



PREFEITURA DE
CATANDUVA
SECRETARIA DE SAÚDE

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS DO MUNICÍPIO DE CATANDUVA/SP

**Catanduva/SP
2025**

SUMÁRIO

Prefácio	5
Base legal e técnica para a atuação autônoma do Enfermeiro em curativos	6
Capítulo 1 – Anatomia da pele	
1.1 Introdução	8
1.2 Definição de pele	8
1.3 Funções da pele	8
1.4 Estruturas da pele	8
1.5 Processo cicatricial	9
1.6 Fatores que interferem na cicatrização	11
Capítulo 2 – Etiologia das lesões	
2.1 Introdução	13
2.2 Úlcera Venosa	13
2.3 Úlcera Arterial	14
2.4 Úlcera do Pé Diabético	14
2.5 Síndrome de Fournier	15
2.6 Lesões por Câncer (Feridas Neoplásicas)	16
2.7 Lesão por Pressão	17
2.8 Lesão por Deiscência Cirúrgica	21
2.9 Lesões por Traumas	22
2.10 Lesões por Queimadura	23
Capítulo 3 – Instrumento de avaliação inicial de feridas (admissão)	
Capítulo 4 – Instrumento de avaliação: Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT)	
4.1 Introdução ao BWAT	30
4.2 Importância do BWAT	30
4.3 Periodicidade de aplicação do BWAT	31
Capítulo 5 – Avaliação da dor no tratamento de lesões	
5.1 Conceito e tipos de dor	33
5.2 Métodos de avaliação da dor	33
5.2.1 Escalas Unidimensionais	33
5.3 Avaliação funcional associada à dor	34
5.4 Implicações no tratamento de lesões	34
Capítulo 6 – Cobertura e tratamento de lesões	
6.1 Introdução	36
6.2 Pareceres do Coren-SP sobre atribuição do Enfermeiro	36
6.3 Importância de escolha correta de cobertura	36
Capítulo 7 – Aspectos clínicos e terapêuticos: características do leito da lesão, objetivo do tratamento, grau da exsudação	63
Anexo 1 - Instrumento de avaliação inicial de feridas (admissão)	69
Anexo 2 - Instrumento de avaliação: Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT)	75
Anexo 3 – Instrumento de avaliação diária	77
Anexo 4 – Fluxograma de atendimento de feridas	78
Anexo 5 – Termo de Consentimento	79
Anexo 6 – Termo de Recusa Livre e Esclarecido	80

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE CATANDUVA

Osvaldo de Oliveira Rosa

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Adriano César de Araújo

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE

Thaís Garcia Vicente de Oliveira

DIRETORA DO DEPARTAMENTO TÉCNICO DA SAÚDE

Alessandra Merighi Montes Mota

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Giselda Mara Orlando Gozzo

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE BUCAL

Paulo Roberto de Senzi Carvalho

COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

Gabriela Zerbinatti Mismatch Sangalli

ORGANIZAÇÃO, REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

Secretaria municipal de saúde de Catanduva

Adriano César de Araújo – Secretário Municipal de Saúde

Alessandra Merighi Montes Mota – Diretora do Departamento Técnico da Saúde

Giselda Mara Orlando Gozzo – Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde

Organização Social de Saúde

Anderson Danilo Bento – Gerente de Especialização Técnica – Educação Permanente

Larissa Francielli de Souza Silva – Gerente de Especialização Técnica – Assistência Farmacêutica

Maria Mendonça Alves Pansa – Coordenadora Técnica

PREFÁCIO

A prática da enfermagem no cuidado com feridas é uma competência técnica, científica e ética que se alicerça na valorização do saber profissional e na garantia da qualidade da assistência prestada. Este **Protocolo de Curativos** foi elaborado com o objetivo de nortear e padronizar as condutas da equipe de enfermagem, assegurando segurança ao paciente, agilidade no cuidado e respaldo legal à atuação dos profissionais.

Fundamentado nas **Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)**, em especial a **Resolução COFEN nº 564/2017**, que dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem na prevenção e no tratamento de lesões cutâneas, este documento reconhece a **autonomia legal do enfermeiro** na avaliação, prescrição e realização de curativos, bem como na escolha de coberturas e tecnologias apropriadas. Também se ampara nos diversos **Pareceres Técnicos do COREN**, que reiteram o papel do enfermeiro como protagonista no cuidado com feridas, sem necessidade de prescrição médica para a realização de tais procedimentos.

Ressaltamos ainda que o enfermeiro, enquanto profissional de nível superior e com conhecimento técnico-científico, possui competência para a **tomada de decisão clínica**, planejamento da assistência e supervisão da equipe de enfermagem, conforme a **Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86)**. A atuação com autonomia e responsabilidade é não apenas um direito, mas um dever frente à necessidade de promover cuidados resolutivos, seguros e fundamentados em evidências.

Este protocolo é, portanto, uma ferramenta de apoio à prática assistencial e à gestão do cuidado, servindo como base para a conduta dos profissionais de enfermagem em diversos níveis de atenção à saúde. Sua aplicação visa à padronização dos cuidados, à valorização da prática avançada em enfermagem e ao fortalecimento da autonomia técnica e científica dos enfermeiros.

Que este documento sirva como instrumento de empoderamento, reflexão ética e fortalecimento da enfermagem no seu compromisso com a qualidade da assistência e com a dignidade da pessoa assistida.

Base Legal e Técnica para a Atuação Autônoma do Enfermeiro em Curativos

A atuação do enfermeiro no cuidado com feridas está amparada por um conjunto de normas e pareceres que asseguram sua autonomia técnico-científica e ética. A seguir, listamos os principais dispositivos legais que fundamentam este protocolo:

Lei nº 7.498/1986 – Lei do Exercício Profissional da Enfermagem

- **Art. 11, inciso I, alínea “i”:** Compete privativamente ao enfermeiro a prescrição da assistência de enfermagem.
- **Art. 11, inciso II:** Compete ao enfermeiro a consulta de enfermagem, a prescrição de cuidados, a execução e a supervisão da assistência de enfermagem.

Resolução COFEN nº 564/2017

- Dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem no cuidado com feridas.
- Define que **a prescrição de coberturas e a escolha da conduta terapêutica são competências do enfermeiro**, com base no julgamento clínico e na sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

Resolução COFEN nº 358/2009

- Regulamenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).
- A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro e é por meio dela que se organiza a assistência e se embasa a prescrição de cuidados, como os relacionados a feridas.

Pareceres Técnicos dos Conselhos Regionais (CORENs)

Diversos pareceres reforçam o entendimento de que **o enfermeiro não necessita de prescrição médica para realizar curativos ou prescrever coberturas**, desde que esteja legalmente habilitado:

- **Parecer COREN-SP nº 025/2016:** Enfermeiro pode prescrever e realizar curativos, inclusive com coberturas especiais, de forma autônoma.

- **Parecer COREN-MG nº 35/2013:** Reconhece o enfermeiro como responsável técnico pelo cuidado com feridas, com competência para indicar tratamentos e realizar curativos complexos.
- **Parecer COREN-SC nº 039/2017:** Reafirma que curativos são procedimentos de enfermagem e **não exigem prescrição médica prévia.**

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017)
--

- Art. 22: É direito do profissional de enfermagem exercer a profissão com autonomia.
- Art. 87: É vedado ao profissional de enfermagem deixar de exercer sua autoridade profissional no que diz respeito à prescrição de cuidados.

CAPÍTULO 1 – ANATOMIA DA PELE

1.1 Introdução

A pele é o maior órgão do corpo humano e desempenha funções vitais na proteção, regulação e interação com o ambiente externo. Atua como uma barreira física e imunológica, sendo essencial para a homeostase corporal. A compreensão de sua anatomia é fundamental para profissionais da área da saúde, estética, dermatologia e outras ciências biológicas.

1.2 Definição de Pele

A pele é uma estrutura orgânica que reveste externamente o corpo dos vertebrados. Sua composição é complexa e envolve várias camadas e anexos, que se integram para formar um sistema de defesa eficiente. Ela é classificada como um órgão sensorial e protetor, além de ser metabolicamente ativa.

1.3 Funções da Pele

As principais funções da pele incluem:

- **Proteção:** Atua como barreira contra agentes físicos, químicos e biológicos.
- **Regulação térmica:** Controla a temperatura corporal por meio da sudorese e vasodilatação.
- **Percepção sensorial:** Contém receptores sensoriais que permitem a percepção do tato, dor, pressão e temperatura.
- **Síntese de vitamina D:** A exposição solar permite que a pele participe da síntese da vitamina D.
- **Excreção:** Elimina resíduos metabólicos através das glândulas sudoríparas.
- **Função imunológica:** Contém células de defesa que atuam contra patógenos.

1.4 Estruturas da Pele

A pele é composta por três camadas principais:

- **Epiderme:** Camada mais externa, formada por epitélio estratificado pavimentoso queratinizado. Responsável pela renovação celular e pela proteção contra o meio externo. Contém células como queratinócitos, melanócitos, células de Langerhans e células de Merkel.
- **Derme:** Localizada abaixo da epiderme, é composta por tecido conjuntivo rico em colágeno e elastina. Nela se encontram vasos sanguíneos, terminações nervosas, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas.
- **Hipoderme (ou tecido subcutâneo):** Camada mais profunda da pele, composta predominantemente por tecido adiposo. Atua como isolante térmico, reserva energética e proteção contra traumas mecânicos.

Além dessas camadas, a pele contém **anexos cutâneos**, como:

- **Glândulas sudoríparas:** Responsáveis pela excreção de suor.
- **Glândulas sebáceas:** Secretam sebo, que lubrifica a pele e os pelos.
- **Folículos pilosos:** Estruturas onde se originam os pelos.
- **Unhas:** Formadas por queratina, auxiliam na proteção das extremidades dos dedos.

1.5 Processo Cicatricial

A cicatrização é o processo biológico pelo qual o organismo repara tecidos lesados, restaurando sua integridade estrutural e funcional. Esse processo é complexo, dinâmico e envolve diversas células, mediadores químicos e eventos moleculares.

A cicatrização pode ocorrer de duas formas principais:

- **Cicatrização por primeira intenção:** Ocorre em feridas limpas, com bordas aproximadas, geralmente cirúrgicas. Há pouca perda de tecido, mínima resposta inflamatória e rápida regeneração.
- **Cicatrização por segunda intenção:** Acontece em feridas abertas, infectadas ou com grande perda tecidual. O processo é mais lento e envolve maior resposta

inflamatória, formação abundante de tecido de granulação e uma cicatriz mais visível.

Fases da Cicatrização

O processo cicatricial é dividido em **quatro fases principais**:

1. Fase hemostática (imediata):

- Início logo após a lesão.
- Ocorre vasoconstrição e ativação das plaquetas, formando um coágulo de fibrina que controla o sangramento.

