

CADERNO DE BOAS PRÁTICAS

Fascículo I

**Atualização no Tratamento de Feridas
em Atenção Domiciliar**



AUTORES

CATIA PAIVA – HOME DOCTOR

CRISTIANO CARVALHO – PROCARE

FLÁVIA CANUTO – INTEGRAL SAÚDE

GRACE BRAGA – SAÚDE CARE

ISABEL DIAS – PROCARE

MILENA VOLPINI – HOMEDOCTOR

PATRÍCIA BARCELLOS – HOME DOCTOR

DIRETORIA NEAD – 2015 A 2017

LUÍS CLÁUDIO MARROCHI

LEONARDO ZIMMERMAN

SERGIO CANDIO

ARI BOLONHEZI

Este primeiro fascículo do Caderno de Boas Práticas faz parte do Projeto de Parceria Educacional NEAD, cujo lançamento ocorreu com a realização do Evento de Educação Continuada com o mesmo tema, em 19 de maio de 2016, em São Paulo, SP, tendo como palestrantes convidados os seguintes especialistas:

Alessandro Moura

Ana Beatriz de Pinho Barroso

Andrea Araújo da Silva

Ari Bolonhezi

Cristiano Carvalho

Daniela Mina Fukasawa

Flávia Canuto

Maria Carolina Gonçalves Dias

Maria Cláudia Stockler de Almeida

Patrícia Gombai Barcellos Caldeira

REVISÃO, DIAGRAMAÇÃO E ARTE:

Agência Paulista de Comunicação – www.agenciapaulista.com.br

Realização



Parceiro Educacional

Medtronic

Prezado leitor,

É com muita satisfação que apresentamos a você o primeiro fascículo da série “Caderno de Boas Práticas NEAD”. Trata-se de uma iniciativa pioneira no setor de Atenção Domiciliar, através da qual o NEAD busca difundir conteúdo técnico de qualidade, atualizado e sistematizado de forma clara, prática e em sintonia com a realidade do mercado brasileiro.

O lançamento deste fascículo acontece na esteira do primeiro evento de Educação Continuada do NEAD, ocorrido em maio de 2016, em São Paulo, que teve por tema: Atualização no Tratamento de Feridas em Atenção Domiciliar.

A escolha desse tema para apresentação e discussão no evento, bem como para sistematização e referência nesta publicação, tem motivação óbvia. Apesar dos constantes avanços nos recursos para prevenção e tratamento das feridas de diferentes etiologias, estas ainda são condição por demais frequente nos cuidados com pacientes debilitados, especialmente aqueles com restrições à mobilidade, os idosos, os desnutridos, os acamados ou cadeirantes. Também, por se tratar de um campo novo do conhecimento, que reúne grande variedade de novas tecnologias, opções terapêuticas cada vez mais complexas e de impacto significativo nos custos assistenciais. Certamente, é na Atenção Domiciliar, pelas suas características de multidisciplinaridade, flexibilidade e gestão, que se concentram hoje os principais desafios e as maiores oportunidades para a otimização da assistência a esses pacientes.

A estrutura deste caderno busca organizar os assuntos de forma a facilitar o entendimento dos mais importantes conceitos e estratégias envolvidos no cuidado ao paciente portador de feridas complexas. Após

apresentar uma atualização sobre os protocolos de classificação e os tipos de tratamentos e coberturas, o material discorre sobre novas opções terapêuticas (pressão negativa e medicina hiperbárica), explicita a importância da equipe multiprofissional e do cuidador como fator decisivo na prevenção e na melhora do paciente e apresenta os principais aspectos envolvidos no gerenciamento desses casos: o relacionamento com a fonte pagadora e os indicadores de qualidade assistencial relevantes para garantir a segurança do paciente. Ao final, uma extensa lista de referências bibliográficas complementa o texto, indicando fontes para aprofundamento do assunto e estudos adicionais.

Esperamos que você goste da leitura!

Nosso Grupo de Estudos, que assina a autoria desse caderno, segue trabalhando na missão de conciliar o conhecimento técnico de temas importantes para a Assistência Domiciliar no Brasil. Ainda no segundo semestre deste ano, deveremos ter mais um evento de Educação Continuada, seguido da publicação do segundo fascículo da série.

Aguarde!

SUMÁRIO

Cap. 1: Classificação	05
Avaliação do Paciente	05
Características da Lesão	05
Tipo de Tecido	05
Infecção/Inflamação	07
Exsudato	07
Bordas	08
Tamanho e Profundidade	09
Fotografia e Registro em Feridas	09
Classificação por Complexidade	10
Tipos de Lesão/Etiologia	11
Escala de Braden	13
Cap. 2: Tipos de Cobertura	14
Cap. 3: Tratamentos	18
Tratamento Tópico	18
Tratamento Cirúrgico	18
Tratamento com Antibióticos	18
Sintomas da Infecção	19
Sinais da Infecção	19
O Manejo de Dor nas Feridas	19
Cap. 4: Novas Terapias – Pressão Negativa e Medicina Hiperbárica	21
Cap. 5: A Importância da Equipe Multiprofissional	23
O Papel do Enfermeiro	23
A Importância do Fisioterapeuta	24
Intervenção Nutricional	25
Cap. 6: O Papel do Cuidador na Prevenção de Feridas	26
Cap. 7: Boas Práticas de Auditoria	28
Cap. 8: Segurança do Paciente	29
Referências Bibliográficas	31

CLASSIFICAÇÃO

Ferida é qualquer interrupção na integridade da pele, que afeta sua continuidade. A ferida é causada por diferentes fatores e é classificada quanto a sua etiologia, tamanho, profundidade, exsudato e tipo de tecido no leito da lesão.

O tratamento só deve ser iniciado após uma avaliação completa do paciente portador da lesão. É necessário que seja avaliada sua condição clínica (anamnese + exame físico), nutricional e psicossocial.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Uma avaliação adequada do paciente portador de lesão inicia-se com uma abordagem holística. Devem ser realizados anamnese, exame físico, avaliação nutricional e de fatores psicossociais. Segundo a *World Union of Wound Healing Societies*, os princípios de boas práticas em avaliação de feridas (*Best Practice Recommendation*) são (WUWHS, 2007):

- 1) Determinar a causa da ferida;
- 2) Identificar comorbidades/complicações que podem retardar a cicatrização;
- 3) Avaliar o estado da ferida/classificação da ferida;
- 4) Plano de cuidado individual.

A avaliação e documentação da ferida deve contemplar os princípios de preparação do leito da ferida, recomendado internacionalmente pelo acrônimo TIME/DIME:

T – Tecido inviável ou deficiente (retirar e preparar o leito)

I – Infecção/inflamação (diminuir carga bacteriana)

M – Manutenção da umidade (controle de umidade)

E – Epitelização das bordas da ferida não evoluindo (proteger e desbridar)

CARACTERÍSTICAS DA LESÃO

Tipos de Tecido

Podemos caracterizar o tipo de tecido em viável ou inviável. Tecido viável corresponde ao tecido de granulação ou epitelização. O tecido inviável corresponde à fibrina ou necrose.

