



**PROTOCOLO DE TRATAMENTO  
DE FERIDAS PARA O SISTEMA  
PENITENCIÁRIO DO ESTADO DE  
SÃO PAULO**

2019

SILMARA JORGE GARCIA

LEILA BLANES

HEITOR FRANCISCO DE CARVALHO GOMES

LYDIA MASA KO FERREIRA

**PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE FERIDAS PARA O  
SISTEMA PENITENCIÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

1ª edição

São Paulo

Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário

2019

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte.  
Não é permitida a sua comercialização.

**Elaboração:** Silmara Jorge Garcia

Leila Blanes

Heitor Francisco de Carvalho Gomes

Lydia Masako Ferreira

Este Protocolo foi desenvolvido durante o Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Gestão Aplicadas à Regeneração Tecidual, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

G216p Garcia, Silmara Jorge  
Protocolo de tratamento de feridas para o Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo / Silmara Jorge Garcia ... [et al.]. – São Paulo: Coordenadoria da Saúde do Sistema Penitenciário, 2018.

70 p. 14,8X21cm

**ISBN: 978-85-54033-00-2**

1.Ferimentos e Lesões. 2. Protocolo. 3. Assistência Ambulatorial.  
4. Tratamento de Feridas. 5. População privada de liberdade. I. Garcia, Silmara Jorge. II. Blanes, Leila. III. Gomes, Heitor Francisco de Carvalho. IV. Ferreira, Lydia Masako. V. Título.

**GOVERNADOR**

JOÃO DORIA

**SECRETÁRIO ESTADUAL DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA**

NIVALDO CESAR RESTIVO

**SECRETÁRIO EXECUTIVO**

LUIZ CARLOS CATIRSE

**COORDENADORA DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO**

SOLANGE A. GONÇALVES DE MEDEIROS PONGELUPI

**DIRETOR TÉCNICO DE SAÚDE III**

SERGIO RICARDO RUIZ BASSITT

**GRUPO DE DESENVOLVIMENTO:**

**SILMARA JORGE GARCIA:** Enfermeira na Secretaria de Administração Penitenciária; Mestre em Ciência Tecnologia e Gestão Aplicada à Regeneração Tecidual na Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

**LEILA BLANES:** Profª Drª Enfermeira; Estomaterapeuta; Vice - Coordenadora e Orientadora no Mestrado Profissional em Ciência Tecnologia e Gestão Aplicada à Regeneração Tecidual na Universidade Federal de São Paulo – Unifesp; Orientadora neste projeto.

**HEITOR FRANCISCO DE CARVALHO GOMES:** Prof. Dr Médico; Cirurgião Plástico; Orientador no Mestrado Profissional em Ciência Tecnologia e Gestão Aplicada à Regeneração Tecidual na Universidade Federal de São Paulo – Unifesp; Coorientador neste projeto.

**LYDIA MASAKO FERREIRA:** Profª Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP - Coordenadora da Medicina III CAPES / Pesquisadora CNPq 1<sup>A</sup>; Orientadora PPG Cirurgia Translacional e do MP da Ciência, Gestão e Tecnologia em Regeneração Tecidual da UNIFESP.

**DIAGRAMAÇÃO:** Natalino Carlos Vitório, Silmara Jorge Garcia.

**REVISÃO ORTOGRÁFICA:** Elaine Cristina Gardinali.

**COLABORADORES:** Profissionais que cederam imagens - Ana Paula Teles Cameli Rodrigues Silva, Leila Blanes, Rosana Siqueira Campos, Suzana Rodrigues de Melo Pieroni.

**ATUALIZAÇÃO:** A atualização será realizada a cada dois anos ou quando da existência de informações relevantes que exijam mudanças imediatas.

Protocolo desenvolvido no Curso de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Gestão Aplicadas à Regeneração Tecidual, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.



## SUMÁRIO

1	Introdução .....	6
2	Objetivo .....	7
3	Atribuições de equipe de saúde .....	8
3.1	Médico .....	8
3.2	Enfermeiro .....	8
3.3	Auxiliar de enfermagem / técnico de enfermagem .....	9
4	Operacionalização .....	10
4.1	Público-alvo .....	10
4.2	CrITÉrios de incluso .....	10
4.3	Acompanhamento .....	11
4.4	CrITÉrios de desligamento .....	12
5	Consideraes sobre as feridas e cicatrizao .....	13
5.1	Classificao das feridas .....	13
5.2	Definio das feridas enquanto agente causador .....	14
5.3	Classificao da ferida quanto a perda de tecido .....	14
5.4	Cicatrizao das feridas .....	15
5.5	Tipos de cicatrizao .....	15
5.6	Fatores que interferem na cicatrizao .....	16
5.7	Aspectos nutricionais na cicatrizao de feridas .....	17
6	Avaliao .....	18
6.1	Avaliao das condies gerais do paciente com leso .....	18
6.2	Avaliao da ferida .....	19
6.3	Tipos de feridas .....	20
6.3.1	Queimaduras .....	20
6.3.2	Úlceras de membros inferiores .....	21
6.3.3	Leso por presso .....	23
6.3.3.1	Estadiamento das leses por presso .....	24
6.4	Localizao anatmica .....	30
6.5	Mensurao da rea da ferida .....	31

6.5.1 Técnica de mensuração da área ferida .....	32
6.5.2 Profundidade da ferida .....	33
6.5.3 Extensão do tecido envolvido / comprometimento estrutural.....	34
6.6 Avaliação da dor.....	34
6.6.1 Classificação da dor conforme escala .....	35
6.7 Edema.....	36
6.8 Tipos de tecido / leito da ferida .....	37
6.9 Exsudato.....	39
6.9.1 Tipos e características do exsudato em feridas.....	39
6.9.2 Odor.....	40
6.10 Condições da pele ao redor da ferida .....	41
7 Tratamento de feridas .....	42
7.1 Avaliação dos sinais clínicos de infecção .....	43
8 Orientações assistenciais .....	45
8.1 Considerações sobre a limpeza das feridas .....	45
8.2 Limpeza da ferida aberta .....	46
8.3 Cuidados com a ferida operatória .....	48
8.3.1 Limpeza da ferida operatória .....	49
8.4 Desbridamento .....	51
9 Considerações sobre coberturas .....	52
9.1 Terapia tópica .....	53
10 Referências .....	53
Anexos .....	59
Apêndices .....	62

# 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, as feridas abrangem um elevado número de pessoas e representam um sério problema de saúde pública. Estão presentes em todos os níveis de assistência à saúde, e no sistema penitenciário esta situação não é diferente, também há pessoas com feridas que necessitam de cuidados rotineiros, assim como na população em geral.

O presente documento tem o objetivo de padronizar e implementar um Protocolo para o tratamento de feridas no sistema penitenciário de São Paulo e nortear as ações da equipe interdisciplinar.

Para a elaboração deste protocolo foi realizado um estudo com o objetivo de realizar avaliação clínica e epidemiológica do perfil dos pacientes com feridas em uma Unidade Prisional no Estado de São Paulo, através de dados retrospectivos. Foram encontradas lesões de 10 etiologias diferentes, sendo queimaduras as mais frequentes, seguidas de lesões por pressão.

Essa população também está vulnerável ao desenvolvimento de lesões de pele, com a evolução e desenvolvimento das tecnologias no processo de reparação tecidual é fundamental que o profissional de saúde tenha conhecimento atualizado e padronizado para a condução do tratamento no menor tempo possível.

Este Protocolo foi validado por especialistas e defendido como dissertação de Mestrado, concluído em 2018, será disponibilizado pela Coordenadoria da Saúde da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo na gestão 2019, a fim de contribuir com os profissionais de saúde dos ambulatórios penitenciários, no sentido de nortear e aprimorar a assistência aos privados de liberdade com feridas através da inovação do cuidado.

## **2. OBJETIVO**

Capacitar a equipe multiprofissional a reconhecer e avaliar as lesões de pele e desta forma promover um ambiente favorável a cicatrização. Além disso, padronizar o atendimento aos privados de liberdade nos ambulatórios de saúde do Sistema Penitenciário de São Paulo.



## **3. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE**

### **3.1 Médico**

- Avaliar o paciente e definir a etiologia da ferida;
- Avaliar junto ao enfermeiro o tratamento adequado;
- Prescrever, quando indicadas, coberturas, soluções e cremes para curativo das feridas, conforme padronizado neste protocolo;
- Realizar desbridamento instrumental quando avaliar necessário;
- Encaminhar o paciente para avaliação por especialista, quando necessário; acompanhar a evolução do quadro clínico junto ao especialista e à equipe de enfermagem do Sistema Penitenciário;
- Programar retorno conforme necessário.

### **3.2 Enfermeiro**

- Realizar consulta de enfermagem admissional e eventual, e acompanhamento semanal do paciente que apresente feridas;

- Avaliar e classificar a ferida sempre que o curativo for trocado e/ou sempre que surgir qualquer queixa por parte do paciente ou alterações no aspecto da lesão;
- Prescrever, quando indicadas, as coberturas adequadas para o tratamento das feridas; bem como produtos de fixação, de acordo com a avaliação do cliente e características da ferida, visando à limpeza e promoção do processo de reparação tecidual considerando as diferentes etapas desse processo;
- Orientar a equipe de enfermagem quanto aos procedimentos relacionados aos curativos;
- Registrar e documentar todo o processo de avaliação, prescrição e evolução assistencial;
- Realizar curativos em feridas complexas;
- Orientar e capacitar os privados de liberdade quanto à continuidade do cuidado no tratamento de feridas e na prevenção de mais lesões;
- Participar de capacitações no que se refere à assistência ao paciente com lesão organizado pela unidade/instituição.

### **3.3 Auxiliar de enfermagem / técnico de enfermagem**

- Manter organizado o local para realização de curativos (sala de curativo, leito do paciente);
- Acomodar o paciente em posição confortável e que permita boa visualização da lesão para o procedimento;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser executado;

- Realizar o procedimento do curativo, conforme prescrição do enfermeiro ou médico e registrá-lo em prontuário;
- Orientar o paciente quanto aos cuidados com o curativo, medidas de prevenção para o agravamento das lesões já existentes e de formação de novas lesões;
- Participar de capacitações a respeito da assistência ao paciente com feridas organizados pela unidade/instituição;
- Realizar as atividades sob orientação e supervisão de enfermeiro.

## **4. OPERACIONALIZAÇÃO**

### **4.1 Público-alvo**

Privados de liberdade acometidos por feridas que cumprem pena nas Unidades Penitenciárias do Estado de São Paulo atendidos nos ambulatórios de saúde localizados no interior dessas unidades penais.

### **4.2 Critérios de inclusão**

Privados de liberdade acometidos por feridas.

### **4.3 Acompanhamento**

Os privados de liberdade serão acompanhados por toda a equipe de saúde, levando em consideração as atribuições de cada profissional e as particularidades de cada paciente.

A primeira avaliação será realizada pelo enfermeiro, que o encaminhará à consulta médica após suas condutas. As trocas das coberturas ocorrerão de acordo com a evolução da ferida e critério do profissional de saúde enfermeiro, atentando para o recomendado a cada produto.

As consultas médicas de retorno ocorrerão de acordo com os agendamentos e/ou quando se fizerem necessárias.

Os privados de liberdade que receberem alta do curativo deverão comparecer a dois retornos: o primeiro depois de 15 dias e o segundo depois de 30 dias para reavaliação da região comprometida, bem como do seu estado geral. Esse retorno deverá ser agendado previamente no boletim de atendimento, conforme rotina da unidade penitenciária.