2. Fase inflamatória (0 a 3 dias):

- Infiltração de leucócitos (neutrófilos e monócitos).
- Remoção de patógenos e tecidos necróticos.
- Liberação de citocinas e mediadores inflamatórios.

3. Fase proliferativa (3 a 21 dias):

- Proliferação de fibroblastos e formação de tecido de granulação.
- Angiogênese (formação de novos vasos).
- Reepitelização: migração de queratinócitos para cobrir a ferida.

4. Fase de remodelação ou maturação (a partir de 21 dias até meses ou anos):

- Substituição do colágeno tipo III por colágeno tipo I.
- Reorganização das fibras e aumento da resistência da cicatriz.



Figura 1. Úlcera venosa evidenciando as fases da cicatrização: inflamação, proliferação e maturação e/ou remodelação. Adaptada Absorbest (2023).

1.6 Fatores que Interferem na Cicatrização

Diversos fatores podem influenciar positiva ou negativamente o processo de cicatrização. Eles podem ser divididos em **locais** e **sistêmicos**.

Fatores Locais:

- **Infecção:** Prolonga a fase inflamatória e destrói tecido regenerativo.
- **Corpo estranho:** Retarda a cicatrização e favorece infecções.
- **Isquemia:** A diminuição do fluxo sanguíneo reduz a oferta de oxigênio e nutrientes.
- **Tensão mecânica:** Força excessiva sobre a ferida pode abrir bordas e atrasar a regeneração.
- **Desidratação:** A falta de umidade pode inibir a migração celular.

Fatores Sistêmicos:

- **Idade:** Em idosos, a cicatrização pode ser mais lenta devido à menor resposta inflamatória e hormonal.
- **Doenças crônicas:** Diabetes, hipertensão e insuficiência vascular comprometem o processo reparativo.
- **Estado nutricional:** Deficiências de proteínas, vitaminas (principalmente A, C, E) e minerais (zinco, ferro) prejudicam a regeneração tecidual.

- **Uso de medicamentos:** Corticoides, quimioterápicos e anti-inflamatórios podem atrasar a cicatrização.
- **Tabagismo e alcoolismo:** Reduzem a oxigenação e prejudicam a função celular.
- **Estresse:** Aumenta os níveis de cortisol, que interfere na resposta inflamatória.

Referências Bibliográficas:

GARTNER, L. P.; HIATT, J. L. *Tratado de Histologia em Cores*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. *Histologia Básica*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. H. *Princípios de Anatomia e Fisiologia*. 15. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2017.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

NETTER, F. H. *Atlas de Anatomia Humana*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

ABSORBEST. Case: Leg ulcer challenge. Disponível em: <https://absorbest.co.uk/case-leg-ulcer-challenge>. Acesso em: 30 jun. 2025.

CAPÍTULO 2: ETIOLOGIA DAS LESÕES

2.1 Introdução

As lesões cutâneas representam um desafio significativo no cuidado em saúde, especialmente por sua diversidade etiológica e impacto funcional e psicossocial nos pacientes. O conhecimento sobre a etiologia das lesões é essencial para o correto diagnóstico, planejamento terapêutico e prognóstico. Este capítulo aborda as principais causas das lesões cutâneas mais prevalentes no ambiente hospitalar e ambulatorial, incluindo úlceras venosas, arteriais, diabéticas, síndrome de Fournier, lesões por câncer, pressão, deiscência cirúrgica, traumas e queimaduras.

2.2 Úlcera Venosa

A úlcera venosa é decorrente da insuficiência venosa crônica, sendo a causa mais comum de úlcera de perna. Resulta da hipertensão venosa sustentada, que leva à extravasamento de fluidos e proteínas no espaço intersticial, provocando inflamação e dano tecidual.

Características clínicas: lesões superficiais, exsudativas, com bordas irregulares, comumente localizadas na região do maléolo medial. A dor costuma ser aliviada com a elevação dos membros inferiores.

Fatores predisponentes: varizes, trombose venosa profunda prévia, imobilidade.



Figura 1. Úlcera venosa. Fonte: Arquivo pessoal da Equipe EMAD, 2025.

2.3 Úlcera Arterial

As úlceras arteriais são causadas pela obstrução do fluxo sanguíneo arterial, geralmente devido à aterosclerose. A isquemia crônica leva à necrose tecidual, com formação de lesões dolorosas.

Características clínicas: lesões secas, bordas bem delimitadas, base necrótica, comumente localizadas em regiões distais como dedos dos pés. A dor é intensa, especialmente à noite ou em repouso.

Fatores de risco: tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia.



Figura 2. Úlcera arterial. Fonte: Arquivo pessoal da Equipe EMAD, 2025.

2.4 Úlcera no Pé Diabético

O pé diabético é uma complicação comum do diabetes mellitus, resultante da neuropatia periférica e/ou doença arterial periférica, que diminui a sensibilidade e a vascularização dos pés.

Características clínicas: lesões plantares ou nos pontos de pressão, podendo apresentar infecção e necrose. A perda de sensibilidade é comum.

Fatores de risco: controle glicêmico inadequado, calçados inadequados, história de úlceras prévias.



Figura 3. Úlcera no Pé Diabético com Deiscência. Fonte: Arquivo pessoal da Equipe EMAD, 2025

2.5 Síndrome de Fournier

Trata-se de uma fascíte necrosante que acomete a região perineal, perianal ou genital, de evolução rápida e potencialmente fatal.

Etiologia: infecções polimicrobianas (aeróbios e anaeróbios), geralmente secundárias a traumas, procedimentos cirúrgicos, infecções urogenitais ou anorretais.

Características clínicas: dor intensa, edema, crepitação subcutânea, necrose, febre, sinais sistêmicos graves.

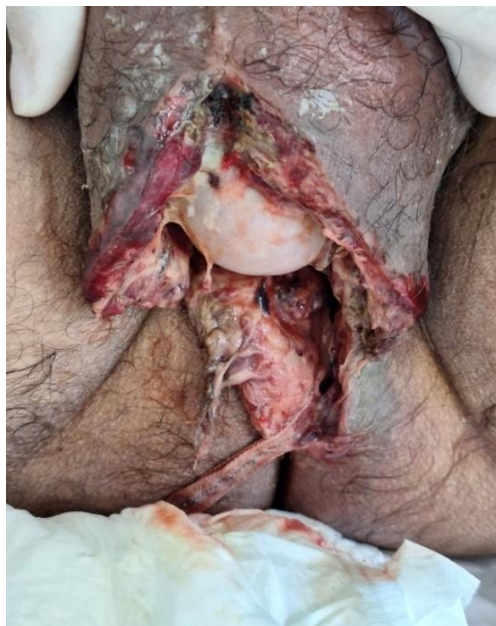


Figura 4. Síndrome de Fournier. Fonte: Arquivo pessoal da Equipe EMAD, 2025

2.6 Lesões por Câncer (Feridas Neoplásicas)

As lesões por câncer surgem da infiltração direta da pele por tumores malignos ou por metástases. São mais frequentes em carcinomas de mama, cabeça e pescoço.

Características clínicas: lesões ulceradas, com tecido necrótico, sangramento fácil, odor fétido e exsudato abundante.

Implicações clínicas: são de difícil cicatrização e requerem manejo paliativo.



Figura 5. Ferida Neoplásica com Deiscência mama esquerda. Fonte: Arquivo pessoal da Equipe EMAD, 2025

2.7 Lesão por Pressão

Lesões por pressão são danos localizados à pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre proeminências ósseas, resultantes da pressão prolongada isolada ou associada ao cisalhamento. O diagnóstico precoce e a correta classificação em estágios são essenciais para o manejo clínico.

Estágio 1 – Eritema não branqueável:

- Alteração visível na pele intacta com eritema persistente (vermelhidão) que não desaparece à digitopressão.
- A área pode apresentar temperatura diferente, consistência alterada (mais firme ou mais mole), dor ou prurido.
- Indica isquemia tecidual inicial, sem perda de integridade da pele.



Figura 6. Lesão por pressão estágio 1: Eritema não branqueável em região sacral, evidenciando a fase inicial da lesão por pressão. Foto adaptada de Woundsource (2025).

Estágio 2 – Perda parcial da espessura da pele:

- Perda da epiderme e, possivelmente, parte da derme.
- Apresenta-se como uma úlcera superficial com leito rosado e/ou vermelho, sem esfacelo.
- Pode se manifestar como abrasão, bolha (flictena) ou úlcera rasa.



Figura 7. Lesão por pressão em estágio 2, evidenciando perda parcial da epiderme e exposição da derme com tecido róseo e úmido, sem presença de escara ou esfacelo. Fonte: Accora (s.d.).

Estágio 3 – Perda total da espessura da pele:

- Envolve dano ou necrose de tecido subcutâneo, podendo atingir, mas não expor, fáscia muscular.

- Presença comum de esfacelo, tecido de granulação ou exsudato.
- Cavitações, túneis e descolamentos podem estar presentes.



Figura 8. Lesão por pressão em estágio 3, localizada na região sacral. Apresentando perda total da espessura da pele com exposição de tecido subcutâneo e presença de esfacelo nas bordas. A ferida apresenta bordas irregulares e cavidade profunda, conforme os critérios da NPIAP/EPUAP (2019).

Estágio 4 – Perda total de tecido com exposição de estruturas profundas:

- A úlcera expõe músculo, tendões ou ossos.
- Geralmente há presença de necrose, esfacelo e/ou tecido desvitalizado.
- Risco elevado de osteomielite, infecção sistêmica e complicações graves.



Figura 9. Lesão por pressão Estágio 4, localizada na região sacral. A imagem demonstra perda total da espessura da pele e dos tecidos subcutâneos, com exposição de estruturas profundas como músculo e osso. Observam-se bordas irregulares, necrose parcial e cavitação profunda, características típicas desse estágio avançado. Fonte: DocCheck (s.d.).

Outras classificações importantes:

- **Lesão tissular profunda:** área descolorida (roxa ou castanho-avermelhada) de pele intacta, indicando dano profundo nos tecidos.
- **Lesão não classificável:** presença de esfacelo ou necrose que impede a visualização da profundidade real.



Figura 11. Lesão Tissular Profunda e Não Classificável - A imagem apresenta uma lesão tecidual profunda localizada em uma área de proeminência óssea, evidenciando dano extenso aos tecidos moles subjacentes. Fonte: PRADO (2023). Adaptado de JUNG et al. (2005).

2.8 Lesão por Deiscência Cirúrgica

Ocorre quando há abertura parcial ou total de uma incisão cirúrgica, podendo expor tecidos profundos.

Etiologia: infecção da ferida, tensão excessiva, desnutrição, uso de corticosteroides, má técnica cirúrgica ou movimentação inadequada no pós-operatório.

