (cacifo). O cacifo é graduado utilizando-se o sistema de cruces variando do menor grau para o maior (1+/4+ a 4+/4+). Outra forma é mensurar a circunferência da perna em dois locais: 10 cm acima do maléolo medial e na região mais desenvolvida da panturrilha.

- **Dor:** Utilizar escala de avaliação da dor que varia de 0 a 3, na qual: 0 (ausência de dor), 1 (dor de pouca intensidade), 2 (dor de moderada intensidade), 3 (dor de forte intensidade).



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

- **Presença de Infecção:** avaliar a reação inflamatória local (calor, rubor, dor), exsudação purulenta e exacerbação do odor.
- **Biofilme:** assim como avaliação do processo infeccioso, deve-se detectar precocemente a presença de biofilme no leito da lesão. O biofilme pode ser formado por bactérias, fungos, vírus e outros microrganismos. Caracteriza-se por uma película fina, gelatinosa, amarelada e brilhante formado sob o leito da ferida, retardando o processo de cicatrização e aumentando a propensão de causar infecções.

Classificação das Feridas

As feridas podem ser classificadas quanto ao mecanismo da lesão, grau de contaminação, tipo de cicatrização, grau de abertura e tempo de duração.

▪ **Mecanismo de Lesão**

- **Ulcerativas:** lesões circunscritas na pele, geralmente ocasionadas por pressão, fricção, cisalhamento ou por doenças relacionadas com a redução do suprimento sanguíneo. Incluem úlceras por pressão, úlceras venosas, arteriais e diabéticas.
- **Traumáticas:** provocadas acidentalmente por agentes mecânicos, químicos e físicos. Incluem lacerações, escoriações, contusões, perfurações e queimaduras.
- **Cirúrgicas:** são intencionais, com tendência à regressão espontânea e completa, dentro de um prazo mais ou menos preestabelecido, podendo ser planejadas e realizadas de modo a reduzir os riscos de complicações.

- **Complexas:** são feridas crônicas decorrentes de complicações pós-operatórias, infecções, deiscências de sutura e fístulas com consequente retardo ou dificuldade na cicatrização.

▪ **Grau de Contaminação**

- **Feridas Limpas:** não contêm carga bacteriana, ou seja, são isentas de microorganismos.
- **Potencialmente Contaminadas:** feridas com tempo inferior a 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem contaminação significativa.
- **Contaminadas:** feridas ocorridas com tempo maior que seis horas entre o trauma e o atendimento, sem sinais de infecção.
- **Infectadas:** feridas com presença de agente infeccioso local e com evidência de intensa reação inflamatória, geralmente com exsudato purulento.



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

■ **Grau de abertura**

- **Abertas:** feridas em que as bordas da pele estão afastadas.
- **Fechadas:** feridas em que as bordas da pele estão justapostas.

■ **Tempo de Duração**

- **Agudas:** feridas recentes.
- **Crônicas:** feridas que não apresentam a fase de regeneração no tempo esperado, devido sua etiologia, infecção e outros fatores.
- **Feridas Necróticas:** são feridas com tecido desvitalizado (morto).
- **Feridas Exsudativas:** possuem exsudato em seu interior (material fluido composto por células ou desbris celulares que escapam de um vaso sanguíneo e se depositam nos tecidos ou nas superfícies teciduais resultantes de processo inflamatório).

Preparo do Leito da Ferida

O tratamento de feridas crônicas envolve avaliação criteriosa e remoção das barreiras que retardam a cicatrização. O preparo do leito da ferida é um conceito que permite uma abordagem sistemática no tratamento de feridas crônicas com o objetivo de melhorar o leito da ferida corrigindo as alterações que impedem o processo de cicatrização.

Princípios do Preparo do Leito da Ferida/TIME (Tempo)

É um modelo que engloba quatro componentes que sustentam o preparo do leito da ferida referindo-se às palavras inglesas Tissue (gestão do tecido não viável), Infection (controle da infecção/inflamação), Moisture (gestão do exsudato) e Edge (margem da ferida não avança). Na tabela 01 constam os princípios do preparo do leito da ferida.



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

Tabela 01: Princípios do Preparo do Leito da Ferida (TIME)

Observações clínicas	Fisiopatologia proposta	Ações clínicas	Efeito das ações	Resultados Clínicos
T – Tecido inviável	Matriz defeituosa e detritos de células prejudicando a cicatrização	Desbridamento	Reestruturação da base da ferida e de proteínas da matriz extracelular	Leito da ferida viável
I- Infecção ou Inflamação	Alta carga bacteriana ou inflamação prolongada ↑ citocinas inflamatórias ↑ atividade proteases ↓ atividade dos fatores de crescimento	Remover o foco de infecção: Antimicrobianos Anti-inflamatorios Inibidores de proteases	Contagem bacteriana baixa ou inflamação controlada ↓ citocinas ↓ da atividade das proteases ↑ atividade dos fatores de crescimento	Equilíbrio bacteriano e redução da inflamação
M – Meio de desequilíbrio da Umidade	Ressecamento que reduza a migração de células epiteliais Exsudação excessiva causa maceração da margem da ferida	Aplicar curativos para o equilíbrio da umidade	Migração das células epiteliais restauradas Evitado ressecamento e edema, excesso de exsudato controlado, maceração evitada	Equilíbrio da umidade
E – Margem da ferida não avançada EDGE	Queratinócitos não migram Células da ferida não respondem Anormalidades na matriz extracelular Atividade anormal das proteases	Reavaliar causas ou considerar terapias corretivas: Desbridamento Enxerto de pele Agentes biológicos Terapias adjuntas	Migração dos queratinócitos e células da ferida respondendo Restauração apropriada das proteases	Avanço da margem da ferida

Fonte: EWMA, 2004

7. Úlcera por Pressão

É uma área de trauma tecidual causada por pressão contínua e prolongada, excedendo a pressão capilar normal, aplicada à pele e aos tecidos adjacentes, entre uma proeminência óssea e uma superfície externa provocando uma isquemia que pode levar à morte celular. Ferida das mais frequentes, sendo mais comum nas regiões sacral, calcâneos, trocânter maior do fêmur e maléolos externos. É uma ferida crônica, de cicatrização demorada e fácil reincidência. A úlcera por pressão aumenta a morbidade e o tempo de internação, podendo ser fatal.

Classificação de Úlcera por Pressão

As úlceras por pressão são classificadas de acordo com o comprometimento tissular e pelas características visuais e palpáveis em estágios I ao IV, úlcera por pressão não estadiável e suspeita de lesão tissular profunda.

- **Estágio I** – pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. Difícil detecção em pessoas de pele escura. A área pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida e com alteração de temperatura.
- **Estágio II** – perda parcial da espessura dérmica. Úlcera superficial brilhante ou seca, com coloração vermelho-pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta ou rompida.
- **Estágio III** – perda de tecido em toda a sua espessura. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição óssea, tensão ou músculo. Pode haver presença de esfacelo. Pode incluir descolamento e túneis. A profundidade varia conforme a localização anatômica.

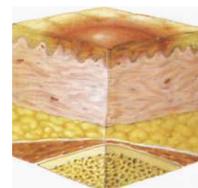


Fig.2 UP Estágio I

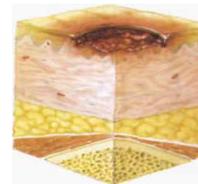


Fig.3 UP Estágio II

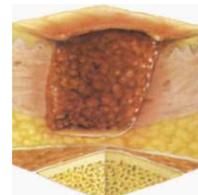


Fig.4 UP Estágio III

- **Estágio IV** – perda total de tecido, com exposição óssea, de músculos ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara. Frequentemente inclui descolamento e túneis. A profundidade varia com a localização anatômica.

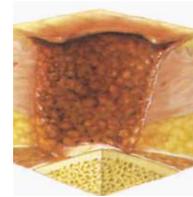


Fig.5 UP Estágio IV

- **Úlcera Não Estadiável (UNE)** – lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo e/ou escara no leito da lesão impedindo a avaliação do estadiamento da lesão. Caracteriza-se por uma escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação). Nos calcâneos, serve como penso biológico natural e não deve ser removida.

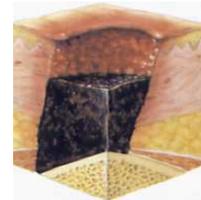


Fig.6 UNE

- **Suspeita de Lesão Tissular Profunda (SLTP)** – área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, devido a danos no tecido mole. O tecido da área pode apresentar-se dolorido, amolecido, esponjoso e mais quente ou mais frio, em comparação com o tecido subjacente. De difícil detecção em indivíduos com pele mais escura. Pode evoluir e ficar coberta por uma fina escara.

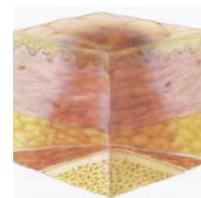


Fig.7 SLTP

Prevenção de Úlcera por Pressão

A prevenção de úlcera por pressão relaciona-se com o uso adequado de métodos profiláticos (mudança de decúbito, superfícies de suporte, hidratação, filmes semipermeáveis, redução da umidade), que possam ser usados em pacientes em risco de desenvolverem úlceras por pressão.

A prevenção de lesões deve fazer parte do plano de cuidados dos profissionais de saúde, principalmente quando se referem a pacientes de risco (crianças, idosos, pessoas restritas ao leito ou em cadeira de rodas e com carência nutricional). Nos casos de pessoas com dificuldade de deambulação ou mobilidade restrita, aconselha-se a mudança de decúbito ativa ou passiva de 2 em 2 horas, o uso de estruturas de proteção nas regiões comprometidas.

A incidência e prevalência de úlcera por pressão aumentam o risco de desenvolvimento de complicações, dificulta a recuperação e prolonga o tempo de internamento, afetando de forma negativa a saúde e a



qualidade de vida dos pacientes. Portanto, é necessário que os esforços para reduzir a ocorrência de úlceras por pressão estejam concentrados em ações preventivas considerando o impacto socioeconômico gerado para pacientes, família e os serviços de saúde.

Recomendações para Prevenção de Úlcera por Pressão:

■ Avaliar a Pele

- Educar os profissionais sobre como proceder na avaliação global da pele.
- Inspeccionar e palpar regularmente a pele a procura de áreas de edema, rigidez e calor localizado, incluindo técnica de identificação de hiperemia não reativa (caracteriza-se por uma área de eritema localizado que permanece após alívio da pressão).
- Avaliar regularmente a pele para identificar de forma precoce danos causados por pressão. A frequência de inspeção pode ser aumentada conforme alteração no quadro clínico do paciente.
- Avaliar a existência de eventuais áreas de desconforto ou dor, se possível com a colaboração do paciente, que possam estar relacionadas a danos cutâneos por pressão.
- Observar a pele a fim de evitar ou identificar danos causados por pressão de dispositivos médico-hospitalares.
- Documentar todas as avaliações da pele, incluindo detalhes relacionados com danos por pressão, com o objetivo de facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e acompanhar o desenvolvimento do paciente.

■ Avaliar e Identificar Pacientes em Risco

- Considerar e avaliar o impacto dos seguintes fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de úlcera por pressão:
 - ✓ Idade avançada.
 - ✓ Fatores que alteram a perfusão tecidual (diabetes, doenças cardiovasculares e pulmonares, o uso de certos medicamentos como epinefrina, hipotensão e outros).
 - ✓ Alteração da temperatura corporal.
 - ✓ Exposição da pele à pressão intensa e prolongada, principalmente nas áreas mais vulneráveis (região temporal e occipital, orelhas, escápulas, processos espinhosos, ombros, cotovelos, sacro, cóccix, tuberosidades isquiáticas, trocânteres, joelhos, maléolos, metatarsos, calcâneos e dedos).
 - ✓ Fricção e cisalhamento.
 - ✓ Alterações dos subitens da escala de Braden (Tabela 1): percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade e nutrição.



- ✓ Utilizar uma abordagem estruturada para a avaliação de pacientes em risco através do uso de escalas de avaliação em conjunto com a avaliação global da pele e de um parecer clínico.
- ✓ Educar os profissionais de saúde sobre a forma de como obter uma avaliação de riscos precisa e confiável.
- ✓ Adotar uma abordagem estruturada para a avaliação de risco que inclua a avaliação da atividade e da mobilidade.
- ✓ Considerar pacientes com alterações de pele intacta (pele seca e eritema) como sob o risco de desenvolver úlcera por pressão.
- ✓ Proceder à avaliação de risco estruturada na ocasião da admissão e repeti-la tão regular e frequentemente quanto à necessidade e/ou alteração da condição de saúde do paciente.
- ✓ Desenvolver e implementar um plano de prevenção quando um indivíduo é identificado sob o risco de desenvolver úlceras de pressão.
- ✓ Registrar todas as avaliações de risco.

■ **Controlar a Umidade e Hidratar a Pele**

- Considerar o tratamento da pele ressecada com hidratantes emolientes¹.
- Evitar massagear ou esfregar áreas de proeminências ósseas e áreas hiperemiadas.
- Reconhecer e higienizar imediatamente condições que aumentam a umidade da pele: incontinência, sudorese excessiva, lesão drenante, fístulas e estomas de eliminação. Utilizar dispositivos coletores ou protetor cutâneo para proteger a pele contra secreção, exsudatos e efluentes.
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de protetores cutâneos².
- Adotar técnicas de higienização e utilizar produtos não irritantes à pele:
 - ✓ Limpar a pele suavemente, sem fricção.
 - ✓ Utilizar sabonete com pH neutro.
 - ✓ Considerar o uso de limpadores de pele industrializados.
 - ✓ Utilizar toalhas macias para secar a pele.
 - ✓ Estabelecer um programa de funcionamento vesical e intestinal para pacientes com incontinência.

1. Emolientes: Compostos oleosos e lipídicos (ácidos graxos essenciais e insaturados) não gordurosos capazes de preencher as fendas no estrato córneo, retendo água nessa camada. Deslizam facilmente na pele e melhoram a textura, maciez, viscosidade e flexibilidade da pele.

2. Protetores cutâneos: Compostos geralmente por película hidrofóbica que retarda a perda de água e impede o contato da pele com os produtos da incontinência.



Melhorar a Nutrição e a Hidratação do Paciente

- Providenciar suporte nutricional a todo o indivíduo com risco nutricional e de desenvolver úlcera de pressão (realizar avaliação nutricional, estimar as necessidades nutricionais, comparar ingestão nutricional com as necessidades estimadas, providenciar intervenção nutricional apropriada).
- Monitorar e reavaliar o balanço nutricional em intervalos regulares.