Tecido Viável

- **Tecido de Granulação:** caracteriza-se pela formação e crescimento de um tecido vascular novo (angiogênese), pelas células endoteliais dos vasos sanguíneos e uma matriz rica em colágeno secretada pelos fibroblastos. Tem a aparência de pequenas massas nodulares vermelhas, translúcidas e aveludadas.
- **Tecido de Epitelização:** apresenta migração e multiplicação de células epiteliais sobre uma superfície desnuda, durante o processo cicatricial.



Tecido Inviável

- **Fibrina ou Esfacelo:** é uma proteína insolúvel formada a partir do fibrinogênio, pela ação proteolítica da trombina, durante a coagulação normal do sangue. Na lesão, a fibrina é aderente aos tecidos e tem coloração esbranquiçada ou amarelada, podendo ser confundida com pus. A fibrina ou esfacelo pode recobrir toda a extensão da úlcera ou se apresentar como pontos de fibrina, recobrendo parcialmente a lesão.
- **Feridas Necróticas:** varia de coloração, desde a cor preta, cinza, esbranquiçada, marrom até a esverdeada. Corresponde ao tecido morto, desidratado, podendo estar presente também o pus e o material fibroso, que favorecem a multiplicação de microorganismos. Há dois tipos de necrose: necrose por liquefação (esfacelo) e necrose coagulativa (crosta escura).



Infecção / Inflamação

Todas as feridas contêm bactérias (colonização), mesmo as que estão cicatrizando normalmente. Caso a contagem de bactérias aumente, a ferida pode estar infectada. É imprescindível uma avaliação detalhada e global do paciente e da ferida antes do diagnóstico.

Sinais mais comuns de infecção:

- Aumento ou alteração da exsudação;
- Tecido de granulação friável e brilhante (que sangra facilmente);
- Aumento do odor;
- Aumento da dor;
- Edema local.

Qualquer combinação de dois ou mais sinais e sintomas é diagnóstico de infecção localizada. Infecção localizada pode frequentemente ser tratada com medidas locais, como antimicrobianos tópicos e/ou coberturas antimicrobianas combinados com desbridamento efetivo.

Nem todos os sinais ou sintomas estarão presentes em todos os casos. É necessário estar atento para outros sinais que correspondem a uma infecção sistêmica, pois, nesse caso, será necessário associar outro tipo de tratamento medicamentoso.

Exsudato

O exsudato é derivado de fluido que escapa de vasos sanguíneos (capilares) para os tecidos. É composto por água, eletrólitos, nutrientes, mediadores inflamatórios, células brancas, enzimas digestivas, fatores de crescimento e debris.

A produção de exsudato por uma ferida é essencial para a cicatrização em meio ambiente úmido. Entretanto, quando a ferida produz o exsudato em quantidade insuficiente ou em excesso, podem ocorrer problemas que impactam no atraso da cicatrização, inclusive, lesão à pele perilesão.

Um efetivo manejo do exsudato pode: reduzir o tempo de cicatrização, diminuir os problemas relacionados a exsudação, como prejuízo à pele perilesão e infecção, melhorar a qualidade de vida, reduzir a frequência de trocas de curativos e, em geral, melhorar a eficiência do tratamento.

Características do Exsudato

O exsudato deve ser analisado quanto a sua cor, consistência, odor e quantidade.

- **Cor:** esbranquiçado, amarelado, avermelhado, esverdeado ou amarronzado.
- **Consistência:** seroso, sanguinolento, sero-sanguinolento, purulento ou fibrinoso.
- **Odor:** inodoro ou fétido.
- **Quantidade:** pequena (curativo seco), moderada (curativo saturado) ou elevada (curativo vazando).

Algumas características como exsudato purulento, esverdeado e com odor fétido estão associadas a um processo infeccioso no leito da lesão. É importante estar atento a todos esses sinais clínicos.

Bordas

É importante que a borda da ferida seja avaliada, pois apresenta maior risco de ruptura. As bordas da ferida podem apresentar-se:

- Maceradas
- Desidratadas/Ressecadas
- Descoladas
- Enroladas

Tratamentos

Em presença de bordas maceradas, é importante o manejo do excesso do exsudato com coberturas altamente absorvivas, com capacidade de retenção e proteção da pele.

Em bordas ressecadas, tratar com coberturas que forneçam hidratação.

Em descolamentos de bordas, favorecer o uso de coberturas que otimizem o crescimento de tecido de granulação e adesão das bordas.

Nas bordas enroladas, remover a presença de tecidos inviáveis (ex: hiperqueratose).

Nas bordas frágeis, aplicar coberturas com adesivos suaves (ex: camada adesiva de silicone) atraumáticas, que protejam contra rupturas e piora da lesão.

Tamanho e Profundidade

Para verificar o **TAMANHO** da lesão, é necessário seguir os seguintes passos:

- Realize a limpeza da ferida com soro fisiológico em jato. O ideal é que, após higienizar o frasco de soro, seja feito um furo na embalagem com agulha 25x7 para garantir a pressão adequada do soro sobre o leito da lesão;
- Utilize a régua padronizada pelo serviço;
- Trace uma linha na maior extensão vertical e maior extensão horizontal;
- Anote as medidas em centímetros para comparações posteriores.

Para verificar a **PROFUNDIDADE** da lesão, é necessário seguir os seguintes passos:

- Realize a limpeza da ferida;
- Verifique o ponto mais profundo da ferida e introduza um cotonete ou uma sonda nesse ponto;
- Realize a marcação até a margem superior da ferida;
- Mensure com uma régua o segmento marcado e anote o resultado em centímetros para comparação posterior;
- Multiplique a medida vertical pela horizontal para se obter a área em cm^2 .

Fotografia e Registro em Feridas

O registro fotográfico é necessário para acompanhamento da evolução da lesão. As orientações básicas para um registro adequado são:

- Solicite ao paciente autorização para a foto, mesmo que apenas a área lesionada seja fotografada;
- Utilize um traçado ou pano neutro (de uma única cor) na região inferior à área a ser fotografada;
- É necessária a presença de uma régua próxima à lesão, para identificar o seu tamanho;
- Nessa mesma régua, coloque as iniciais do paciente e a data do registro;
- Fotografe a lesão nas posições horizontal e vertical;
- Garanta uma boa luminosidade no momento do registro.

CLASSIFICAÇÃO POR COMPLEXIDADE

Existem diferentes classificações, de acordo com a etiologia da lesão. As mais comuns são:

1) Lesão por Pressão

Categoria/Estágio 1:

Hiperemia em pele íntegra



Categoria/Estágio 2:

Lesão com extensão à epiderme e derme



Categoria/Estágio 3:

Lesão com extensão do tecido subcutâneo à fáscia muscular



Categoria/Estágio 4:

Lesão com extensão da fáscia muscular a órgãos cavitários ou estrutura óssea



2) Queimadura

1º Grau: área de vermelhidão, afeta somente epiderme sem formar bolhas.

2º Grau: afeta epiderme e derme, com bolhas ou flictenas.

3º Grau: afeta do tecido subcutâneo a órgãos cavitários ou estrutura óssea.



3) Lesão Neoplásica

Ulcerativa: quando a lesão está ulcerada, formando crateras rasas ou profundas.

Fungosa: quando a lesão tem aspecto vegetativo, semelhante à uma couve-flor.

Mista: Fungosa e Ulcerativa.



TIPOS DE LESÃO / ETIOLOGIA

Os principais tipos de lesão são:

Lesão por Pressão

A lesão por pressão pode ser definida como uma lesão de pele causada pela interrupção sanguínea em uma determinada área, que se desenvolve devido a uma pressão aumentada por um período prolongado. Ou seja, quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura.