Complicações: risco aumentado de infecção, evisceração e retardo na recuperação.



Figura 12. Lesão por Deiscência Cirúrgica. Fonte: Arquivo pessoal da Equipe EMAD, 2025

2.9 Lesões por Traumas

Lesões traumáticas podem resultar de agentes mecânicos (cortes, contusões, lacerações), físicos (frio ou calor), químicos ou biológicos.

Características clínicas: variam amplamente conforme o agente causal e a intensidade do trauma. A presença de sangramento, dor, edema e risco de infecção é comum.

Manejo inicial: avaliação da extensão, limpeza, controle de dor e prevenção de infecções.



Figura 13. Ferida traumática na mão com sangramento. Fonte: Free-Images.com (domínio público).

2.10 Lesões por Queimaduras

As queimaduras são lesões térmicas ou químicas que variam de acordo com a profundidade, extensão e gravidade da destruição tecidual. A classificação tradicional se baseia nos **graus de profundidade** da lesão.

Queimadura de 1º grau (superficial):

- Atinge apenas a epiderme.
- Apresenta eritema, dor e hipersensibilidade local.
- Não há formação de bolhas.
- Exemplo típico: queimadura solar leve.
- Cicatrização em 3 a 6 dias, sem formação de cicatriz.



Figura 14. Queimadura de primeiro grau mostrando vermelhidão da pele em perna. Fonte: MD.Saúde (domínio público).

Queimadura de 2º grau (espessura parcial):

- Divide-se em dois subtipos:
 - **Superficial:** afeta a epiderme e parte da derme. Presença de bolhas (flictenas), dor intensa, área úmida e avermelhada. Cicatriza em até 2 a 3 semanas, com pouco ou nenhum risco de cicatriz.
 - **Profunda:** destruição mais extensa da derme. Dor pode ser menor (devido à destruição de terminações nervosas), com áreas esbranquiçadas e secas. Pode exigir enxertia. Risco aumentado de cicatriz e contraturas.



Figura 15. Queimadura de segundo grau com formação de bolhas em face. Fonte: Manual MSD (domínio público).

Queimadura de 3º grau (espessura total):

- Atinge todas as camadas da pele (epiderme, derme e tecido subcutâneo), podendo envolver músculos e ossos.
- Área seca, rígida, de coloração branca, acinzentada ou escura (carbonizada).
- Indolor na área central da queimadura, devido à destruição de terminações nervosas.
- Não cicatriza espontaneamente — tratamento cirúrgico com enxertia geralmente necessário.



Figura 16. Queimadura de terceiro grau mostrando pele com aspecto esbranquiçado ou carbonizado.

Fonte: Manual MSD (domínio público).

Referências Bibliográficas:

PEREIRA, R. F.; BARTOLO, P. J. *Biomaterials and wound healing: a review of wound healing mechanisms and current wound healing biomaterials*. In: *Current Opinion in Biotechnology*, v. 22, n. 5, p. 775–782, 2011.

SCHMIDT, C. E.; LEACH, J. B. *Polymers for cell engineering and tissue regeneration*. In: *Current Opinion in Biotechnology*, v. 14, n. 5, p. 526–532, 2003.

MURRAY, J. C. *Wound healing: the role of the fibroblast and the myofibroblast*. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 87, n. 1, p. 48–54, 1991.

FONSECA, A. S. et al. *Aspectos fisiológicos da cicatrização: uma revisão de literatura*. In: *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 14, n. 2, p. 134–141, 2015.

WOUNDSOURCE. Pressure Injury Stages: Stage 1. Disponível em: <https://www.woundsource.com/resource/pressure-injury-stages>. Acesso em: 30 jun. 2025.

ACCORA. *Identifying and preventing pressure ulcers*. Disponível em: <https://us.accora.care/blog/identifying-and-preventing-pressure-ulcers>. Acesso em: 30 jun. 2025.

WILLINGSFORD. *2-year-old grade 3 sacral pressure ulcer closes in 17 days*. 2020. Disponível em: <https://willingsford.com/blog/2020/06/07/2-year-old-grade-3-sacral-pressure-ulcer-closes-in-17-days>. Acesso em: 30 jun. 2025.

DOCHECK. *Stage IV pressure ulcer*. [S.l.]: DocCheck, [s.d.]. Disponível em: <https://www.doccheck.com/en/detail/photos/2169-stage-iv-pressure-ulcer>. Acesso em: 30 jun. 2025.

Jung, H., et al. (2005). "Magnetic Resonance Imaging of Deep Tissue Injury in a Rat Model: Implications for Diagnosis and Treatment." *Journal of Applied Physiology*, 99(6), 2324–2331.

DOI: 10.1152/japplphysiol.00889.2005
Disponível em: <https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/japplphysiol.00889.2005>

Schneider, M., et al. (2019). "Magnetic Resonance Elastography for Quantifying Mechanical Properties of Skeletal Muscle in Deep Tissue Injury." *Scientific Reports*, 9, 12345.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6593838/>

FREE-IMAGES.COM. Ferida traumática na mão com sangramento [imagem]. Disponível em: https://free-images.com/display/hand_injury_wound_blood_0.html. Acesso em: 7 jul. 2025.

MD.SAÚDE. Queimadura de primeiro grau [imagem]. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/dermatologia/queimaduras>. Acesso em: 7 jul. 2025.

MANUAL MSD. Queimadura de segundo grau [imagem]. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/multimedia/image/queimadura-de-segundo-grau>. Acesso em: 7 jul. 2025.

MANUAL MSD. Queimadura de terceiro grau [imagem]. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/multimedia/image/queimadura-de-espessura-total-3%C2%BA-grau>. Acesso em: 7 jul. 2025.

CAPÍTULO 3 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DE FERIDAS (ADMISSÃO)

A avaliação inicial de feridas durante a admissão do paciente constitui uma etapa essencial na condução eficaz do cuidado em saúde. O instrumento de avaliação de feridas é uma ferramenta sistematizada que permite ao profissional de enfermagem registrar, descrever e acompanhar a evolução da lesão, fundamentando a tomada de decisão clínica e promovendo a continuidade do cuidado.

Este instrumento geralmente contempla dados como localização anatômica da ferida, tipo de lesão, dimensões (profundidade, largura e comprimento), presença de exsudato, características do leito da ferida, condição das bordas, sinais de infecção, tipo de tecido presente, dor relatada e fatores associados à etiologia, como pressão, trauma ou doenças crônicas (SPENCE et al., 2021). Esses dados contribuem para a definição do diagnóstico de enfermagem, escolha do tratamento adequado e estabelecimento de metas terapêuticas individualizadas.

A ausência de um instrumento padronizado de avaliação compromete a acurácia da documentação, a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a rastreabilidade do cuidado (SILVA et al., 2020). Estudos apontam que avaliações inconsistentes podem levar a condutas inadequadas, atrasos na cicatrização e aumento do risco de complicações, como infecções ou piora da ferida (FERREIRA et al., 2019).

Além disso, a padronização por meio de instrumentos validados assegura maior segurança ao paciente e respaldo legal ao profissional de saúde. A prática baseada em evidências recomenda o uso de instrumentos que utilizem escalas reconhecidas **(ANEXO 1)**, associando os achados clínicos à escolha do protocolo de cuidados mais eficaz (BARROS; OLIVEIRA, 2022).

Portanto, o uso de um instrumento de avaliação inicial de feridas na admissão do paciente é um elemento fundamental da sistematização da assistência de enfermagem,

sendo indispensável para o planejamento de cuidados individualizados, melhora dos desfechos clínicos e promoção da qualidade da assistência prestada.

Referências Bibliográficas:

Silva, A. M., & Santos, V. L. C. G. (2018). Tratado de feridas: da prevenção à cicatrização. *São Paulo: Atheneu.*

NPUAP, EPUAP, & PPPIA (2019). Prevenção e tratamento de lesões por pressão: guia de prática clínica internacional.

Sociedade Brasileira de Diabetes. (2023). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.

Krasner, D. L., Rodeheaver, G. T., & Sibbald, R. G. (2014). Feridas: abordagem clínica e científica. Rio de Janeiro: Medsi.

Pérez, D. (2020). Úlceras por pressão e outras feridas crônicas: abordagem prática. Porto Alegre: Artmed.

Brasil. Ministério da Saúde. (2022). Protocolo de prevenção de lesão por pressão em adultos hospitalizados.

Fletcher, J. (2021). Wound Care Essentials: Practice Principles. Lippincott Williams & Wilkins.

World Health Organization (WHO). (2022). Burn prevention: key facts.

CAPÍTULO 4 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: BATES-JENSEN WOUND ASSESSMENT TOOL (BWAT)

4.1 Introdução ao BWAT

O **Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT)** é um instrumento padronizado desenvolvido por Barbara Bates-Jensen, utilizado amplamente na prática clínica para avaliar **feridas agudas e crônicas** de maneira sistemática e objetiva. O instrumento permite o monitoramento da progressão ou regressão da ferida por meio da observação e pontuação de características clínicas específicas.

O BWAT avalia **13 itens principais**, como: **tamanho da ferida, profundidade, bordas, tecido de granulação, exsudato, necrose, epitelização, presença de infecção ou edema**, entre outros. Cada item recebe uma pontuação de 1 (condição mais favorável) a 5 (condição mais severa), totalizando um escore de 13 a 65. Quanto maior a pontuação, mais grave a condição da ferida (Bates-Jensen, 2001).

Este instrumento tem sido fundamental para padronizar a **avaliação de lesões por pressão (LPP), úlceras venosas, feridas diabéticas**, e outros tipos de lesões crônicas, promovendo maior consistência nos registros clínicos e melhorando a comunicação entre os profissionais de saúde.

4.2 Importância do BWAT na Prática Clínica

A aplicação do BWAT na prática clínica é de grande relevância. Seu uso oferece diversas vantagens, como:

- **Objetivação da avaliação da ferida:** evita avaliações subjetivas e discrepantes entre profissionais.
- **Monitoramento da evolução da cicatrização:** permite comparar resultados em diferentes momentos e avaliar a eficácia do tratamento.
- **Apoio à tomada de decisão clínica:** facilita a indicação de intervenções específicas (mudança de curativo, uso de coberturas avançadas, antibioticoterapia).

- **Comunicação interdisciplinar eficaz:** padroniza termos e critérios entre enfermeiros, médicos e demais membros da equipe.

Estudos apontam que o uso do BWAT melhora significativamente o controle de qualidade no cuidado com feridas e promove melhores desfechos clínicos (Thompson et al., 2013). Além disso, ele é reconhecido por sua confiabilidade interavaliadores e facilidade de aplicação na rotina clínica.