■ **Reduzir Pressão sobre a Pele**

- Efetuar alternância de decúbito (reposicionamento) para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.
- Considerar o reposicionamento uma estratégia associada à condição do paciente e da superfície de redistribuição em uso.
- Fornecer formação acerca do papel e da utilização de técnicas corretas de reposicionamento a todos os envolvidos nos cuidados ao paciente em risco, incluindo o próprio paciente.
- Determinar a frequência dos reposicionamentos considerando a influência de variáveis como tolerância dos tecidos, nível de atividade e mobilidade, condição clínica, conforto do paciente e objetivos do tratamento.
- Considerar que a frequência de reposicionamento vai depender das características da superfície de distribuição de pressão em uso.
- Reposicionar o paciente de forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída.
- Utilizar dispositivos auxiliares para elevar o paciente durante o reposicionamento e a transferência, evitando a exposição da pele à fricção e ao cisalhamento.
- Evitar posicionar o paciente sobre proeminências ósseas que apresentem hiperemia não reativa ou em contato direto com dispositivos médico-hospitalares, tais como cateteres, tubos e sistemas de drenagem.
- Efetuar o reposicionamento a 30° em posição dorsal e prona, e inclinação a 30° para posições laterais (direita e esquerda), se o paciente tolerar e as condições clínicas permitirem.
- Evitar elevar a cabeceira do leito acima de 30°. Se a posição acima de 30° for necessária, evitar a posição que centre a pressão ao nível do sacro e cóccix.
- Avaliar a qualidade e a funcionalidade das superfícies de suporte (dispositivos para redistribuição de pressão) em contato com o paciente. Atentar para vida útil recomendada pelo fabricante.
- Utilizar uma superfície de suporte dinâmica em indivíduos com alto risco de desenvolver úlceras de pressão, quando não é possível o reposicionamento manual frequente.
- Instituir medidas de prevenção de úlcera por pressão nos calcâneos:
 - ✓ Utilizar superfícies de suporte abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos



("calcâneos flutuantes") de forma a distribuir o peso das pernas sem provocar pressão no tendão de Aquiles.

- ✓ Assegurar que os calcâneos se encontram afastados da superfície da cama.
- Adotar medidas preventivas de úlcera de pressão em pacientes sentados:
 - ✓ Posicionar o paciente de forma a manter todas as suas atividades em posição tolerável e que minimize a pressão.
 - ✓ Colocar os pés do paciente sobre um apoio quando não alcançarem o chão.
 - ✓ Utilizar superfície de suporte (redistribuição da pressão) enquanto na posição sentada.
 - ✓ Limitar o tempo que o paciente passa sentado em uma cadeira sem superfícies de suporte.
 - ✓ Restringir o tempo de permanência do paciente na cadeira sem alívio de pressão.
- Oferecer especial atenção a indivíduos com lesão medula espinhal.
- Avaliar paciente no bloco operatório sob o risco de desenvolver úlcera por pressão:
 - ✓ Utilizar colchões de redistribuição de pressão na mesa de operações.
 - ✓ Posicionar o paciente de forma a reduzir o risco de pressão durante a cirurgia.
 - ✓ Atentar para a redistribuição da pressão no pré e pós-operatório.
- Documentar os regimes de reposicionamentos, especificamente a frequência, a posição adotada e a avaliação dos resultados.
- Realizar a prevenção de úlcera de pressão de forma contínua e pelo tempo em que se mantém em risco.
- Utilizar película transparente como recurso para conferir barreira contra agentes lesivos e para proteger proeminências ósseas contra as forças de atrito e cisalhamento.



Tabela 2: Escala de Braden – Avaliação de Risco para Úlcera por Pressão

Fatores de Risco	Pontuação/Descrição			
Percepção Sensorial	1. Total limitação: não reage a estímulos dolorosos devido ao nível de consciência diminuído ou sedação.	2. Muito limitada: reage somente a estímulos. Não há comunicação verbal, apenas gemidos e inquietação ou tem limitação sensorial em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitada: responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou tem limitação sensorial em uma ou duas extremidades.	4. Nenhuma limitação: responde ao comando verbal. Não tem problemas sensoriais.
Umidade da Pele	1. Constantemente úmida: a pele mantém-se sempre úmida devido à sudorese, urina e outros.	2. Muito úmida: pele molhada frequentemente, mas nem sempre úmida.	3. Ocasionalmente úmida: pele úmida em alguns momentos do dia.	4. Raramente úmida: a pele está geralmente seca.
Atividade física	1. Acamado: sempre no leito.	2. Sentado: restrito à cadeira na maior parte do tempo, andar está limitado ou nulo.	3. Andar ocasional: fica a maior parte do tempo sentado ou deitado. Anda a curtas distâncias.	4. Andar frequente: anda sem assistência pelo menos 2 vezes dia.
Mobilidade	1. Totalmente imóvel: não faz nem pequenas mudanças de posição sem ajuda.	2. Muito limitada: não é capaz de mudanças frequentes e significativas sozinho.	3. Levemente limitado: faz pequenas e frequentes mudanças sozinho.	4. Nenhuma limitação: faz importantes e frequentes mudanças sem ajuda.
Nutrição	1. Muito pobre: come menos de 1/3 do oferecido. Ingere duas porções ou menos de proteína/dia. Em jejum ou com dieta líquida, hidratação EV por mais de 5 dias.	2. Inadequada: come 1/2 porção da refeição oferecida. Ingere 3 porções de proteína ao dia. Recebe menos que a quantidade ideal de dieta via sonda.	3. Adequada: come mais da metade das refeições, ingere 4 porções de proteína/dia. Dieta enteral ou parenteral na quantidade adequada.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Ingere mais de porções de proteínas/dia. Não requer suplemento.
Fricção e Cisalhamento	1. Problema: Requer ajuda para se mover. Atrito a manipulação. Desliza na cama ou na cadeira. Apresenta espasmos, agitação.	2. Problema em potencial: move-se, porém requer assistência, provável atrito na pele ao movimento.	3. Sem problema: move-se sozinho e tem força muscular preservada.	
Classificação	< 9 pontos (muito alto)	10 a 12 pontos (risco alto)	13 a 14 pontos (risco moderado)	15 a 18 (risco baixo)

Fonte: Paranhos; Santos, 1999. apud Domansky; Borges, 2012



8. Dermatite Associada à Incontinência

Dermatite Associada à Incontinência (DAI) é uma inflamação da pele que ocorre quando a urina e/ou fezes entram em contato com a pele perineal, perigenital e adjacências, resultando na erosão da epiderme e derme.

Avaliação e Diferenciação da Dermatite Associada à Incontinência

A capacitação para avaliação e diferenciação da DAI é essencial para a adoção de medidas de prevenção e tratamento adequadas ao paciente, pois muitas vezes a DAI é confundida com os estágios I e II de úlceras por pressão. Indicadores como cor, odor, localização e profundidade da lesão podem ser utilizados para diferenciar a DAI das úlceras por pressão.

Tabela 03: Diferenciação entre Dermatite Associada à Incontinência e os Estágios I e II das Úlceras por Pressão

Características	DAI	UP estágio I	UP estágio II
Etiologia	Exposição da pele à urina, fezes ou ambos.	Exposição à pressão e/ou cisalhamento, alteração da mobilidade.	Exposição à pressão e/ou cisalhamento, alteração da mobilidade.
Fatores Associados	Ação de enzimas digestivas, fricção, ↓ da oxigenação e nutrição.	↓ Oxigenação e nutrição	↓ Oxigenação e nutrição
Coloração	Vermelho brilhante, sem esfacelo no leito da lesão.	Vermelho escuro, amarronzada ou arroxeadada. Pele intacta.	Vermelho brilhante ou rosa, amarronzada ou arroxeadada. Pele danificada, sem esfacelo.
Localização	Áreas de pele expostas à urina, fezes, áreas de fraldas, dobras cutâneas.	Geralmente sobre proeminências ósseas ou exposição à pressão externa.	Geralmente sobre proeminências ósseas ou exposição à pressão externa.
Profundidade	Epiderme e derme	Epiderme	Epiderme e derme
Dor	Ardor, prurido e formigamento.	Dor aguda geralmente sem prurido.	Dor intensa, geralmente sem prurido.
Característica e gravidade da lesão	Mancha não uniforme	Áreas de hiperemia não reativas.	Úlceras rasas com margem distinta, com ou sem bolha.
Exsudato	Presente, seroso	Ausente	Presente, podendo ser seroso, serossanguinolento ou purulento.
Odor	De urina e fezes	Nenhum	Odor, quando infectada

Fonte: Black, 2011; Gray, 2010. apud Domansky 2012; Borges, 2012



Prevenção da Dermatite Associada à Incontinência

A prevenção da DAI baseia-se em intervenções para impedir ou diminuir a exposição da pele à incontinência considerada como principal fator de risco para seu desenvolvimento. Pacientes com incontinência, de qualquer idade ou sexo, podem desenvolver dermatite, sendo crianças e idosos mais vulneráveis. Além disso, os efeitos secundários ao uso de dispositivos para contenção da incontinência, tais como atrito, umidade excessiva e elevação da temperatura podem favorecer ao rompimento, à maceração e à infecção da pele por fungos e bactérias.

Principais Ações para Prevenir e Tratar Dermatite Associada à Incontinência

- Educar a equipe assistencial sobre a DAI.
- Identificar o paciente sob o risco de desenvolver DAI.
- Instituir um protocolo de cuidados para prevenção e tratamento da pele do incontinente.
- Avaliar diariamente a pele do paciente sob o risco.
- Reconhecer e higienizar imediatamente condições que aumentam a umidade da pele.
- Adotar técnicas de higienização e utilizar produtos não irritantes a pele:
 - Limpar a pele suavemente, sem fricção.
 - Utilizar sabonete com pH neutro.
 - Considerar o uso de limpadores de pele industrializados.
- Utilizar regularmente protetores para a pele. Evitar uso de hidratantes umectantes na região perianal. Preferir uso de hidratante emoliente para pele íntegra:
 - Aplicar de forma suave, sem fricção.
- Utilizar fraldas absorventes para manter a pele afastada da umidade.
- Expor a pele do paciente ao ar ambiente três vezes ao dia por 30 minutos, se possível.
- Considerar o uso de toalhas umedecidas hipoalergênicas.
- Considerar o uso de creme Barreira.
- Considerar uso de cateteres de demora nos casos de DAI severa.



9. Pé Diabético

A úlcera do pé diabético é uma complicação do diabetes mellitus caracterizada por ulceração e /ou destruição dos tecidos profundos associados a alterações neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores.

O desenvolvimento da úlcera do pé diabético está associado à doença arterial periférica, a neuropatia periférica ou na combinação das duas patologias. A doença arterial periférica geralmente leva a lesões vasculares, isquemia e necrose; e a neuropatia periférica causa alterações motoras (atrofia secundária dos músculos esqueléticos), sensoriais (diminuição da sensibilidade proprioceptiva) e autonômicas (diminuição da sudorese e do fluxo sanguíneo). A classificação da úlcera do pé diabético baseia-se, portanto no fator causal, sendo assim, é importante fazer o diagnóstico diferencial entre a úlcera isquêmica e a úlcera neuropática a fim de instituir o tratamento adequado e prevenir complicações.

Tabela 4: Diagnóstico Diferencial de Úlceras Neuropática e Isquêmica do Pé Diabético

Etiologia Características	Isquêmica	Neuropática
Aspecto	Forma irregular, leito pálido, necrose úmida ou seca.	Forma redonda com bordas uniformes e hiperkeratóticas, profunda, com presença ou não de túneis.
Localização	Distal, especialmente artelhos, interdigitais e calcanhares ou em outros locais onde ocorrer oclusão arterial.	Regiões plantar e dorsal, prevalecendo à região plantar do hálux, cabeça do primeiro metatarsiano e região dorsal dos dedos, seguindo de regiões plantares dos outros dedos, cabeça dos demais metatarsianos, arco do pé calcanhar, ou seja, áreas sobre pressão e atrito frequente.
Dor	Presente, aliviada quando as pernas ficam pendentes. Dor em repouso. Dor na área da ferida.	Nenhuma, mas pode ocorrer disestesia ou hiperestesia.
Deformidade	Ausente	Presente, com dedo em garra, proeminência da cabeça do metatarso, arco plantar acentuado ou plano.
Temperatura da pele do pé	Fria	Quente
Cor do pé	Pálido, quando elevado, ou cianótico e rubor quando pendente.	Róseo
Unhas	Atrofiadas	Atrofiadas
Pulsos	Diminuídos ou ausentes	Palpáveis e amplos
Pele	Atrofiada (fina e lustrosa), sem pelos rarefeitos ou ausentes.	Seca, com rachaduras/fissuras nos pés e alterações osteoarticulares (Artropatia de Charcot) ³ .
Calos/calosidade	Ausentes	Presente, especialmente na região plantar e dorsal dos dedos.

Fonte: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, 2000. apud Silva 2011



Avaliação do Paciente com Risco de Desenvolvimento de Úlcera de Pé Diabético

A avaliação do paciente requer a tomada da história clínica, exame físico e de testes neurológicos e biomecânicos, tais como Monofilamento de Semmes-Weinstein 10g e Diapasão 128 Hz, que medem a sensibilidade tátil e vibratória para classificar o paciente quanto aos aspectos neuropáticos do pé.

■ **Coleta de História Clínica e Identificação dos Fatores de Risco**

- Neuropatia periférica.
- Doença arterial periférica.
- Deformidade do pé em decorrência a amputação prévia.
- Tempo de evolução do diabetes > 10 anos.
- Níveis glicêmicos elevados.
- Alcoolismo e tabagismo.
- Peso corpóreo aumentado.
- Deficiência visual.
- Nefropatia diabética.
- Úlcera ou amputação prévia.
- Alteração da biomecânica (limitação do movimento articular, proeminências ósseas, deformidades no pé, calos e artropatia de Charcot³).
- Higiene precária dos pés.
- Uso de calçados inadequados.

Exame Físico

- Avaliação das condições da pele (ressecamento, rachaduras, fissuras, maceração interdigital), hiperqueratose (calos e calosidades); infecção por fungos (interdigitais), onicomicose (micose das unhas); e presença de onicocriptose (unhas encavadas), edema, dilatação dos vasos dorsais e deformidades.

■ **Teste da Sensibilidade Tátil**

- A sensibilidade tátil pode ser detectada com o uso do Monofilamento de Semmes-Weinstein 10g com a finalidade de avaliar a sensibilidade protetora plantar.