Lesão Vasculogênica

Também conhecida como ferida crônica, está relacionada com quadros de insuficiência venosa, insuficiência arterial e pé diabético. Ocorre a perda de substâncias dos tecidos ou mucosas por processo endógeno ou exógeno, com desintegração gradual e necrose dos tecidos.



Lesão Cirúrgica

Trata-se de uma ferida resultante de uma intervenção cirúrgica. São provocadas intencionalmente por procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos, como incisões e enxertos.



Lesão Traumática

São lesões causadas por fatores externos, como acidentes, mordeduras, explosões, ferimentos por armas brancas ou de fogo, podendo ou não haver perda de tecidos.



Lesão Neoplásica

As feridas oncológicas são formadas pela infiltração de células malignas do tumor nas estruturas da pele, ocasionando a quebra da integridade do tegumento. Essa lesão acontece de duas formas: como extensão do tumor primário ou por metástase, com a invasão de linfonodos próximo ao tumor primário.



Queimadura

Queimadura é a lesão na pele provocada geralmente pelo calor, mas também pode ser provocada pelo frio, pela eletricidade, por certos produtos químicos, por radiações e até fricções. A pele pode ser destruída parcialmente ou totalmente, atingindo desde pelos até músculos e ossos.

ESCALA DE BRADEN






Avaliação de risco para lesão por pressão

Score da Escala de Braden

Total de Pontos	Risco
17 a 23	Sem risco
16	Mínimo
13 a 15	Moderado
12 ou menos	Elevado

Classificação do Risco de Desenvolver Úlceras de Pressão ESCALA DE BRADEN – Adaptada				
	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS
Percepção Sensorial: habilidade de responder à pressão relacionada ao desconforto	<input type="radio"/> Completamente Limitado: não responde a estímulo doloroso.	<input type="radio"/> Muito Limitado: responde somente a estímulos dolorosos.	<input type="radio"/> Levemente Limitado: responde aos comandos verbais, porém, nem sempre consegue comunicar o desconforto.	<input type="radio"/> Nenhuma Limitação
Umidade	<input type="radio"/> Constantemente Úmida	<input type="radio"/> Muito Úmida	<input type="radio"/> Ocasionalmente Úmida	<input type="radio"/> Raramente Úmida
Atividade Física	<input type="radio"/> Acamado: mantém-se sempre no leito.	<input type="radio"/> Restrito à Cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente.	<input type="radio"/> Caminha Ocasionalmente: porém, por distâncias bem curtas, com ou sem assistência.	<input type="radio"/> Caminha Frequentemente
Mobilidade	<input type="radio"/> Completamente Imobilizado: não faz nenhum movimento do corpo.	<input type="radio"/> Muito Limitado: faz pequenas mudanças em período de tempo longo.	<input type="radio"/> Levemente Limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas.	<input type="radio"/> Nenhuma Limitação
Nutrição	<input type="radio"/> Muito Pobre: não come toda a refeição; toma pouco líquido; come 2 porções de proteína/dia; não toma nenhum suplemento dietético.	<input type="radio"/> Provavelmente Inadequado: raramente faz refeição; a ingestão de proteína inclui somente 3 porções/dia; de vez em quando, toma suplemento alimentar.	<input type="radio"/> Adequado: come mais da metade da maior parte das refeições; ingere um total de 4 porções de proteína/dia.	<input type="radio"/> Excelente
Fricção e Cisalhamento	<input type="radio"/> Problema: necessita assistência moderada ou máxima para mover-se.	<input type="radio"/> Potencial para o Problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima.	<input type="radio"/> Nenhum Problema Aparente	

TIPOS DE COBERTURAS

SUBSTÂNCIA	MECANISMO DE AÇÃO	INDICAÇÃO
<p>Alginato de Cálcio e Sódio</p> 	<p>Alta capacidade de absorção; promove ambiente úmido, auxilia no desbridamento autolítico e promove hemostasia.</p>	<p>Feridas abertas, sangrantes, altamente exsudativas com ou sem infecção, superficiais e profundas até a redução do exsudato. Contraindicado em feridas sem exsudato e lesões por queimaduras.</p>
<p>Alginato de Cálcio com Prata</p> 	<p>Alta absorção; alta efetividade antimicrobiana; previne contaminações externas.</p>	<p>Feridas de moderada a alta exsudação, colonizadas e infectadas; queimadura de I e II graus; úlceras venosas e áreas doadoras. Contraindicado: feridas com baixo exsudato, em pacientes com sensibilidade a alginato ou prata e em úlceras resultantes de infecções como: tuberculose, sífilis, infecção fúngica, queimadura III grau e onde há presença de metais.</p>
<p>Bota de Unna</p> 	<p>Compressão do membro; aumenta retorno venoso; melhora drenagem linfática e mantém o meio úmido ideal para cicatrização.</p>	<p>Úlceras venosa e edema linfático de membros inferiores. Contraindicado em casos de celulite; processo inflamatório intenso; pacientes com diabetes mellitus.</p>
<p>Carvão Ativado com Prata</p> 	<p>Ação bactericida, alta capacidade de absorção de exsudato e neutralizador de odor.</p>	<p>Feridas fétidas e exsudativas. Contraindicado em feridas limpas e lesões por queimaduras.</p>
<p>Colagenase</p> 	<p>Realiza o desbridamento enzimático suave e não invasivo, retirando ou dissolvendo a necrose.</p>	<p>Feridas com tecido desvitalizado. Contraindicado em queimaduras extensas e em feridas com grande área de granulação.</p>

MODO DE USAR	PERIODICIDADE DA TROCA
<p>Modelar o alginato no interior da ferida. Não deixar que a fibra de alginato ultrapasse a borda. Ocluir com cobertura secundária.</p>	<p>Feridas limpas com exsudato moderado ou intenso: máximo 7 dias e trocar o curativo secundário sempre que estiver saturado. Feridas infectadas: máximo trocar a cada 24 horas. Feridas limpas com sangramento: a cada 48 horas.</p>
<p>Aplicar a placa de forma que a prata (superfície escura) fique em contato com a ferida. Cobrir com cobertura secundária.</p>	<p>A cada 7 dias ou quando estiver saturado (superfície de espuma escurece quando saturada).</p>
<p>A - Iniciar a aplicação da bandagem pela base do pé, mantendo o pé e o calcanhar em ângulo reto. A bota deverá envolver a perna sem apertar e sem deixar abertura ou enrugamento; B - Aplicar a bandagem ao longo da perna até a altura do joelho; C - Para finalizar, realize o enfaixamento (faixa crepe) e fixe com fita adesiva ou similar.</p>	<p>A cobertura secundária poderá ser trocada todos os dias e a Bota de Unna a cada 7 dias.</p>
<p>Aplicar o curativo de carvão ativado sobre a ferida e ocluir-la com cobertura secundária. A placa não poderá ser cortada, pois ocorre a liberação do carvão e da prata.</p>	<p>As trocas deverão ocorrer de acordo com o nível de exsudação, podendo variar de 24 horas até 72 horas.</p>
<p>Aplicar a pomada no leito da lesão. Finalizar o curativo com cobertura secundária.</p>	<p>A cada 24 horas ou de acordo com a saturação.</p>