Os privados de liberdade cuja ferida apresentar estagnação total por 3 meses consecutivos, não associados à infecção ou comprometimentos sistêmicos, deverão ser reavaliados e poderão ser encaminhados pelo médico à cirurgia ambulatorial para realização de biópsia e diagnóstico diferencial (utilizar o serviço de referência e contra referência da região).

#### **4.4 Critérios de desligamento**

- Cura: Epitelização completa da ferida;
- Abandono: Negar-se a comparecer no setor ambulatorial sem comunicação prévia e sem resposta à busca ativa;
- Não seguir corretamente as orientações dadas pelos profissionais da equipe de saúde ou não concordar com elas;
- A pedido: o privado de liberdade que solicitar seu desligamento, deverá tomar ciência por escrito dos riscos e danos que poderão ocorrer com a ausência do tratamento;
- Encaminhamento: Paciente encaminhado para outro serviço de saúde para continuidade do tratamento;
- Óbito.

Observação: Fluxograma de Atendimento Ambulatorial (Apêndice 2).

## 5 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS FERIDAS E CICATRIZAÇÃO

“A ferida é representada pela interrupção da continuidade de um tecido corpóreo em maior ou em menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica, que aciona as frentes de defesa orgânica para o contra-ataque”(CESARETTI, 1998).

### 5.1 Classificação das feridas

As feridas podem ser classificadas como agudas ou crônicas, de acordo com o agente causal e o comprometimento tecidual.

**Agudas:** correspondem às feridas que cicatrizam sem complicações e possuem uma resposta mais rápida ao tratamento, geralmente são as feridas traumáticas como abrasões, lacerações, queimaduras.

**Crônicas:** são de longa duração e frequente, podem apresentar vários fatores que interferem na capacidade de cicatrização. Exemplos podem ser as lesões por pressão, bem como úlceras de membros inferiores.

## **5.2 Definição das feridas quanto agente causador**

**Incisas ou cirúrgicas:** são produzidas por instrumento cortante. As feridas, depois de limpas, são geralmente fechadas por suturas. Agentes: faca, bisturi, lâmina etc.

**Contusas:** são causadas através de objeto rombo e diferenciadas por traumatismo das partes moles, hemorragia e edema.

**Lacerantes:** apresentam ferimentos com margens irregulares e com mais de um ângulo. O mecanismo da lesão é por tração: rasgo ou arrancamento tecidual.

**Perfurantes:** são distinguidas por pequenas aberturas na pele. Há uma ascendência da profundidade sobre o comprimento. Exemplos: bala ou ponta de faca

## **5.3 Classificação da ferida quanto a perda de tecido**

As feridas também podem ser classificadas em relação a sua perda de tecido. Podem ser: superficiais - são aquelas que atingem apenas a epiderme; espessura parcial - são as que atingem as camadas mais profundas da epiderme e derme; espessura total - são as mais profundas, apresentam perda de tecido subcutâneo, músculo e osso.

**Observação: As lesões por pressão deverão ser classificadas conforme a NPUAP, descritas em lesões por pressão.**

#### **5.4 Cicatrização das feridas**

A cicatrização de feridas consiste em um processo dinâmico que envolve fenômenos fisiológicos, bioquímicos, eventos celulares e moleculares que interagem para repavimentação e reconstituição do tecido, com o intuito de restabelecer a integridade tecidual.

#### **5.5 Tipos de cicatrização**

A cicatrização pode ocorrer por primeira intenção (união primária), onde as margens são aproximadas, há mínima perda de tecido e edema, não há presença de infecção.

Na cicatrização por segunda intenção, o processo de reparo é mais complexo e demanda mais tempo, pois ocorre excessiva perda de tecido, com presença de infecção.

A cicatrização por terceira intenção (sutura secundária) deve ser realizada por correção cirúrgica, quando fatores retardaram o processo cicatricial por primeira intenção, há presença de infecção e muitas vezes necessitam ser drenadas.



## **5.6 Fatores que interferem na cicatrização**

Determinados fatores, como idade elevada, aporte nutricional inadequado, obesidade, anemia, uso de medicamentos sistêmicos, anti-inflamatórios, imunossupressores, estresse, ansiedade, depressão, diabetes, hanseníase e hipertensão arterial, tempo de evolução da ferida, bem como sua extensão e profundidade, pressão contínua sobre a área lesada, infecção, edema, tabagismo, alcoolismo, uso de agentes tópicos inadequados interferem na cicatrização das feridas.

É importante estar atento a estes fatores e buscar discutir e intervir em conjunto com a equipe de saúde, de acordo com as particularidades de cada caso clínico.

## 5.7 Aspectos nutricionais na cicatrização de feridas

**Quadro 1 - Papel dos nutrientes na cicatrização**

<b>NUTRIENTES</b>	<b>Importância na cicatrização</b>
Proteínas	Síntese de colágeno, Proliferação de fibroblastos. Revascularização, Imunidade, Formação de linfócitos
Arginina	Intensificação nas funções mediadas pelas células T. Precursora da prolina e hidroxiprolina. Aumento na secreção de hormônio de crescimento
Carboidratos	Fonte de energia para os leucócitos e fibroblastos
Gorduras	Fosfolipídeos da membrana celular Síntese de prostaglandinas Fonte de energia
Vitamina A	Cofator na síntese do colágeno e no cross-linking. Aumento da regeneração tecidual auxiliando a síntese de glicoproteínas. Resposta imunológica
Tiamina (vitamina B1)	Cofator no metabolismo de colágeno
Riboflavina (vitamina B2)	Cofator no metabolismo de colágeno
Piridoxina (vitamina B6)	Coenzima na ativação da síntese proteica
Cobalamina (vitamina B12)	Coenzima na síntese de DNA e proteínas
Vitamina C	Hidroxilação da prolina e lisina na síntese de colágeno. Melhora na ação dos leucócitos. Proteção dos tecidos contra ação danosa do superóxidos. Acelera a regeneração tecidual
Vitamina D	Regulação de diversas proteínas estruturais, incluindo o colágeno do tipo 1
Vitamina E	Síntese de fatores de coagulação, pré requisito para a cicatrização das feridas
Vitamina K	Propriedades antioxidantes que promovem a integridade da membrana celular
Cálcio	Ação de collagenases nos processos de degradação e remodelação do colágeno dependem deste nutriente
Cobre	Reações de <i>cross-linking</i> na síntese de colágeno e elastina Eliminação de radicais livres
Ferro	Hidroxilação da prolina e lisina na síntese de colágeno. Essencial no processo de transporte de oxigênio pela hemoglobina ao leito das feridas
Manganês	Hidroxilação do colágeno
Magnésio	Cofator para enzimas envolvidas na síntese proteica e de colágeno
Selênio	Redução dos hidroperóxidos, protegendo assim a membrana lipídica lesão oxidante
Zinco	Cofator em mais de 100 diferentes enzimas que promovem síntese proteica, replicação celular e formação do colágeno. Cofator da polimerase do RNA e do DNA

Fonte: Bottoni, Bottoni, Celano (2011)

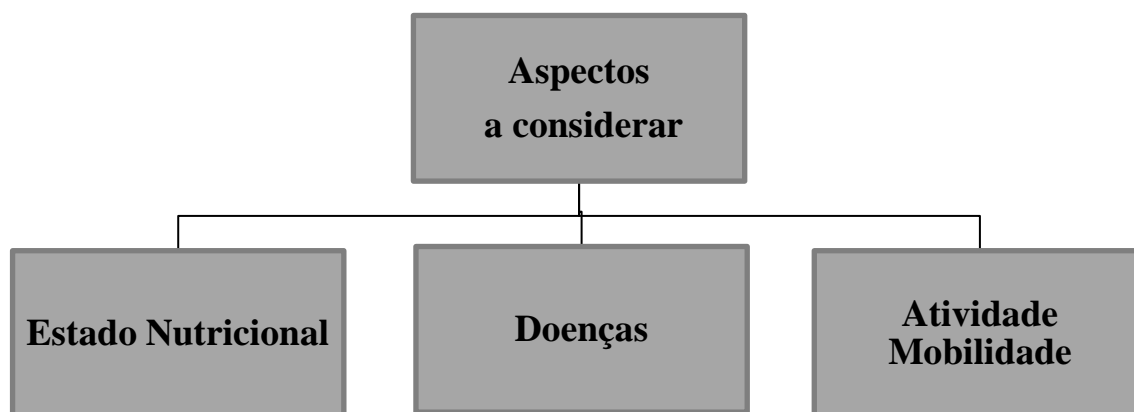
## 6 AVALIAÇÃO

A avaliação da pessoa com ferida ocorre em dois momentos: quando avaliamos o estado de saúde e quando a lesão é avaliada.

### **Considerações:**

O avaliador precisa conhecer aspectos e fatores gerais relacionados à reparação tecidual e a percepção de que a avaliação não se limitará apenas a lesão, de modo que as condições de avaliação geral do paciente e a avaliação das feridas estão vinculadas, pois o paciente deve ser assistido de maneira integral e holística.

### **6.1 Avaliação das condições gerais do paciente com lesão**

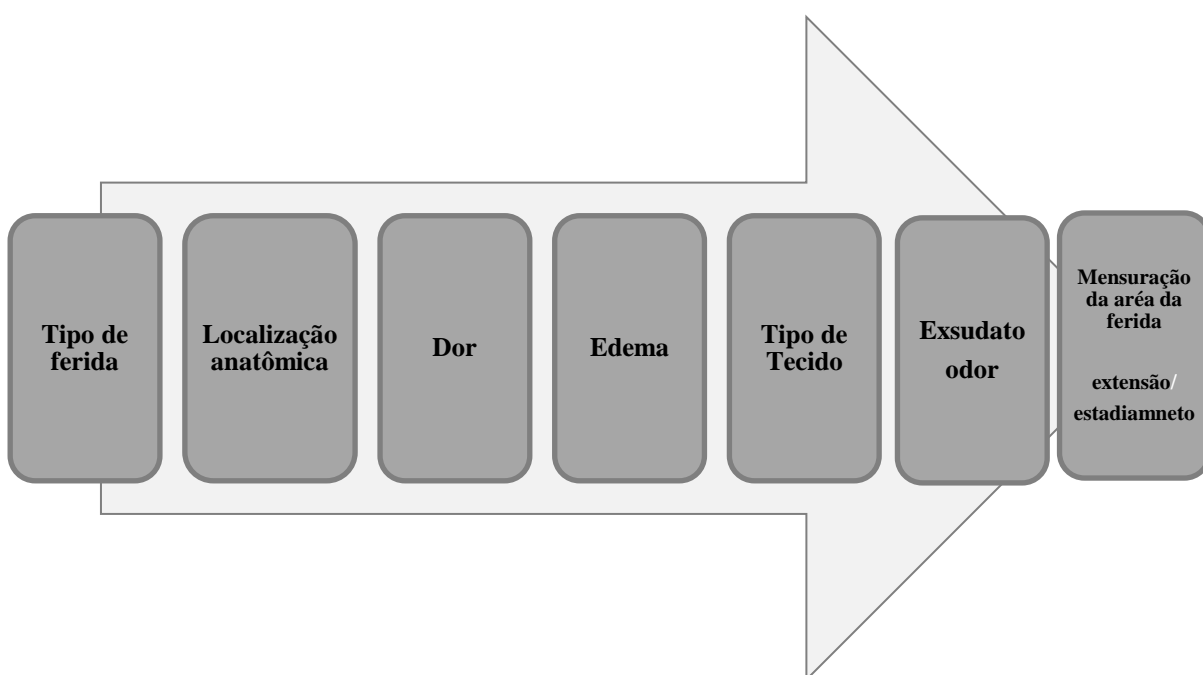


**Figura 1 - Avaliação das condições gerais do paciente com lesão**

## 6.2 Avaliação da ferida

A avaliação deve ser realizada e registrada no prontuário de saúde do privado de liberdade e deve-se observar as condições gerais do paciente e as características da lesão, além de atentar-se para a evolução do processo cicatricial e a saturação da cobertura utilizada.