3. Artropatia de Charcot: complicação grave da neuropatia diabética que se caracteriza pela destruição óssea, deformidade progressiva e perda da sensibilidade protetora do pé.

■ Aplicação do Teste de Monofilamento (Semmes-Weinstein)

- Inicialmente, aplique o monofilamento na mão ou no cotovelo paciente de modo que ele saiba o que será testado.
- Solicite ao paciente para manter os olhos fechados durante o teste.
- Aplique o monofilamento perpendicularmente à superfície da pele nos quatro locais de teste: hálux, primeiro, terceiro e quinto metatarsos (Figura 08).
- Aplique apenas uma força suficiente para encurvar o monofilamento.
- A duração total do procedimento, do contato com a pele e da remoção do monofilamento, não deve exceder dois segundos.
- Pressione o monofilamento sobre a pele e pergunte ao paciente se ele sente a pressão aplicada (sim ou não) e onde a pressão está sendo aplicada (pé direito ou esquerdo).
- Aplique uma segunda vez e verifique se o paciente sentiu o toque.
- Há sensação protetora se o paciente percebe o toque. Não há sensação protetora se o paciente não percebe o toque.
- Havendo áreas ulceradas, necróticas, cicatriciais ou na presença de calosidades, teste o perímetro da mesma.
- Durante o teste não permita que o monofilamento escorregue e, se acontecer, repita o procedimento.

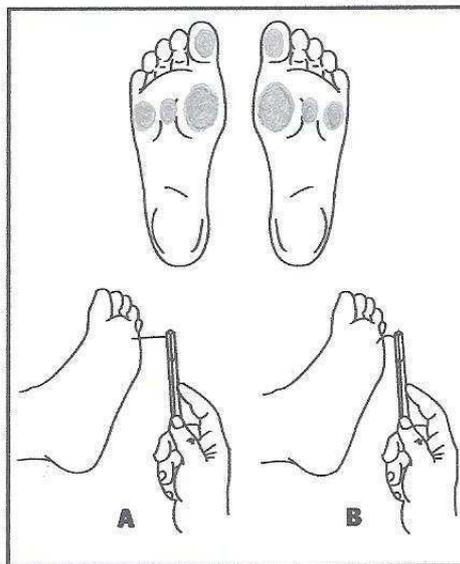


Fig.8: Locais de Aplicação do Monofilamento



▪ **Teste de Sensibilidade Vibratória do Pé**

No teste de diapasão 128 Hz são testados receptores responsáveis pela percepção da vibração.

▪ **Aplicação do Teste Diapasão 128 Hz**

- Inicialmente, aplique o diapasão sobre o pulso, ou o cotovelo, ou a clavícula do paciente de modo que ele saiba o que será testado.
- Solicite ao paciente que feche os olhos durante o teste.
- Faça o diapasão vibrar, dando batidas próximo à base de seus dentes com a parte posterior da mão.
- Aplique o diapasão sobre a parte óssea dorsal da falange distal do hálux durante 10 segundos.
- A aplicação deve ser perpendicular e com uma pressão constante.
- Repita esta aplicação duas vezes, mas alterne com, pelo menos, uma simulação, na qual o diapasão não vibre.
- O teste é positivo se o paciente apresenta sensibilidade vibratória, e negativo isto é, em risco de ulceração, se não apresenta sensibilidade.
- Se o paciente for incapaz de perceber a vibração no hálux, o teste deve ser repetido em segmentos mais proximais, como o maléolo ou tuberosidade da tíbia.

▪ **Classificação de Risco do Pé Diabético**

Após a avaliação clínica, dos testes neurológicos e biomecânicos, deve-se proceder à classificação de risco de ulceração, a fim de elaborar e planejar intervenções adequadas ao risco que a pessoa com diabetes apresenta.

A tabela de classificação de risco elaborada pela American Diabetes Association (ADA) e American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) apresenta o escore e a definição de risco, as recomendações de tratamento e o seguimento dado aos pacientes com o risco de desenvolver úlcera do pé diabético. (Tabela 5).

A classificação de risco inclui avaliação clínica e cirúrgica, tendo como objetivos fundamentais reconhecer os fatores de risco e tratar sintomas específicos, estando à educação e as avaliações periódicas indicadas para evitar complicações.



Tabela 5: Classificação de Risco do Pé Diabético ADA-AACE

Risco	Definição	Tratamento	Seguimento
0	Sem perda da sensibilidade protetora (PSP) Sem doença arterial periférica (DAP) Sem Deformidades	Educação Calçados apropriados	Anual (ou especialista)
1	PSP + deformidades	Prescrição de calçados Cirurgia profilática	A cada três a seis meses
2	PSP + DAP	Prescrição de calçados Consulta com vascular	Cada três a seis meses (especialista) Cada um a dois meses (vascular)
3	Histórico + úlcera Amputação	Como em 01, seguimento combinado com vascular.	(Especialista)

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2009

■ Classificação de Lesões em Pés Diabéticos

Atualmente existem vários sistemas propostos de classificação de lesões, porém, a mais utilizada e validada em serviços de pé diabético é a classificação da **Universidade do Texas**. Esse sistema de classificação de lesões em pés diabéticos avalia a profundidade da lesão, presença de infecção, sinais de isquemia e relaciona com as estruturas lesadas.

Tabela 6: Classificação da Universidade do Texas

Grau Estágio	Grau 0	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Estágio A	Lesão pré ou pós-ulcerativa epitelizada	Superficial, sem comprometer tendão, cápsula ou osso	Penetra o tendão ou a cápsula	Penetra o osso
Estágio B	Infecção	Infecção	Infecção	Infecção
Estágio C	Isquemia	Isquemia	Isquemia	Isquemia
Estágio D	Infecção e isquemia	Infecção e isquemia	Infecção e isquemia	Infecção e isquemia

Fonte: Armstrong, 2001. apud Borges, 2011.



Prevenção de Ulceração do Pé Diabético

A prevenção de ulcerações do pé diabético por meio de cuidados específicos pode diminuir tanto a frequência e a duração de hospitalizações como a incidência de amputações, quadros infecciosos, sepse e a morbimortalidade.

■ **Orientações para Prevenção de Úlcera do Pé Diabético**

- Evitar o uso de bebidas alcoólicas e tabagismo.
- Manter controle rigoroso da glicemia, peso corporal, lipídios, glicêmico e pressão arterial.
- Cuidados com os pés:
 - ✓ Inspeção diária dos pés inclusive entre os dedos. Verificar se há micoses, rachaduras, calos, bolhas, inchaço, ferida, mudança na cor e temperatura da pele dos pés e diminuição da sensibilidade ou dor.
 - ✓ Lavar os pés todos os dias, com sabão neutro e água morna. Verificar a temperatura da água com as mãos antes de colocar os pés.
 - ✓ Enxugar bem os pés, inclusive entre os dedos.
 - ✓ Aplicar diariamente hidratante nos pés e pernas, exceto entre os dedos e sobre feridas.
 - ✓ Cortar unhas retas regularmente, nunca em ângulos.
 - ✓ Não retirar cutícula ou limpar debaixo da unha utilizando objetos afiados.
 - ✓ Evitar expor os pés a temperaturas extremas.
 - ✓ Não utilizar produtos químicos ou cortar calos ou verrugas. Procurar o serviço de saúde.
- Cuidados com calçados, palmilhas e meias:
 - ✓ Preferir os calçados de pano, fechados com cadarços ou velcro, de bico largo, arredondado, com salto baixo, com apoio nos calcanhares, de solado grosso e antiderrapantes.
 - ✓ Examinar os sapatos antes de calçá-los para se certificar de que nada há para pressionar ou ferir os pés.
 - ✓ Usar sapatos e palmilhas feitos sob medida, no caso de pés com deformidades.



- ✓ Usar meias de algodão, sem costuras e não compressivas.
- ✓ Evitar o andar descalço.
- Procurar imediatamente o profissional especializado na ocorrência de ferimento.

10. Úlcera por Hanseníase

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen) que possui tropismo por nervos periféricos causando lesão neural com consequente perda da sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil), paralisia muscular, anidrose e alopecia.

Os principais nervos acometidos pelo bacilo ficam na face (trigêmeo e facial), braços (radial, ulnar e mediano), e pernas (fibular comum e tibial posterior).

A complicação mais frequente na Hanseníase é o desenvolvimento de úlceras plantares devido a alterações biomecânicas (diminuição da força muscular, amiotrofias e deformidades) e diminuição da sensibilidade protetora do nervo tibial posterior.

A prevenção e o tratamento da úlcera por hanseníase contemplam a identificação de lesões neurológicas através da inspeção dos olhos, nariz, mãos, pés, palpação dos troncos nervosos periféricos; avaliação da força muscular; avaliação da sensibilidade (teste do monofilamento); medidas educativas; e tratamento farmacológico sistêmico (poliquimioterapia) e tópico da ferida.

11. Úlcera Venosa e Arterial

A insuficiência venosa e arterial são as principais causas de úlceras de perna, que pode ser caracterizada por uma lesão circunscrita ou irregular da derme ou epiderme, podendo atingir o tecido subcutâneo e os tecidos subjacentes.



Úlcera Venosa

A úlcera venosa representa cerca de 70% do total das úlceras de perna e tem como fator etiológico mais comum a insuficiência venosa, desencadeada pela hipertensão venosa. A insuficiência venosa resulta da obstrução das válvulas venosas nas pernas ou de um fluxo do sangue retrógrado das válvulas, afetando as veias superficiais e profundas. Esse distúrbio no mecanismo fisiológico do fluxo venoso resulta em obstrução e hipertensão venosa podendo levar a uma série de alterações localizadas nas porções distais dos membros inferiores, tais como hiperpigmentação cutânea, edema, aparecimento de veias varicosas podendo levar a formação de úlceras.

As úlceras venosas são mais frequentes no terço médio distal da perna, com maior incidência ao redor dos maléolos, tem caráter recorrente e normalmente ocorrem no mesmo local. Também podem ser desencadeadas por traumatismos, quando isso acontece, as áreas mais comuns de lesão são as faces anterior e lateral da perna.

Úlcera Arterial

As úlceras arteriais são causadas pela insuficiência arterial, principalmente pela arteriosclerose, que leva ao estreitamento do lúmen do vaso acarretando em isquemia e ulceração. São menos frequentes que as úlceras venosas, porém importantes pelo alto risco de complicações e amputação do membro afetado.

As alterações no membro afetado pela isquemia podem ser caracterizadas por claudicação intermitente (dor provocada pela atividade e aliviada após repouso); rubor postural; palidez à elevação dos membros inferiores; pés frios e cianóticos; pulsos pediosos e tibiais diminuídos ou ausentes; e Índice de Tornozelo-Braço (ITB) menor ou igual a 0.5.

Índice Tornozelo-Braço (ITB): Razão entre a pressão sistólica no tornozelo (medida na artéria dorsal do pé ou na artéria tibial posterior) e a pressão sistólica da artéria braquial. Quanto menor o valor do índice, maior a insuficiência arterial. Valores normais (1.1 a 1.0), doença arterial (0.8 a 0.7) e insuficiência arterial (menor ou igual a 0.5).

Diagnóstico Diferencial de Úlceras Venosa e Arterial

O diagnóstico diferencial entre a insuficiência venosa e arterial é importante, pois as principais intervenções que melhoram a hipertensão venosa são contraindicadas à arterial, e a insuficiência arterial não tratada pode evoluir para amputação do membro.

Durante a diferenciação diagnóstica da úlcera devem-se identificar os fatores de risco e avaliar a lesão, definindo sua localização, profundidade, tamanho, tipo de tecido presente no leito da lesão, aspecto das bordas e presença de exsudato.



Tabela 7: Diagnóstico Diferencial de Úlceras Venosa e Arterial

Etiologia	Arterial	Venosa
Características		
Localização	Dedos, calcâneos, face dorsal do pé.	Terço inferior da perna
Tamanho	Pequena e média extensão	Geralmente extensa
Bordas	Regulares	Irregulares
Leito da lesão	Pálido, tecido necrótico predominante.	Tecido de granulação e fibrina
Profundidade	Geralmente rasas, podendo ser médias ou profundas.	Rasas

Edema	Ausente ou presente por estase.	Presente e pode ser endurecido.
Pulsos	Diminuídos ou ausentes	Normais
Dor	Intensa, aumenta com frio e elevação do membro.	Pouca ou de moderada intensidade.
Pele ao redor	Pálida, fria, cianótica ou rubra, sem pelos.	Hiperpigmentação, azulada.
Exsudato	Pouco	Moderado a excessivo

Fonte: Borges, 2011



■ Avaliação e Tratamento de Úlcera Venosa

❖ Avaliação do Paciente e da Úlcera Venosa

- Coletar história clínica completa e realizar o exame físico e avaliação da úlcera.
- Identificar os fatores de risco: história familiar de doença venosa, veias varicosas, história de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, flebite, cirurgia venosa prévia, cirurgia ou fratura de perna, obesidade, atividades laborais que requerem longos períodos em pé ou sentado.
- Identificar duração e recorrência da úlcera.
- Descrever a intensidade da dor e edema.
- Avaliar sinais de doença venosa, em particular edema, veias varicosas, dermatite venosa (eczema), hiperpigmentação.
- Avaliar edema e pulsos palpáveis. Medir o edema na circunferência da perna 10 cm acima do tornozelo (maléolo medial).
- Realizar doppler e medida do Índice de Tornozelo-Braço (ITB). Considerar paciente com ITB <0,8 portador de doença arterial.
- Descrever localização, leito, bordas e profundidade da ferida considerando o tecido envolvido.
- Mensurar a área da ferida durante o tratamento, atentando para redução da área. Uma redução superior a 30% da área no período de duas semanas de terapia tópica e compressiva é um indicador da cicatrização da ferida.



- Realizar coleta de material para cultura ou biópsia do tecido quando houver evidência clínica de infecção ou deterioração rápida da úlcera.

❖ **Tratamento da Úlcera Venosa**

- Realizar limpeza da ferida com soro fisiológico.
- Remover o tecido necrótico e desvitalizado por meio de desbridamento.
- Utilizar cobertura adequada.
- Melhorar o retorno venoso.
 - Instituir estratégias para o controle do edema: compressão, elevação do membro e deambulação (se possível).
 - Instituir medidas educativas para prevenção de recorrência: importância do uso de meias de compressão; cuidados com a pele; prevenção de acidentes; encorajamento de mobilidade e exercícios; e elevação do membro afetado.
 - Não usar compressão nos casos de insuficiência arterial moderada ou grave, carcinoma, e em pacientes com trombose venosa profunda.
 - Compressão graduada-elástica por bandagens ou meias de compressão é uma opção de tratamento para úlceras venosas não complicadas.