4.3 Periodicidade de Aplicação do BWAT

A frequência ideal para aplicação do BWAT depende do tipo de ferida, da fase do tratamento e da instabilidade clínica do paciente. No entanto, as diretrizes internacionais e a prática baseada em evidência recomendam o seguinte:

- **Feridas crônicas em fase de tratamento ativo:** 1 a 2 vezes por semana.
- **Feridas estáveis em cicatrização:** semanalmente.
- **Unidades de cuidados prolongados ou domicílio:** semanalmente ou quinzenalmente.

Segundo a *European Wound Management Association (EWMA, 2020)*, avaliações regulares e padronizadas são essenciais para evitar estagnação da cicatrização e reduzir o risco de complicações, como infecção ou cronificação da ferida.

A aplicação consistente do BWAT permite ajustes precoces nas condutas terapêuticas e contribui para o **planejamento individualizado do cuidado (ANEXO 2).**

Referências Bibliográficas:

BARROS, L. F.; OLIVEIRA, T. P. Avaliação de feridas: aplicação de instrumentos padronizados na prática de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 3, p. 1–7, 2022. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0249>

FERREIRA, A. M. et al. Avaliação e tratamento de feridas: implicações para a prática clínica. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 28, e20180232, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0232>

SILVA, R. A. et al. Padronização da avaliação de feridas: impacto na qualidade do cuidado em enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v. 25, e69811, 2020. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.69811>

SPENCE, D. et al. Best practices for wound assessment and documentation. *Advances in Skin & Wound Care*, v. 34, n. 5, p. 1-7, 2021. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000732322.23148.d2>

Bates-Jensen, B. M. (2001). *The Bates-Jensen Wound Assessment Tool*. University of California, Los Angeles.

Thompson, C., et al. (2013). **Use of the Bates-Jensen Wound Assessment Tool to monitor pressure ulcer healing**. *Journal of Wound Care*, 22(11), 618–623.

European Wound Management Association (EWMA). (2020). *Wound management in clinical practice: principles, protocols and procedures*. London: MEP Ltd.

Gardner, S. E., Frantz, R. A., & Bergquist, S. (2005). **Validity and reliability of the BWAT in wound healing studies**. *Ostomy Wound Management*, 51(9), 40–46.

CAPÍTULO 5 – AVALIAÇÃO DA DOR NO TRATAMENTO DE LESÃO

A dor é uma experiência sensorial e emocional complexa, que desempenha um papel fundamental no diagnóstico, monitoramento e eficácia do tratamento de lesões. A avaliação adequada da dor é essencial para a escolha da conduta terapêutica mais apropriada, bem como para a reabilitação efetiva do paciente. Neste capítulo, discutiremos os principais métodos de avaliação da dor, suas implicações clínicas e sua importância no contexto da reabilitação de lesões.

5.1 Conceito e Tipos de Dor

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), dor é definida como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos". Ela pode ser classificada em diversos tipos, entre os quais destacam-se:

- **Dor aguda:** geralmente associada a uma lesão tecidual recente, de curta duração e com função protetora.
- **Dor crônica:** persiste por mais de três meses e pode continuar mesmo após a resolução da lesão inicial.
- **Dor nociceptiva:** resulta da ativação de nociceptores em resposta a estímulos mecânicos, térmicos ou químicos.
- **Dor neuropática:** causada por lesões ou disfunções no sistema nervoso somatossensorial.

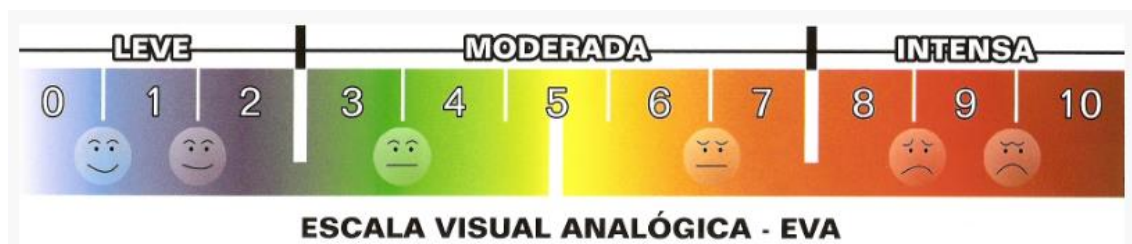
Compreender o tipo de dor é fundamental para guiar a intervenção terapêutica adequada.

5.2 Métodos de Avaliação da Dor

A avaliação da dor é subjetiva, uma vez que depende da percepção e relato do paciente. No entanto, existem instrumentos padronizados que auxiliam na quantificação e qualificação da dor, tais como:

5.2.1 Escalas Unidimensionais

- **Escala Visual Analógica (EVA):** consiste em uma linha reta de 10 cm, onde o paciente marca a intensidade da dor sentida, variando de "sem dor" a "pior dor imaginável".



https://enfermagemflorence.com.br/dor-o-5-sinal-vital/escala_visual_analogica_-_eva/

- **Escala Numérica (EN):** o paciente atribui uma nota de 0 a 10 para indicar o nível de dor.
- **Escala Verbal:** oferece opções verbais (leve, moderada, intensa) para descrever a dor.

5.3 Avaliação Funcional Associada à Dor

A dor impacta diretamente a função motora, o desempenho físico e a qualidade de vida. Por isso, em casos de lesão, a avaliação funcional associada à dor é essencial. Testes como o *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC) ou o *Disability of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH) são frequentemente utilizados para correlacionar dor com limitação funcional.

Além disso, é importante observar sinais clínicos como amplitude de movimento, força muscular, padrão de marcha, postura e presença de contraturas, todos influenciados pela dor.

5.4 Implicações no Tratamento de Lesões

O controle eficaz da dor não apenas melhora o conforto do paciente, mas também facilita a adesão ao tratamento fisioterapêutico e acelera a recuperação funcional. A dor não controlada pode resultar em inibição muscular, atrofia, compensações biomecânicas e cronificação da lesão.

Portanto, o monitoramento contínuo da dor ao longo do tratamento permite ajustes nas intervenções, seja por meio de terapias analgésicas, técnicas de liberação miofascial, eletroterapia, cinesioterapia ou reeducação postural.

Referências Bibliográficas:

ANDRADE, S. M. et al. *Dor: avaliação e tratamento*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2020.

FURLAN, A. D. et al. 2018. *Updated Methodology for Systematic Reviews of Interventions for Chronic Pain Conditions*. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Review Group.

MELZACK, R.; WALL, P. D. *The Challenge of Pain*. London: Penguin Books, 2008.

PASQUALI, L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2019.

FERREIRA, M. L.; COSTA, L. O. P.; MAHER, C. G. *A dor lombar: da avaliação ao tratamento*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CAPÍTULO 6 – COBERTURA E TRATAMENTO DE LESÕES

6.1. Introdução

O tratamento de lesões é uma competência fundamental da enfermagem no contexto da assistência em saúde. A escolha correta da cobertura é essencial para promover a cicatrização adequada, prevenir infecções e melhorar o conforto do paciente. Este capítulo discorre sobre a atribuição legal do enfermeiro na seleção de coberturas para tratamento de lesões, conforme pareceres do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP), e aborda a importância de uma avaliação sistêmica criteriosa dos tecidos envolvidos.

6.2. Pareceres do Coren-SP sobre a atribuição do enfermeiro

O Coren-SP, por meio de seus pareceres técnicos, reafirma que a escolha da cobertura para tratamento de lesões é uma **atividade privativa do enfermeiro**, respaldada por seus conhecimentos técnico-científicos, sua formação e pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

O **Parecer Coren-SP nº 032/2016** estabelece que o enfermeiro pode realizar o curativo e escolher a cobertura mais adequada de forma autônoma, desde que respeite os princípios da SAE e os protocolos institucionais. Já o **Parecer nº 038/2018** reforça que a escolha da cobertura deve ser pautada na avaliação clínica do paciente, no tipo de ferida, na fase de cicatrização e nas características do exsudato.

Portanto, a conduta do enfermeiro ao decidir sobre a cobertura não apenas é autorizada, como também é **uma responsabilidade ética e legal** diante da assistência prestada. O enfermeiro deve registrar em prontuário sua avaliação e justificar sua escolha com base em evidências clínicas.

6.3. Importância da escolha correta da cobertura

A correta escolha da cobertura influencia diretamente na **eficiência da cicatrização**. A decisão deve considerar:

- **Tipo de lesão:** úlceras por pressão, queimaduras, feridas cirúrgicas, entre outras.
- **Estágio de cicatrização:** inflamatória, proliferativa ou de maturação.
- **Quantidade e tipo de exsudato:** seco, seroso, purulento.
- **Presença de infecção:** necessidade de coberturas com ação antimicrobiana.
- **Condições sistêmicas do paciente:** como diabetes, nutrição, uso de imunossupressores.

Além disso, a avaliação tecidual é indispensável. A classificação dos tecidos da lesão (tecido de granulação, esfacelo, necrose) deve nortear a conduta. Por exemplo, tecidos necróticos exigem coberturas com potencial desbridante, enquanto tecidos de granulação

requerem proteção e umidade controlada. A escolha equivocada pode agravar a lesão, causar dor, retardar o processo de cicatrização e comprometer a recuperação do paciente. Assim, o enfermeiro deve estar constantemente atualizado sobre os tipos de coberturas disponíveis no mercado e suas indicações.

Abaixo apresenta-se o portfólio completo das tecnologias disponibilizadas pelo município de Catanduva para o tratamento de lesões, contemplando os recursos atualizados e padronizados no âmbito da rede municipal de saúde.

Tabela 01. Portifólio de tecnologias utilizadas no município de Catanduva – SP para Tratamento de Lesões, 2025.