Deve ser realizada de maneira periódica, ressaltando a importância da classificação das lesões e identificar o grau de comprometimento da região onde se encontra.



**Figura 2 - Características a serem observadas na lesão**

## 6.3 Tipos de feridas

### 6.3.1 Queimaduras

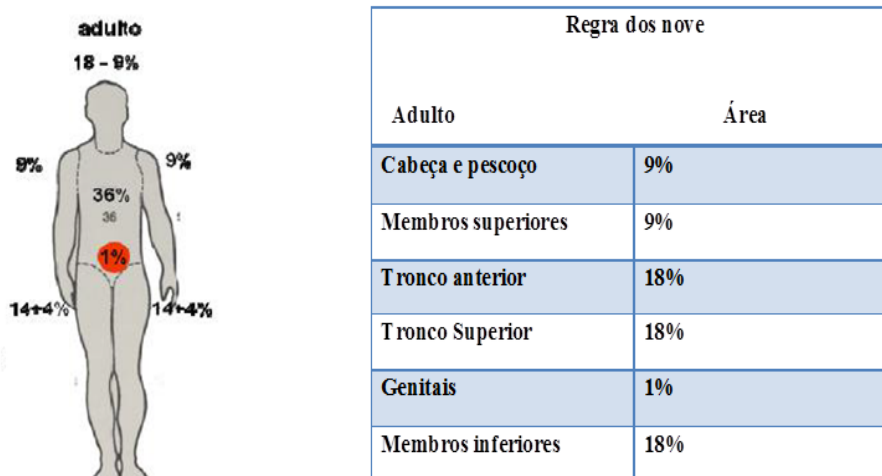
As queimaduras são feridas traumáticas causadas, na maioria das vezes, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Atuam nos tecidos de revestimento do corpo humano determinando destruição parcial ou total da pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundas como tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos. As queimaduras são classificadas de acordo com a profundidade e tamanho, sendo geralmente mensuradas pelo percentual da superfície corporal acometida.

**Quadro 2 - Classificação das queimaduras**

<b>Profundidade da queimadura</b>	<b>Agente</b>	<b>Profundidade</b>	<b>Aparência da superfície</b>	<b>Cor</b>	<b>Nível doloroso</b>
<b>1º grau Superficial</b>	Sol, raios ultravioletas	Epiderme	Geralmente seco, sem bolhas, rosa e toda inervada mínimo edema	Hiperemia	Doloroso
<b>Parcial 2º grau Superficial</b>	Líquidos aquecidos, vapor quente	Toda a Epiderme porção mais superior da derme	Úmida, presença de flictemas (bolhas)	Cor-de-rosa intermeado por coloração branca ou vermelha	Muito doloroso
<b>2º grau Profundo</b>		Toda epiderme e quase toda a derme			Indolor e menos dolorosa (profunda)
<b>Total 3º grau</b>	Chama direta, líquidos aquecidos, químico e elétrico	Atinge todas os apêndices da pele	Seca, sem retorno capilar, vasos sanguíneos	Amarelado, marrom, preto, cor de cera	Mínimo ou indolor

			coagulados, aparência de couro		
--	--	--	--------------------------------------	--	--

A extensão da queimadura também deverá ser avaliada. Existem diversos métodos que fornecem uma estimativa da superfície corporal queimada. A regra dos nove será utilizada neste protocolo, comumente utilizada em adultos e enquadra-se no perfil da população-alvo.



Fonte: Brasil, Ministério da saúde, 2012

**Figura 3** - Avaliação da extensão das queimaduras

### 6.3.2 Úlceras de membros inferiores

As úlceras venosas são o tipo mais comum de ferida crônica de membros inferiores, que geralmente ocorrem devido a Insuficiência Venosa Crônica. Na prática clínica, a história clínica e as características do membro inferior contribuem para distinguir as úlceras venosas de outros tipos de

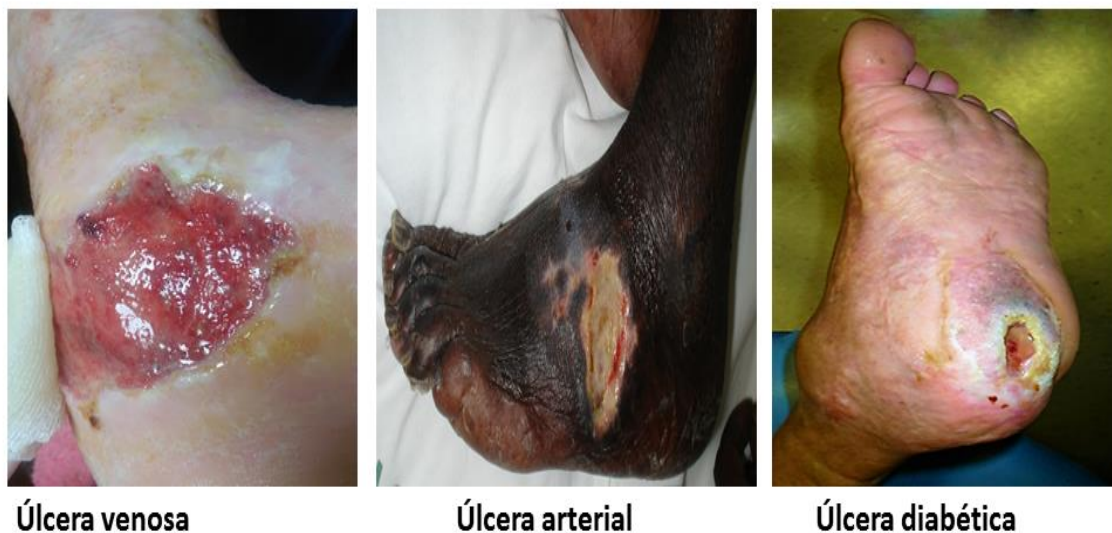
feridas de membros inferiores, como arteriais e úlcera diabética. As úlceras nas pernas são debilitantes e dolorosas e reduzem consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes

**Quadro 3 – Características dos principais tipos de feridas crônicas de membros inferiores**

<b>Tipo</b>	<b>Localização</b>	<b>Histórico</b>	<b>Característica</b>	<b>Outros achados</b>
<b>Úlcera venosa</b>	Mais comum em torno do maléolo medial	Varizes, Trombose Venosa Profunda, Outras doenças Venosas, Trauma, Cirurgia	Margens irregulares inclinadas, Normalmente superficial Tamanho variável, Níveis elevados de exsudato, presença de tecido de granulação Pode ser doloroso; Dor aliviada por elevação do membro	Pele do membro acometido lisa e brilhante Veias dilatadas Eczema varicoso Lipodermatoesclerose Hiperpigmentação
<b>Úlcera arterial</b>	Dedos do pé, ou lateral, com aspectos pré-tibial da parte inferior da perna	Claudicação intermitente dor em repouso, Doença Cardíaca e cerebrovascular	Bordas demarcadas irregulares e isquêmicas, Doloroso Superficial ou profunda, Podem estar presentes pequenas quantidades de tecido necrótico, níveis baixos de exsudato, gangrena pode estar presente	A pele circundante é muitas vezes ressecada e brilhante com perda de pelos, Pés frios, pulso fraco ou ausente
<b>Úlcera diabética</b>	Áreas de suporte de pressão na região Plantar do pé (neuropática)  Margens do pé, e. Sobre o primeiro ou quinto metatarso-Juntas falangeais (Neuroisquêmico)	Diabetes	Perda sensorial quando a neuropatia está presente Profundidade variável: e pode envolver Tendões e ossos	Neuropático: pé pode estar quente;calosidades, hiperkeratose  Neuroisquêmico: os pés podem estar frescos e o Pulso ausente

Fonte: Adaptado de Harding K, et al 2017

A Figura 4 demonstra algumas imagens de úlceras de membros inferiores, onde é possível identificar algumas das características mencionadas no quadro 3.



Fonte: Imagens arquivo pessoal e cedidas por Blanes, 2017

**Figura 4 - Úlcera de membros inferiores**

### **6.3.3 Lesão por pressão**

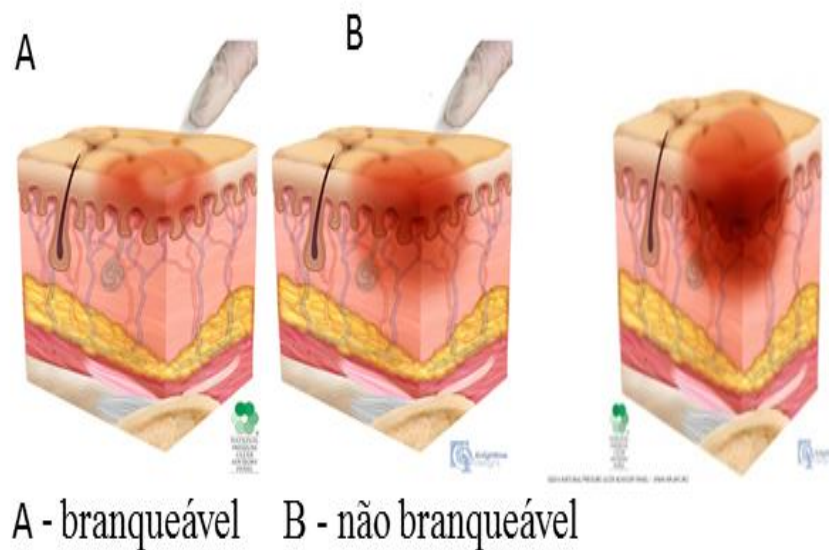
“Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos adjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado ao uso do dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado de pressão intensa e/ou prolongada em combinação com cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição”. (NPUAP, 2016)



### 6.3.3.1 Estadiamento das lesões por pressão

#### Estágio 1

“Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo” (NPUAP, 2016).

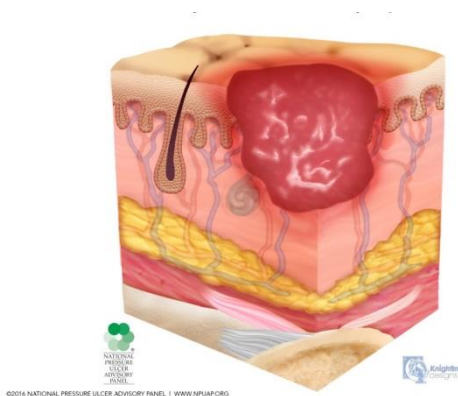


Fonte: NPUAP (2016)

**Figura 5 – Estágio 1 da LP**

## Estágio 2

“Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a Dermatite Associada à Incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas” (lesões por fricção, queimaduras, abrasões) (NPUAP, 2016).