SUBSTÂNCIA	MECANISMO DE AÇÃO	INDICAÇÃO
<p>Hidrocolóide</p> 	<p>Impermeável à água, bactérias e vírus. Isola o leito da ferida do meio externo; evita o ressecamento e a perda de calor e mantém o ambiente úmido.</p>	<p>Feridas abertas não infectadas, com leve a moderada exsudação e na prevenção de lesões por pressão.</p>
<p>Hidrogel</p> 	<p>Proporciona ambiente úmido; evita o ressecamento e realiza o desbridamento autolítico em áreas de necrose.</p>	<p>Feridas secas, pouca e média exsudação, com presença de necrose e esfacelos; úlceras venosas e arteriais; lesões por pressão, queimaduras de II grau, abrasões e lacerações. Contraindicado em incisões cirúrgicas.</p>
<p>Hidropolímero</p> 	<p>Proporciona um ambiente úmido e estimula o desbridamento autolítico. Absorve o exsudato e expande-se à medida que a absorção acontece.</p>	<p>Feridas abertas não infectadas com leve a moderada exsudação. Contraindicado em feridas infectadas, com necrose e grande quantidade de exsudato.</p>
<p>Malha de Acetado de Celulose</p> 	<p>Evita a aderência do curativo ao leito da ferida; minimiza a dor e a maceração e protege o tecido regenerado.</p>	<p>Feridas como queimaduras de I e II grau; abrasões; enxertos; úlceras venosas e incisões cirúrgicas.</p>
<p>Papaína</p> 	<p>Ação bactericida e desbridamento químico; ação anti-inflamatória; diminui o edema local.</p>	<p>Feridas infectadas.</p>

MODO DE USAR	PERIODICIDADE DA TROCA
<p>Escolher o hidrocolóide com diâmetro que ultrapasse a borda da ferida, pelo menos 3 cm. Aplique a placa de hidrocolóide sobre o leito da lesão.</p>	<p>A troca poderá ser realizada até 7 dias, dependendo da quantidade de exsudação.</p>
<p>Aplicar o hidrogel no leito da ferida com cuidado para que não exceda o nível da pele ao redor.</p>	<p>Feridas infectadas: a cada 24 horas; Necrose: a cada 72 horas.</p>
<p>Posicionar o curativo sobre o local de forma que a almofada de espuma cubra a ferida.</p>	<p>Trocar o curativo sempre que houver presença de exsudato nas bordas da almofada de espuma ou, no máximo, a cada 7 dias.</p>
<p>Aplicar a cobertura no leito da lesão. Finalizar o curativo com cobertura secundária.</p>	<p>A troca deverá ser realizada a cada 24 horas.</p>
<p>Na presença de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tecido de granulação: a concentração deverá ser 2%. - Esfacelos: concentração solução de 4% a 6%. - Necrose de coagulação: concentração 8% a 10%. 	<p>A troca deverá ser realizada a cada 24 horas.</p>

Observação

As coberturas são curativos que promovem o desbridamento enzimático, autolítico ou químico, de acordo com as características e composição de cada produto. Para selecionar a cobertura adequada, é necessário avaliar as características da lesão, tais como: necrose, exsudato, bordas, odor, profundidade e infecção/inflamação.

Antes da aplicação de qualquer cobertura sobre o leito da ferida é necessário que se realize a limpeza com solução fisiológica 0,9% em jato, para remover o excesso de exsudato e tecido desvitalizado.

Cada cobertura tem uma periodicidade de troca, mas o mais importante é observar o nível de saturação de cada curativo. O período de troca poderá variar de acordo com as características de cada lesão.

Todas as lesões são colonizadas, portanto, não há necessidade de técnica estéril para realização de curativos com coberturas especiais.

Capítulo

3

TRATAMENTOS

TRATAMENTO TÓPICO

É aquele aplicado diretamente sobre o leito da lesão. Também pode ser chamado de cobertura e promove o desbridamento enzimático, autolítico ou químico.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

É indicado para úlceras em categorias III e IV, com tecido de necrose, grande quantidade de esfacelos e pouco tecido de granulação. Utilizado como técnica prévia ao início do tratamento para melhor absorção e resultados na aplicação de substâncias tópicas.

Desbridamento

É a remoção de tecido não viável e de bactérias, para permitir a regeneração de tecido saudável subjacente. Durante o procedimento, é necessário evitar danos ao tecido de granulação. Pode ser efetuado através de técnica cirúrgica ou mecânica. Na atenção domiciliar, está entre as técnicas cirúrgicas mais utilizadas.

TRATAMENTO COM ANTIBIÓTICOS

O uso de antibióticos, quando bem indicado, é um importante aliado no tratamento de feridas. É indicado em feridas infectadas, lembrando que colonização não significa infecção. A infecção vai ocorrer quando houver um aumento da virulência de microorganismos e o paciente apresentar quadro imunológico deficiente.

As vias de contaminação/infecção são: contato direto, dispersão pelo ar e autocontaminação.

Sintomas da Infecção

- Febre
- Taquicardia
- Hipotensão
- Presença de Leucocitose no hemograma

Sinais da Infecção

- Eritema/calor, edema, abscesso, celulite
- Exsudato (seropurulento, hemopurulento)
- Demora no processo de cura
- Descoloração dos tecidos nas bordas e dentro da ferida
- Pobreza do tecido de granulação ou tecido friável
- Dor ou sensibilidade intensa
- Aparecimento de bolhas na lesão.

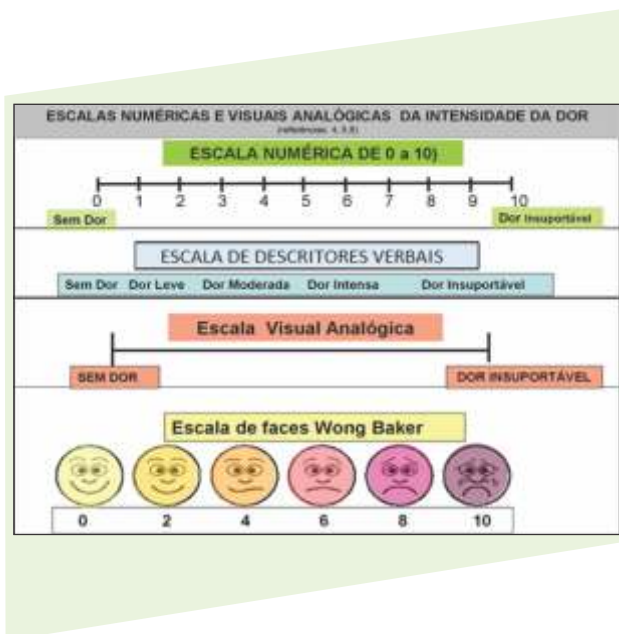
A antibioticoterapia, sempre que possível, deve ser guiada por dados microbiológicos. Estes dados devem ser obtidos através de punção e biópsia do tecido. A cultura de swab deve ser desencorajada, pois, além de ser de difícil execução, tem custo elevado sem resultado efetivo.

O uso inadequado de antibióticos contribui apenas para aumentar a resistência antimicrobiana.