PRODUTO	NOME COMERCIAL	COMPOSIÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRA-INDICAÇÃO	TEMPO DE TROCA
ALGINATO DE CALCIO + ALGINATO DE SODIO GEL BISNAGA 30 G	Debrigel ALG CA®	Água, Alginato de Sódio e cálcio, Aminometilpropanol, Carbômero, Carboximetilcelulose, Imidazolidinilureia, Metilparabeno, Propilenoglicol e Propilparabeno	Tratamento de feridas de qualquer etiologia e auxiliar no desbridamento. Absorve o exsudato em feridas de média exsudação (equilíbrio da umidade), hidrata e protege o leito da ferida, possuindo uma ação hemostática, com excelente na manutenção da umidade, auxilia no desbridamento autolítico e seletivo e adição de alginato.	O Debrigel Alg Ca é contraindicado para pessoas hipersensibilizadas a algum dos componentes da fórmula.	O curativo Debrigel Alg Ca deve ser trocado a cada 24 horas.
ALOE VERA 10% POTE 50 G	Babosa	Essa planta de origem africana pertence à		Contraindicação de feridas de moderada	

		família das Liliáceas, assemelha-se a um cacto e cresce em climas tropicais. O <i>Aloe vera</i> em gel a 10% contém composto denominado glucomanano, contém vitamina C, E, complexo e ácido fólico, aminoácidos, polissacarídeos que estimulam o crescimento dos tecidos e a regeneração celular	Acelera a cicatrização da lesão de difícil cicatrização e ajuda a reduzir a gravidade da dor, propriedades cicatrizantes e antiinflamatórias. Indicado em lesões da pele, com danos por irradiação, úlceras venosas e isquêmicas	a alta quantidade de exsudato e feridas infectadas e/ou com suspeitas de biofilme.	Troca diária
ANTISSÉPTICOS E DEGERMANTES	Clorexedina tópica a 1% e degermante a 4% e Polihexanida	Composições detergentes que podem conter emolientes e/ou surfactantes, antissépticos, sendo, em alguns casos, agregados antibióticos de largo espectro.	Remoção de resíduos como fezes, restos de coberturas, desodorização. Ação: agem "limpando" as áreas próximas da ferida pela ação detergente,	Deve-se ter cautela com o uso de agentes químicos e antissépticos sobre as feridas, pois, em sua maioria, causam mais danos do que benefício (citotoxicidade).	Diário ou quando clinicamente indicado, mediante a avaliação do tecido, exsudato e odor.

			desodorizante e mecânica. Realizar o uso somente quando houver sinais clínicos de infecção local, odor ou tecido inviável (NECROSE E ESFACELO). Em tecidos vitalizados (GRANULAÇÃO E EPITÉLIO), são dispensados o seu uso, pois são lesões consideradas livres de microrganismos.		
BOTA DE UNNA 10,16 X 9,14 CM UNIDADE	Bota de Unna® Unna Flex® Compress® Multicompress® Flexidress®	Bandagem: Poliéster e algodão. Pasta: Glicerina, Óxido de Zinco, Petrolatum	Forma de terapia contensiva inelástica, atuando de forma a		

		branco, Água, Acácia e Óleo de Castor.	aumentar a contenção e favorecer a drenagem e o suporte venoso, beneficiando, assim, a cicatrização da úlcera. Essas ataduras inelásticas criam contenção e auxiliam a contração muscular (durante a deambulação) e pequena pressão ao repouso: úlceras venosas de pernas e linfedemas.	Úlceras arteriais e úlceras mistas (arteriais/venosas).	Troca de curativo secundário diariamente (gaze e atadura) e a permanência da Bota poderá ser de até 7 dias. Porém, deverá ser considerado a quantidade de exsudato permanente na lesão, podendo haver trocas de 2x na semana. Critério de troca de acordo com a avaliação do enfermeiro.
			Indicado em feridas com tecido desvitalizado, em ulcerações e necroses (úlceras)	Não devem ser utilizadas em feridas com cicatrização por primeira intenção ou	

COLAGENASE SEM CLORANFENICOL 0,6 UI POMADA BISNAGA 30 G	Kollagenase® Irujol Mono® Colenzyme® Dermostatin®	Colagenase 0,6U e veículo q.s.p. 1,0g (vaselina líquida, vaselina sólida).	varicosa, lesão por pressão, gangrenas das extremidades, especialmente gangrena diabética. É potencialmente eficaz no tratamento pelo fato de possuir a capacidade de destruir as células de colágeno que formam o tecido morto da ferida.	em pacientes sensíveis a seus compostos derivados bovinos, cloranfenicol. Evitar uso prolongado devido sua ação BACTERIANA, podendo causar resistência microbiana.	24 horas
CREME BARRERA FRASCO 60 ML	Crema Barreira	Água, óleo mineral, petrolato, ozocerita, glicerila, oleato, óleo de lanolina, propilenoglicol, glicerina, citrato de	Proteção da pele íntegra e prevenção de dermatite associada à incontinência, pele periestomia e pele	Não deve ser utilizado em caso de hipersensibilidade a algum de seus componentes.	Diariamente ou a cada troca.

		magnésio, metilparabeno, propilparabeno, ácido cítrico e ciclometicona.	perilesão. Hidratação e regulação da pele danificada.		
CREME DE METRONIDAZOL	Metronidazol Crema®	Fórmula estrutural 2- metil 5- nitroimidazol 1- etanol, ativo contra organismos anaeróbicos	Feridas malignas cutâneas para controle de odor fétido, por diminuir a concentração de Bactérias anaeróbias destas lesões.	Hipersensibilidade ao componente. Feridas altamente exsudativas.	Diário
CURATIVO DE CARVAO ATIVADO 10,5 X 10,5 CM PLACA	Carboflex® Actisorb® Silversel®	Carvão ativado: obtido a partir da queima de certos tipos de madeiras, em temperaturas controladas, e logo após, é tratado com oxigênio, o que leva a abertura de poros entre os átomos do carbono, conferindo-lhe a propriedades de um ótimo absorvente. O	Utilizado quando há presença de secreção, infecção e exsudato abundante na lesão. Serve como filtro de odores. O carvão atrai as bactérias da ferida como um ímã, enquanto a impregnação com a	Não deve ser utilizado em feridas secas, não utilizar em feridas limpas e queimaduras; não pode ser recortado; requer observação constante do tecido	A cada 1-7 dias, dependendo da quantidade de exsudação.

		carvão ativado puro impregnado com prata (0,15%), envolto em um não tecido de nylon poroso, selado nas quatro bordas.	prata combate os microrganismos, o que reduz a colonização bacteriana e controla a infecção	de granulação e, quando isso ocorrer	
CURATIVO HIDRATANTE COM ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO	SAF-GEL®	Água purificada, propilenoglicol, carbômero 940, trietanolamina, ácido bórico, alginato de cálcio e sódio, sorbato de potássio, DMDM hidantoína e carboximetilcelulose sódica	SAF-GEL® é indicado no tratamento de úlceras por pressão, úlceras de perna de estase venosa, queimaduras de 1º e 2º grau, cortes, abrasões e lacerações. O gel contendo alginato pode ser usado no controle de úlceras crônicas, incluindo úlceras de pressão de estágio IV.	SAF-GEL® não deve ser utilizado por pacientes com conhecida sensibilidade ao gel ou a algum de seus componentes	SAF-GEL® deverá ser trocado diariamente ou quando o curativo que recobre a ferida começar a escorrer ou for retirado para as trocas de rotina. O gel pode ser removido enxaguando-se com solução salina

			• Para otimizar a cicatrização, pode-se utilizar SAF-GEL® em conjunto com um curativo que retenha a Umidade - Cria um ambiente cicatricial úmido ideal que favorece o processo natural de cicatrização da ferida; • Apresenta a capacidade de hidratar feridas secas e necróticas; • Tem a capacidade de absorver o exsudato da ferida.		
CURATIVO HIDROCOLOIDE 10 X 10 CM PLACA	Comfeel Plus	Comfeel Plus consiste em partículas de carboximetilcelulose de sódio (CMC) que	Os curativos hidrocoloides Comfeel Plus são indicados para uma	Feridas infectadas, feridas com exsudação excessiva, reações alérgicas.	Até 7 dias

		absorvem umidade, encapsuladas em uma massa sintética, elástica e autoadesiva. O alginato de cálcio foi adicionado ao curativo para aumentar a absorção. A película superior é um filme de poliuretano semipermeável. Comfeel Plus Transparente é formulado sem pectina, alérgenos conhecidos como látex ou colofônia, bem como derivados de animais como a gelatina.	grande variedade de feridas com exsudação baixa a moderada. Os curativos são indicados para feridas de difícil cicatrização, tais como úlceras de perna, lesões por pressão e para feridas agudas como queimaduras superficiais e de espessura parcial, áreas doadoras, feridas pós-operatórias e abrasões na pele. Pode ser usado tanto como curativo primário quanto secundário.	
--	--	---	---	--

DUODERM GEL 15G	DuoDERM®Gel	Substâncias Hidrocolóides: Carboximetilcelulose Sódica, Pectina; Água 81.5% p/p e Propilenoglicol	DuoDERM®Gel é indicado para o tratamento de feridas de profundidade média ou total, tais como úlcera por pressão, úlcera de perna e úlcera diabética. Cuidados na aplicação: • Limpar cuidadosamente a ferida com água estéril, solução salina ou com algum dos agentes de limpeza de uso comum na prática hospitalar. Secar a pele adjacente	DuoDERM® Gel não deve ser utilizado por pacientes com conhecida sensibilidade ao gel ou a algum de seus componentes	Intervalos de no máximo 3 dias
----------------------------	-------------	--	---	---	--------------------------------

			Promove hidratação do tecido seco: penetrando no leito da ferida, hidratando e favorecendo o desbridamento autolítico (remoção de tecido necrótico de forma natural e seletiva). • Mantém o ambiente úmido: favorece a promoção e formação de tecido de granulação. • Reduz o risco de infecção através do aumento da atividade de macrófagos no controle do crescimento		
--	--	--	--	--	--

			bacteriano. Absorve e proporciona umidade: Como um gel amorfo tem a capacidade de absorver e proporcionar a umidade de acordo com a necessidade da ferida.		
ESPUMA MULTI CAMADAS	Aquacel Foam Pro® Hell, Aquacel Foam Pro Sacral e Aquacel Foam Pro Quadrado.	Camada externa de filme de poliuretano impermeável, Espuma de poliuretano absorvente, Camada de ligação, Camada não tecido de hidrofibra (100% carboximetilcelulose sódica), Camada de silicone adesivo perfurado.	Prevenção de lesão por pressão. Obs.: Pode ser utilizada sozinha ou associada ao Aquacel Ag+ Extra. Abrasões, lacerações, cortes mínimos, Úlceras de perna, Lesão por pressão (estágio I, II, III e IV) e úlceras diabéticas;	Não devem ser usados em indivíduos que sejam sensíveis ou que tenham apresentado uma reação alérgica ao curativo ou a seus componentes.	Deve ser trocado quando clinicamente indicado ou até 7 dias.