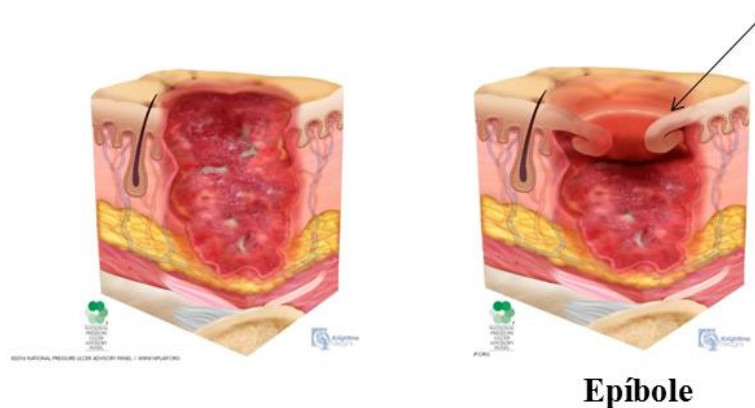


Fonte: NPUAP (2016)

**Figura 6 - Estágio 2 da LP**

### **Estágio 3**

“Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como lesão por pressão não classificável” (NPUAP, 2016).



Fonte: NPUAP (2016)

**Figura 7 - Estágio 3 da LP**

## Estágio 4

“Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável” (NPUAP, 2016).



Fonte: NPUAP (2016)

### Figura 8 - Estágio 4 da LP

As lesões por pressão podem se apresentar em outras categorias não classificáveis, pois possuem comprometimento tecidual indeterminado, visto que possuem profundidade indeterminada.

**Lesão por Pressão Não Classificável: Perda de pele em sua espessura total e perda tissular não visível.**

“Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida” (NPUAP, 2016).

**Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece**

“Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas” (NPUAP, 2016).

## **Definições adicionais:**

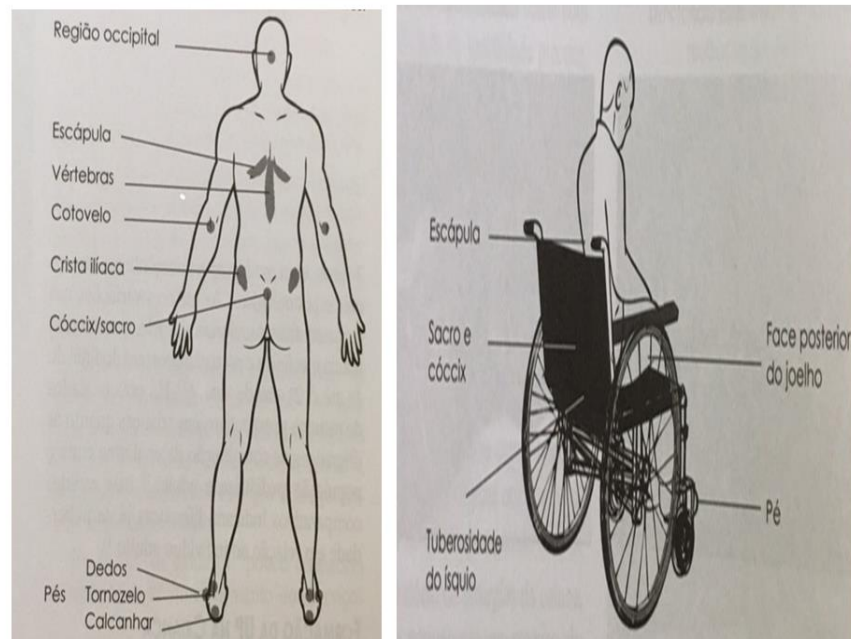
### **Lesão por pressão relacionadas a dispositivo médico**

“Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A lesão por pressão relacionada a dispositivo médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão” (NPUAP, 2016).

### **Lesão por pressão em membranas mucosas**

“A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas” (NPUAP, 2016).

No tratamento das lesões por pressão adotar medidas preventivas concomitantes ao tratamento.



Fonte: Blanes, 2014

**Figura 9 - Localizações mais comuns das lesões por pressão**

#### **6.4 Localização Anatômica**

A localização da ferida deverá ser observada e registrada, e o enfermeiro deverá atentar-se para o risco de contaminação nas feridas da região sacral e para problemas de mobilidade ocasionados por feridas nos pés. Na seleção da cobertura também é necessário levar em conta a localização.

## 6.5 Mensuração da área da ferida

Monitorar e registrar suas dimensões quanto a sua extensão e profundidade. O registro da largura e do comprimento da área da ferida é medida em  $\text{cm}^2$ , onde se multiplica a **maior largura** pelo **maior comprimento**. **O comprimento é a medida no sentido vertical, e a largura consiste na medida horizontal**, o resultado dessa multiplicação poderá classificá-las de acordo com as seguintes dimensões:

**Dimensão/área=  $\text{cm}^2$**

Pequena: menor que  $50 \text{ cm}^2$ ;

Média: maior que  $50 \text{ cm}^2$  e menor que  $150 \text{ cm}^2$ ;

Grande: maior que  $150 \text{ cm}^2$  e menor que  $250 \text{ cm}^2$ ;

Extensa: maior que  $250 \text{ cm}^2$ .

### **Considerações:**

Na presença de tecido necrótico, utilizar a classificação de comprometimento estrutural (profundidade) após desbridamento.

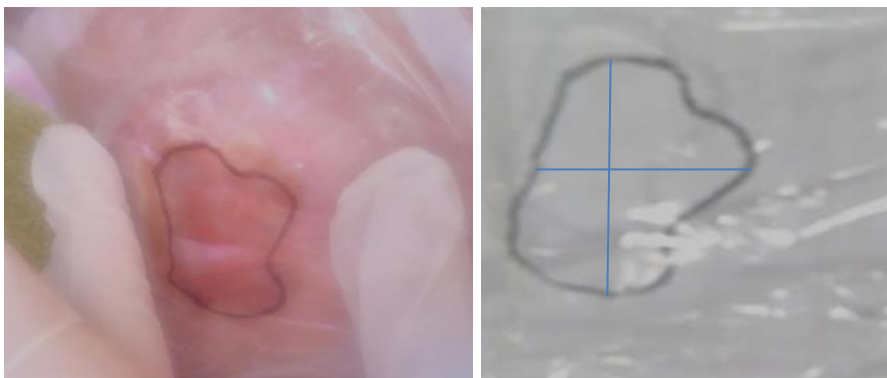
Registrar na ficha o tamanho (cm) e direção horizontal (H) e vertical (V) da ferida para comparações posteriores.

Este procedimento deverá ser realizado pelo mesmo profissional, quando o paciente deverá ser colocado na mesma posição, e se houver profundidade, deve-se utilizar *swab* estéril (*swab* e régua de papel deverão ser descartáveis).



### 6.5.1 Técnica de mensuração da área ferida

- Proceder à limpeza da ferida conforme técnica de soro em jato;
- Colocar parte interna do acetato (plástico estéril do interior das embalagens) sobre a ferida;
- Desenhar sobre o papel o contorno da ferida com caneta específica para retroprojeter;
- Traçar uma linha na maior extensão vertical e maior extensão horizontal formando um ângulo de 90° entre as linhas, respeitando o sentido céfalo-caudal;
- Anotar medidas das linhas em cm (no impresso de evolução) para comparações posteriores;
- Multiplicar uma medida pela outra para obter a área em cm<sup>2</sup>: comprimento X largura.
- Exemplo: 12cm<sup>2</sup> x 14cm<sup>2</sup> = 168 cm<sup>2</sup>



Fonte: Arquivo pessoal, 2017

**Figura 10 – Desenho do contorno da ferida no acetato**

## 6.5.2 Profundidade da Ferida

### Técnica de mensuração com régua descartável para feridas profundas

- Limpar a ferida;
- Introduzir seringa de insulina, sem agulha, no ponto mais profundo da ferida;
- Marcar no instrumento o ponto mais próximo à margem;
- Medir com uma régua o segmento marcado e anotar resultados em cm para comparação posterior.
- Multiplicar o comprimento - cm x largura cm x profundidade cm =  $\text{cm}^3$ , como no exemplo a seguir:



Fonte: Imagem cedida por Campos, 2016

**Figura 11 - Técnica de avaliação da profundidade e régua de papel**

### **6.5.3 Extensão do tecido envolvido / comprometimento estrutural**

**Superficiais:** comprometem apenas a epiderme;

**Espessura parcial:** comprometem as camadas mais profundas da epiderme e derme;

**Espessura total:** são as mais profundas, com perda de tecido subcutâneo, músculo e osso.

Lesão por Pressão: seguir o estadiamento conforme NPUAP;

Queimaduras: classificar conforme classificação descrita neste protocolo.

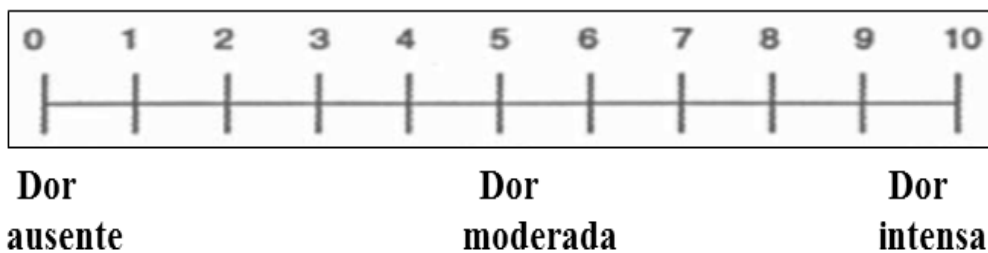
## **6.6 Avaliação da dor**

Esta avaliação é muito importante, visto que a dor pode afetar a qualidade de vida dos pacientes que apresentam feridas e pode até mesmo interferir no tratamento das lesões. É importante ressaltar que o próprio paciente deverá classificar sua dor.

Para mensurar a dor deverá ser utilizada a escala de intensidade da dor. É solicitado ao paciente que dê um escore para a sua dor - de 0 a 10. De acordo com o valor informado pode-se identificar o grau de dor, seguindo a classificação descrita a seguir.

### 6.6.1 Classificação da dor conforme escala

- **Zero (0)** = ausência de dor.
- **Um a três (1 a 3)** = dor de baixa intensidade.
- **Quatro a seis (4 a 6)** = dor de moderada intensidade com demanda relativa de analgésico.
- **Sete a nove (7 a 9)** = dor de forte intensidade com demanda de analgésico.
- **Dez (10)** = dor de intensidade insuportável com demanda de analgésico em horários específicos.



Fonte: Arquivo pessoal, 2017

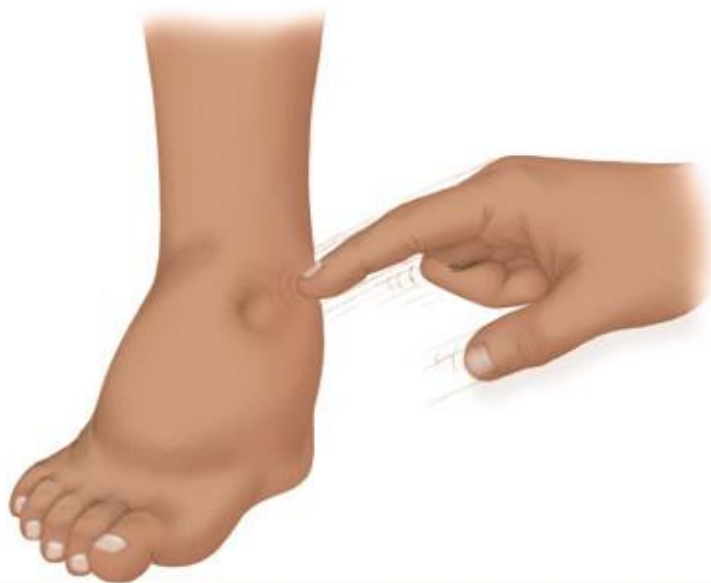
**Figura 12 - Escala de intensidade da dor**

### 6.7 Edema

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

O examinador deve utilizar a polpa digital do polegar ou do indicador e fazer uma compressão firme e sustentada, de encontro a uma estrutura rígida, subjacente à área em exame;

Avalia-se a profundidade do cacifo formado a partir da pressão do dedo sobre os tecidos contra a estrutura óssea. Quanto mais profundo o cacifo (depressão), maior o número de cruces, conforme na tabela apresentada a seguir, que trata da classificação de edema.