O MANEJO DA DOR NAS FERIDAS

Dentro do tratamento das feridas, o controle da dor é prioritário, devendo ser realizado de forma incisiva a fim de conseguir um melhor controle a curto prazo. A dor pode ser classificada como aguda ou crônica, adaptada ou mal adaptada e, pela fisiopatologia, em nociceptiva, inflamatória, neuropática ou funcional.

Escalas atualmente utilizadas para avaliar intensidade da dor:



O tratamento ideal para a dor aguda é remover a causa de base, porém, nem sempre o alívio da dor será imediato. Em situações de emergência e/ou casos de dores muito intensas, geralmente lança-se mão de medicamentos por via intravenosa.

As duas classes mais importantes de analgésicos no controle da dor aguda são os analgésicos opióides e os não-opióides. Na prática clínica, é comum associar os opióides a analgésicos não opióides, de forma a obter um mesmo efeito analgésico com menor dose de opióide, sujeitando o paciente a menos efeitos colaterais. Outras medicações usadas habitualmente são relaxantes musculares, antiespasmódicos e os analgésicos locais.

Já o tratamento da dor crônica é mais complexo, sendo muitas vezes necessário envolver uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros e, por vezes, uma terapia Farmacológica mais abrangente, como antidepressivos, anticonvulsivantes, beta-bloqueadores e neurolépticos. Outras terapias adjuvantes apresentam considerável relevância no seguimento do tratamento, como a termoterapia, acupuntura, cinesioterapia, estimulação elétrica, terapia cognitivo-comportamental.

NOVAS TERAPIAS

TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA

O sistema de terapia integrada de pressão negativa controlada é um sistema fechado, não invasivo, desenvolvido para promover cicatrização rápida das feridas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

O sistema utiliza uma técnica de pressão negativa controlada (sub-atmosférica) no local da ferida, alternando a biologia das células. É composto por esponja estéril de poliuretano com vários tamanhos e diferentes densidades. Na esponja, é introduzido um cateter flexível de absorção, onde ambos serão recobertos por uma película de filme de poliuretano adesivo. O cateter é ligado a bomba que fornecerá e controlará a pressão negativa no curativo. As pressões recomendadas oscilam entre 50 – 150 mmHg.



Composição: esponjas ou gaze hidrofílica impregnada com PHMB, tubos conectores, película adesiva, reservatórios e bomba de pressão negativa.

Mecanismo de Ação: pressão negativa contínua ou intermitente, que visa remoção de fluidos, reduzindo edema, exsudato e bactérias, aumento do fluxo sanguíneo, promove o ambiente úmido no leito da ferida, auxiliando na cicatrização e aproxima as margens da ferida.

Indicações: úlceras diabéticas, deiscências, feridas crônicas, feridas infectadas, feridas exsudativas e enxertos.

Contra indicações: malignidade na ferida, osteomielite não tratada, fístulas não exploradas, tecido necrótico, sobre vasos sanguíneos e órgãos expostos.

Vantagens: maior facilidade, velocidade e boa eficiência no manuseio de feridas profundas, extensas ou complexas.

Desvantagens: necessidade de manter o paciente conectado a bomba de vácuo, custo elevado e profissional especializado na utilização da técnica.

OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA

A oxigenioterapia hiperbárica consiste na inalação de oxigênio a 100%, com pressão superior a pressão atmosférica no nível do mar. A terapia exige que o paciente permaneça no interior de compartimentos selados,



resistentes à pressão. O tratamento da oxigenioterapia tem como fator primordial o aumento da tensão de oxigênio nos líquidos corporais.

Mecanismo de Ação: O potencial terapêutico da oxigenação hiperbárica decorre da absorção de alta dose de oxigênio, que pode compensar determinadas condições de hipóxia, alterando a evolução da doença.

Indicações: Síndrome de Fournier, celulite, fascíte, deiscência de sutura, lesão por esmagamento, síndrome compartimental, reimplante de extremidades amputadas, lesão por pressão, lesão vasculogênica, lesão neuropática (pé diabético), osteomielite crônica, retalho cirúrgico ou enxerto dermo-epidérmico e queimaduras complexas.

Contra indicações: pacientes com pneumotórax não drenado, claustrofobia, portadores de DPOC, gravidez, pacientes com históricos de convulsões, portadores de sinusite, otite, cirurgia prévia de ouvido, em uso de alguns determinados quimioterápicos e pomadas derivadas do petróleo.

Vantagens: previne amputações, cicatrização mais rápida e eficiente, combate infecções bacterianas e por fungos, ativa células relacionadas a cicatrização de feridas complexas, compensa a deficiência de oxigênio decorrente de entupimentos.



Desvantagens: deslocamento do paciente até o local para realização da terapia, custo elevado, tempo dispensado do paciente e cuidador para realização da terapia.

A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O PAPEL DO ENFERMEIRO

Trabalhar com feridas é uma atividade do cotidiano do enfermeiro que, com o passar dos anos, está cada vez mais capacitado e preparado para uma abordagem sistêmica e terapêutica para o cuidado, alcançando uma autonomia na profissão.

A enfermagem sempre esteve inserida no papel de principal cuidador de lesões de pele desde o surgimento como profissão, sendo o enfermeiro o principal responsável pelo processo de cuidados com lesões, da prevenção até o tratamento das feridas, devendo utilizar a Sistematização de Enfermagem no processo do tratamento.

O profissional enfermeiro deve atentar não apenas para a lesão em si, mas ter sensibilidade para planejar holisticamente o cuidado, de modo a contemplar o ser humano em sua plenitude, avaliando todas as condições que envolvem aquele paciente, sejam as patológicas, clínicas, sociais e até mesmo emocionais. Somente após essa avaliação, será possível desenvolver um plano de cuidados adequado para o tratamento das lesões.

Para prestar um excelente cuidado a clientes portadores de feridas, é necessária uma assistência interdisciplinar, haja vista a diversidade de variáveis que envolvem o cuidado de feridas. Nesse contexto, o enfermeiro também tem o papel de promover a interação das condutas de toda equipe multiprofissional, traduzindo-a nas melhores práticas para a assistência do paciente.

É de responsabilidade da enfermagem, conforme a Resolução Cofen nº 160/93 em seu Art. 16º, assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imprudência, negligência ou imperícia. E, cabe ao enfermeiro, supervisionar a equipe a fim de manter a integridade física do cliente, atuando como defensor de seus direitos. É competência do enfermeiro, conforme a Lei do Exercício Profissional, no Artigo II, inciso I, letra c: “Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem”.

A assistência de enfermagem cada vez mais está baseada em conhecimento científico e aperfeiçoamento. Busca-se a globalização da assistência, visando a cura ou cicatrização, a melhora da condição clínica e social dos clientes, a

racionalização e maior eficiência dos procedimentos direcionados ao tratamento de lesões cutâneas, com a consequente otimização do atendimento.

A IMPORTÂNCIA DO FISIOTERAPEUTA

O fisioterapeuta contribui para a prevenção e tratamento de lesões, evitando ou minimizando os efeitos deletérios causados pelo imobilismo. O profissional atua na prevenção das úlceras de pressão, promovendo mudança de decúbito, exercícios ativos e passivos, observação do estado geral do paciente, bem como a integridade física da pele e deambulação precoce. A movimentação (passiva, assistida ou ativa) dos membros melhora a circulação sanguínea, aumentando a oferta de oxigênio aos tecidos, prevenindo, dessa forma, a formação de úlceras, contraturas e hipotrofia muscular.