			Feridas cirúrgicas (pós-operatórias, áreas doadoras, dermatológicas); Queimaduras de profundidade parcial (segundo grau); Feridas cirúrgicas ou traumáticas deixadas para cicatrizar por segunda intenção, tais como incisões cirúrgicas deiscuentes; Feridas cirúrgicas que cicatrizam por primeira intenção, tais como incisões cirúrgicas e dermatológicas (ex.: ortopédica e vascular); Tratamento local de feridas que sangram		
--	--	--	--	--	--

			facilmente, tais como feridas que passaram por desbridamento mecânico ou cirúrgico e áreas doadoras.		
GAZES	Cremer® Megatex® Nexcare®	Tecido fino, de trama aberta, feito de algodão, seda, raio ou fibras sintéticas	Isolamento. Cobertura secundária, a gaze seca promove barreira bacteriana quando se mantém seca. Já embebida em secreção, permite a transmissão bacteriana através da	Permite o ressecamento do leito da ferida pela sua permeabilidade, permanecendo aderida ao exsudato proteínáceo, tornando a retirada do curativo algo doloroso. Outro aspecto negativo do ressecamento da lesão é a diminuição da sua temperatura, lentificando o	Diária

			umidade para o interior da ferida.	crescimento e defesa celular da ferida. ^{1,16} Não se deve utilizar gaze seca diretamente sobre a lesão, exceto quando se deseja realizar o desbridamento seco.	
HIDROFIBRA COM PRATA IÔNICA A 1,2%, CLORETO DE BENZETÔNIO E EDTA	Aquacel Ag + Extra [®]	Fibras 100% Carboximetilcelulose Sódica, prata Iônica a 1,2%, cloreto de Benzetônio e EDTA. Possui costuras de celulose regeneradas, facilitando a remoção unidirecional, sem que haja dispersão das fibras sob o leito da lesão. Os componentes citados acima atuam como	Indicadas em feridas de moderada a alta quantidade de exsudato. Podendo atuar de forma profilática em feridas sem sinal de infecção. E pode ser utilizado em feridas colonizadas e infectadas. Realiza morte microbiana, auxilia no desbride autolítico, absorve e	Contraindicado em pessoas que possuam sensibilidade ao componente; Feridas secas;	Em feridas Agudas e difícil cicatrização, o Aquacel poderá permanecer por até 7 dias, devendo ser avaliado a quantidade de exsudato e sua característica, podendo ser trocado até 3x por semana, por definição do profissional Enfermeiro ou Médico.

		antimicrobiano, capturando as bactérias de forma bacteriostática, sem que haja liberação de prata no leito da ferida, atua em cinergia com o Cloreto de Benzetônio e EDTA removendo o BIOFILME e impedindo a sua reformulação. Quando entram em contato com o exsudato, forma um gel coeso auxiliando no desbridamento autolítico e favorecendo o processo de cicatrização.	retém o exsudato, propiciando um ambiente favorável para o processo cicatricial. Ao utilizar, deverá ser realizado o preenchimento de cavidades, fístulas ou tunefações. Considerar de 2 a 3 cm de placa sobrepondo as bordas perilesionais, pois a mesma realizará a absorção vertical e protegerá as bordas de maceração por excesso de exsudato. Pode ser utilizado em feridas Agudas, de difícil cicatrização e em Queimaduras de		Em queimaduras o Aquacel ag + extra poderá permanecer por até 14 dias após a sua aplicação. Devendo ser realizado troca de curativo secundário diariamente e mantendo a placa até que a mesma possua a característica “acartonada”, sendo somente recortada no decorrer dos dias.
--	--	---	--	--	--

			2° superficial, 2° profundo e 3°.		
HIDROGEL POLIHEXANIDA (PHMB) FRASCO 30 G	DBS Pielsana Polihexanida gel	Cocoamidopropilbetaína, Glicerina, 0,1% de Polihexanida (Biguanida), Carboximetilcelulose e Água purificada por Osmose Reversa	Limpeza e hidratação de feridas cutâneas agudas e crônicas, Desbridamento autolítico, auxiliando na remoção de crostas e tecidos desvitalizados, Descontaminação de feridas infectadas ou com presença de biofilme, Redução de odores provenientes de feridas, Preservação da umidade em curativos, promovendo um ambiente favorável à cicatrização. É especialmente útil em casos de úlceras	Pessoas com hipersensibilidade a algum componente do produto, contraindicado o uso em cartilagem hialina e queimaduras grau III e IV. Contraindicado em feridas muito exsudativas.	A cada 24 a 48 horas, dependendo do nível de exsudato (secreção) e do estado da ferida. Em feridas mais estáveis ou com pouca secreção, o intervalo pode se estender até 48 horas.

			por pressão (escaras), úlceras de perna de origem venosa, arterial ou mista, queimaduras de 1º e 2º graus, feridas pós-operatórias, áreas doadoras de enxerto e dermatites .		
NITRATO DE CERIO 0,4 % + SULFADIAZINA DE PRATA 1 % CREME BISNAGA 50 G	Derma-cerium®, Pratacerium®	Sulfadiazina de prata a 1% associada ao nitrato de cério a 0,4%,	Atua na cicatrização, formação de tecido de granulação e cicatrização de algumas úlceras. Auxilia no desbride autolítico. Deve ser utilizada em feridas infectadas.	Contraindica a sensibilidade do componente. Feridas de moderada a alta quantidade de exsudato. Podendo ser utilizada por até 14 dias, pois pode ocasionar citotoxicidade e nefrotoxicidade das células, retardando o processo cicatricial.	Troca diária

				Sua prata possui biodisponibilidade sob o leito da ferida, podendo modificar a coloração da mesma, atentar-se aos sinais clínicos e se necessário suspender o uso.	
OLEOS VEGETAIS (ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS) SOLUCAO FRASCO 200 ML	Dersani® Essentiale® AGE Dermus® Novaderm® AGE Dermafine®	Óleo vegetal composto por Ácido Linoléico, Caprílico, Vitamina A, E e Lecitina de Soja.	Preventivo para lesões, aumenta a hidratação, elasticidade e resistência da pele, e para o tratamento de todos os tipos de lesões, tais como úlceras por pressão, úlcera venosa de estase, com ou sem infecção. Sua ação consiste em promover a	Feridas infectadas, hipersensibilidade a componentes da fórmula.	Fazer a troca diária ou quando a cobertura secundária estiver saturada.

			quimiotaxia e a angiogênese, mantém o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual. A aplicação em pele íntegra tem grande absorção, forma uma película protetora na pele, previne escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local.		
PAPAINA POTE 50 G	Papaína 5% e 10%	Origem vegetal extraída do látex do mamão verde (fruta papaya), uma mistura complexa de	A indicação depende das características de cada fase em que se encontra a lesão. Feridas secas com tecido de necrose Coagulativa e necrose de	É inativada ao reagir com agentes oxidantes como o	

		enzimas proteolíticas e peroxidases, que provoca a proteólise do tecido desvitalizado.	Liquefação. Indicar somente com a presença de tecido desvitalizado. Após ter ocorrido o desbridamento total do tecido desvitalizado, realizar a mudança da cobertura para o produto mais indicado durante a fase de cicatrização.	ferro, o oxigênio, derivados de iodo, água oxigenada e nitrato de prata, luz e calor. Contraindicada em feridas de moderado a alta quantidade de exsudato, com presença de infecção local e biofilme.	Troca 12/12 horas. Manter na geladeira. Obs.: Retirar da geladeira de duas a três horas antes da aplicação do produto sob a ferida.
SULFADIAZINA DE PRATA 1 % CREME BISNAGA 50 G	Dermazine® e Pratazine®	Pomada hidrofílica, composta por sulfadiazina de prata a 1% com capacidade bactericida imediata e	Antimicrobiana e antibiótica. Cicatrização de queimaduras facilitando reepitelização, profilaxia e tratamento de infecções em queimaduras e áreas	Hipersensibilidade ao componente. Poder utilizada continuamente por até 14 dias, após isso causa citotoxicidade e nefrotoxicidade as células epiteliais, sendo prejudicial a	A troca deverá ser realizada de 12 em 12 horas.

		bacteriostática residual, devido aos sais de prata	de abrasão em. Sua ação causa a precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo ação bactericida imediata e ação bacteriostática residual pela liberação de pequenas quantidades de prata iônica	cicatrização. Pois a mesma libera prata sob o leito da lesão.	
TERAPIA COMPRESSIVA	Faixa elástica	Define o sistema de bandagem de multicamadas como sendo um sistema que possui alta compressão, cada camada tem uma função e é constituída por diferentes materiais.	É usado somente em feridas abertas e para diminuir a hipertensão e sua repercussão na macro	Inapropriada aplicação em um membro com circulação prejudicada.	Uma ou duas vezes por semana, dependendo da extensão do edema e a quantidade de exsudato.

		Possui a indicação de realizar compressão sob o membro, auxiliando no retorno venoso, e consequentemente na melhora da lesão ou do linfedema. Possui compressibilidade elástica de peso leve produz uma compressão de 18-20 mmHg; e camada quatro: aderente para manter todas as camadas anteriores e acrescenta uma pressão adicional de 22-25 mmHg.	circulação e microcirculação. Na primeira, aumenta o retorno venoso profundo, diminuindo o refluxo patológico. Na segunda diminuem a saída de líquidos e moléculas dos capilares e vênulas	Contra indicado em pacientes portadores de Insuficiência Arterial.	
UREIA 10% BISNAGA 100 G	Creme de ureia	São reconhecidas como propriedades queratolíticas, hidratantes e esfoliantes. Indicada a presença de hiperqueratose, condições	Creme à base de ureia são reconhecidas como propriedades queratolíticas, hidratantes e	Sensibilidade aos componentes do produto. Áreas com umidade excessiva.	Troca diária

		hiperqueratóticas, como pele seca, áspera, dermatite, psoríase, eczema, queratose e calos; e unhas danificadas, encravadas e desvitalizada.	esfoliantes. Aplicar sob a pele seca, evitando áreas que possuam microclima, para que não haja maceração local. Atentar-se a aplicação do produto em pacientes diabéticos na região inter digital, para que não ocorra a maceração local.		
--	--	--	--	--	--

Referências Bibliográficas:

IASP – International Association for the Study of Pain. Definição oficial de dor.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer Técnico nº 032/2016. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/>

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer Técnico nº 038/2018. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2017.

MEDEIROS, A. B. A. et al. Tratamento de feridas: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2015.

FERREIRA, A. M. et al. Enfermagem dermatológica: feridas e estomias. Rio de Janeiro: Rubio, 2017.

CAPÍTULO 7 – ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS: CARACTERÍSTICAS DO LEITO DA LESÃO, OBJETIVO DO TRATAMENTO, GRAU DA EXSUDAÇÃO

Característica do Leito da Lesão	Objetivo do tratamento	Grau de Exsudação			
Infecção local e/ou biofilme					
	Auxiliar no controle da infecção.	ALTO hidrofibra com prata iônica 1,2% BEC e EDTA. Trocar a cada 48 horas. Carvão ativado com prata. Trocar a cada 48 horas. OBS: Curativo secundário diariamente ou devido à necessidade	MODERADO hidrofibra com prata iônica 1,2% BEC e EDTA. Trocar a cada 48 horas. Carvão ativado com prata. Trocar a cada 48 horas. OBS: Curativo secundário diariamente ou devido à necessidade	BAIXO Sulfadiazina de Prata 1%. Realizar troca 2 vezes ao dia	SECO Sulfadiazina de Prata 1%. Realizar troca 2 vezes ao dia

Característica do Leito da Lesão	Objetivo do tratamento	Grau de Exsudação			
Necrose Seca					
	Estimular desbridamento autolítico. OBS: Considerar possibilidade de desbridamento instrumental associado.	ALTO _____	MODERADO _____	BAIXO Escarificar, aplicar camada fina de papaína 10%. Trocar 1 vez ao dia. Escarificar, aplicar camada fina de Hidrogel com Alginato ou PHMB e aplicar Hidrocoloide. Trocar a cada 48 horas.	SECO Escarificar, aplicar camada fina de papaína 10%. Trocar 1 vez ao dia. Escarificar, aplicar camada fina de Hidrogel com Alginato ou PHMB e aplicar Hidrocoloide. Trocar a cada 72 horas.