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Fonte: Mayo Foundation education and research, 2017

### **Figura 13 - Edema de cacifo**

### **Quadro 4 - Classificação do edema**

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

**Fonte:** Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas - SMSA/PBH, 2006.

**Observação:** Esta classificação não se aplica a linfedema.

## 6.8 Tipos de tecido / leito da ferida

Sabe-se que o leito da ferida pode apresentar diferentes tipos de tecido. Reconhecer e diferenciar esses tipos de tecido do leito da ferida é muito importante visto que o tipo de tecido presente na ferida pode sinalizar a fase de cicatrização, a evolução e a eficácia do tratamento.

Os tecidos no leito da lesão podem ser divididos em tecidos viáveis e tecidos inviáveis.

### Os tecidos viáveis compreendem:

- **Granulação:** de aspecto vermelho vivo, brilhante, úmido, vascularizado;
- **Epitelização:** revestimento novo, rosado e frágil.

### Os tecidos inviáveis compreendem:

- **Necrose de coagulação (escara):** caracterizada por presença de crosta preta e/ou bem escura;
- **Necrose de liquefação (esfacelo):** caracterizada por presença de tecido amarelo-esverdeado e/ou quando a lesão apresentar infecção e/ou presença de exsudato purulento;
- **Desvitalizado ou fibrinoso:** tecido de coloração amarela ou branca, que adere ao leito da ferida e se apresenta como cordões ou crostas grossas.



Fonte: Imagens cedidas por Blanes; Campos (2017)

**Figura 14 - Tipos de tecido**

## 6.9 Exsudato

O exsudato é o produto resultante de um processo inflamatório ou infeccioso, cujas características são: tipo, quantidade, odor e coloração.

### **6.9.1 Tipos e características do exsudato em feridas**

**Exsudato seroso:** A drenagem **serosa** é clara, fina e fluida. A produção de drenagem serosa é uma resposta típica do corpo durante o estágio normal de cicatrização inflamatória. No entanto, se houver uma grande quantidade de drenagem serosa, pode ser o resultado de uma alta contagem de biocombustíveis.

**Exsudato sanguinolento:** é normal em ocorrência apenas durante a fase inflamatória da cura, onde uma pequena quantidade deste sangue pode passar por uma ferida de espessura total ou parcial. Se for visto fora da fase inflamatória, a drenagem sanguínea pode ser resultado de trauma na ferida.

**Exsudato serossanguinolento:** é o tipo mais comum de exsudato que é visto em feridas. É fino, rosa e fluido na apresentação.

**Exsudato purulento:** é leitosa, geralmente mais espessa em consistência e pode ser cinza, verde ou amarelo na aparência. Se o fluido se tornar muito grosso, pode ser um sinal de infecção.

### **6.9.2 Odor**



**Ausente:** Sem odor;

**Característico:** Odor suportável, exalado no descobrimento da lesão;

**Fétido:** Odor desagradável; que leva à reação de afastamento;

**Pútrido:** Odor fétido e intenso.

Em relação ao volume de exsudato, classificar de acordo com as características abaixo:

**Ausente:** O leito da ferida está seco. Se nota ausência de umidade visível (ocorre quando a ferida está cicatrizando ou quando fica descoberta indevidamente).

**Baixo:** Leito da ferida apresenta umidade escassa e o fluido não está distribuído uniformemente em toda a área da lesão.

**Moderado:** o leito da ferida está molhado uniformemente, o fluido envolve somente a área da lesão e não danifica a pele adjacente.

**Alto:** O leito da ferida apresenta umidade intensa, os fluidos recobrem toda a lesão e danificam a pele adjacente.

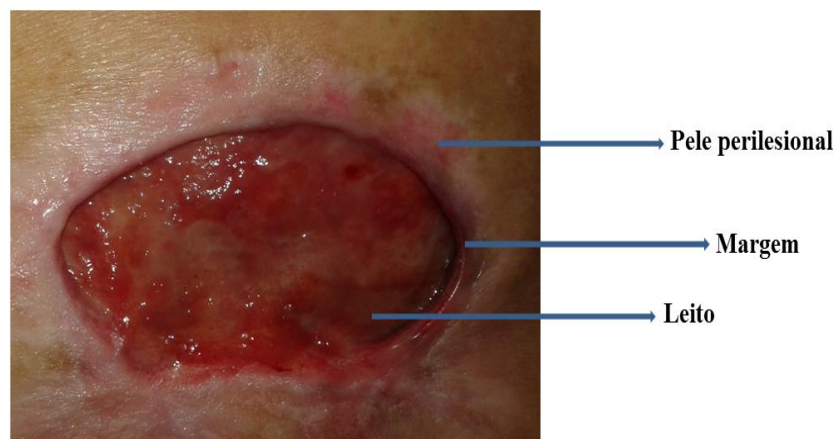
## **6.10 Condições da pele ao redor da ferida**

As margens, leito e pele perilesional determinam os limites anatômicos das feridas.

**Perilesional:** A área que se estende ao redor da ferida.

**Margem:** A margem é o contorno externo da ferida, é o limite anatômico entre a borda e a pele perilesional.

**Leito:** é a área central da ferida no qual a extremidade é limitada pela borda.



Fonte: Arquivo pessoal, 2017

**Figura 15 – Limites anatômicos da ferida**

### **Características das Margens**

**Macerada:** Apresenta pele de coloração esbranquiçada, pode estar intumescida, fato que ocorre devido ao contato acentuado com exsudato.

**Fibrótica:** Apresenta um tecido de coloração amarela ou branca que adere ao leito da ferida, mostra-se rígida e com consistência endurecida decorrente de áreas cicatrizadas.

**Desnivelada:** O leito da ferida é mais denso (profundo) do que a margem.

**Epibolia:** As margens das feridas dobras entre si.

## 7. TRATAMENTO DE FERIDAS

### Quadro 5 – Considerações sobre o curativo ideal

- **Remova tecidos necróticos e corpos estranhos do leito da ferida:** O uso de desbridantes enzimáticos deve ser orientado por enfermeiro ou médico. O desbridamento com instrumental deve ser feito pelo médico ou enfermeiro capacitado;
- **Identifique e elimine processos infecciosos:** Se houver indicação, utilize antissépticos na limpeza da lesão;
- **Em caso de presença de “espaços mortos”:** Para irrigar feridas com cavidade, pode ser necessário o uso de seringa conectada a um cateter que preencha “espaços mortos” com curativos absorventes;
- **Mantenha o leito da ferida com umidade controlada:** Em feridas com excesso de exsudato, utilize coberturas absorventes; em regiões ressecadas, utilize coberturas que forneçam umidade;
- **Promova isolamento térmico:** Utilize solução fisiológica na temperatura próxima à temperatura corporal (em torno de 37° C).
- **Proteja a ferida de traumas e infecção:** Mantenha a ferida com curativo oclusivo, evite traumas sobre a lesão, proteja o curativo durante o banho com plástico impermeável e proteja a ferida de fezes ou urina em pacientes com incontinência.

Fonte: Turner, 1997; Blanes, 2004

### 7.1 Avaliação dos sinais clínicos de infecção

- **Contaminação:** Todas as feridas podem adquirir microorganismos. Se as espécies bacterianas não têm as condições físicas e nutrição adequada, ou se não são capazes de superar com êxito as defesas do hospedeiro, não se multiplicam e não vão sobreviver; portanto, a sua presença é apenas temporária e a cicatrização retardada.
- **Colonização:** Espécies de colonização microbiana são capazes de crescer e multiplicar, mas não causam danos ao hospedeiro ou provocam uma infecção.
- **Infecção:** Ocorre crescimento, multiplicação e invasão microbiana dos tecidos do hospedeiro e podem causar dano celular. A cicatrização de feridas é interrompida e os fatores locais podem aumentar o risco de infecção.

### **Considerações:**

E importante fazer uma avaliação frequente do aspecto de toda a lesão para identificar precocemente os sinais clínicos da infecção. Observar com rigor o estado geral do paciente, atentando para eventuais modificações no estado geral, como perda de apetite, confusão, entre outras.

Indica-se realizar avaliação e acompanhamento da evolução das feridas e documentar o processo de evolução (tamanho volume de exsudato, tipo e tecido, aspecto da margem, valorizar a dor). Note-se que em pacientes diabéticos e portadores de neuropatia periférica a dor pode estar ausente.

Na presença de sinais clínicos de infecção, discutir o caso com o médico levando em conta as particularidades de cada caso. Se não houver condições terapêuticas para tratamento ambulatorial encaminhar para o serviço de referência secundário

### **Sinais Clínicos de Infecção da Ferida**

- Intensidade da dor aumenta/mudança na natureza da dor;
- A erupção começa a se expandir-se;
- O volume de exsudato aumenta;
- O cheiro se manifesta muitas vezes nauseante;
- Tecido torna-se friável e sangra facilmente;
- Tecido que até então era viável, passa a apresentar esfacelo;
- A ferida deixa de evoluir, muito embora as medidas terapêuticas estivessem adequadas;
- A presença de celulite é um sinal de infecção evidente.

**Observação: A cultura de exsudato da lesão, quando suspeita de infecção, pode ser confirmada por biópsia de tecido.**

**A Realização de Biópsia da Ferida** consiste na remoção de um pedaço de tecido para exame laboratorial. É importante limpar a área antes da realização do procedimento com alguma solução estéril que não contenha antisséptico. Pode ser utilizado anestésico tópico ou injetável. Nunca se deve colocar o material em formol, sendo indicado o emprego de um frasco estéril para encaminhamento da amostra ao laboratório.

## **8. ORIENTAÇÕES ASSISTENCIAIS**

### **8.1 Considerações sobre a limpeza das feridas**

**Observações:** Realizar irrigação com soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%) morno a 37°C para não prejudicar o processo cicatricial (se houver disponibilidade poderá ser aquecido em banho maria).

Não secar o leito da ferida, somente ao redor da mesma (*Agency for Health Care Policy and Research – AHCPR*).

Realizar limpeza mecânica da pele ao redor da ferida com gaze umedecida em (SF 0,9%). Na presença de sujidade poderá ser utilizado sabão líquido hospitalar atentando para que não escorra para o leito da lesão.

### **8.2 Limpeza da ferida aberta**

**Executor:** Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem.

**Considerações:**

O (SF 0,9%) foi a solução de escolha para limpeza, pois trata-se de material isotônico, que não interfere com o processo de cicatrização normal.

**Materiais:** Bandeja, kit de curativo ou luva estéril, pacote de gaze estéril, solução fisiológica (SF 0,9%), agulha 40x12, adesivo hipoalergênico e saco plástico.

**Observações:** O profissional de saúde durante o procedimento na presença do privado de liberdade deverá estar acompanhado pelo agente de segurança penitenciário.

Utilize o equipamento de proteção individual de acordo com cada lesão.