▪ **Avaliação e Tratamento de Úlcera Arterial**

❖ **Avaliação do Paciente e da Úlcera Arterial**

- Avaliar os fatores causais e os sinais e sintomas significativos para a diferenciação das úlceras de membros inferiores antes de estabelecer o tratamento.
- Determinar os fatores de risco para o desenvolvimento da doença arterial periférica, pesquisar a história da lesão, ausência ou presença de dor local e claudicação intermitente.
- Avaliar a perfusão tecidual através da temperatura local, perfusão capilar, retorno venoso, alteração



da cor e parestesias.

- Verificar mudanças na pele tais como púrpura, atrofia de tecido subcutâneo e músculos, brilho e estriamento da pele, perda de pelos e unhas distróficas, indicadores de isquemia crítica do membro.
- Determinar ausência ou diminuição de pulsos pedioso e tibial posterior. Pulsos palpáveis não descartam doença arterial dos membros inferiores.
- Avaliar o estado de perfusão através da diminuição da temperatura e mudança na coloração do membro (pálido durante a elevação, ruborizado se pendente); do enchimento capilar demorado (> 3 segundos) e do tempo de enchimento venoso prolongado (>20 segundos).
- Mensurar o ITB para avaliar o fluxo sanguíneo arterial nos membros inferiores e determinar o nível de isquemia.
- Monitorar cuidadosamente as lesões isquêmicas quanto ao aparecimento de sinais e sintomas de infecção.
- Avaliar possíveis complicações.
- Confirmar diagnóstico de infecção através de culturas ou biopsia de tecido.
- Encaminhar imediatamente lesões arteriais infectadas (ameaças para os membros) para uma avaliação do estado de perfusão.

❖ **Tratamento de Úlceras Arteriais**

- Considerar a revascularização e a remoção cirúrgica do tecido necrótico de uma lesão infectada em perna isquêmica como tratamento de escolha para manutenção do membro.
- Realizar o desbridamento de forma cuidadosa, em situações clínicas bem selecionadas e em feridas que apresentem tecido necrótico.
- Não desbridar escaras estáveis e negras até que o estado de perfusão seja determinado.
- Monitorar cuidadosamente as tentativas de utilização de coberturas úmidas em lesões arteriais abertas, com tecido necrótico macio ou que apresentam exposição de ossos ou tendões.



- Encaminhar para avaliação vascular quando houver falhas na resposta ao tratamento.
- Prevenir ressecamentos, umidade interdigitais, infecções e traumatismos nos pés.

12. Úlceras Oncológicas

A úlcera oncológica representa a quebra da integridade cutânea causada pela proliferação celular descontrolada e infiltração das células nas estruturas da pele, estendendo-se aos vasos sanguíneos e linfáticos.

As ulcerações oncológicas, em geral, apresentam como características exsudação intensa, sangramento (aumento da rede neovascular e alteração da função plaquetária) e odor fétido (produzido, principalmente, por bactérias anaeróbias).

Classificação de Feridas Oncológicas

O sistema de classificação proposto por Haisfiels-Wolfe e Baxendale-Cox apresenta quatro estágios de progressão da destruição da pele causada pela lesão maligna com o objetivo de estadiar a ferida tumoral e fornecer informações clínicas úteis à avaliação.

Tabela 8: Classificação de Feridas Oncológicas

Estágio	Descrição
Estágio 1	Pele intacta. Pode haver endurecimento local ou vermelhidão. Nódulo delimitado e visível.
Estágio 1N	Ferida fechada ou superficialmente aberta. Tecido avermelhado, lesão seca ou úmida. Pode haver dor e prurido. Sem odor.
Estágio 2	Ferida aberta envolve derme e epiderme. Processo inflamatório intenso no local. Pode haver odor e dor.
Estágio 3	Ferida que envolve epiderme, derme e tecido subcutâneo. Tecido necrótico. Odor intenso e dor.
Estágio 4	Ferida invadindo profundas estruturas anatômicas. Tecido necrótico. Odor intenso e dor.

Fonte: Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox, 1999 apud Silva 2011



Cuidados com Úlceras Oncológicas

- Manipular a ferida de forma a evitar traumas.
- Evitar desbridamento de úlceras neoplásicas. O desbridamento deve ser feito em centro cirúrgico pela necessidade de uso de equipamentos como o cauterio para evitar sangramentos.
- Evitar produtos que possam estimular a proliferação celular e a angiogênese. A cicatrização tumoral deve ser obtida através de tratamento oncológico.
- Evitar a aplicação de calor pelo risco de causar extravasamento de células malignas aos tecidos adjacentes e sangramentos.
- Utilizar produtos que controlem a infecção e não provoquem sangramentos ou dor.
- Manter antiaderência na interface da ferida para prevenir sangramentos.
- Conter sangramentos. Utilizar compressão e substâncias hemostáticas.
- Controlar exsudato.
- Controlar a dor e o prurido.
- Avaliar a dor de acordo com seu tipo, intensidade, frequência e duração, e eleger a terapêutica apropriada.

Controle do odor: Verificar a localização da lesão de acordo com o grau do odor, conforme Manual do INCA (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/inca/Feridas_Tumorais.pdf)

13. Úlcera Anêmica

A úlcera anêmica de membro inferior decorre de problemas hematológicos causados pela anemia falciforme. Aparecem espontaneamente ou em consequência de traumatismos e picadas de insetos. Tem maior incidência em indivíduos do sexo masculino com idade acima de 10 anos.

Mais frequentes no terço inferior da perna (próximo ao maléolo médio ou lateral), quase sempre são bilaterais. As características da úlcera anêmica são inespecíficas podendo apresentar-se por uma depressão central, de bordas irregulares, edemaciadas e por vezes nodulares. Algumas úlceras são profundas envolvendo tecido subcutâneo e podem estar acompanhada de reação periostal (espícula óssea).



14. Queimaduras

A queimadura é uma agressão cutânea causada por diversos agentes (químicos, elétricos, térmicos, produtos inflamáveis, dentre outros), provocando destruição parcial ou total da pele e de seus anexos, assim como estruturas mais profundas (tecido subcutâneo, músculos, órgãos internos, tendões, ossos).

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, no Brasil, acontecem cerca de um milhão de casos a cada ano, dos quais, 40 mil demandam hospitalização, com sérias complicações clínicas.

Classificação das Queimaduras

As queimaduras podem ser classificadas de três modos distintos: quanto à etiologia, à profundidade e à extensão.

■ Classificação Quanto à Etiologia da Queimadura

- **Térmicas:** causadas pela produção de calor ou frio por meio de líquidos, sólidos, gases e também pelo calor das chamas.
- **Elétricas:** produzidas pelo contato com a eletricidade de alta ou baixa voltagem. A corrente elétrica que passa pelos tecidos do corpo gera calor, que pode queimar gradativamente e destruir os tecidos.
- **Químicas:** se dá pelo contato de substâncias corrosivas líquidas ou sólidas com a pele. A gravidade da queimadura está relacionada ao tipo de substância, à duração da exposição e ao mecanismo de ação.
- **Radiantes:** resulta da exposição à luz solar ou fontes nucleares. Também podem ser causadas por Raio X ou terapia para o tratamento do câncer.
- **Inalatórias:** a lesão inalatória resulta do processo inflamatório das vias aéreas após a inalação de produtos incompletos da combustão e é responsável pela alta mortalidade (cerca de 70%) dos pacientes vítimas de queimaduras.

■ Classificação Quanto à Profundidade da Queimadura

- **1º grau:** são queimaduras que apresentam o grau de destruição celular limitado às camadas superficiais da epiderme, como características o eritema associado à dor, a pele fica seca, sem bolhas e mínimo de edema.



- **2º grau superficial:** são queimaduras que apresentam toda a epiderme e alguns elementos da derme destruídos. A inflamação da derme causa o extravasamento de líquidos do interior dos vasos sanguíneos rico em proteínas, deixando a pele úmida com bolhas e dor.
- **2º grau profundo:** são queimaduras que apresentam toda a epiderme e a maioria dos elementos da derme destruídos, com aspectos de pele seca e endurecidos com bolhas rotas. São as mais difíceis de identificação, variando do castanho ao branco e ao vermelho.
- **3º grau:** são queimaduras que apresentam comprometimento da espessura total da derme, destroem toda a derme e epiderme podendo destruir o tecido subcutâneo, fascia muscular, músculos ou mesmo ossos. A pele queimada tem aspecto de pele seca, sem retorno capilar, vasos sanguíneos coagulados, aparência de couro ressecado, amarelado, marrom ou preto. Elas se caracterizam pela formação de escaras extensas e secas podendo necessitar de escarotomia.

▪ Classificação Quanto à Extensão da Queimadura

Classificação de Queimaduras (Portaria 1274/GM 21-11-2000 – Art. 3º)

- **Pequeno Queimado:** queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida.
- **Médio Queimado:** queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida entre 10% e 25%, ou queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou queimadura de mão e/ou pé.
- **Grande Queimado:** queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida maior do que 26%, ou queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, ou queimadura de períneo. Será igualmente considerado grande queimado o paciente que for vítima de queimadura de qualquer extensão que tenha associada a esta queimadura uma ou mais das seguintes situações: lesão inalatória, politrauma, trauma craniano, trauma elétrico, choque, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbios de hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura, síndrome compartimental e doenças consuptivas.

Tabela 9: Regra dos Nove para Avaliação da Extensão da Queimadura no Adulto

Região corporal	Percentual ou superfície queimada
Cabeça	9%
Tronco anterior	18%
Tronco posterior	18%
Membro superior direito	9%
Membro superior esquerdo	9%
Membro inferior direito	18%
Membro inferior esquerdo	18%
Períneo	1%

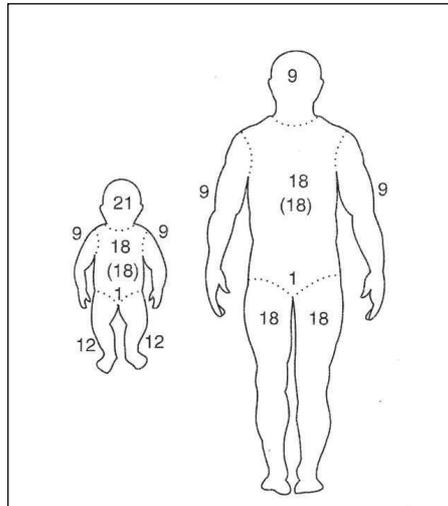


Figura 10 – Regra dos nove

Fonte: Gomes, 1997 apud Ministério da Saúde

15. Epidermólise Bolhosa

O termo Epidermólise Bolhosa (E.B.) inclui um grupo de doenças caracterizado pela tendência a produzir vesículas na pele e em algumas vezes nas membranas mucosas. As vesículas e bolhas, usualmente, se desenvolvem após pressão mecânica ou fricção, mas podem ocorrer espontaneamente. Na E.B., as fibras de colágeno que ligam as camadas da pele não funcionam eficazmente, com isso as várias camadas de pele se separam facilmente. A Epidermólise Bolhosa Congênita representa um grupo heterogêneo de patologias de caráter genético caracterizado pela formação de bolhas na região cutâneo-mucosa, após trauma mínimo, como resultado de fragilidade do epitélio.

Mais de vinte subtipos têm sido descritos, de acordo com o tipo de padrão genético, distribuição regional das lesões e aparência individual destas, presença ou não de atividade extracutânea e achados ultraestruturais e imunohistoquímicos. Dividida em 03 categorias: E.B simples, E.B juncional e E.B distrófica. Há ainda uma quarta divisão que é a Epidermólise Adquirida, uma doença autoimune rara.

Diagnóstico:

- Biópsia de pele – identifica a camada da pele onde se formam as bolhas.



- Imunofluorescência mapeamento antigênica e anticorpos monoclonais – detectar a localização da divisão na pele e ausência de proteínas (antígenos) que estão normalmente presentes na zona da membrana basal da pele.
- microscopia eletrônica de transmissão – identificar defeitos estruturais.

As ações do enfermeiro especialista na promoção, recuperação e reabilitação dos portadores de Epidermólise Bolhosa envolvem cuidados específicos com a pele, mucosas e anexos no intuito de: evitar traumas, diminuir a dor, atrito e pressão, em especial nas áreas de apoio. A enfermagem especializada no suporte clínico objetiva a prevenção e o tratamento das bolhas, infecções, retrações e sinéquias. Com esta acepção, são utilizados curativos apropriados, suplementação e medicações para o tratamento das feridas, com vistas a proporcionar uma qualidade de vida melhor ao paciente.

16. Lesões por Fricção (Skin Tears)

Lesão, que ocorre principalmente nas extremidades de idosos, resultante de fricção ou de uma combinação de fricção e cisalhamento, levando à separação da epiderme da derme (ferida de espessura parcial) ou separando totalmente a epiderme e a derme das estruturas subjacentes (ferida de espessura total).

Classificação de Lesões por Fricção

A lesão por fricção pode ser encontrada em qualquer parte do corpo, porém são mais frequentes em membros superiores e inferiores, especialmente no dorso das mãos, nos braços e na região da tíbia. O tamanho da lesão é variável e depende da intensidade do trauma; o formato é irregular e imprevisível; o leito é raso e, na maioria das vezes, friável. A pele ao redor da lesão geralmente apresenta-se fragilizada, edemaciada, com equimoses e alterações na coloração.

Apesar de não existir um instrumento de classificação aceito universalmente, ter uma ferramenta de classificação pode auxiliar profissionais de saúde na avaliação e no planejamento do cuidado de pacientes com lesão por fricção. O mais utilizado sistema de classificação STAR – Lesão por Fricção (Skin Tear Classification Systems) avalia a presença ou ausência de retalho de pele e sua viabilidade, e é constituído por cinco fotografias relacionadas com as descrições das categorias da lesão por fricção em 1a, 1b, 2a, 2b e 3 (Tabela 9).



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

Prevenção e Cuidados com Lesões por Fricção

A identificação do paciente em risco e a implementação de protocolos de prevenção de lesão por fricção constituem importantes práticas para evitar a ocorrência de lesões e minimizar a sua gravidade.