Característica do Leito da Lesão	Objetivo do tratamento	Grau de Exsudação			
Necrose úmida					
	Estimular desbridamento autolítico e controlar a umidade.	ALTO hidrofibra com prata iônica 1,2% BEC e EDTA. Trocar a cada 72 horas. Carvão ativado com prata. Trocar a cada 72 horas. OBS: Curativo secundário diariamente ou devido à necessidade	MODERADO hidrofibra com prata iônica 1,2% BEC e EDTA. Trocar a cada 72 horas. Carvão ativado com prata. Trocar a cada 72 horas. OBS: Curativo secundário diariamente ou devido à necessidade	BAIXO hidrofibra com prata iônica 1,2% BEC e EDTA. Trocar a cada 1x semana. OBS: Curativo secundário diariamente ou devido à necessidade	SECO Aplicar camada fina de Hidrogel com Alginato ou PHMB ou hidrogel com pectina, gelatina e carboximetilcelulose sódica. Trocar 1x ao dia. Aplicar camada fina de papaína 5%. Trocar 1 vez ao dia.

Características do Leito da Lesão	Objetivo do tratamento	Grau de Exsudação			
Tecido inviável úmido com granulação					
	Estimular desbridamento autolítico e controlar a umidade. Estimular tecido de granulação.	ALTO hidrofibra com prata iônica 1,2% BEC e EDTA. Trocar a cada 48 horas. OBS: Curativo secundário diariamente ou devido à necessidade.	MODERADO hidrofibra com prata iônica 1,2% BEC e EDTA. Trocar a cada 72 horas. OBS: Curativo secundário diariamente ou devido à necessidade.	BAIXO hidrofibra com prata iônica 1,2% BEC e EDTA. Trocar a cada 1x semana. OBS: Curativo secundário diariamente ou devido à necessidade.	SECO Aplicar camada fina de Hidrogel com Alginato ou PHMB ou hidrogel com pectina, gelatina e carboximetilcelulose sódica. Trocar 1x ao dia. Aplicar camada fina de papaína 5%. Trocar 1 vez ao dia.

Características do Leito da Lesão	Objetivo do tratamento	Grau de Exsudação			
Granulação					
	Manter ambiente ideal para granulação. Proteger as bordas da ferida, prevenindo maceração. Gerenciar exsudato.	ALTO hidrofibra com prata iônica 1,2% BEC e EDTA. Trocar a cada 48 horas. OBS: Curativo secundário diariamente ou devido à necessidade.	MODERADO hidrofibra com prata iônica 1,2% BEC e EDTA. Trocar a cada 72 horas. OBS: Curativo secundário diariamente ou devido à necessidade.	BAIXO hidrofibra com prata iônica 1,2% BEC e EDTA. Trocar a cada 1x semana. OBS: Curativo secundário diariamente ou devido à necessidade. Espuma multicamada de silicone. Trocar a cada 72 horas.	SECO Aplicar camada fina de Hidrogel com Alginato ou PHMB ou hidrogel com pectina, gelatina e carboximetilcelulose sódica. Trocar 1x ao dia. Aplicar camada fina de papaína 5%. Trocar 1 vez ao dia.

Características do Leito da Lesão	Objetivo do tratamento	Grau de Exsudação			
Epitelização					
	Favorecer Reepitelização. Proteger a pele.	ALTO _____	MODERADO _____	BAIXO _____	SECO Espuma multicamada de silicone. Trocar a cada 7 dias.

ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DE FERIDAS (ADMISSÃO)

Data: _____

Local da Avaliação: _____

Nome do Paciente: _____

Idade: _____

CONDIÇÕES CLÍNICAS GERAIS DO PACIENTE

Comorbidades:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensão
- ☐ Doença Vascular
- ☐ Tabagismo
- ☐ Idade Avançada
- ☐ Sequelas Neurológicas
- ☐ Neuropatia
- ☐ Outros: _____

Medicação atualmente em uso:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Qual (is): _____

Estado nutricional:

- ☐ Adequado
- ☐ Inadequado
- ☐ Uso de suplemento alimentar
- ☐ Qual (is): _____

Nível de dependência funcional:

- ☐ Independente
- ☐ Necessita de auxílio de um cuidador

Condições de higiene pessoal:

- ☐ Adequado
- ☐ Inadequado

AVALIAÇÃO DA FERIDA

Etiologia:

- ☐ Lesão por pressão | Classificação: _____
- ☐ Úlcera Venosa
- ☐ Úlcera Arterial
- ☐ Oncológica
- ☐ Úlcera Mista
- ☐ Queimadura | Classificação: _____
- ☐ Pé Diabético
- ☐ Traumática
- ☐ Tempo de Ferida: _____
- ☐ Outros: _____

Recidiva:

- ☐ Sim
- ☐ Não

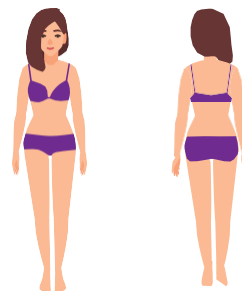
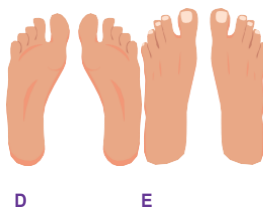
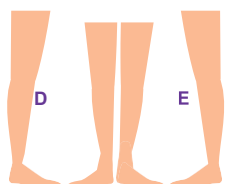
Mensuração (cm):

Comprimento: _____

Largura: _____

Profundidade: _____

Localização:



Tipo de Tecido no Leito:

- ☐ Granulação
- ☐ Epitélio
- ☐ Necrose de coagulação (Necrose seca | Escara)
- ☐ Esfacelo
- ☐ Hipergranulação

Exsudato da Ferida:

TIPO:

- ☐ Seroso
- ☐ Purulento
- ☐ Sanguinolento
- ☐ Pioserosanguinolento

COR:

- ☐ Claro
- ☐ Amarelado
- ☐ Esverdeado
- ☐ Castanho
- ☐ Avermelhado

CONSISTÊNCIA:

- ☐ Fluido
- ☐ Espesso
- ☐ Leitoso
- ☐ Pegajoso

QUANTIDADE:

- ☐ Nenhuma
- ☐ Pequena
- ☐ Moderada
- ☐ Grande

REFERÊNCIA PARA QUANTIDADE DE EXSUDATO:

Nenhum:

Tecido seco (escara) recobrindo todo o leito da ferida
Não há sujidade na cobertura primária.

Pequena:

Tecidos úmidos no leito da ferida;
Curativo permanece por até uma semana;
Cobertura apresenta-se marcada (com sujidade) $\leq 25\%$.

Moderada:

Trocas de curativo são necessárias a cada 2 – 3 dias;
Cobertura primária apresenta-se marcada $> 25\%$ a $\leq 75\%$; Não há vazamento.

Grande:

São necessárias trocas diárias de curativo ou mais frequentes;
Cobertura apresenta-se $> 75\%$ saturada;
Ocorre vazamentos.

Borda:

- ☐ Macerada
- ☐ Contraída
- ☐ Epibolia
- ☐ Hiperqueratose
- ☐ Descolamento
- ☐ Edemaciada
- ☐ Hiperemiada

Pelo adjacente:

- ☐ Íntegra
- ☐ Hiperemiada
- ☐ Edemaciada
- ☐ Hiperpigmentação
- ☐ Ressecada
- ☐ Descamação
- ☐ Eczema
- ☐ Isquêmica

Odor:

- ☐ Presente
- ☐ Ausente

Critérios de identificação de biofilme:

- ☐ Falha do tratamento antibiótico apropriado
- ☐ Insistência ao tratamento antimicrobiano apropriado
- ☐ Cicatrização retardada
- ☐ Aumento de exsudato | umidade
- ☐ Inflamação crônica de baixo nível
- ☐ Eritema de baixo nível
- ☐ Má granulação | Hipergranulação friável
- ☐ Sinais secundários de infecção

Sinais de infecção:

INFECÇÃO SUPERFICIAL:

- ☐ Não cicatrização
- ☐ Exsudato (aumento da quantidade)
- ☐ Tecido de granulação friável
- ☐ Tecido necrótico amarelo ou preto
- ☐ Mau odor

INFECÇÃO PROFUNDA:

- ☐ Aumento no tamanho da ferida
- ☐ Temperatura aumentada ao redor
- ☐ Exposição Óssea
- ☐ Aparição de novas lesões
- ☐ Exsudato (aumento) | Eritema | Edema
- ☐ Mau odor

Prescrição da cobertura:

CURATIVO PRIMÁRIO:

Qual: _____

Quantidade: _____

Tamanho: _____

Tempo de Troca: _____

CURATIVO SECUNDÁRIO:

Qual: _____

Quantidade: _____

Tamanho: _____

Tempo de Troca: _____

Profissional que acompanhou: _____

Data: _____

Assinatura e Carimbo do profissional da Instituição

Referências Bibliográficas:

METCALF, D. G.; BOWLER, P. G.; HURLOW, J. A clinical algorithm for wound biofilm identification. *Journal of Wound Care*, v. 23, n. 3, p. 137–142, 2014. Adaptado pela *Ficha de Avaliação de Feridas – CVT-979*.