**Procedimento:**

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Coloque os materiais na bandeja;
- Com o auxílio do agente penitenciário, posicione o paciente de acordo com o local da ferida, respeitando as medidas de segurança e o conforto do privado de liberdade;
- Higienize as mãos, abra os materiais necessários e coloque em campo estéril;
- Perfure a solução fisiológica com agulha para irrigar a lesão;  
Irrigue a lesão com (SF 0,9%), em seguida retire o curativo anterior delicadamente, com luva de procedimento, quando se deve observar o aspecto do curativo retirado;
- Descarte o curativo anterior e todo o material utilizado em local próprio;
- Descarte a luva utilizada para a remoção do curativo;

- Calce a luva estéril ou de procedimento;
- Limpe a pele ao redor da ferida com gaze embebida em solução fisiológica;
- Seque a pele ao redor da ferida;
- Limpe o leito da ferida com (SF 0,9%);
- Coloque a cobertura primária prescrita sobre a lesão, preenchendo a cavidade, se houver. Respeite as recomendações do fabricante do produto, e na presença de exsudato utilize chumaço ou compressa;
- Fixe o curativo com adesivo hipoalergênico ou utilize atadura crepe para enfaixar;
- Retire o equipamento de proteção individual;
- Higienize as mãos;
- Anote a data e período que foi feito o curativo;
- Calce as luvas de procedimento;
- Solicite ao paciente que retorne ao pavilhão de origem;
- Programe o retorno e coloque no boletim de atendimento diário de sua unidade;
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada;
- Encaminhe o material para o expurgo:
  - despreze o saco plástico em lixeira infectante.
  - despreze o material perfurocortante em recipiente próprio
- Retire as luvas de procedimento;
- Higienize as mãos;
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e aplique álcool 70%;
- Higienize as mãos;



- Cheque a prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, com descrição do aspecto da pele ao redor e do leito da ferida (coloração e exsudato).

### **8.3 Cuidados com a ferida operatória**

#### **Considerações:**

O curativo de ferida operatória simples só deverá ser realizado na presença de exsudato ou sangramento. Caso isso não ocorra, o paciente deverá ser orientado a retirá-lo e lavar o local com água e sabão durante o banho.

#### **8.3.1 Limpeza da ferida operatória**

**Executores:** Enfermeiro, técnico de enfermagem, Auxiliar de enfermagem.

**Materiais:** Bandeja, kit de curativo ou luva estéril, pacote de gaze estéril, soro fisiológico 0,9%, agulha 40x12, adesivo hipoalergênico e saco plástico.

**Observações:** O profissional de saúde durante o procedimento na presença do privado de liberdade deverá estar acompanhado pelo agente de segurança penitenciário. Utilize o equipamento de proteção individual de acordo com cada lesão

**Procedimento:**

- Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Colocar os materiais na bandeja;
- Com o auxílio do agente penitenciário, posicionar o paciente de acordo com o local da ferida, respeitando as medidas de segurança e o conforto do privado de liberdade;
- Reúna o material na bandeja e coloque próximo ao paciente;
- Explicar ao paciente o que será feito;
- Manter protegida a privacidade do paciente;
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- Higienizar as mãos;
- Abrir os materiais, se necessário colocar-se em campo estéril. Abrir pacote de curativo com técnica asséptica;
- Desprezar o curativo anterior no lixo; retirar as marcas de esparadrapo com gaze embebida em removedor de curativo;
- Utilizar gaze umedecida em soro fisiológico;
- Limpar a incisão, utilizando as duas faces da gaze, sem voltar ao início da incisão;
- Limpar as regiões laterais após a limpeza da incisão principal;
- Secar a incisão e as laterais, de cima para baixo;

- Ocluir com gaze e fixar com esparadrapo ou micropore apenas a incisão que estiver com exsudato;
- Programar o retorno e anotar no boletim de atendimento diário de sua unidade;
- Recolher o material, mantendo a unidade organizada;
- Encaminhar o material para expurgo:
  - desprezar o saco plástico em lixeira infectante.
  - desprezar o material perfurocortante em recipiente próprio.
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e aplicar álcool 70%;
- Higienizar as mãos;
- Checar a prescrição de enfermagem e anotar o procedimento realizado, descrever o aspecto da pele ao redor e do leito da ferida, sempre levar em conta a coloração e a presença de exsudato, e se há presença de sinais flogísticos.

#### **8.4 Desbridamento**

A remoção de tecidos desvitalizados, inviáveis, é uma das etapas do processo de limpeza da ferida. O desbridamento de uma lesão pode ser autolítico, químico, mecânico ou instrumental conservador, como apresentado a seguir:

- **Desbridamento autolítico** – processo seletivo de remoção da necrose (preserva o tecido vivo) pela ação dos neutrófilos, eosinófilos e basófilos e das enzimas digestivas do próprio organismo do paciente. É promovido pelo uso de produtos que garantam a umidade adequada na ferida.
- **Desbridamento instrumental conservador** – pode ser realizado à beira do leito ou em atendimento ambulatorial, em lesões cuja área de necrose não seja muito extensa. Nestes casos, a analgesia local geralmente não é necessária, visto que o tecido necrótico é desprovido de sensação dolorosa. Nos casos de lesões ou úlceras extensas, o paciente deverá ser encaminhado ao centro cirúrgico.
- **Desbridamento mecânico** – consiste na aplicação de força mecânica diretamente sobre o tecido necrótico a fim de facilitar sua remoção, promovendo um meio ideal para a ação de cobertura primárias. Pode ser fricção, irrigação com jato de solução salina à 0,9%, irrigação pulsátil, hidroterapia, curativo úmido-seco, enzimático e autólise.
- **Desbridamento químico** – processo seletivo de remoção da necrose (preserva o tecido vivo) por ação enzimática.

A execução do desbridamento poderá ser realizada pelo médico ou enfermeiro habilitado respeitando as recomendações do COFEN nº 0501/2015, norma técnica que regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado a feridas - Resolução COFEN nº 0501/2015.

## 9. CONSIDERAÇÕES SOBRE COBERTURAS

→ As coberturas podem ser classificadas quanto ao desempenho:

**Passivo:** Somente protegem e cobrem as feridas.

**Interativos:** Proporcionam um micro ambiente ótimo para a cura.

**Bioativos:** Resgatam ou estimulam a liberação de substâncias durante o processo de reparação tecidual.

→ Quanto a sua relação de contato com o leito da ferida, em:

**Primária:** colocadas diretamente sobre a ferida;

**Secundária:** são aquelas colocadas sobre a cobertura primária quando necessário.

## 9.1 Terapia tópica

Para uma terapia tópica efetiva é necessário seleção e aplicação apropriada da cobertura, bem como avaliação da resposta do organismo na reparação tecidual.

**Observação:** Coberturas para tratamento de lesões (Apêndice 1)

## 10. REFERÊNCIAS

Afonso C, Afonso G, Azevedo M, Miranda M, Alves P. Prevenção e tratamento de feridas Da evidência à prática. Portugal: Hartmann; 2014. p. 48-57.

Almeida CE, et al. Manual para realização de curativos. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2002. p. 122.

Belo Horizonte (MG). Prefeitura Municipal. Protocolo de assistência aos portadores de ferida. Belo Horizonte(MG): SMSA; 2006.

Blanes L, Ferreira LM. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. ed Atheneu. São Paulo. 1. ed. 2014. p. 179-82.

Blanes L. Tratamento de feridas. Baptista-Silva JCC, ed. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo: 2004. [acesso em 2017 fev 10]. Disponível em: <http://www.bapbaptista.com>.

Bottoni A, Bottoni A, Rodrigues R, Celano R. Papel da Nutrição na Cicatrização / Role of Nutrition in Healing. Revista Ciências em Saúde. 2011; 1(1): 98.

Brölmann F, Ubbink D, Nelson E, Munte K, van der Horst C, Vermeulen H. Decisões baseadas em evidências para o tratamento local e sistêmico das feridas. British Journal of Surgery. 2012; 99(9): 1172-83.

Caliri MHL, Santos VLCCG, Mandelbaum MHS, Costa IG. Classificação das lesões por pressão – consenso NPUAP 2016 – Adaptação. Cultural. Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). Disponível em: <http://sobest.org.br/noticia/138>.

Chibante C, Santo F, Santos T, Porto I, Daher D, Brito W. Knowledge and practices in care focused on individuals with wounds. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. 2017; 21(2).

Como acontece a cicatrização de feridas e como orientar usuários e equipe no roteiro de acompanhamento. Núcleo de Telessaúde Sergipe [27 jul 2015]. Disponível em: <http://aps.bvs.br/aps/como-acontece-a-cicatrizacao-de-feridas-e-como-orientar-usuarios-e-equipe-sobre-o-roteiro-de-acompanhamento/>.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N.º 0501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. Anexo: Norma técnica que regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas, 2015.

Cesaretti IUR. Processo fisiológico de cicatrização da ferida. *Pelle Sana*. 1998; 2: 10-2.

Domansky RC, Borges E. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2012. p. 188.

Eberhardt T, Kessler M, Soares R, Lima S, Fonseca G, Rodrigues L. Mensuração de feridas: revisão da literatura. *Ciência & Saúde*. 2015; 8(2): 79.

European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for Wound infection. London: MEP Ltd, 2005.

Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico / Maria Genilde das Chagas Araújo Campos, Alana Tamar Oliveira de Sousa, Josilene de Melo Buriti Vasconcelos, Sumaya Araújo Pereira de Lucena, Sylvania Katiussa de Assis Gomes. - João Pessoa: Idéia, 2016. p. 398: il.

Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Feb 15; (2).

Gupta S, Andersen C, Black J, de Leon J, Fife C, Lantis Ii JC, Niezgodá J, Snyder R, Sumpio B, Tettelbach W, Treadwell T, Weir D, Silverman RP. Management of Chronic Wounds: Diagnosis, Preparation, Treatment, and Follow-up. *Wounds*. 2017 Sep; 29(9): S19-S36.

Harding K, et al. Simplifying venous leg ulcer management: consensus recommendations. *Wounds International* [internet]. 2015 [acesso em 26 Jun 17]. Disponível em <http://www.woundsinternational.com/consensus-documents/view/simplifying-venous-leg-ulcer-management>

Harries RL, Bosanquet DC, Harding KG. Wound bed preparation: Time for na update. *Int Wound J*. 2016 Sep; 13 Suppl 3: 8-14.



Jorgensen LB, Sorensen JA, Jemec GB, Yderstraede KB. Methods to assess área and volume of wounds - a systematic review. *Int Wound J*. 2016 Aug; 13(4): 540-53.

Kirsner R, Vivas A. Lower-extremity ulcers: diagnosis and management. *British Journal of Dermatology*. 2015; 173(2): 379-90.

Klein S, Schreml S, Dolderer J, Gehmert S, Niederbichler A, Landthaler M, Prantl L. Evidence-based topical management of chronic wounds according to the T.I.M.E. principle. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2013 Sep; 11(9): 819-29.

Leaper DJ, Schultz G, Carville K, Fletcher J, Swanson T, Drake R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years?(\*). *Int Wound J*. 2012 Dec; 9 Suppl 2: 1-19.

Montenegro S. Proteína e cicatrização de feridas. *Nutricias* [Internet]. 2012 Set [citado 2017 Nov 27]; ( 14 ): 27-30. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-72302012000300007&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-72302012000300007&lng=pt).

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.

Disponível em: <http://www.npuap.org/wp-content/LPloads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA – Jan 2016.pdf>.