❖ Prevenção de Lesões por Fricção

- Considerar e avaliar o impacto dos seguintes fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de lesão por fricção:
 - Idade avançada, neuropatia, problemas vasculares, edema de extremidades, pele seca e descamativa, diminuição da sensibilidade sensorial, agitação psicomotora, equimose ou hematoma, rigidez e espasticidade, mobilidade prejudicada, nutrição inadequada, uso prolongado de corticoides, história prévia de lesão por fricção, transferências e reposicionamentos inadequados, quedas e batidas, utilização de dispositivos invasivos, e curativos aderentes.
 - Instituir um protocolo de prevenção para pacientes identificados como estando sob o risco de desenvolver lesão por fricção.
- Avaliar e reavaliar pacientes de riscos, principalmente idosos, desde o momento da admissão.
- Inspeccionar regularmente a pele.
 - Garantir um ambiente seguro para a movimentação do paciente com iluminação adequada.
- Promover ações que reduzam o risco de traumatismo e as forças de fricção e cisalhamento.
 - Proteger áreas frágeis e delgadas, evitar autolesões.
 - Evitar o uso de fitas e curativos adesivos que causem danos à pele, utilizar práticas adequadas para remover adesivos.
- Reduzir o ressecamento da pele
 - Utilizar sabonetes com pH neutro.
 - Evitar banhos quentes e prolongados.
 - Considerar o uso toalhas de limpeza sem enxágue.
 - Hidratar e evitar massagear a pele.
 - Manter estado nutricional e de hidratação adequados.
 - Promover a ingestão de líquidos de acordo com o quadro clínico do paciente.
 - Observar a aceitação hídrica e alimentar.
 - Promover medidas de educação.
 - Capacitar continuamente os profissionais de saúde que assistem a população de risco.



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

- Envolver cuidadores e familiares e pacientes no processo de prevenção.

❖ **Cuidados com Lesões por Fricção**

- Limpar de forma suave e adequada a lesão.
- Secar com cuidado a pele ao redor da lesão.
- Controlar possíveis sangramentos.
- Selecionar cobertura que mantenha o meio úmido, controle o exsudato da lesão, promova menos troca de curativos e evite a aderência do curativo à ferida.
- Evitar o uso de curativos aderentes.
- Proteger a pele ao redor da ferida contra exsudação e o traumatismo causado pela remoção de adesivos utilizando curativo adequado.



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

Tabela 10: Sistema de Classificação STAR – Lesão por Fricção



Categoria 1a

Lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida.



Categoria 1b

Lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida.



Categoria 2a

Lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado à posição anatômica normal e a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida.



Categoria 2b

Lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado à posição anatômica normal e a coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida.



Categoria 3

Lesão por fricção cujo retalho de pele está completamente ausente.

Fonte: Adaptado por Strazzigri-Pulido, 2010



17. Feridas Cirúrgicas

Deiscências Cirúrgicas

Deiscência cirúrgica é a ruptura das linhas de sutura com afastamento das bordas da ferida cirúrgica. Dentre os fatores que predispoem a deiscência cirúrgica, podem ser citados infecção, idade, desnutrição, hipoproteinemia, obesidade, e fatores que aumentam a pressão intra-abdominal como distensão, vômito, tosse e soluço.

A deiscência cirúrgica pode evoluir para a evisceração (protrusão) dos órgãos internos. Essa situação é considerada grave e pode evoluir para o estado de choque do paciente, requerendo abordagem cirúrgica imediata.

O tratamento da deiscência pode ser feito por curativo apropriado, de acordo com a necessidade da ferida, e por nova abordagem cirúrgica para o fechamento das bordas por sutura.

18. Cuidados com Feridas

Os cuidados com feridas devem ser assumidos por profissionais especializados, dotados de conhecimento, treinamento e habilidade técnica no cuidado, fundamentais para avaliação e indicação do tratamento adequado, garantindo o melhor nível de saúde individual e coletiva.

No momento da prevenção e recuperação da pele lesada, a tecnologia tem fornecido aos profissionais de saúde curativos de alta eficácia que interagem no leito da ferida, promovendo um ambiente equilibrado, favorecendo por fim a evolução da cicatrização.

Limpeza da Ferida

Consiste em remover restos celulares, bactérias, materiais estranhos, resíduos de agentes tópicos presentes na superfície da úlcera, propiciando a promoção e a preservação do tecido de granulação. A solução mais utilizada é soro fisiológico a 0,9%. O leito da úlcera deve ser equilibrado e a pele íntegra ao redor deve ser limpa com gaze umedecida, proceder à secagem com gaze para evitar maceração da pele íntegra e facilitar a fixação da cobertura.

■ Técnica de Limpeza de Feridas

- Realizar limpeza cuidadosa em toda a extensão e profundidade da ferida.
- Evitar manipulação excessiva ou agressiva no leito da lesão e pele perilesional.



- Proceder à limpeza do leito da ferida através da irrigação com jatos de solução fisiológica a 0,9%.
- Evitar o uso de substâncias tóxicas e irritantes.
- Manter o leito da lesão equilibrado.
- Higienizar a pele perilesional com gaze umedecida, e em seguida secar para evitar maceração e facilitar a fixação da cobertura.
- Considerar o uso de PHMB para limpeza de feridas infectadas e ou com biofilme.

Desbridamento da Ferida

O desbridamento consiste na remoção do tecido não viável da ferida, como tecidos necrosados, desvitalizados e corpos ou partículas estranhas.

A escolha do tipo de desbridamento a ser utilizado depende das características da ferida, podendo ser utilizado separadamente ou em combinação com outros.

A seleção do método de desbridamento mais apropriado dependerá do local, característica e do tipo da ferida, da quantidade de tecido desvitalizado, das condições do paciente e da experiência do profissional.

▪ Métodos de Desbridamento

- **Autolítico:** consiste na manutenção do meio úmido para proporcionar a autodegradação natural do tecido necrótico (autólise).
- **Enzimático:** baseia-se no uso de enzimas para dissolver o tecido desvitalizado. A escolha da enzima depende do tipo de tecido existente na ferida.
- **Mecânico:** consiste na remoção do tecido, aplicando-se uma força mecânica ao esfregar a ferida. Este procedimento, entretanto, pode prejudicar o tecido de granulação ou de epitelização, além de causar dor.
- **Instrumental:** consiste na remoção do tecido necrótico por meio de procedimento cirúrgico, com a utilização de instrumentais cortantes (pinças, tesouras, bisturis). Dependendo da extensão e da profundidade da ferida, o desbridamento instrumental pode ser feito de duas maneiras:
 - ✓ **Instrumental cirúrgico:** excisão ou ressecção alargada de toda a necrose. Envolve grandes lesões, realizado por cirurgião.
 - ✓ **Instrumental conservador:** retirada da necrose com abordagem conservadora do tecido viável limitando-se ao plano da fáscia. Empregado em lesões menores, pode ser realizado por médicos e enfermeiros⁴.

4. O parecer do COREN-SP nº 13/2009 respalda o enfermeiro a executar o desbridamento instrumental conservador (usando pinça, tesoura ou bisturi), desde que tenha conhecimento e habilidades obtidos por meio de cursos de treinamento, atualização ou de especialização.



19. Estomias

Abertura artificial de qualquer órgão interno do corpo, criada cirurgicamente. Estoma é uma palavra de origem grega e significa “abertura” ou “boca”. A associação do nome do órgão exteriorizado com a palavra **stomia** origina o nome **do estoma**.

Tipos de Estomas

- **Estoma Respiratório:** traqueostomia – procedimento cirúrgico que consiste na abertura da traquéia para o meio externo, possibilitando a ventilação pulmonar através do orifício.
- **Estomas Urinários:** urostomia – toda forma de drenagem de urina fora dos condutos naturais que envolvem a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra.
- **Estomas digestivos:**
 - **Gastrostomia e Jejustomia:** realizadas com a finalidade de administração de alimentos e líquidos. Na gastrostomia o acesso é estabelecido à luz do estomago através da parede abdominal, e na jejunostomia o acesso se dá à luz do jejuno proximal através da parede abdominal.
 - **Colostomia e Ileostomia:** definidos respectivamente pela abertura do segmento cólico ou ileal na parede abdominal, visando o desvio do conteúdo fecal para o meio externo.

A confecção de um estoma intestinal é um procedimento comum nas cirurgias do trato digestivo. Os estomas do segmento distal do intestino delgado (íleo) são denominados ileostomias e os do intestino grosso são as colostomias. Os estomas intestinais são feitos em alças com mobilidade e comprimento adequados, que facilitem sua exteriorização através da parede abdominal. Dessa maneira os segmentos mais apropriados para a confecção de um estoma intestinal são o íleo, o cólon transverso e o sigmóide.

A confecção adequada de um estoma é vital na qualidade de vida do paciente, ao qual deve ser esclarecido com detalhes, as razões de sua necessidade, se será um estoma temporário ou permanente, as possíveis complicações e os cuidados no manuseio e manutenção do estoma.

Os aspectos psicossociais e sexuais do paciente estomizado são relevantes na rotina de sua vida. Para que haja uma adaptação do paciente frente a esse novo contexto, é necessária uma atividade multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e estomaterapeutas, sendo estes, profissionais especializados em estomas, que orientam medidas e cuidados com o estoma desde o período pré-operatório.

❖ Classificação das Estomias Intestinais



Os estomas intestinais podem ser classificados quanto ao tempo de permanência, tipo de confecção cirúrgica e ao segmento intestinal exteriorizado.

■ Quanto ao Tempo de Permanência

- **Temporário:** estabelecidas por um período determinado. Exemplo: proteção de anastomose intestinal.
- **Permanente:** estomia definitiva. Exemplo: cirurgia de amputação de reto.

■ Quanto ao Tipo de Confecção Cirúrgica

- **De alça:** quando uma única alça é exteriorizada. Geralmente é temporária.
- **Terminal:** geralmente é permanente, exceto na cirurgia de Hartmann, em que posteriormente pode haver reconstrução do trânsito.
- **Dois bocas:** é realizada confecção de dois estomas terminais, um proximal (eliminação de efluentes intestinal) e outro distal (eliminação de muco e fezes).
- **Dupla boca** (ou Mikulicz): quando o estoma terminal e distal (fístula mucosa) são confeccionados juntapostos (lado a lado) em uma única abertura.

■ Quanto ao Segmento Exteriorizado

- Determina a característica e a frequência do efluente intestinal.

Demarcação dos Estomas

❖ A Importância da Localização do Estoma

É importante que a localização do estoma no abdômen seja determinada, se possível, ainda no pré-operatório. A posição da abertura deve se adequar a cada pessoa para facilitar o processo de autocuidado. Para tanto, a marcação do local deve ser feita nas posições deitada, sentada e em pé. Assim, a pessoa que será submetida à cirurgia poderá participar da escolha do local mais adequado e que a deixe mais confortável.

❖ Considerações para Demarcação do Estoma

- Considerar o tipo de cirurgia para determinar a melhor localização do estoma.
- Avaliar as condições da pele.
- Localizar o músculo reto abdominal.
- Demarcar o estoma a uma distância de 5 cm de saliências ósseas (rebordo costal ou crista ilíaca).



Figura 11. Demarcação de Estoma

Complicações Decorrentes de Estoma

- Isquemia e necrose.
- Localização inadequada do estoma na parede abdominal.
- Separação ou descolamento mucocutâneo.
- Retração, fístulas, estenoses.
- Inadequação do orifício da placa.
- Presença de hérnia parestomal.
- Prolapso (protrusão da alça intestinal).
- Dermatites (irritativas, alérgicas, traumáticas).
- Utilização de bolsas com colantes que retiram as camadas protetoras da pele.
- Fluido intestinal em contato com a pele.
- Doenças de base e tratamento com radioterapia, quimioterapia, corticoesteroideterapia e outras.



- Alergias ao adesivo ou plástico da bolsa.

Cuidados com Estomas

O cuidado com estomas é iniciado desde o período pré-operatório, com a delimitação do estoma; e durante a sua manutenção, com a seleção adequada de dispositivos coletores para cada caso e atenção com as complicações recorrentes.

O estoma e a pele periestomal devem ser observados cuidadosamente quanto às suas características normais, relativas à cor, forma, tamanho, protusão, umidade e integridade da mucosa.

❖ Cuidados:

- Orientar os cuidados quanto à troca, higiene e manipulação do estoma e dos dispositivos em uso:
 - Avaliar condições do estoma e da pele periestomal.
 - Higienizar a pele periestomal com água e sabonete neutro.
 - Esvaziar a bolsa sempre que atingir um terço de sua capacidade, para evitar peso excessivo, vazamentos e dermatites.
 - Trocar a bolsa coletora sempre que a resina sintética ao redor do estoma estiver saturada. Utilizar água ou removedor próprio para este fim, limpar a pele periestomal e o estoma com água e sabão neutro, recortar a bolsa de modo a evitar o contato da pele com o efluente e aplicá-la evitando dobras na pele.
- Orientar os cuidados quanto à manutenção da integridade cutânea periestomal.
- Deitar de barriga para cima do lado contrário ao estoma:
 - Utilizar protetores cutâneos para prevenir e tratar dermatites.
- Atentar quanto à presença de complicações tardias e estabelecer terapêutica adequada.
- Esclarecer quanto aos métodos de controle intestinal e suas restrições de uso
- Irrigação intestinal: é um método de regulação da atividade intestinal do colostomizado, conseguida pela lavagem intestinal, realizada pelo estoma, na qual se utiliza um volume líquido planejado, mais comumente água, à temperatura corporal, para limpar o intestino grosso, e que possibilita controlar a eliminação de fezes pela colostomia por um período regular. Fisiologicamente, a introdução de um volume de água no cólon causa dilatação estrutural, o que estimula a contração (peristaltismo em massa) e, com isso, promove o esvaziamento do conteúdo fecal.
- Sistema ocluser: dispositivo usado para ocluir o estoma em sua extremidade distal, possibilitando o controle da incontinência intestinal. Requisitos necessários para utilização: colostomia terminal sem



complicações.

Equipamentos Utilizados por Pacientes Estomizados

Os equipamentos utilizados por pacientes estomizados são divididos em três grupos: protetores cutâneos, bolsa coletora, base adesiva e acessórios.