Outra função importante do fisioterapeuta é a orientação quanto ao correto posicionamento do paciente no leito para a equipe de saúde e cuidador. O posicionamento no leito deve ser realizado por todos os profissionais que assistem ao paciente, com o objetivo de alternar os pontos de pressão. As posições devem ser baseadas no alinhamento corporal, respeitando a biomecânica do tronco e dos membros.

	Posicionamento	Ponto de Ação	Casos Especiais
POSIÇÃO – DECÚBITO DORSAL ELEVADO	Travesseiro sobre ombros, pescoço e cabeça.	Manter o alinhamento da cabeça, evitar hiperextensão.	Pacientes com hipercifose ou com mobilidade limitada do pescoço podem precisar de mais travesseiros para manter o alinhamento da cabeça com o tronco.
	Braços devem ser mantidos paralelos com coxim para leve flexão		Caso o paciente prefira posicionar os braços sobre o tronco, com coxim sobre o braço.
	Coxim sobre os joelhos para manter leve flexão	Este posicionamento relaxa o segmento lombar	
	As pernas devem ser mantidas sem rotação	Caso seja necessário usar coxim para evitar rotação externa dos membros inferiores	

	Posicionamento	Ponto de Ação	Casos Especiais
DECÚBITO DORSAL ELEVADO	Apoio dos calcanhares	Os calcanhares devem ser mantidos apoiados na cama por no máximo 30 minutos, preferencialmente deve-se manter elevados.	Quando houver histórico ou presença de úlcera, manter sempre a região dos calcanhares livres de contato.
POSIÇÃO – DECÚBITOS LATERAIS	Travesseiro sobre ombros, pescoço e cabeça.	Manter o alinhamento da cabeça, evitar hiperextensão. Não deixar apoio sobre as orelhas.	Pacientes com hipercifose ou com mobilidade limitada do pescoço podem precisar de mais travesseiros para manter o alinhamento da cabeça com o tronco
	O braço que está em cima deve ficar apoiado em um coxim junto com o punho e mão	Evitar rotação interna do ombro	
	O braço que está embaixo deve ter um apoio em antebraço. com leve flexão que também deve manter a mão posicionada.	Evitar rotação interna do ombro	Atenção ao apoio nas proeminências ósseas do cotovelo
	As pernas devem ser mantidas em flexão, perna de cima levemente mais flexionada e apoiada em coxim.	Manter leve posicionamento do tronco para posterior, evitando descarga de peso sobre o trocãter.	Evitar torção do tronco

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

Dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão ou agravamento no processo de cicatrização de feridas, está o estado nutricional inadequado caracterizado por ingestão energética insuficiente, perda de peso, de massa muscular e de gordura subcutânea, edemas localizados ou anasarca, que podem mascarar perda de peso além de hipoalbuminemia.

Os efeitos da desnutrição podem ser devastadores, principalmente em idosos: aumento de morbidade e mortalidade, maior risco de reinternações hospitalares e aumento no tempo de hospitalização; aumento no risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e piora no prognóstico de cicatrização.

É importante a identificação precoce de pacientes em risco nutricional. Para tanto, contamos com aplicação de triagem nutricional com instrumentos validados, confiáveis e de fácil aplicação, como a MAN (Mini Avaliação Nutricional), NRS (Nutritional Risk Screening) ou ASG (Avaliação Subjetiva Global). A partir de definição de risco, é necessário seguimento com avaliação do estado nutricional completa, incluindo avaliação antropométrica, clínica e bioquímica, quando necessário.

A intervenção nutricional precoce, após identificação de risco nutricional, é de extrema importância para melhores prognósticos nos pacientes com feridas. Então, deve-se considerar a necessidade de oferecer suporte nutricional suplementar.

Para se iniciar qualquer tipo de intervenção nutricional, é necessária realização de levantamento de ingestão calórico proteica do indivíduo, com recordatórios alimentares e, a partir da identificação de déficits, propor correções e ajustes na qualidade e quantidade de oferta alimentar.

A terapia nutricional tem como objetivo primordial garantir as necessidades nutricionais do indivíduo e, quando necessário, tratar deficiências. Sendo assim, a recomendação energética inicia-se em 30 – 35kcal/kg de peso, podendo variar com as doenças concomitantes e 1,25 – 1,5g/kg/dia de proteínas. Suplementos especializados (com arginina, vitamina A, C, E, carotenoides e Zinco) podem ser indicados, mas a oferta adequada de proteínas com uso de suplementos hiperproteicos e hipercalóricos tem nível A de recomendação para otimização no processo de cicatrização.

Os riscos e benefícios do suporte nutricional devem ser discutidos com paciente, cuidadores e equipe multidisciplinar e devem refletir as preferências e objetivos do paciente. A terapia nutricional só deverá ser interrompida, se os pacientes em risco para UP ou já portadores, estiverem ingerindo todas as necessidades nutricionais rotineiramente.

Capítulo 6

O PAPEL DO CUIDADOR NA PREVENÇÃO DE FERIDA

O cuidador é fundamental na assistência domiciliar, pois é um importante agente na recuperação e manutenção da qualidade de vida do paciente, sendo um elo entre ele e a equipe multiprofissional. Pode ser um membro da família,

profissional ou leigo contratado, que assumirá os cuidados básicos diários com o paciente. A presença de um cuidador é um dos critérios de elegibilidade para a assistência domiciliar.

Mais do que contar com competência técnica, é necessário que esses profissionais sejam agentes facilitadores para um cuidado com dignidade e respeito. Isso porque, além de cuidar das necessidades básicas, como alimentação e higiene, o cuidador deve estar atento também ao bem-estar emocional da pessoa atendida. Para tanto, é essencial que o profissional tenha sensibilidade e paciência, além de ser um bom ouvinte e saber respeitar a privacidade do idoso.

As principais medidas para a prevenção de feridas estão relacionadas a cuidados básicos e que podem ser executados por cuidadores. Suas ações são o caminho para a prevenção de uma iatrogenia que pode se tornar difícil de tratar, de tempo prolongado, alto custo e que interfere até mesmo na imagem corporal do paciente.

Os principais cuidados para a Prevenção de Feridas são:

- Mudar o paciente de decúbito (posição) de 2/2 horas, inclusive durante à noite;
- Hidratar a pele íntegra;
- Trocar a fralda sempre que necessário;
- Manter adequada higiene corporal;
- Uso de colchão piramidal, coxins e travesseiros para alívio da pressão;
- Estimular a movimentação;
- Oferecer dieta adequada (rica em proteínas e minerais para ajudar na cicatrização);
- Observar a pele diariamente.

Cabe a equipe de saúde que acompanha esse paciente na assistência domiciliar orientar e capacitar o cuidador para todos os cuidados a serem desenvolvidos com o paciente. Esse profissional, seja ele qualquer membro da equipe multiprofissional, deverá treinar o cuidador e estar disponível para esclarecer suas dúvidas. Cabe também ao profissional empoderar o cuidador da sua importância nesse cenário e orientá-lo quanto a cuidados específicos e individualizados com cada paciente e sua condição clínica.

Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas.

MS – Guia Prático do Cuidador, 2008.