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: BATES-JENSEN WOUND ASSESSMENT TOOL (BWAT)

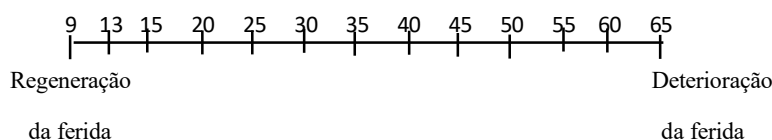
ITEM	AVALIAÇÃO	PONT OS	PONT OS	PONT OS
Tamanho	1. Comprimento x largura < 4cm 2. Comprimento x largura 4-16cm 3. Comprimento x largura 16.1-36cm 4. Comprimento x largura 36.1-80cm 5. Comprimento x largura > 80cm			
Profundidade	1. Eritema não branqueável em pele intacta. 2. Perda parcial da espessura da pele envolvendo a epiderme e/ou derme. 3. Perda total da espessura da pele envolvendo dano ou necrose do tecido subcutâneo; pode estender-se até a fáscia subjacente, mas sem ultrapassá-la; e/ou perda parcial e total e /ou camadas teciduais cobertas por tecido de granulação. 4. Coberto com necrose. 5. Perda total da espessura da pele com destruição extensa, necrose tecidual ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de apoio.			
Bordas	1. Indefinidas, não visíveis claramente. 2. Definidas, contorno claramente visível, aderidas, niveladas com a base da ferida. 3. Bem definidas, não aderidas à base da ferida. 4. Bem definidas, não aderidas à base da ferida, enrolada, espessada. 5. Bem definidas, fibróticas, com crosta e/ou hiperqueratose.			
Descolamento	1. Ausente. 2. Descolamento < 2cm em qualquer área. 3. Descolamento 2-4 cm envolvendo < 50% das margens da ferida. 4. Descolamento 2-4 cm envolvendo > 50% das margens da ferida. 5. Descolamento > 4 cm ou tunelização em qualquer área.			
Tipo de tecido necrótico	1. Ausente. 2. Tecido não viável branco/cinza e/ou esfacelo amarelo não aderido. 3. Esfacelo amarelo pouco aderente. 4. Escara preta, úmida, aderida. 5. Escara preta, dura, totalmente aderida.			
Quantidade de tecido necrótico	1. Ausente. 2. < 25% do leito da ferida. 3. 20-50% do leito da ferida. 4. > 50% e < 75% do leito da ferida. 5. 75-100% do leito da ferida.			
Tipo de Exsudato	1. Nenhum. 2. Sanguinolento. 3. Serossanguinolento: fino, aquoso, vermelho/rosa-pálido. 4. Seroso: fino, aquoso, límpido. 5. Purulento: fino ou espesso, entre marrom opaco e amarelo, com ou sem odor.			
Quantidade de Exsudato	1. Ausente, ferida seca.			

	2. Escassa, ferida umida, mas sem evidência de exsudato. 3. Pequena. 4. Moderada. 5. Grande.			
Cor da pele ao redor da ferida	1. rósea ou normal para o grupo étnico. 2. Vermelho brilhante e/ou esbranquiçada ao toque. 3. Branca ou cinza pálido ou hipopigmentada. 4. Vermelha escura ou roxo e/ou não branqueável 5. Preta ou hiperpigmentada.			
Edema do tecido peri ferida	1. Sem edema. 2. Edema não depressível < 4cm em volta da ferida. 3. Edema não depressível > ou igual a 4 cm ao redor da ferida. 4. Edema depressível < 4cm ao redor da ferida. 5. Crepitações ou edema depressível > ou igual a 4 cm ao redor da ferida.			
Endurecimento ao tecido periférico	1. Ausente. 2. Endurecimento < 2 cm ao redor da ferida. 3. Endurecimento 2-4 cm estendendo-se a < 50% ao redor da ferida. 4. Endurecimento 2-4 cm estendendo-se a > 50% ao redor da ferida. 5. Endurecimento > 4cm em qualquer área ao redor da ferida.			
Tecido de granulação	1. Pele íntegra ou ferida de espessura parcial. 2. Vermelho vivo brilhante, 75% a 100% da ferida preenchida e/ou crescimento excessivo de tecido. 3. Vermelho vivo brilhante, < 75% e > 25% da ferida preenchida. 4. Róseo e/ou vermelho escuro opaco e ou preenche < 25% da ferida. 5. Ausência de tecido de granulação.			
Epitelização	1. 100% da ferida coberta, superfície intacta. 2. 75% a < 100% da ferida coberta e/ou com tecido epitelial estendendo-se > 0,5cm no leito da ferida. 3. 50% a < 75% da ferida coberta e/ou com tecido epitelial estendendo-se < 0,5cm no leito da ferida. 4. 25% a < 50% da ferida coberta. 5. < 25% da ferida coberta.			
Pontuação total				
Assinatura				

Copyright 2001 Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT), Barbara Bates-Jensen, adaptada.

Copyright 2015 Versão Brasileira Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT), adaptada.

REGISTRO DE AVALIAÇÃO DA FERIDA



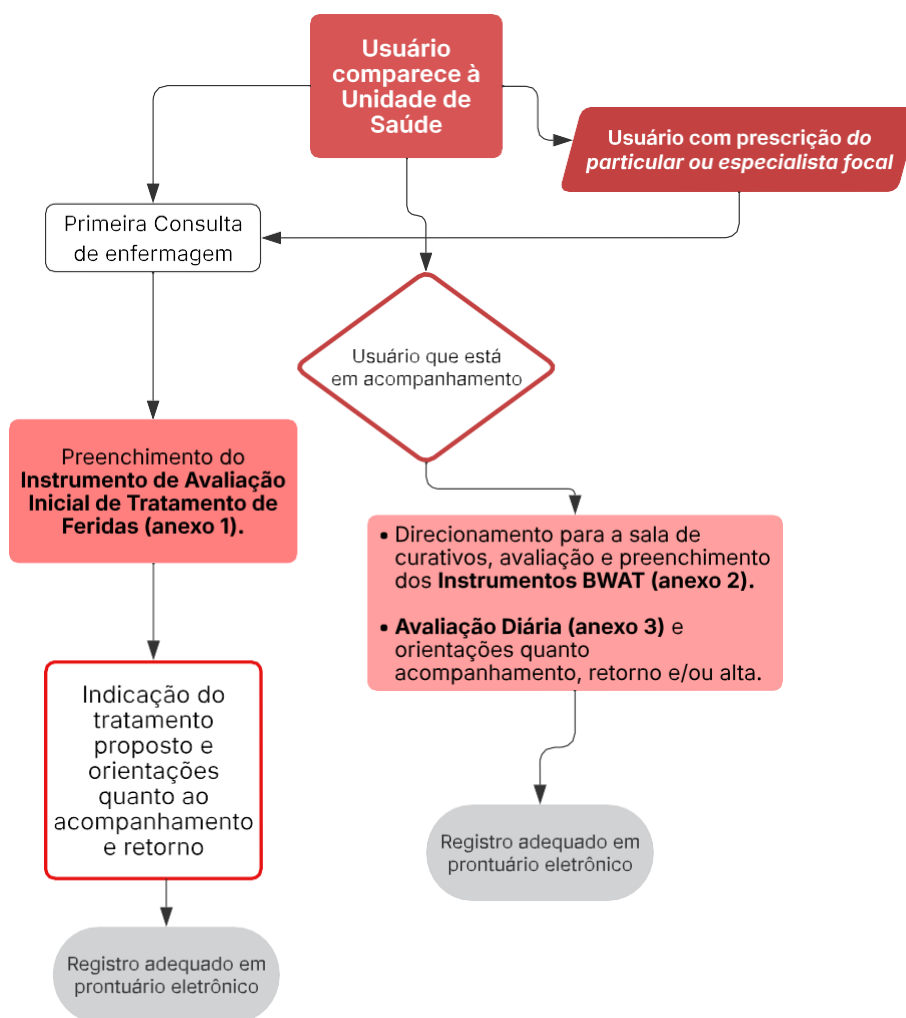
ANEXO 3 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DIÁRIA

NOME DO PACIENTE:

DATA	ETIOLOGIA	LxAxP	TIPO DE TECIDO NO LEITO (Granulação, epitélio, necrose de coagulação, esfacelo, Hipergranulação).	EXSUDATO DA FERIDA (Tipo, cor, consistência e quantidade).	BORDA (Macerada, contraída, epibolia, hiperqueratose, descolamento, edemaciada, hiperemiada).	PELE ADJACENTE (Íntegra, hiperemiada, edemaciada, hiperpigmentação, ressecada, descamação, eczema, isquêmica).	ODOR (Presente ou ausente).	PRESENÇA DE BIOFILME (Sim/Não)	SINAIS DE INFECÇÃO (Superficial e profunda).	BWAT	ASSINATURA PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ANEXO 4 – FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE FERIDAS 2025



Objetivos do fluxograma

- Padronizar o fluxo de assistência e atendimento ao usuário portador de ferida no município de Catanduva - SP.
- Garantir a qualidade do serviço prestado pela enfermagem no cuidado de feridas.
- Reforçar a importância de um registro adequado no prontuário eletrônico.

ANEXO 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO

Aceito participar do programa de curativos especiais com curativos de alta tecnologia de forma livre e espontânea. Fui informado e estou ciente de que os resultados obtidos com o tratamento podem ser satisfatórios ou não e que reações inesperadas poderão ocorrer. Fui esclarecido ainda que o processo de cicatrização é algo dinâmico e dependente de diversos fatores como idade, estado nutricional, doenças associadas e hábitos de vida, sendo estes fatores muitas vezes responsáveis pela não cicatrização da ferida.

Concordo que minha lesão de pele seja fotografada para acompanhamento da evolução do processo de cicatrização e solicitação de materiais, assim como, permito que as fotos sejam publicadas em revistas, artigos e eventos científicos. Fui esclarecido a respeito das informações que li e/ou foram lidas para mim e sei quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de sigilo em relação a minha pessoa e de esclarecimentos permanentes. Fui esclarecido ainda que minha participação não implicará em nenhuma despesa. Estou ciente e concordo que não irei receber nenhum pagamento por essa participação ou qualquer outra forma de auxílio, bônus ou gratificação financeira.

Também concordo em seguir todas as orientações passadas pela equipe de saúde sob risco de desligamento do programa.

Critérios de desligamento:

- Faltar ao retorno agendado 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.
- Desligamento solicitado pelo paciente.
- Encaminhamento: Encaminhado para outro serviço de saúde para continuidade do tratamento.

Data ____/____/____

NOME PACIENTE
RG Nº

NOME ENFERMEIRO (A)
NOME UNIDADE SAÚDE

ANEXO 6 – TERMO DE RECUSA LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, CPF _____,
RG _____, na qualidade de () paciente () responsável e representante legal (grau de parentesco: _____) declaro que fui devidamente esclarecido pela equipe de saúde sobre o programa de curativos especiais a que devo ser submetido, seus benefícios e possibilidades alternativas, bem como os riscos e complicações potenciais da sua não realização. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira satisfatória e estou devidamente ciente que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Optei por não realizar o procedimento/tratamento acima mencionado, podendo a qualquer momento autorizar a realização do procedimento/tratamento que ora recuso, desde que presentes as condições clínicas indicadas. Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e eventuais sequelas irreversíveis a que estarei sujeito pela não realização do procedimento e usando dos direitos a que a lei me garante, não autorizo o tratamento indicado, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades da minha recusa.

Catanduva, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável e representante legal

Testemunhas:

Nome: _____
CPF: _____ Assinatura: _____

Nome: _____
CPF: _____ Assinatura: _____

Assinatura do Enfermeiro (a) Responsável