Oliveira BGRB, Castro JBA, Andrade NC. Técnicas Utilizadas na Aferição de Feridas e Avaliação do Processo Cicatricial. *Saúde Coletiva* 2005; 02(6): 57-62.

Protocolo prevenção de úlcera por de úlcera São Paulo Unifesp 2016.  
<http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2016/seguranca/ProtocoloUPrevisadoMarco2016.pdf> .

Santos E, Queirós P, Cardoso D, Cunha M, Apóstolo J. A eficácia das soluções de limpeza para o tratamento de feridas: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; IV Série (9): 133-43.

São Paulo(SP). Prefeitura Municipal - Secretaria da Saúde. Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético: Programa de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético. São Paulo(SP): Secretaria da Saúde; 2009.

Sociedade Brasileira de Queimaduras [homepage na internet] Queimaduras conceitos e causas. [acesso em 15 Mar 17]. Disponível em:  
<http://sbqueimaduras.org.br/queimaduras-conceito-e-causas/primeiros-socorros-e-cuidados/>.

Tazima MFGS, Andrade YADMV, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*. 2008; 41(3): 259-64.

Tricco AC, Antony J, Vafaei A, Khan PA, Harrington A, Cogo E, Wilson C, Perrier L, Hui W, Straus SE. Seeking effective interventions to treat

complex wounds: an overview of systematic reviews. BMC Med. 2015 Apr 22; 13: 89.

Turner TD. The development of wound management products. in: Krasner D, Kane DP. Chronic wound care: a clinical source book for health care professional. 2. ed. Wayne, PA: Health Management; 1997.

Wasiak J, Cleland H, Campbell F, Spinks A. Dressings for superficial and partial thickness burns. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 Mar 28; (3): 1-85.

## **ANEXOS**

### **ANEXO I**

**A RESOLUÇÃO COFEN Nº 501/2015 - FOI REVOGADA PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 567/2018 (anexada e atualizada para impressão do protocolo).**



**ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 0567/2018**

**REGULAMENTO DA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM  
FERIDAS**

**I. REGULAMENTAÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AOS  
PACIENTES COM FERIDAS**

**1. Geral:**

- a) Avaliar, prescrever e executar curativos em todos os tipos de feridas em pacientes sob seus cuidados, além de coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado de pessoas com feridas.

**2. Específicas:**

- a) Abrir clínica/consultório de enfermagem para a prevenção e cuidado aos pacientes com feridas, de forma autônoma e empreendedora, respeitadas as competências técnicas e legais.
- b) Realizar atividades de prevenção e cuidado às pessoas com feridas, a ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo às determinações das normatizações do Cofen e aos princípios da *Política Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, do Sistema Único de Saúde-SUS*.
- c) Prescrever medicamentos e coberturas utilizados na prevenção e cuidado às pessoas com feridas, estabelecidas em Programas de Saúde e/ou Protocolos Institucionais.
- d) Realizar curativos em todos os tipos de feridas, independente do grau de comprometimento tecidual.
- e) Executar o desbridamento autolítico, instrumental, mecânico e enzimático.
- f) Realizar a terapia de compressão elástica e inelástica de alta e baixa compressão, de acordo com diagnóstico médico (úlceras venosas ou mistas e linfedemas).
- g) Participar da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e cuidado aos pacientes com feridas.

- h) Estabelecer política de avaliação dos riscos potenciais, por meio de escalas ou outras ferramentas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional.
- i) Desenvolver e implementar plano de intervenção para o indivíduo em risco de desenvolver lesão/úlcera por pressão.
- j) Avaliar estado nutricional do paciente através de seu IMC (Índice de Massa Corporal) e se necessário utilizar-se de indicadores nutricionais como: hemoglobina, glicemia, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D, e outros, conforme protocolo institucional.
- k) Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias.
- l) Utilizar novas técnicas e tecnologias tais como laser e LED, terapia por pressão negativa, eletroterapia, hidrozonioterapia, entre outros, mediante capacitação.
- m) Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomada de decisão imediata.
- n) Garantir com eficácia e eficiência o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito no contexto do processo de enfermagem.
- o) Coordenar e/ou participar de pesquisas clínicas relacionadas a produtos, medicamentos e tecnologias a serem utilizados na prevenção e tratamento de feridas, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão.
- p) Delegar ao Técnico de Enfermagem os curativos de feridas, respeitadas suas competências técnica e legais, considerando risco e complexidade.
- q) Prescrever cuidados de enfermagem às pessoas com feridas a serem executados pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as disposições legais da profissão.
- r) Solicitar exames laboratoriais e radiografias inerentes ao processo do cuidado, estabelecidos em protocolos institucionais, às pessoas com feridas.
- s) Utilizar materiais, equipamentos, medicamentos e novas tecnologias aprovados e que venham a ser aprovados pela Anvisa, para a prevenção e cuidado às pessoas com feridas.
- t) Executar, coordenar e supervisionar as atividades de enfermagem relacionadas à terapia hiperbárica.
- u) Realizar foto documentação para acompanhamento da evolução da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou responsável, por meio de formulário institucional, respeitando os preceitos éticos e legais do uso de imagens.
- v) Realizar coleta de material para exame microbiológico das feridas quando necessário o diagnóstico etiológico de infecção.
- w) Participar e solicitar parecer técnico das Comissões de Curativos.



- x) Realizar referência para serviços especializados ou especialistas quando necessário.
- y) Garantir a contra referência quando em serviços especializados.
- z) Registrar todas as ações executadas e avaliadas no prontuário do paciente.

## **II. REGULAMENTAÇÃO DA ATUAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM FERIDAS**

- a) Realizar curativo nas feridas sob prescrição e supervisão do Enfermeiro.
- b) Auxiliar o Enfermeiro nos curativos.
- c) Informar à pessoa quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida, enquanto componente da equipe de enfermagem;
- d) Registrar no prontuário do paciente as características da ferida, procedimentos executados, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer anomalia, comunicando ao Enfermeiro as intercorrências.
- e) Manter-se atualizado participando de programas de educação permanente.

## **III. ATUAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM FERIDAS**

- a) Executar as ações prescritas pelo Enfermeiro de acordo com sua competência técnica e legal.
- b) Auxiliar o Enfermeiro nos curativos.
- c) Manter-se atualizado participando de programas de educação permanente.



3

**Obs: Resolução com as referências podem ser consultadas no site:**

<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/ANEXO-RESOLU%C3%87%C3%83O-567-2018.pdf>

# APÊNDICES

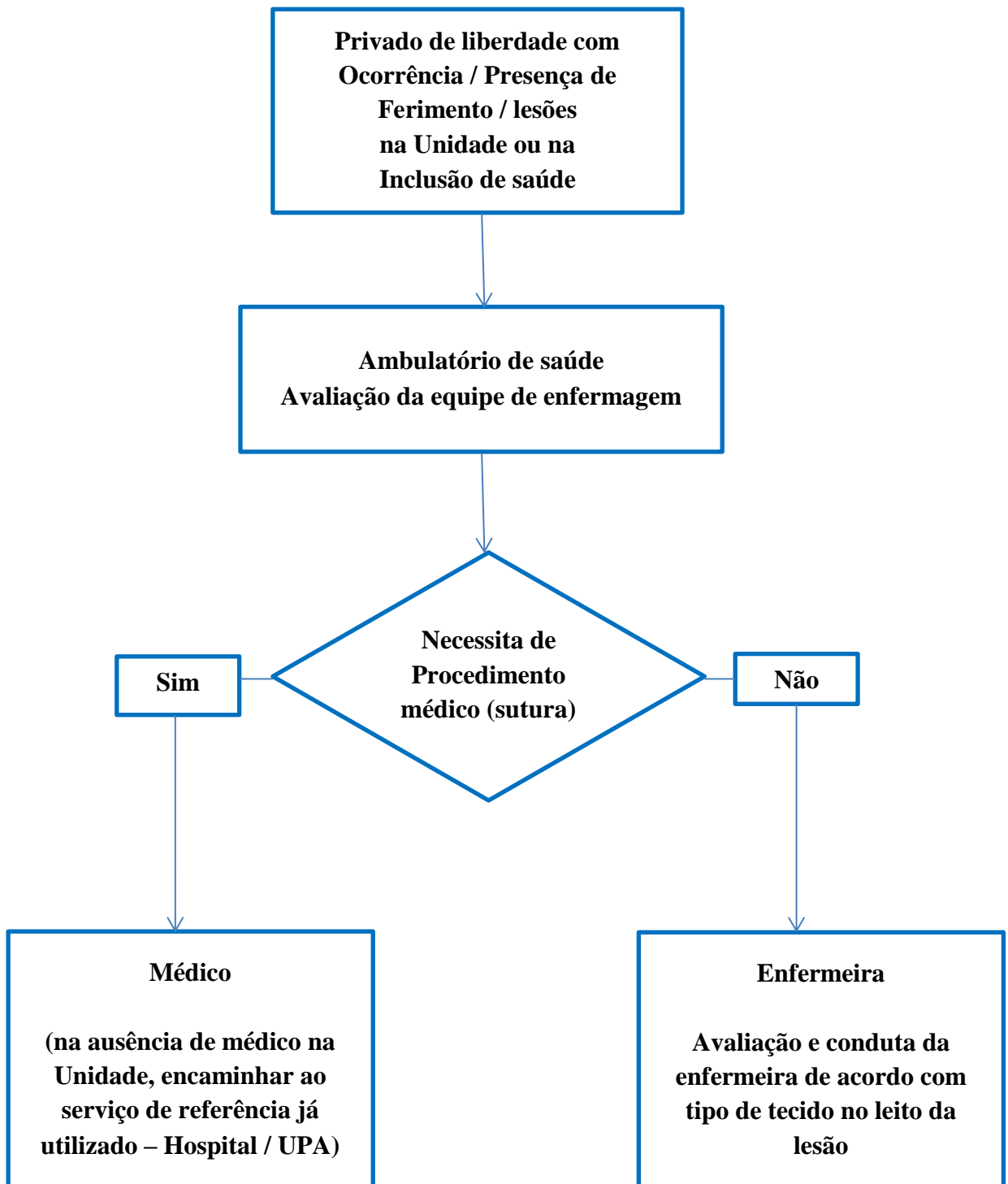
## Apêndice 1 - Coberturas para tratamento de feridas

Produto	Descrição	Indicação	Contraindicação	Aplicação e troca
<b>ALGINATO DE CÁLCIO SÓDIO</b>	Cobertura de ferimento, absorvente, composto de um polímero em fibras de alginato de cálcio e/ou sódio, em placa resistente a tração, não adesiva e não oclusiva.	Lesões abertas com exsudato de moderado a grande quantidade; presença de cavidades sangrantes, com ou sem infecção; cirúrgicas e feridas crônicas.	Lesões com perdas teciduais superficiais, com pouco ou sem presença de exsudato; feridas superficiais com predomínio de tecido necrótico. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.	feridas infectadas (24 horas), feridas limpas com sangramento (48 horas), feridas limpas ou exsudação intensa (quando saturar). Trocar o curativo secundário sempre que estiver saturado.
<b>HIDROGEL</b>	Hidrogel amorfo, transparente, composto por carboximetilcelulose, propilenoglicol e água.	Desbridamento de autolítico em feridas superficiais e profundas. Pode ser usado em feridas infectadas.	Pele íntegra e lesões fechadas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.	A cada um a três dias, dependendo da quantidade de exsudato.
<b>SULFADIAZINA DE PRATA</b>	Atua contra uma grande variedade de microorganismos, como: bactérias gram-negativas e positivas. O uso indiscriminado da sulfadiazina de prata causa citotoxicidade e pode levar à resistência microbiana.	Tratamento de queimaduras.	Presença de hipersensibilidade aos componentes; disfunção renal ou hepática, leucopenia transitória, raríssimos casos de hiposmolaridade, raríssimos episódios de aumento da sensibilidade à luz solar	12 horas ou até saturar o curativo secundário  Obs: Não ultrapassar 14 dias.
<b>ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL AGE</b>	Óleo composto por ácidos graxos ácido linoleico, caprílico, láurico e caproico, lecitina de soja vitamina A e E	Lesões abertas (com ou sem infecção), para não aderência da cobertura – ex. raion ou morin, Profilaxia de lesão por pressão.	Não relatada	24 horas ou até saturar o curativo secundário, uso para não aderência da cobertura.
<b>COLAGENASE</b>	Colagenase clostridiopeptidase A enzimas proteolíticas.	Feridas com tecido desvitalizado	Feridas com cicatrização por primeira intenção.	24 horas ou até saturar o curativo secundário