BOAS PRÁTICAS DE AUDITORIA

A preocupação e cuidados com as lesões de pele são fatos recorrentes em organizações de saúde, tanto em termos fisiológicos quanto econômicos. Pacientes portadores de feridas apresentam relativo aumento no tempo de internação e causam efeitos como infecções e elevados custos para as instituições de saúde.

Para especialistas em Saúde, a assistência qualificada nos tratamentos das “feridas” é assunto sério e tem atraído a atenção dos auditores, que têm como atribuição avaliar se as práticas adotadas são as mais indicadas e o custo desse tratamento.

Falando ao pé da letra, Auditoria é um exame cuidadoso e sistemático das atividades desenvolvidas em determinada empresa, cujo objetivo é averiguar se elas estão de acordo com as planejadas e/ou estabelecidas previamente, se foram implementadas com eficácia e em conformidade à consecução dos objetivos.

Sendo assim, para executar uma auditoria de qualidade com relação ao tratamento de feridas, o profissional auditor deve ter amplo conhecimento técnico relacionado à lesão, estar inteirado com as novas tecnologias e coberturas disponíveis no mercado, para ter condições de avaliar o melhor custo benefício de cada tipo de tratamento.

Com a grande oferta de produtos e aumento das tecnologias, fica cada vez mais complicada e rigorosa a prática de auditoria, sendo necessários embasamentos técnicos-científicos, que justifiquem os tratamentos e convençam os serviços de saúde sobre sua aplicabilidade e resolutividade.

Falando um pouco sobre a Auditoria de Curativos no cenário da Assistência Domiciliar, não podemos deixar de destacar a importância dos relatórios adequados para a avaliação, já que toda a análise do auditor será embasada nesse relatório. A assistência será avaliada através do registro dos profissionais, principalmente na anotação e evolução de enfermagem.

O relatório elaborado pela equipe que assiste o paciente deve dar subsídios para que o auditor consiga avaliar se o plano de cuidados está sendo prestado conforme planejado e se está atingindo o objetivo esperado. É importante ter uma visão multiprofissional nessa avaliação, englobando aspectos nutricionais, comorbidades, infecções, uso de antibióticos, avaliação de dor, mobilidade do paciente e aspectos sociais.

Espera-se encontrar em um relatório descritivo de lesão os seguintes pontos:

- Localização anatômica;
- Dimensão (cumprimento, largura e profundidade);
- Existência de fístulas ou cavidades;
- Características /aspectos da lesão;
- Classificação;
- Material ou tecnologia utilizada;
- Periodicidade de realização dos curativos;
- Evolução da lesão;
- Planejamento da assistência.

A auditoria é uma importante ferramenta administrativa e de gestão, que busca boas práticas assistenciais e financeiras para o paciente, fonte pagadora e prestador de serviço.

Capítulo 8

SEGURANÇA DO PACIENTE

Atualmente, as instituições de saúde têm se preocupado cada vez mais com as práticas adequadas e com a prevenção de eventos adversos, em todos os segmentos da assistência, ou seja, a Segurança do Paciente é assunto sério e está presente em todas as etapas do cuidado.

Oferecer uma assistência segura é obrigação de todo e qualquer profissional de saúde. Por isso, a preocupação focada no tratamento das lesões, no conhecimento das novas tecnologias e nas indicações corretas deve estar presente em nosso cotidiano.

Os eventos adversos, de uma forma geral, trazem complicações aos pacientes, elevam os custos das operadoras e empresas prestadoras de serviços, gerando ineficiência na gestão dos recursos e piorando os resultados clínicos. Quando falamos em eventos adversos relacionados à lesão, isso fica muito evidente, pois geralmente dificultam a cicatrização e obrigam a aplicação de terapias cada vez mais avançadas e caras, aumentando, dessa forma, o risco ao paciente e, conseqüentemente, aumentando o tempo e os gastos na terapia dessas lesões.

É importante que as instituições, sejam hospitalares, ambulatoriais ou de atenção domiciliar, desenvolvam seus manuais e protocolos de tratamento de feridas. Esse material demonstrará o conhecimento e indicação correta em cada caso, priorizando a assistência domiciliar, tornando o atendimento cada vez mais profissionalizado, personalizado e seguro, além de garantir melhores resultados clínicos.

Sempre vale a pena lembrar que o uso intensivo de tecnologia não substitui a propedêutica eficaz, o correto diagnóstico, a adequada indicação (e execução) terapêutica e a assídua observação evolutiva do processo, o que permite avaliar em que momento lançar mão da tecnologia ou simplificar o processo terapêutico. Nesse quesito, é fundamental observar o ambiente em que se executa o tratamento, avaliar a logística envolvida e sua viabilidade, quem são os agentes desse processo, quais são as opções disponíveis, qual a estimativa de tempo, quais os objetivos e qual o melhor custo/benefício do tratamento proposto.

Na AD, como o objetivo é a autonomia do paciente/cuidador/família e, sempre que possível, a busca pelo “desmame” ou alta, não podemos simplesmente importar os critérios, processos e protocolos hospitalares ou ambulatoriais para o domicílio. É preciso analisar todo o escopo citado acima e utilizar os meios que mais se adequem ao ambiente e aos objetivos da Atenção Domiciliar (AD).

Nesse intuito, a interação da equipe de AD com o Cuidador é de fundamental importância, pois é esta equipe que tem a missão de avaliar a aptidão desse cuidador, dar seguimento ao PAD, delimitando as possibilidades de ações desse profissional e planejando o seu treinamento e capacitação, visando a precoce autonomia, “desmame” e alta do paciente.