- **Protetores Cutâneos:** protegem e tratam a pele periestomal. Encontrados em forma de placas, pasta, pó, cremes, spray e lenços.
- **Bolsas Coletoras (Colostomia e Urostomia):** são hipoalergênicas, autoadesivas e impermeáveis. Podem ser encontradas como:
 - Sistema de uma ou duas peças (base adesiva de resina e bolsa)
 - Recortável ou pré-cortada
 - Plana ou convexa
 - Fechada ou drenável
 - Rígida ou flexível
 - Válvula de drenagem
 - Sistema antirrefluxo
- **Base Adesiva (Colostomia e Urostomia):** sistema compatível com a bolsa coletora, de resina sintética, plana ou convexa, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico.
- **Acessórios:** cinto elástico, cinta de proteção para hérnia, filtro de carvão ativado, lenços removedores de adesivo, sistema de irrigação, sistema ocluser e outros.

20. Fístulas

As fístulas são comunicações anômalas entre duas superfícies epitelizadas. Podem ocorrer entre dois órgãos, entre um órgão e outra estrutura tissular ou o meio exterior. Geralmente constituem complicações de doenças, acidentes ou mesmo iatrogenias. Podem se desenvolver em várias partes do corpo como no sistema respiratório (traqueosofágica), no sistema digestivo (gástrica, gastroduodenal, enterocutânea, biliar, pancreática, anal, anorretal), do sistema urogenital (uretral, vesicovaginal, enterovaginal).

As fístulas podem causar complicações como infecções, sepse, desnutrição, desequilíbrio de eletrólitos, perda de líquidos e dermatite por efluente. A dermatite resulta do efeito corrosivo do efluente que provoca irritação,



dor, prurido, ulceração e infecção da pele.

A região da pele ao redor da fístula deve ser protegida da ação corrosiva dos efluentes através de protetores cutâneos e da contenção dos efluentes por bolsa coletora para prevenir lesões da pele e promover a cicatrização da pele lesionada.

21. Drenos

São dispositivos utilizados para a retirada sistemática de fluidos e exsudatos de feridas ou cavidades. O sistema é considerado fechado quando o dispositivo coletor está hermeticamente conectado ao dreno. O sistema aberto é aquele onde a drenagem é feita em bolsas coletoras aderidas à epiderme ou com curativos oclusivos.

Os cuidados com os locais de inserção dos drenos devem ser a limpeza, para a prevenção de complicações com a pele adjacente e, cuidados específicos devem ser estabelecidos de acordo com orientação da equipe médica responsável.

22. Incontinências

Incontinência Urinária

Perda involuntária de urina pela uretra; constitui um problema higiênico e social que pode interferir muito negativamente na qualidade de vida dos pacientes, sejam eles homens ou mulheres. Segundo os dados da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), **estima-se que uma a cada 25 pessoas pode sofrer de incontinência urinária ao longo da vida**. Segundo a Sociedade Internacional de Continência (SCI) a prevalência da Incontinência Urinária (IU) é crescente durante a idade de adulto jovem (20% a 30%), atinge o seu pico na meia-idade (40% a 50%) e, em seguida, aumenta na população mais idosa (30% a 50%).

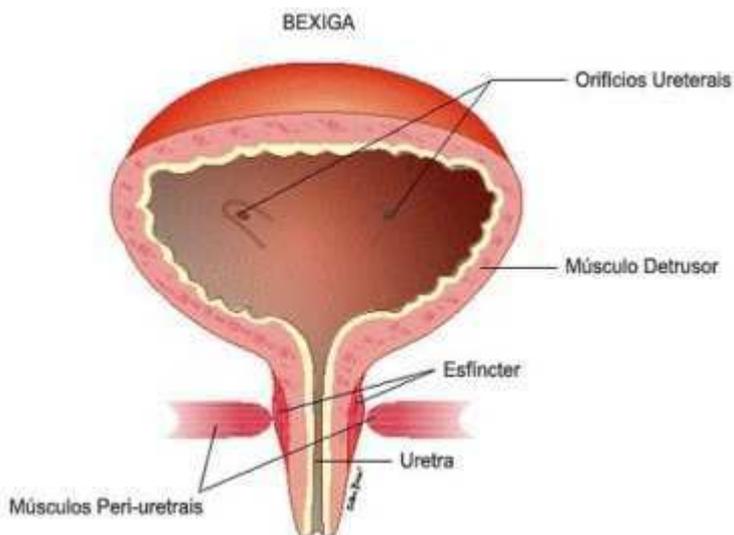


Figura 12 - Bexiga

Existem 03 tipos básicos de incontinência urinária, que podem ocorrer em ambos os sexos:

- Incontinência urinária aos esforços.
- Incontinência urinária de urgência.
- Incontinência urinária por transbordamento.

A **incontinência urinária aos esforços** se caracteriza pela perda involuntária de urina (via uretral) que ocorre durante manobras de esforço, como tossir, espirrar, levantar peso ou, até mesmo, mudança de posição (levantar-se da cama, por exemplo).

A **incontinência urinária de urgência**, também chamada **urge-incontinência**, é a perda involuntária de urina que vem acompanhada de um desejo intenso de urinar, que é difícil de controlar, segundo definição da CSI. Esta modalidade de incontinência urinária também pode acometer ambos os sexos e todas as faixas etárias.

A **incontinência urinária por transbordamento** é aquela que ocorre quando o paciente tem uma dificuldade de esvaziamento da bexiga. Quando há um fator obstrutivo e a bexiga urinária não se esvazia completamente durante a micção, o resíduo urinário pode se tornar cada vez maior e ocorrer a perda por transbordamento: perda contínua (gotas), com a bexiga muito cheia.

Incontinência Fecal

A incontinência fecal é uma alteração funcional que leva à perda involuntária das fezes líquidas, pastosas, sólidas ou flatos, dependendo da gravidade do caso. Ela pode variar de um vazamento ocasional das fezes até a perda total do controle sobre os movimentos intestinais, resultando na incapacidade de reter as fezes voluntariamente. A incontinência pode gerar insegurança, perda da auto-estima, angústia, depressão,



transtornos físicos, mentais e sociais, que podem contribuir para uma piora na qualidade de vida dos indivíduos. Embora os dados sobre a prevalência da incontinência fecal sejam desconhecidos, estima-se que cerca de 2 a 7% da população geral apresente algum grau de incontinência fecal, sendo esta uma condição sub-relatada, pois muitas pessoas acometidas pela incontinência não procuram assistência aos profissionais da saúde, devido ao medo, frustração e vergonha.

A incontinência fecal pode ser dividida em quatro categorias: Líquidas, Semilíquidas, Moles e Sólidas.

Tabela 11: Gravidade da incontinência fecal de acordo com Fecal Incontinence Severity Index – FISI

Tipo de incontinência	Frequência					
	Nunca	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 ou mais vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia
Flatos (gases)	0	2	1	2	7	11
Muco	21	1	0	1	0	0
Fezes líquidas	0	1	4	3	2	13
Fezes sólidas	0	2	9	3	4	5

Cuidados Gerais

O sucesso no tratamento da incontinência depende muito do diagnóstico adequado e correção das disfunções e alterações que fazem isso acontecer. O histórico deve constar a investigação e informações para descrever o quadro, detalhando o seu início, duração, frequência, período, quantidade e características, sintomas, hábitos higiênicos, alimentares e de hidratação. A caracterização das habilidades para o autocuidado engloba a história geniturinária, a neurológica, e clínica em geral. Sobre a incontinência, o exame físico envolve a descrição da função neurológica, o exame abdominal, genital e retal.

Durante anos, a cirurgia foi considerada o melhor tratamento para a IU, porém as técnicas de tratamento foram esquecidas, somente nos anos 1980, voltaram a ter importância, hoje chamamos de terapia comportamental, para fortalecer a musculatura pélvica. A terapia comportamental é de baixo risco e visa à mudança do comportamento geral da paciente, a qual é de competência do profissional especialista realizá-la. Dentro desse tratamento existem várias técnicas: controle hídrico, diário miccional, exercícios da musculatura Pélvica, eletroestimulação transvaginal ou retal. O Estomaterapeuta tem atuação decisiva desde o reconhecimento dos sintomas até a reeducação das suas funções junto ao paciente.



Dispositivos Utilizados por Pacientes Incontinentes

Pessoas com alguns tipos de incontinência podem utilizar: protetores cutâneos, absorventes, sondas, coletores, sistema de controle da incontinência fecal e dispositivos específicos.

Sistema de Controle da Incontinência Fecal: cateter de silicone maleável para o controle da incontinência fecal; inserido no reto, controlando e desviando o excreta fecal, a fim de proteger a pele do paciente.

Indicações:

Para o controle da incontinência fecal de pacientes com pouco ou nenhum controle intestinal e fezes líquidas ou semilíquidas.

23 Curativos

O curativo é um meio terapêutico que consiste na aplicação de uma cobertura sobre uma ferida. O curativo ideal tem por objetivo promover a cicatrização, eliminando fatores que possam retardá-la.

Características do Curativo Ideal

- Manter a umidade na interface ferida/curativo.
- Manter equilíbrio entre a absorção e hidratação.
- Promover isolamento térmico.
- Agir como barreira à entrada de microrganismos.
- Permeabilidade seletiva para entrada de oxigênio.
- Possibilitar a troca sem traumas para o tecido.
- Proporcionar conforto físico e psicológico.
- Fechamento progressivo da ferida, resultando na cicatrização.

Fatores que interferem na realização dos Curativos

- Respeito à individualidade do paciente.
- Orientações sobre o procedimento.
- Área física adequada, com boa luminosidade e que preserve a intimidade do paciente.
- Condições adequadas de higiene, esterilização, de acordo com as medidas de biossegurança.



- Preparo do material para realização do curativo.
- Presença de materiais e medicamentos especiais de acordo com as características da lesão e indicação clínica.
- Descarte de materiais e medicamentos de acordo com as medidas de biossegurança.
- Periodicidade de troca e incentivo ao autocuidado.
- Interação familiar.

Materiais para a Realização do Curativo

- Instrumentais (pinça Kelly ou tipo Pean, pinça anatômica e/ou pinça mosquito e tesoura e Mayo ou Iris).
- Gaze estéril.
- Solução fisiológica a 0,9 %.
- Agulha 40 x 12.
- Seringa de 20 ml.
- Luvas de procedimento.
- Equipamentos de Proteção Individual (óculos, máscaras, luvas).
- Saco plástico para lixo (cor branca).
- Cuba rim ou bacia.
- Espátula de madeira (embaladas).
- Coberturas.

Técnicas para realização do curativo

- Lavagem das mãos e cumprimento das normas de biossegurança e precaução padrão.
- Avaliação do paciente.
- Avaliação da ferida – localização, tamanho, tipos de tecidos e exsudato, pele perilesional.
- Limpeza adequada da ferida com utilização de técnica limpa ou técnica estéril, dependendo do tipo de lesão.
- Realização de desbridamento, se necessário.
- Escolha da cobertura primária e secundária, de acordo com avaliação da ferida.
- Registro e documentação das ações e resultados, bem como reavaliação periódica.



Coberturas

Cicatrização é um processo contínuo e à medida que as condições de uma ferida mudam, podem ser necessários diferentes tipos de coberturas, definidos após avaliação criteriosa do paciente e da ferida realizada por equipe especializada. O produto de escolha deve ser avaliado com relação às indicações, contra-indicações, periodicidade de troca, custo e eficácia.

❖ Principais Tipos de Cobertura

- **Ácidos Graxos Essenciais (A.G.E):** compostos essencialmente pelos ácidos linoléico, ácido cáprico e caprílico; vitaminas A e E; e lecitina de soja. Possuem alta capacidade de hidratação, proporcionam nutrição celular e manutenção da função e integridade das membranas celulares. São indicados para feridas granuladas, onde se deseja uma aceleração da epitelização e como profilaxia de úlceras de decúbito. **Periodicidade de troca: trocar o curativo sempre que o secundário estiver saturado ou no máximo a cada 24 horas. Em prevenção, duas vezes por dia.**

- **Alginatos:** são curativos compostos por fibras derivadas de algas marinhas marrons, onde são adicionados íons de cálcio. A troca iônica do cálcio pelo sódio do exsudato transforma a fibra de alginato em um gel que proporciona ambiente úmido ao leito da lesão. Tem formato de placas e fitas. O alginato pode ser de cálcio ou de cálcio e sódio e impregnado com prata nesse caso é utilizado para feridas infectadas. Estes curativos são indicados para feridas com médio a alto nível de exsudato. Úlceras infectadas e exsudativas, como as por pressão, traumáticas, áreas doadoras de enxerto, úlceras venosas e deiscências. **Periodicidade de troca: trocar a cobertura secundária a cada 48 horas. O tempo ideal de uso, quando se aproveita melhor o curativo é de no mínimo 72 horas.**

- **Antissépticos:** são substâncias químicas que destroem ou inibem o crescimento de microorganismos. São destinadas à aplicação em pele e mucosas íntegras, para antissepsia. Em áreas com solução de continuidade são indicados para destruir a camada de biofilme bacteriana presente em feridas colonizadas e infectadas. Utilizados o polivinilpirrolidona-iodo 10% (povidine tópico) e preferencialmente o clorhexidine tópico pela baixa toxicidade. Não é indicado em lesões abertas, mas deve ser utilizado na prevenção da colonização dos locais de inserção de cateteres vasculares, de diálise e fixadores externos. Polihexametileno de Biguanida (PHMB) – Curativo de compressa de gaze estéril, com camada de algodão impregnada com Polihexametileno de biguanida a 0,2%. Sua apresentação pode ser de compressa de gaze, bordas adesivas e placa fenestrada. Boa absorção e ação antimicrobiana, com amplo espectro contra



microorganismos.