<b>PAPAÍNA</b>	Enzima proteolítica complexa de origem vegetal extraída do látex do mamão ( <i>carica papaya</i> )	Bactericida, bacteriostático e desbridante.	De acordo com as características do leito da ferida. Feridas secas ou com tecido de granulação. Varia 2 a 10% de acordo com o tecido.	Até 24 ou de acordo com a saturação do curativo secundário
<b>FILME TRANSPARENTE</b>	Película transparente estéril de poliuretano, tipo barreira, permeável a gás, vapor e bactérias, permitindo troca gasosa da ferida e impermeável à água.	Fixação de cateteres vasculares; coberturas de incisões cirúrgicas limpas sem presença de exsudato; feridas superficiais, proteção de escoriações; prevenção de lesão por pressão estágio 1 ;cobertura de áreas doadoras de enxerto e abrasões; cobertura secundária.	Feridas com exsudato e infectadas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.	Quando perder a transparência, na presença de exsudato ou sinais de infecção
<b>ESPUMA DE POLIURETANO</b>	Hidropolímero hidrocelular, composto de camada externa de poliuretano impermeável a líquidos e bactérias, permitindo troca gasosa.	É indicado para o tratamento de lesões de pele superficiais e profundas que cicatrizam por segunda intenção, em fase de granulação, com níveis de exsudação moderada a intensa, incluindo feridas agudas e crônicas	Feridas com perda tecidual superficial com predomínio de tecido necrótico; ausência de exsudato. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.	Até 7 dias
<b>ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA</b>	Espuma absorvente flexível de poliuretano cinza que contém um composto de prata.	Feridas com exsudação moderada, lesões por pressão, úlceras de perna e pé, sob terapias de compressão, áreas doadoras ou áreas de enxerto, feridas traumáticas.	Lesões com pouca ou nenhuma exsudação. Hipersensibilidade a algum componente da fórmula.	Até 7 dias
<b>HIDROCOLÓIDE PLACA</b>	Cobertura composta de carboximetilcelulose sódica, recoberto por uma película de poliuretano.	Prevenção e tratamento de feridas abertas não infectadas, com pouco exsudato;	Feridas infectadas, exsudativas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.	Até 7 dias, a depender da quantidade de exsudato.
<b>FILME DE POLIURETANO PERFORADO TRANSPARENTE FLEXÍVEL E FINO</b>	Poliuretano perfurado, fino, transparente, flexível e fino.	Feridas, abrasões de pele, queimaduras de espessura superficial, feridas traumáticas, lacerações,	Não foram encontradas	Até 14 dias



## Apêndice 2 - Fluxograma de Atendimento Ambulatorial



**Observação:** A equipe de saúde deverá trabalhar em conjunto, medicina e enfermagem, sempre que julgar prudente solicitar avaliação médica.



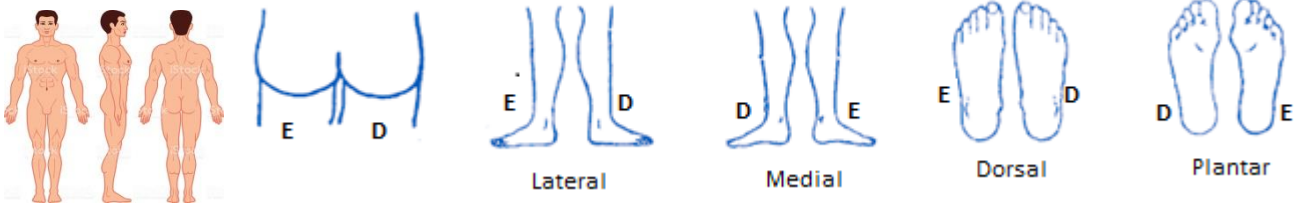
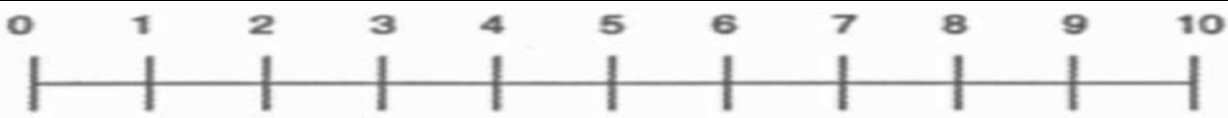
## Apêndice 3 – Pequenas queimaduras





Imagens cedidas: Piteroni, 2017.

**Fonte:** Adaptado de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas - SMSA/PBH, 2006.

## Apêndice 4 - Avaliação

		<b>COORDENADORIA DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO</b>				
UNIDADE PENITENCIÁRIA:						DATA
NOME:				Gênero: _____		
DATA DE NASC		ID:	MATRÍCULA			
<b>Alergia:</b> Não( ) Sim( ) Especifique _____		<b>Estado Mental</b> Orientado( ) Outro _____	<b>Tabagismo, Droga, Etilismo</b> Não( ) Sim( ) Quais? _____		<b>Doenças atuais:</b> Não( ) Sim( ) _____ _____	
<b>FATORES QUE PODEM INTERFERIR NA CICATRIZAÇÃO</b> (Doenças, medicações, aspectos nutricionais, Atividade mobilidade)						
<b>LOCALIZAÇÃO DA LESÃO</b>						
						
<b>CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA</b>						
Aguda ( ) crônica ( )						
Pé diabético ( ) Úlcera Venosa ( ) Úlcera Arterial ( ) Outras Lesões: _____		<b>Queimadura:</b> Grau: 1º ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )		<b>Lesão por Pressão</b> Estágio 1 ( ) Estágio 2 ( ) Estágio 3 ( ) Estágio 4 ( ) LP por dispositivo médico ( ) LP em membranas mucosas ( ) Inclassificável ( ) OBS: _____		
<b>DOR</b> Escore: _ _____						
<b>Tipo de tecido no leito da ferida/ %</b>		<b>Medida Cm</b>	<b>Aspecto Exsudato</b>	<b>Odor</b>	<b>Edema</b>	
Epitelização ( ) _____ Granulação ( ) _____ Esfacelo ( ) _____ Escara ( ) _____ Observação _____		Largura _____ Comprimento _____ Profundidade _____ Extensão do tecido envolvido _____	Ausente ( ) presente( ) Seroso( ) Sanguinolento( ) Serossanguinolento( ) Purulento( ) Quantidade: Ausente( ) Baixa( ) Moderada( ) Alta( )	Ausente ( ) Característico( ) Fétido ( ) Pútrido ( )	Não( ) Sim( ) 0/4+ ( ) 1+/4+ ( ) 2+/4+ ( ) 3+/4+ ( ) 4+/4+ ( )	
<b>Bordas / Margens:</b>		Eritema ( )	Macerada ( )	Desnivelada( )	Epibolia ( )	
Sinais de Infecção critica _ Solicitado avaliação médica ( )						
<b>Profissional Responsável, Nome Completo e carimbo</b>						

## Apêndice 5 – Evolução

 	
COORDENADORIA DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO	
NOME:	MAT:
Tipo localização	
Alergia	
<b>Evolução</b>	
Data:	
<b>Tipo de tecido no leito da ferida</b>	
Epitelização	
Granulação	
Esfacelo	
Necrose	
<b>Exsudato</b>	
Ausência de exsudato	
Seroso	
Sanguinolento	
Serossanguinolento	
Purulento	
<b>Odor</b>	
<b>Dor</b>	
<b>Mensuração</b>	
Comprimento	
Largura	
Profundidade	
<b>Extensão do tecido envolvido / estadiamento</b>	
Edema	
<b>Área Perilesional</b>	
<b>Margens</b>	
<b>Gerenciamento do Cuidado</b>	
Solução de limpeza	
Cobertura Primária	
Curativo secundário	
Método de fixação	
Frequência do curativo	
<b>Evolução: Observações: (Encaminhar para Referência – Especifique)</b>	
<b>Profissional Responsável - Nome do Profissional e carimbo</b>	

## Apêndice 6

# EDUCAÇÃO DO PRIVADO DE LIBERDADE SOBRE O CUIDADO COM AS FERIDAS

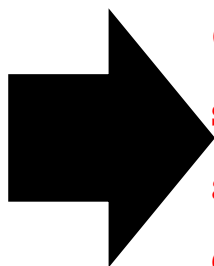
### Orientações:

- ❖ Se forem prescritos medicamentos como antibióticos e analgésicos **SEGUIR RIGOROSAMENTE** o horário recomendado pela equipe de saúde.
- ❖ Manter o curativo limpo e seco, durante o banho cobrir a lesão para que não fique exposta à água.
- ❖ Comparecer ao ambulatório da unidade conforme agendado **na data e horário da requisição OU** na presença de dor intensa, febre. Na lesão sangramento, eliminação de líquido grosso com mau cheiro da lesão, inchaço, vermelhidão e aquecimento.
- ❖ **NÃO** utilizar nem introduzir nenhum objeto (agulha, palito, lamina de barbear) e nenhuma solução (Pinho sol, pimenta, sabão em pó, cinza de cigarro, água sanitária, sal) na lesão, **SOMENTE** de acordo com orientação da equipe de saúde.

## Apêndice 7

# ORIENTAÇÕES AOS PRIVADOS DE LIBERDADE COM MOBILIDADE FÍSICA ALTERADA E LESADO MEDULAR - PREVENÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

- ❖ Observar alterações na **pele** sempre que possível no horário do banho, após a mudança de decúbito, trocas de fraldas e nas áreas de saliência óssea;
- ❖ **Não usar almofadas tipo argola** ou roda d'água.
- ❖ Manter-se **sempre** seco (Não ficar molhado de urina, fezes, água ou qualquer outro líquido).
- ❖ Trocar as fraldas sempre que necessário.
- ❖ Passar hidratante ou óleo por todo o corpo após o banho.
- ❖ Elevar o calcanhar deixando o calcâneo suspenso.
- ❖ Mudança de posição na cama a cada 2 horas.
- ❖ Elevar-se na cadeira de rodas a cada 15 min.
- ❖ Quando deitado, proteger saliências ósseas.



**Caso perceba vermelhidão, bolha ou ferimento na pele dirija – se ao zelador do pavilhão e solicite que entre em contato no ambulatório da unidade e o conduza para avaliação da equipe de saúde para iniciar conduta e orientações.**

**Comentários, sugestões e dúvidas**

**E-mail: [protocoloferidassap.sp@gmail.com](mailto:protocoloferidassap.sp@gmail.com)**