Na AD, a indicação incorreta ou excessiva da terapêutica pode inviabilizar os objetivos e resultados da própria AD, aumentando a incidência de eventos adversos ou retardando todo o processo.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ANDREYA C.P. Tulli, Cláudia S.C Pinheiro, Sinaia Z. Teixeira Afec – Hospital Santa Rita De Cássia, Vitória – ES Dor Oncológica: Os Cuidados De Enfermagem.
- ARON, S.; Gamba, M.A. Preparo do Leito da Ferida e a História do TIME. Rev. Estima; 7(4):20-4, 2009. http://www.revistaestima.com.br/index.php?optio n=com_content&view=article&id=109:atualizacao-1&catid=13:educacao-vol-74
- AZEVEDO MF. Feridas.: incrivelmente fácil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- BELO HORIZONTE. Protocolo de Assistência para Portadores de Ferida. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.
- BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 199p.
- BORGES, Eline Lima et al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. 144p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Guia Prático do Cuidador. MS. Brasília, 2008. 64p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1016. MS. Brasília. DO 167, 1 de Setembro de 1993.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº963. MS. Brasília. 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Terapia por Pressão Subatmosférica (VAC) em Lesões Traumáticas Agudas Extensas- Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS-CONITEC-112. MS. Brasília, 2014. 23p.
- CANDIDO, L. C. Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: SENAC, 2001, 282p.
- CARVALHO C.I.F, Silva N.P.J, Bittencourt C.M, Junior B.C.L. Uso de Papaína no tratamento de lesões ulcerativas de pacientes portadores de pé diabético: Relato de cinco casos. Revista Paraense de Medicina, Pará, v. 24, n.2, p. 65-9, 2010.
- CLARK, R.A.F. Cutaneous tissue repair. Basic biologic considerations. J Am Acad Dermatol, 1985; 13:701.
- CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES. <http://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/516210-cuidador-de-idosos>.
- C O B E R T U R A S P A D R O N I Z A D A S . <http://200.18.45.28/sites/enfermagem/index.php/coberturas-padronizadas-hum>.
- COFEN; DECRETO N 94.406/87- Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html
- COSTA, Idevânia Geraldina. Prevenção e tratamento de feridas: Guia prático. 3ª Ed. Cuiabá: Práxis Educativa, 2008.
- DALEY, C. Cuidando de Feridas. Atheneu, São Paulo, 1996.
- DEALEY C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009
- Ferreira, A. M; Bogamil, D.D.D. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado Nurses. Arq Ciênc Saúde 2008 jul-set; 15(3):105-9
- FIRMINO F, Araújo Df, Sobreiro V. O Controle Do Odor Em Feridas Tumorais Através Do Uso Do Metronidazol. Prática Hospitalar 2002.
- FIRMINO, Flávia; Carneiro, Sueli. Úlceras por pressão, feridas neoplásicas e micose fungóide: reflexões da prática assistencial no Rio de Janeiro. Revista de Prática Hospitalar, ano 9, n. 50, mar./abr. 2007.
- FRANCIOSI N.F.L, Lucas S.L, Vieira S.R.V, Castan R.M, Souza P.R.M. O uso de curativos a vácuo como tratamento intermediário no trauma complexo de extremidade: experiência clínica e padronização da técnica. Arquivos Catarinenses de Medicina, Porto Alegre, v.39, n.2, p. 56-60, 2010.
- HEALTH QUALITY ONTARIO. Management of chronic pressure ulcers: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2009;9(3):1-203.
- HEGGERS, J.P.; Robson, M.C. Quantitative bacteriology: its role in the armamentarium of the surgeon. Boca Raton: CRC Press, 1991.
- HESS, C. T. Tratamento de feridas e úlceras. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002. 226p.
- INTERNATIONAL CONSENSUS. APPROPRIATE USE OF SILVER DRESSINGS IN
- JÚNIOR M. I, Legnani C. B, Kurogi S. A, Junior S.S.G, Lopes A.A.M. Atualização em Cuidados de Ferida com curativo à Vácuo. Arquivos Catarinenses de Medicina, v.41. n. 1, p. 21-23, 2012.
- LEITE P. A, Oliveira B.R.G.B, Soares F.M, Barrocas R.L.D. Uso e efetividade de papaína no processo de cicatrização de feridas: Uma revisão sistemática. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.33, n.3, p.198-207, 2012.
- MANDELBAUM SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares- parte II. An bras Dermatol, Rio de Janeiro, 78(5):525-542, set./out. 2003.

- MARTINS, M. A. Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle. Medsi Editora Médica Científica: 2ª edição, Belo Horizonte, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional de Câncer. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 44p.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014
- NELISE, N. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas Crônicas. Disponível em www.abempe.com.br
- OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA – http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2013/12/18/noticias_saudeplena_146883/tratamento-hiperbarico-e-eficiente-para-tratar-lesoes-que-nao-cicatriz.shtml. Acesso em 11 de maio de 2016.
- OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA – http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/14480/2120690_109700.pdf. Acesso em 11 de maio de 2016.
- PICKHAM D, Ballew B, Ebong K, Shinn J, Lough ME, Mayer B. Evaluating optimal patient-turning procedures for reducing hospital-acquired pressure ulcers (LS-HAPU): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016 Apr 6;17(1):190.
- PINHEIRO S.L, Borges L. E, Donosco V.T. M. Uso de hidrocolóide e alginato de cálcio no tratamento de lesões cutâneas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Minas Gerais, v. 66, n.5, p. 760-70, set-out, 2013.
- POLLOCK, E. Raphael. 2006. Manual De Oncologia Clínica Da UICC.
- PORTNOW, James; SAMUELS, Andrew J. Tratamento Domiciliar. In: Calkins E, Ford AB, Katz P. Geriatria Prática. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
- PRAZERES SJ. Tratamento de feridas: teoria e pratica. Porto Alegre: Moriá, 2009.
- PRINCIPLES OF BEST PRACTICE. Wound Infection in Clinical Practice: An International Consensus. London: MEP Ltd, 2008.
- PROJETO DE LEI DO SENADO, Nº284/2011. <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/matéria/100403>. Acesso em 20 de abril de 2016.
- QASEEM A, Humphrey LL, Forciea MA, Starkey M, Denberg TD; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Treatment of pressure ulcers: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2015 Mar 3;162(5):370-9.
- RABELO ER, Aliti GB. Exame Físico. In: SOUZA, EM. Casos clínicos para a enfermagem. Porto Alegre: Moriá, 2010.
- SAÚDE BUSINESS WEB <http://saudebusiness.com/noticias/curso-discute-auditoria-hospitalar-em-curativos>
- SCHALLOM M, Dykeman B, Metheny N, Kirby J, Pierce J. Head-of-bed elevation and early outcomes of gastric reflux, aspiration and pressure ulcers: a feasibility study. *Am J Crit Care*. 2015 Jan;24(1):57-66.
- SMANIOTTO S. H. P, Ferreira C. M, Isaac C, Galli Rafael. Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*, São Paulo, v.27, n.4, p.623-6, 2012.
- SMELTZER SC, Bare BG, Brunner V, Suddarth S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan; 1999.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL – Projeto Diretrizes – Triagem e Avaliação do Estado Nutricional. Dias MCG, van Aanholt DPJ, Catalani LA, Rey JSF, Gonzales MC, Coppini L, Franco Filho JW, Paes-Barbosa MR, Horie L, Abrahão V, Martins C
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. Projeto Diretrizes, São Paulo, 2011.
- TENÓRIO, E. B; Braz, M. A Intervenção do Enfermeiro como Diferencial de Qualidade no Tratamento de Feridas. *Revista Brasileira de Home Care*, 2002.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Manual de Tratamento de Feridas. Hospital das Clínicas de Campinas. Grupo de Estudos de feridas. Campinas, 2000.
- WALDOW, Vera Regina. Cuidado humano: o resgate necessário. 3.ed. Porto Alegre, RS: Sagra Luzzato, 2001.
- WHITE et.al. 2012. Consensus statement: academy of nutrition and dietetics and american society for parenteral and enteral nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. May;36(3):275-83.
- WIKIPEDIA - <https://pt.wikipedia.org/wiki/Auditoria>
- WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). Principles of Best Practice: Wound Exudate and the Role of Dressings. A Consensus Document. London: MEP Ltd, 2007.



E SE VOCÊ TENTASSE ALGO DIFERENTE?

Coberturas de Espuma Antimicrobiana Kendall™ AMD com PHMB
Projetadas para alta performance no tratamento de feridas.

Reg. M.S. 10549000446 - © 2015 Medtronic. Todos os direitos reservados. Medtronic, o logo da Medtronic e Outros são, em conjunto, marcas registradas da Medtronic. ™™ Marcas de terceiros são marcas registradas de seus respectivos proprietários. Todas as outras marcas são marcas registradas de uma empresa da Medtronic.

Medtronic



Núcleo Nacional das Empresas de Serviços
de Atenção Domiciliar
neadsaude.org.br

Rua Afonso Brás, 900, cjto. 52 | São Paulo | SP | 04511-001

Fone: 55 11 3045.3008 | www.neadsaude.org.br

www.facebook.com/eventosnead