- **Barreira protetora (Creme barreira):** hidrata e protege o extrato córneo com agentes emolientes e umectantes, permite que a pele respire normalmente. Estabiliza o ph da pele; suaviza a pele seca e sensível; protege contra a maceração e irritação da pele.
- **Bandagens para Compressão:** as bandagens são utilizadas como uma opção para o controle clínico da hipertensão dos membros inferiores, visando auxiliar no processo de cicatrização das úlceras venosas. Controlam e reduzem o edema no tratamento de distúrbios venosos dos membros inferiores. Podem ser classificadas de acordo com sua capacidade de compressão.
- **Bandagem Elástica:** apresentam compressão controlada, não interrompem a circulação e são de excelente porosidade. São compostas de fibras sintéticas, fios elásticos sem látex, resinas e pigmentos ou adesivos de borracha natural.
- **Bandagem de Compressão Inelástica do Tipo Bota de Unna:** sistema constituído pelas bandagens de curto estiramento, inelástica, impregnada com óxido de zinco; recomendadas para os pacientes que deambulam e a compressão ocorre pelo processo de contração e relaxamento da panturrilha. Esse procedimento deve ser realizado sob indicação médica e/ou profissionais especializados. Indicado em úlcera venosa (estase) de pernas e linfedemas; terapia para dermatites e eczemas crônicos. A aplicação deverá ser iniciada da parte distal para proximal em espiral). **Periodicidade de troca: 5 a 7 dias.**
- **Curativo de Silicone:** Curativo de espuma absorvente, recortável ou não, estéril, de uso único, descartável, com bordas auto-aderentes, são atraumáticos, não aderem ao leito da ferida. Compostos por camada de silicone, filme protetor, impermeável a fluidos e bactérias, permeável ao vapor. Alguns têm a apresentação em prata (antimicrobiano), liberando prata por até sete dias. É indicado para feridas de qualquer etiologia (Exemplo: úlceras de pressão, úlceras diabéticas, epidermólise bolhosa, queimaduras.) **Periodicidade de troca: 5 a 7 dias ou se saturado.**
- **Curativos com Prata**
 - **Carvão Ativado e Prata:** composto de carvão ativado impregnado com prata envolto por uma película de nylon, selado em todas as extremidades. Possui efeito bactericida/bacteriostático da prata e absorvente do carvão. Indicado para feridas infectadas, com média a alta exsudação e de odor fétido.



- **Alginate e Prata:** impregnado com prata nesse caso é utilizado para feridas infectadas. Estes curativos são indicados para feridas com médio a alto nível de exsudato.
- **Hidrofibra e prata:** constituída por carboximetilcelulose sódica, carboximetilcelulose argênica e prata iônica. A prata atua como bactericida e a hidrofibra promove a absorção do exsudato diminuindo a evasão lateral de líquidos e o risco de maceração. Disponível em placa e fita.
- **Espuma e prata:** absorve o excesso de exsudato e controla o número de microrganismos no leito da lesão. Indicada para feridas infectadas e de moderado a alto volume de exsudato.
- **Prata Nano-Cristalina:** curativo com 3 ou 5 camadas (poliéster, rayon e polietileno) com prata nanocristalina, funciona como barreira antimicrobiana, liberando o mesmo do leito da ferida, e possui ação bactericida.
- **Sulfadiazina de prata:** a sulfadiazina de prata confere características bactericidas imediatas e bacteriostáticas residuais, provoca precipitação proteica e age diretamente na membrana citoplasmática bacteriana, promovendo o enfraquecimento e rompimento da célula bacteriana. A sulfadiazina de prata também é encontrada associada ao nitrato de cério, que age inibindo o crescimento bacteriano. Indicados para o tratamento de lesões por queimadura, feridas colonizadas e infectadas. O tempo de ação é de apenas 8 horas e na presença do Cério 24 horas. **Periodicidade de troca: no máximo a cada 8 horas/24 horas (cério) ou quando a cobertura secundária estiver saturada.**
- **Cadexômero e Iodo 0,9 %:** composto por cadexômero (microesferas de amido modificado), polietileno glicol e 0,9% de iodo. O iodo confere propriedade bacteriostática e bactericida, liberado lentamente em níveis sustentados, e o cadexômero de amido absorve esfacelo, debris e exsudato do leito da ferida. Indicado para desbridamento de esfacelo, tratamento tópico de lesões exsudativas e infectadas. **Periodicidade de troca: 72 horas.**
- **Colágeno:** o curativo de colágeno é composto por 90% de colágeno, derivado do couro bovino e 10% de alginato de cálcio, que é um formador de gel e mantém o meio úmido no leito lesional. O colágeno exógeno, que compõe o curativo sofre lise no leito da lesão e os aminoácidos remanescentes são reaproveitados para produção de mais colágeno endógeno. É um curativo absorvente, que proporciona a estrutura para formação de tecido novo, é quimiotático para fibroblastos. É indicado para feridas limpas, pouco exsudativas com ausência de tecido desvitalizado e sem sinais de infecção. **Periodicidade de troca: a cada 24 horas.**
- **Curativos Hidrocelulares:** são curativos à base de espumas, altamente absorventes, não aderentes, que mantém o equilíbrio da umidade no leito da lesão. São recobertos externamente por uma película



impermeável que retém o exsudato e funciona como barreira contra agentes externos. São encontrados também em formatos para preenchimento de cavidades. Indicado para feridas com médio a alto nível de exsudação. **Periodicidade de troca: o curativo pode permanecer aplicado por até 07 dias, dependendo do volume do exsudato.**

- **Curativos Não Aderentes Estéreis:** podem ser compostos de acetato de celulose impregnados em petrolatum (vaselina) hidrossolúvel ou compostos por uma malha aberta de algodão impregnada com parafina com ou sem clorexidina ou compostos por silicone suave e A.G.E. São tramados de forma a manter mínimos pontos de contato com o leito da lesão. Sua função básica é proteger o leito lesional, minimizando o trauma ao tecido neoformado, por ocasião das trocas de curativo. Permitem, livremente, a passagem do exsudato para o curativo secundário e ajudam a manter o meio úmido no leito da lesão. São indicados para todos os tipos de feridas e podem ser associados a outros tipos de agentes tópicos.
- **Hidrocolóides:** são curativos compostos de uma camada externa de poliuretano impermeável à água e outros agentes, e uma camada interna formada por partículas hidroativas que interagem com o exsudato da ferida, formando um gel. Este gel mantém a umidade no leito da lesão, estimulando a granulação. São indicados para feridas superficiais, com baixo a médio nível de exsudação. Os hidrocolóides em forma de pasta, grânulos, pó e fibra em fita são indicados para úlceras mais profundas. **Periodicidade de troca: 03 a 07 dias conforme característica da ferida.**
- **Hidrogéis:** são géis amorfos estéreis ou não estéreis, fabricados a partir de polímeros hidrofílicos e um grande percentual de água. Alguns apresentam altas concentrações de alginato, outros são hipertônicos com 20% de cloreto de sódio. Promovem um desbridamento autolítico, após reidratar o tecido desvitalizado. Os curativos à base de hidrogéis proporcionam um ambiente úmido, promovendo a granulação e facilitando as trocas de curativo sem traumas para o tecido neoformado. Podem ser usados em úlceras de qualquer etiologia. **Periodicidade de troca: 03 a 07 dias conforme característica da ferida.**
- **Hidrofibras (com ou sem prata):** curativos com alta capacidade de absorção de exsudatos, bactericidas, sem aderência ao leito da ferida, facilitando as trocas. A hidrofibra com prata é indicada para infecções cutâneas e sua ação se dá através de constante liberação da prata promovendo uma barreira antimicrobiana sobre feridas de perda parcial e total. Indicado em úlceras de pressão, úlceras diabéticas, queimaduras, áreas doadoras e receptoras de enxerto. **Periodicidade de troca: 03 a 07 dias ou**



quando estiver saturado.

- **Hidropolímero:** curativo composto por um hidropolímero altamente absorvente. O exsudato absorvido passará a compor a estrutura física deste polímero, expandindo suas paredes, o que o torna indicado tanto para uso em feridas planas como cavitárias. O mesmo pode ser composto também por camada de silicone, que proporciona ao curativo de hidropolímero, uma alta capacidade de absorção e a manutenção do meio úmido adequado. São curativos revestidos externamente, por uma camada de poliuretano semipermeável e um adesivo hipoalergênico. É indicado para feridas de qualquer etiologia, crônica, com médio a alto exsudato, livre de tecido desvitalizado ou infecção. **Periodicidade de troca: 05 a 07 dias ou quando estiver saturado.**

- **Matriz de Regeneração Dérmica:** é um substituto cutâneo temporário que se destina à cobertura cutânea, promoção do crescimento celular e a síntese de colágeno. Possui uma camada interna formada por matriz tridimensional, derivada da polimerização do colágeno, fibronectina, protoglicanos. Atua como barreira à infecção e proteção mecânica. É indicada em feridas limpas e queimaduras.

- **Papaína:** complexo enzimático composto por um conjunto de proteases sulfidrílicas de *Carica papaya*, conhecida como látex do mamoeiro e leite de mamão. Provoca dissociação das moléculas de proteína, resultando em desbridamento químico. Acelera a cicatrização, aumenta a força tênsil na cicatriz, tem ação bactericida e bacteriostática. Indicada para desbridamento de feridas limpas ou infectadas. Concentrações/indicações: 2% a 4% na presença de tecido de granulação; 4% a 6% na presença de exsudato purulento e esfacelo; 6%, 8% e 10% na presença de tecido necrótico espesso, aderido e seco. **Periodicidade de troca: 24h.**

- **Película Transparente:** filme de poliuretano transparente, elástico, semipermeável e aderente à superfície seca. Possui permeabilidade seletiva, proporciona a difusão gasosa e evaporação da água, impermeável a fluidos e microrganismos. Utilizado para feridas cirúrgicas limpas com pouco exsudato, inserção de cateteres, como barreira contra agentes lesivos e proteção. Disponível em forma de rolo, quadrados, retângulos e nas formas individuais (estéreis), utilizado para fixação de drenos e cateteres. Pode ser usado como curativo primário ou secundário.

- **Terapia por pressão negativa:** sistema que aplica uma pressão negativa, controlada e localizada uniforme no leito da ferida, promovendo o aumento do fluxo sanguíneo local e estimulando a formação de



tecido de granulação de forma mais rápida. Além disso, diminui o edema da ferida removendo o exsudato e auxiliando na diminuição da carga bacteriana. Compreende uma cobertura aplicada diretamente no leito da ferida, coberta por uma película semipermeável, ligado a um tubo coletor, que fará a sucção do exsudato. A pressão (mmHg) pode ser aplicada de modo contínuo ou intermitente. Indicada em feridas agudas, crônicas e traumáticas, amputações, deiscências, queimaduras, úlceras (diabéticas ou por pressão estágio III e IV, venosas, arteriais e mistas), Síndrome Compartimental Abdominal e enxertos e retalhos. É contra-indicada nos casos de malignidade no leito da ferida, osteomielite não tratada, tecido necrótico, fístulas não exploradas e sobre vasos sanguíneos ou órgãos expostos.

- **Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB):** é uma modalidade terapêutica no âmbito da MEDICINA HIPERBÁRICA, no qual o paciente inala oxigênio puro a 100% em um ambiente pressurizado, estando o indivíduo submetido a uma pressão maior do que a atmosférica, no interior de uma câmara hiperbárica. Não se caracteriza como oxigenoterapia hiperbárica a inalação de 100% de oxigênio em respiração espontânea ou através de respiradores mecânicos em pressão ambiente ou a exposição de membros ao oxigênio por meio de bolsas ou tendas, mesmo que pressurizadas, estando o indivíduo em pressão ambiente. O mecanismo de ação consta da dissolução física do oxigênio no plasma, em função da pressão ambiente elevada em relação à pressão atmosférica normal, permitindo assim a oxigenação de tecidos antes isquêmicos, através de alterações bioquímicas e biofísicas na fisiologia celular, além de agredir estrutura da bactéria e de suas toxinas.

24 Atribuições da Equipe Multiprofissional no Cuidado a Pacientes com Feridas

Para o cuidado com as feridas torna-se necessária a atuação da equipe de saúde especializada para avaliação criteriosa do paciente e da ferida, considerando todos os fatores individuais (clínicos, psicológicos, sociais) e prescrição de plano terapêutico individualizado e eficaz, favorecendo rápida evolução e alta.

- **Médico (Plástico, Vascular, Geral, Dermatologia, Infectologia, Pediatria, Geriatria, Ortopedia)**
 - ✓ Realizar avaliação clínica e definir a etiologia da ferida.
 - ✓ Acompanhar as complicações intercorrentes.
 - ✓ Acompanhar a evolução do quadro clínico, junto com a equipe.
 - ✓ Realizar assistência domiciliar quando necessário.
 - ✓ Desenvolver ações educativas e preventivas.

- **Enfermeiro (Especialista, Estomaterapia, Dermatologia)**

RESOLUÇÃO COFEN – 290/2004



Fixa as Especialidades de Enfermagem

Art. 1º - Fixar como Especialidades de Enfermagem, de competência do Enfermeiro, as abaixo nominadas:

(...)

- 10. Dermatologia
- 17. Estomaterapia

- ✓ Realizar consulta de enfermagem.
- ✓ Definir a cobertura a ser utilizada, de acordo com a etiologia da ferida.
- ✓ Fornecer assistência aos pacientes nas fases pré, trans e pós-operatória imediata, mediata e tardia, objetivando o autocuidado.
- ✓ Realizar o curativo e acompanhar a evolução do tratamento.
- ✓ Desenvolver medidas preventivas e curativas relacionadas às complicações precoces e tardias.
- ✓ Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- ✓ Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar a conduta.
- ✓ Orientar e supervisionar os auxiliares/técnicos de enfermagem para o acompanhamento dos casos em tratamento.
- ✓ Desenvolver ações educativas e atividades de ensino.

■ **Auxiliar/Técnico de Enfermagem**

- ✓ Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento.
- ✓ Recepcionar o paciente, acomodando-o em posição confortável e que permita boa visualização da lesão.
- ✓ Orientar o paciente quando ao procedimento a ser executado.
- ✓ Limpar o instrumental e desinfecção da superfície.
- ✓ Realizar assistência domiciliar, quando necessária.

■ **Nutricionista**

- ✓ Realizar avaliação nutricional e bioquímica.
- ✓ Realizar o plano alimentar individualizado, conforme necessidades nutricionais.
- ✓ Fazer cálculo individualizado das necessidades nutricionais.
- ✓ Acompanhar o quadro clínico e nutricional.

■ **Assistente Social**

- ✓ Avaliar as condições sócio-econômicas do paciente e família.
- ✓ Intervir junto às situações familiares, de trabalho e de outros segmentos da sociedade, que possam



interferir no processo de reabilitação.

- ✓ Orientar quanto aos recursos disponíveis na comunidade.
- ✓ Estabelecer atendimento domiciliar em situações de excepcionalidade.

■ **Farmacêutico**

- ✓ Selecionar, programar, adquirir, armazenar e dispensar os produtos.
- ✓ Controlar o estoque.
- ✓ Controlar o custo dos produtos.
- ✓ Padronizar os produtos, mediante avaliação entre custo e benefício.
- ✓ Análise técnica da composição dos produtos.

■ **Psicólogo**

- ✓ Avaliar a condição emocional e a capacidade de enfrentamento do paciente.
- ✓ Realizar intervenções psicossociais de modo a reduzir os danos nas relações interpessoais que a ferida possa causar na vida do paciente.
- ✓ Realizar atendimento em psicoterapia do paciente portador de feridas e estomas, intervindo, especialmente, na reconstrução de sua autoimagem.

■ **Fisioterapeuta**

- ✓ Avaliar as sequelas e incapacidades causadas pelas lesões.
- ✓ Desenvolver estratégias terapêuticas para minimizar a dor.
- ✓ Interagir com a equipe no sentido de planejar e executar atividades de prevenção de incapacidades e reabilitação.
- ✓ Orientar o paciente e seus familiares quanto à importância do tratamento e dos exercícios domiciliares.
- ✓ Viabilizar o retorno funcional do paciente às atividades da vida diária.



Referências Bibliográficas

ABRAMS P. et al. **Recommendations of the International Scientific Committee**: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. In: _____ et al. (editors). Paris: Health Publications, 2005. p. 1589–630

AZEVEDO, M. F. **Wound Care Made Incredibly Easy**: tradução. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BEZERRA C. A. **Continência versus Incontinência**: uma abordagem conceitual. Rev Esc Enferm USP 1999; 33: 91.

BORGES, E. L. **Feridas**: como tratar. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2007.

_____. **Feridas**: úlceras dos membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Condutas para Tratamento de Úlceras em Hanseníase e Diabetes**. 2.ed. Brasília –DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para Tratamento de Emergência das Queimaduras. Serie F. Brasília – DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400. **Orientações Gerais para o Serviço de Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Condutas Básicas na Doença Falciforme**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético. **Consenso Internacional Sobre o Pé Diabético**: tradução. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRITO, C. J. **Cirurgia Vasculuar**: cirurgia endovascular, angiologia. 2ª ed. São Paulo: Editora Revinter Ltda, 2008.

CAMPBELL-WALSH. **UROLOGY**, 9th Edition. Sociedade Brasileira de Urologia (SBU); Data de criação: 12 de Dezembro de 2010;Data da última modificação: 27 de Abril de 2011

CARVALHO, E. S. S. **Como cuidar de Pessoas com Feridas**: desafios para a prática multiprofissional. Salvador: Atualiza Editora, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer nº 13/2009. **Realização de Desbridamento pelo Enfermeiro**. São Paulo: COREN, 2009.

D'ANCONA CAL. **Aplicações clínicas da urodinâmica**. Atheneu, 2001; 3, 139-43.

DANTAS, S. R. P. E. JORGE, S. A. **Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas**. São Paulo: Atheneu Editora, 2005.

DEALEY, C. **Cuidando de Feridas**: um guia para as enfermeiras. 3ª ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.



DOMANSKY, R. C. BORGES, E. L. **Manual para Prevenção de Lesões de Pele:** recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION (EWMA). Position Document. **Identifying Criteria for Wound Infection.** London: MEP Ltd, 2005.

_____. Position Document: **Topical Negative Pressure in Wound Management.** London: MEP Ltd, 2007.

_____. Position Document. **Wound Bed Preparation:** in practice. London: MEP Ltd, 2004.

EXPERT WORKING GROUP. **Appropriate Use of Silver Dressings in Wounds:** International Consensus. London: Wounds International, 2012.

_____. **A cellular matrices for the Treatment of Wounds:** International consensus. London: Wounds International, 2010.

FONSECA J.C.M, Obadia **I. Epidermólise bolhosa:** Recentes avanços. An Bras Dermatol. 1990; 66: 171-4.

GALLO ML, FALLON P, STASKIN DR. **Urinary incontinence: steps to evaluation diagnosis and treatment.** The nurse Practitioner, 1997; 22(2): 21-42.

GLASHAN RQ, LELIS MAS. **Terapia comportamental:** uma abordagem para o enfermeiro no tratamento da incontinência urinária. Ver Nursing, 2001:18-24.

HASHIMOTO I, KON A, TAMAI K, UITTO J. **Diagnostic dilemma of "sporadic" cases of dystrophic epidermolysis bullosa:** a new dominant or mitis recessive mutation? Exp Dermatol. 1999; 8: 140-2.

INTERNATIONAL GUIDELINES. **Pressure Ulcer Prevention:** prevalence and incidence in context. A consensus document. London: MEP Ltd, 2009.

Imagem the image at: <http://cardiofmp.blog.com/2011/09/12/indice-tornozelo-braquial-e-risco-cardiovascular>

LeBLANC, K. **Prevention and Treatment of Skin Tears.** Wound Care Canada, 2008.

MOREIRA ECH, YASUDA EK, KIMURA FR. **Tratamento cirúrgico e conservador da incontinência urinária de esforço.** Fisioter Mov. 2001; 13(1): 1-10.

OLIVEIRA S.C.M, et al. **Incontinência fecal em mulheres na pós-menopausa:** prevalência, intensidade e fatores associados. [acesso 08 fev. 2009]. Arquivo de Gastroenterologia 2006 abr./ jun; 2006. 43(2): 102-6. Disponível em: URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.

SANTOS, V. L. C. G. **Cuidando do Ostomizado:** análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão. Tese. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2006.

SILVA, R. C. L. **Feridas:** fundamentos e atualizações em enfermagem. 3.ed. São Caetano do sul, SP: Yendis Editora, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes.** 3.ed. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.



STEPHEN-HAYNES, J. CARVILLE, K. **Skin Tears Made Easy**. Wound UK, 2011.

STRAZIERI-PULIDO, K.C. **Adaptação Cultural e Validação do Instrumento "Star Skin Tear Classification System" para a língua portuguesa no Brasil**. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2010.

WILSON P.D. et al. Adult conservative management. In: ABRAMS P. et al. (editors). **Incontinencemanagement**. 2.ed. Plymouth: Health Publication; 2005. p.855-964.

WHITE, R. **Best Practice Statement**: care of the older person's skin. 2.ed. Wound UK, 2012.

WORLD UNION of WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). Principles of Best Practice **Compression in Venous Leg Ulcers**: a consensus document. London: MEP Ltd, 2007.

_____. Principles of Best Practice. **Diagnostics and Wounds**: a consensus document. London: MEP Ltd, 2008.

_____. Principles of Best Practice. **Wound Infection in Clinical Practice**: an international consensus. London: MEP Ltd, 2008.

_____. Principles of Best Practice. **Wound Exsudate and the Role of Dressings**: a consensus document. London: MEP Ltd, 2007.

WOUND OSTOMY CONTINENCE NURSE SOCIETY (WOCN). **Guidance on OASIS-C Integumentary Items**. WOCN, 2009.

_____. **Incontinence Associated Dermatitis**: a consensus. WOCN, 2007.

WOUNDS INTERNATIONAL. **Pressure Ulcer Prevention**: pressure, shear, friction and microclimate in context. A consensus document. London: Wounds International, 2010.

WOUNDS UK E-ACADEMY. **PHMB and its Potential Contribution to Wound Management**: consensus document. Wounds UK: Aberdeen, 2010.



Endereços Eletrônicos

Associação Brasileira de Estomaterapia. www.sobest.org.br

Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. www.saude.gov.br/bvs

Conselho Federal de Enfermagem. www.portalcofen.com.br

European Wound Management Association. www.ewma.org

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). www.npuap.org

Sociedade Brasileira de Diabetes. www.diabetes.org.br

The National Pressure Ulcer Advisory Panel. www.npuap.org

Wound Care Institute Incorporated. www.woundcare.org

Wound Ostomy Continence Nurses Society. www.wocn.org

Wounds International. www.woundsinternational.com



← Secretaria da Administração do Estado da Bahia

ANEXOS



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

Anexo I – Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas

Morfologia	Pele íntegra (prevenção)		Granulada/ Epitelizada	Tecido Desvitalizado	Exsudativa	Infectada	Ferida Cirúrgica
	Superfície Corporal	Genitália					
Localização/ Profundidade da lesão	Superfície Corporal	Genitália	Superficial e Profunda	Superficial e Profunda	Média e Alta	Superficial e Profunda	<p>CIRURGIAS LIMPAS Usar SF 0,9%</p> <p>DEISCÊNCIA CIRÚRGICA Cobertura conforme característica da lesão</p> <p>ESTOMA Creme de barreira, protetor cutâneo, pó, pasta e contenção do estoma com placa adesiva e bolsa coletora.</p> <p>DERMATITE POR FÍSTULA Creme de barreira, protetor cutâneo, pó, pasta e contenção da fístula com bolsa coletora (se necessário).</p> <p>CATETER CENTRAL/PERCUTÂNEO Clorexidina alcoólica nas primeiras 24h e filme transparente estéril após 24h na ausência de exsudato e sinais de infecção.</p>
Opções de Coberturas	Hidratante Película Transparente	Creme de barreira Protetor Cutâneo Toalhas umedecidas	A. G. E./A.G.I (óleo) Hidrocolóide Cobertura Não Aderente Estéril Hidropolímero Hidrofibra Hidrocelular Colágeno Silicone (espuma) Matriz de Regeneração Dérmica	Hidrogel Alginato Hidrocolóide Papaína PHMB (Gel)	Alginato Hidropolímero Hidrofibra Hidrocelular Silicone (espuma) PHMB (gaze)	PHMB para limpeza Prata: Alginato com prata Hidrocolóide com prata Hidrofibra com prata Silicone (espuma) com Prata Carvão ativado e prata Sulfadiazina de Prata e/ou Cério	

*Períodos de troca e restrições de uso estão descritos no item cobertura deste protocolo.



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

Anexo II – Estomias

CURATIVO	MATERIAL	TEMPO DE TROCA	OBSERVAÇÕES
Traqueostomia	SF 0,9 %, pacote de curativo, gaze. Cobertura adequada.	24h ou quando estiver sujo ou úmido Cobertura avaliar saturação.	Trocar o cadarço sempre que estiver sujo ou úmido.
Gastrostomia Jejunostomia	SF 0,9 %, pacote de curativo, gaze.	24h ou quando necessário.	Realizar técnica de curativo simples. Observar presença de granuloma (gastrostomia).
Colostomia Ileostomia	SF 0,9%, pacote de curativo, gaze. Bolsa coletora e base adesiva se necessário, pó ou pasta regeneradora (SN).	Realizar a troca da bolsa apenas quando perder a aderência ou existir extravasamento de efluente.	Medir estoma, demarcar e recortar a placa (base adesiva) no tamanho necessário. Esvaziar a bolsa em 1/3 de sua capacidade. Ao trocar a bolsa, observar presença de lesão periestomal. Aplicar pó e pasta regeneradora antes de colocar a bolsa (SN).
Cistostomia Urostomia	SF 0,9%, pacote de curativo, gaze, coletor.	24h ou quando necessário.	Observar sinais de infecção e extravasamento de urina.



Secretaria da Administração do Estado da Bahia

Anexo III – Plano Terapêutico – Inicial
PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL

Avaliação da Ferida

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE E PRESTADOR

Nome:		CREMEB:
Especialidade:	Telefone:	E- mail:
Prestador:		
Telefone:		
Telefone:	Fax:	E-mail:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente:		Cód Ident PLANSEV:
Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo: () FEM () MASC	Telefone:
Data de Internação : ___/___/___	Peso:	Altura:
Diagnóstico:		
Antecedentes patológicos () Doenças Cardiovasculares () Hipertensão Arterial () Diabetes () Alcoolismo () Tabagismo () Outros		
Deambula () SIM () NÃO		

AVALIAÇÃO DA FERIDA

LOCALIZAÇÃO: () MID () MIE () MSD () MSE () Outros
TAMANHO: () Pequena () Média () Grande
CLASSIFICAÇÃO:
() Aguda () Crônica () Cirúrgica
() Superficial () Profunda () Transfixante
() Limpa () Limpa/Contaminada () Contaminada () Infectada
() Queimadura
CARACTERÍSTICAS DO TECIDO:
() Vitalizado () Desvitalizado () Granulado () Epitelizado
() Infectado () Necrosado () Exsudativo
CARACTERÍSTICAS DO EXSUDATO:
Aspecto: () Seroso () Sanguinolento () Serosanguinolento () Sempurulento
Coloração: () Branca () Amarelada () Esverdeada () Achocolatada () Outras
Quantidade: () Pouco () Médio () Grande/Abundante
Odor: () Inodolor () Fétido



PLANO TERAPÊUTICO: Prescrição Inicial

<p>Descrição da Cobertura: <input type="checkbox"/> Primária <input type="checkbox"/> Secundária</p> <p>Periodicidade de Troca:</p>

A avaliação do estado geral do paciente, a classificação da ferida e a indicação terapêutica ficam sob a responsabilidade do médico assistente do paciente e do enfermeiro especialista.

Local e Data:	Assinatura e Carimbo do Médico Assistente:
Local e Data:	Assinatura e Carimbo do Enfermeiro Especialista:

MÉDICO AUDITOR PLANSERV:

<input type="checkbox"/> Favorável ao tratamento	<input type="checkbox"/> Em exigência	<input type="checkbox"/> Solicitação Negada
OBS:		
Local e Data:	Assinatura e Carimbo do Médico Auditor:	



Anexo IV – Plano Terapêutico – Evolução

PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL

Evolução do Tratamento da Ferida

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE E PRESTADOR

Nome:		CREMEB:
Especialidade:	Telefone:	E-mail:
Prestador:		
Telefone:		
Telefone:	Fax:	E-mail:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente:		Cód. Ident. PLANSERV:
Data de Nascimento: __/__/__	Sexo: () FEM () MASC	Telefone:
Data de Internação : __/__/__	Peso:	Altura:
Diagnóstico:		
Antecedentes patológicos () Doenças Cardiovasculares () Hipertensão Arterial () Diabetes () Alcoolismo () Tabagismo () Outros		
Deambula () SIM () NÃO		

RESUMO DA FERIDA

Local e Tamanho da Ferida:
Classificação, característica do tecido e do exudado:



PLANO TERAPÊUTICO: Evolução

Descrição da Cobertura <input type="checkbox"/> Primária <input type="checkbox"/> Secundária
Periodicidade de Troca:

PLANO DE ALTA HOSPITALAR

--

A avaliação do estado geral do paciente, a classificação da ferida e a indicação terapêutica ficam sob a responsabilidade do médico assistente do paciente e do enfermeiro especialista.

Local e Data:	Assinatura e Carimbo do Médico Assistente:
Local e Data:	Assinatura e Carimbo do Enfermeiro Especialista:

MÉDICO AUDITOR PLANSERV:

<input type="checkbox"/> Favorável ao tratamento <input type="checkbox"/> Em exigência <input type="checkbox"/> Solicitação Negada	
OBS:	
Local e Data:	Assinatura e Carimbo do Médico Auditor: