

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA O
ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM LESÃO CUTÂNEA
DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

4ª Revisão

Outubro / 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM LESÃO CUTÂNEA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

4ª Revisão

Elaborado por:

- Hugo Emanuel Santos Pimenta (Enfermeiro).
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira, Residente em Saúde da Família, Doutora em Ciências da Saúde)

Outubro / 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PARA O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM LESÃO CUTÂNEA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

4ª Revisão

Revisado Por:

- Ana Carolina Dias de Oliva (Enfermeira, Especialista em Saúde da Família)
- Hugo Emanuel Santos Pimenta (Enfermeiro).
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira, Residente em Saúde da Família, Doutora em Ciências da Saúde).
- Claudio Luis de Souza Santos (Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família).
- Viviane Maia Santos (Enfermeira, Pós graduanda em urgência e emergência e terapia intensiva).

Outubro / 2017

FICHA TÉCNICA

PREFEITO MUNICIPAL

Humberto Guimarães Souto

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Dulce Pimenta Gonçalves

ASSESSOR EXECUTIVO

José Mendes da Silva

OUVIDORA DA SAÚDE

Luciene Mussi França Nunes

DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Shirley Ferreira de Sousa

DIRETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE

Bruno Pinheiro de Carvalho

DIRETOR DE VIGILANCIA EM SAÚDE

Aloizio Pereira da Cunha

COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Outubro / 2017

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.....	13
Figura 2 – Pirâmide etária de Montes Claros.....	14
Figura 3 – Comparação entre pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.....	14

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1- Distribuição da população por sexo e local em Montes Claros em 2010.....	14
Tabela 1 - Municípios da Microrregião Montes Claros e Bocaiúva	22
Tabela 2 - Rede física (SUS) de Montes Claros	23

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	09
2.	CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO	12
2.1-	ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	21
2.2	SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	23
3.	JUSTIFICATIVA.....	26
4.	ASPECTOS LEGAIS.....	27
5	OBJETIVOS	42
6	METODOLOGIA	43
7	DESENVOLVIMENTO	45
7.1	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA COM LESÃO CUTÂNEA/FERIDA.....	45
7.1.1	FERIDA	45
7.1.2	PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE LESÕES NA PELE	46
7.2.	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE LESÃO CUTÂNEA.....	52
7.2.1	ATRIBUIÇÕES	53
7.2.2	CONSULTA DE ENFERMAGEM	56
7.2.3	PROCEDIMENTOS.....	58
7.2.4.	FERIDAS ULCEROSAS MAIS FREQUENTES.....	64
7.2.5.	SISTEMA DE TRATAMENTO	66
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

RESUMO

O cuidado à saúde faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes da Estratégia Saúde da Família. É imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde municipais para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência. Daí, fez-se necessária a elaboração deste instrumento que contempla os seguintes objetivos: (1) Nortear o cuidar da enfermagem fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem de qualidade embasado nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; (2) Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde; e (3) Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente o da enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa que utilizou 28 documentos publicados a partir de 2010, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Eletronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados iniciou-se em Fevereiro de 2017.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma alternativa para mudança do modelo assistencial ao imprimir uma nova concepção do processo de saúde-doença e ter como objetivo principal a reorganização da atenção básica com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde. Para tanto, é estabelecido como desafio uma mudança paradigmática, em que o foco do trabalho é transferido da doença para a saúde, que passa a ser compreendida, de forma mais ampla, como qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

A organização da Estratégia Saúde da Família se dá pela constituição de equipes multiprofissionais formadas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que têm como ponto de apoio a Unidade Básica de saúde (UBS) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Estas equipes devem ser as referências para o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e serem responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias que estão localizadas em uma área geográfica delimitada. A ESF tem como desafio a atuação nas ações de promoção, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde, visando uma maior resolubilidade, deslocando o objeto de atenção à saúde de um polo individual para o coletivo e criando vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

A Estratégia Saúde da Família é estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças, reconhecendo o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde, com atenção, no decorrer do tempo, às pessoas e não às doenças, organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado dos recursos, tanto os básicos quanto os especializados, necessários para o enfrentamento de todas as condições

apresentadas pela pessoa, família e comunidade, representando assim, o eixo orientador do trabalho nos demais pontos da rede assistencial, visando à coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017).

A organização do sistema de saúde baseado na atenção básica com a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida por qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida e demonstrando o grande impacto positivo advindo da garantia do acesso, da qualidade da gestão e das práticas das equipes da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; BRASIL, 2008; BRASIL, 2017; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades e expectativas da clientela, com aumento do padrão de satisfação dos usuários que é consistente com o conhecimento profissional e o intuito de aumento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; BRASIL, 2008; BRASIL, 2017; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência, cuja função é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando, integralmente, a saúde da criança, do adulto, da mulher, do idoso, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Porém, a ESF faz parte da rede distrital de saúde. Não é um serviço paralelo, separado do restante. Pelo contrário, ele integra o sistema de saúde local (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Este protocolo assistencial normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário, com a finalidade de proporcionar, aos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um instrumento de consulta para aprimoramento contínuo, por meio da orientação de fluxos e atualização de condutas em Saúde da Pessoa

com Lesão cutânea, garantindo uma assistência de enfermagem integral, holística e qualificada, e zelando pela segurança das pessoas assistidas.

Este capítulo do protocolo aborda o cuidado às pessoas com lesão cutânea com orientações referentes às ações que visam à melhoria da qualidade de vida do público feminino.

Os procedimentos são apresentados de forma detalhada, de maneira a facilitar a compreensão do leitor, em consonância com referências bibliográficas do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e de outras fontes de relevância nacional.

Apresentamos a segunda revisão do Protocolo da Assistência à Saúde da rede municipal de Montes Claros – Atenção Básica Janeiro/2006, por meio de um trabalho conjunto dos enfermeiros das equipes da ESF e das coordenações técnicas municipais, e tem como proposta instrumentalizar o enfermeiro da rede assistencial no desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e assistenciais na atenção primária do município de Montes Claros, de forma interdisciplinar e fundamentada no trabalho em equipe.

2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

O município de Montes Claros fundada em 3 de julho de 1857 possui uma área equivalente a 3.582 km², em que 38,70 km² estão em perímetro urbano e os 3.543,33 km² restantes representa a área rural (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros pertence à unidade federativa de Minas Gerais, mesorregião Norte de Minas que abrange oitenta e nove municípios distribuídos em sete microrregiões: Montes Claros, Pirapora, Bocaiuva, Januária, Salinas, Janaúba e Grão Mogol descrita na Figura 1. Possui como limites intermunicipais as cidades: São João da Ponte (ao norte), Capitão Enéas (nordeste), Francisco Sá (leste), Juramento e Glaucilândia (sudeste), Bocaiúva (sul), Claro dos Poções (sudoeste), São João da Lagoa e Coração (oeste) de Jesus, Mirabela e Patis (noroeste) (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros compreende vinte e dois municípios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia e Verdelândia. (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros situa-se na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto ao Norte do Estado de Minas Gerais, estando integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e Clima tropical, a média de chuva anual é de 1074 mm³ e sua temperatura média anual é de 24,2 °C, variando de 16,3 a 29,4 °C (MONTES CLAROS, 2017).

O município está ligado a BR 135 - Bocaiúva/Januária, BR 365 - Pirapora Uberlândia, BR 251 - Rio/Bahia/Salinas/Coração de Jesus, BR 122 - Janaúba. Além de contar com a BR-135, BR-365, BR-251 e BR-122, sua malha viária municipal é constituída por, aproximadamente, 5.500 km de estradas vicinais, que ligam a sede do município aos distritos e diversas comunidades rurais (MONTES CLAROS, 2017).

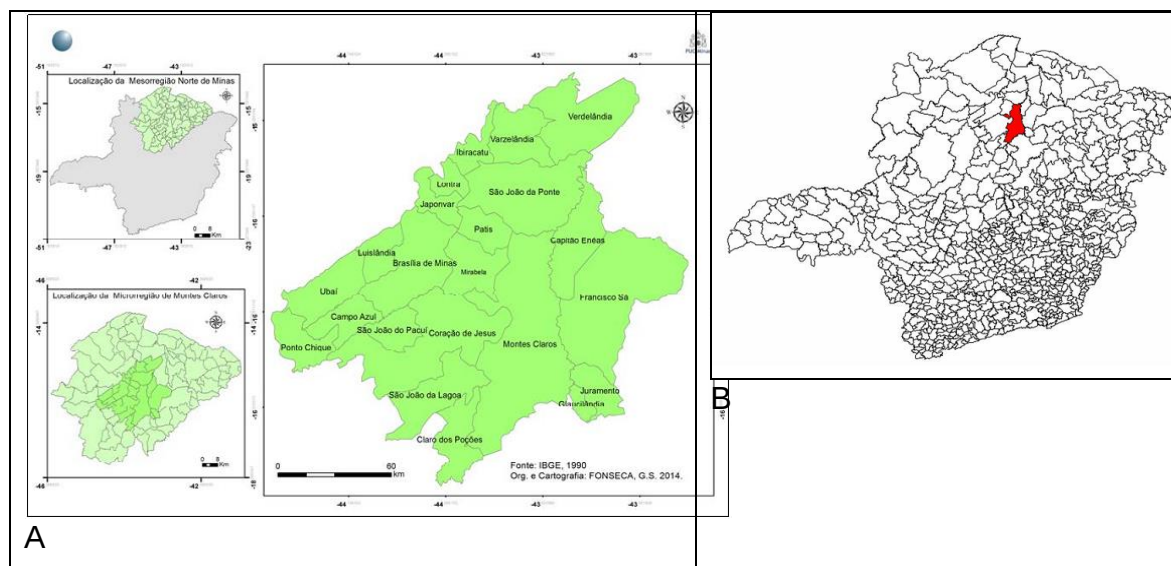


Figura 1: Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.

Fonte: Google maps

A cidade foi classificada pelo Plano Rodoviário Nacional como o segundo maior entroncamento Rodoviário do País, por causa da facilidade de acesso por rodovias às principais regiões do Brasil. Pelo ar, o Aeroporto oferece voos diários para Belo Horizonte, São Paulo e Salvador. A Ferrovia Centro Atlântica disponibiliza o transporte de cargas para as regiões Sudeste e Nordeste (MONTES CLAROS, 2017).

Aspectos demográficos

A população total do município conforme Censo 2010: 361.915 habitantes e a população estimada em 2017: 402.027 habitantes.

A distribuição das faixas etárias demonstra uma evidente inversão da pirâmide com diminuição da população das faixas etárias menores com sinalização da manutenção e consolidação desta tendência. Isto provavelmente é fruto de políticas de controle de natalidade implementadas nos anos 70/80 do século passado e que foram muito bem absorvidas pela população brasileira (MONTES CLAROS, 2015). Evidenciado a seguir na Figura 2.

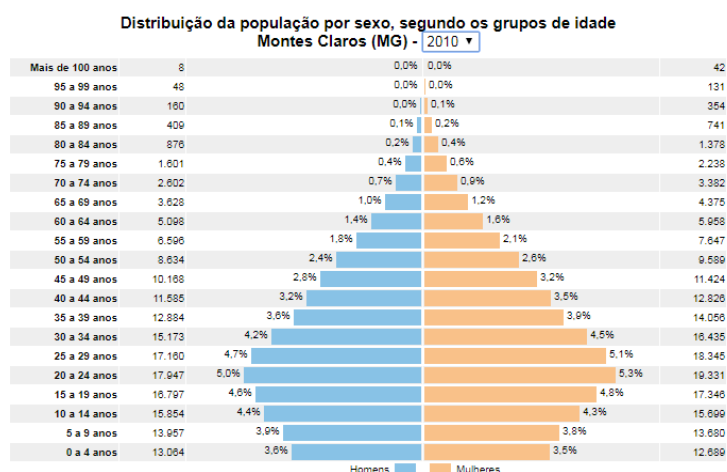


Figura 2: Pirâmide etária de Montes Claros-MG.

Fonte: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314330

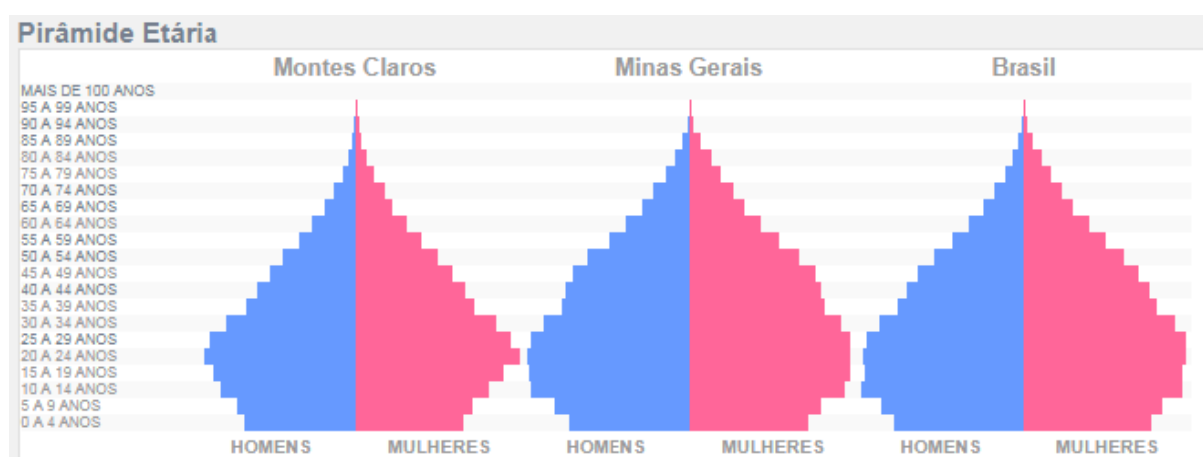


Figura 3: Comparação entre Pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.

Fonte:

http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=31433

A população de Montes Claros entre os anos de 2000 e 2010 cresceu a uma taxa média anual de 1,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Neste período, a taxa de urbanização do município passou de 94,21% para 95,17%. Segundo o censo de 2010, viviam no município 361.915 pessoas e conforme estimativa populacional divulgada pelo IBGE, neste ano de 2017, a cidade de Montes Claros ultrapassou os 400 mil habitantes. O crescimento

populacional nos últimos anos é de 1,95%, superando inclusive a taxa nacional que é de 1,57% (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros abrange vinte e dois municípios, com exceção de Montes Claros as características socioeconômicas são bem similares. Com base nos dados extraídos do Censo demográfico do IBGE (2010), Montes Claros é espaço de maior atração populacional na microrregião, acredita-se que seja por apresentar melhores oportunidades de trabalho, assistência médica hospitalar e qualificação profissional, enfim, melhores indicadores socioeconômicos em relação aos demais municípios (IBGE, 2017).

No ano de 2002 ocorreu a maior taxa de crescimento populacional (3,02%), representando sua maior marca na última década. A estimativa de que a população chegasse a 400 mil habitantes em 2017 foi alcançada, mas, não se espera que chegue 1.000.000 de habitantes em 2030. No entanto, economistas alertam para a necessidade de Montes Claros se preparar em infraestrutura para receber este crescimento populacional, que é de aproximadamente 4.100 habitantes/ano (FONSECA e FERNANDES, 2014).

Taxa de fecundidade e Esperança de vida ao nascer

No Norte de Minas ocorreu uma queda na taxa de fecundidade, em que as mulheres optam por um número menor de filhos, este fato é observado no cotidiano e nos indicadores, como a Taxa de Fecundidade Total (TFT), que é o número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo. Em 1980, no Norte de Minas, tínhamos uma média de 6,21 filhos por mulher, este valor vem caindo e a TFT que em 2000 era de 2,1 filhos, caiu em 2010 para 1,6 filhos.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,8 anos na última década, passando de 72,3 anos, em 2000, para 77,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 69,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

<www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/minas-gerais> Acesso em:
Agosto/2017)

Atividades econômicas e de organização social

Atividades econômicas

O IBGE caracteriza como cidade média aquela que possui população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Na dinâmica econômica das cidades médias, o tamanho econômico é um indicativo responsável pela existência de infraestrutura necessária ao poder de atração locacional e ao papel de intermediação com outros centros urbanos (CASTELLO BRANCO, 2006). Uma das principais características de uma cidade média é o papel de centralidade, exercendo uma força de articulação com outros centros urbanos e a atuação como centro principal de oferta de serviços, comércio, moradia e emprego, entre outros bens para a sua área de influência. Neste sentido, uma cidade média mostra sua relevância no seu contexto regional e até em outros níveis de escalas (FRANÇA, 2011)

Montes Claros é o exemplo clássico de cidade média, possui uma economia diversificada e um comércio vibrante. Desde os primórdios da colonização a Região Norte Mineira vem sendo um Centro de Comercialização, o que lhe tem permitido não só quantificar a produção regional, como também influir na orientação e expansão da região.

Cada vez mais consolidada como “polo do Norte de Minas”, pela sua forte influência sobre as demais cidades que compõem a região, Montes Claros tem atraído variados setores de serviços, como os de saúde, educacional, comercial e de lazer. Sua infraestrutura urbana influencia o dinamismo da cidade ao agregar um espaço de serviços mais moderno e de maior complexidade.

Contudo, semelhante a outras cidades brasileiras, a produção da riqueza material assenta-se num modelo concentrador de renda. Consequentemente, a cidade apresenta espaços territoriais que antagonizam o dinamismo econômico e o peso das desigualdades sociais, sendo necessário, avançar em esforço que minimizem as desigualdades econômicas, sociais e políticas (FRANÇA, 2011).

Principais atividades econômicas

As principais atividades econômicas são a indústria (mantimentos, laticínios, infraestrutura, etc), o comércio (bastante diversificado), a agricultura e a pecuária. As indústrias aqui instaladas estão bem consolidadas podendo-se destacar a maior fábrica de Leite Condensado do Mundo (NESTLÉ), uma das três fábricas de insulina da América Latina (NOVONORDISK, antiga BIOBRÁS) e a quinta maior fábrica de cimento do Brasil (LAFARGE, antiga MATSULFUR). A maioria das fábricas está instalada em um dinâmico polo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros.

A pecuária é um dos maiores e mais importantes polos de desenvolvimento da região, rica em possibilidades e novas alternativas de investimentos, figura-se como um elo com os grandes centros. Neste setor, destaca-se a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 5,60% trabalhavam no setor agropecuário, 0,16% na indústria extrativa, 9,53% na indústria de transformação, 10,35% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 20,82% no comércio e 50,88% no setor de serviços.

Esta cidade média é uma das maiores economias mineiras, representando o 9º lugar no ranking municipal de composição do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. O PIB *per capita* em 2014 era de R\$ 20.102,68.

Renda per capita

A renda per capita média de Montes Claros cresceu 98,51% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 327,75, em 1991, para R\$ 485,55, em 2000, e para R\$ 640,75, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,67%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,46%, entre 1991 e 2000, e 2,97%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 45,71%, em 1991, para 28,76%, em 2000, e para 11,99%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses

dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,53, em 2010.

População Ativa

Segundo o portal cidades do IBGE, em Montes Claros, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,12% em 2000 para 69,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 17,01% em 2000 para 9,50% em 2010. Segundo o censo de 2010, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos, haviam 101.744 (25,8 %) pessoas ocupadas e 36,4 % da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salários mínimos (<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>).

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

O município é o mais bem colocado da região, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDHM de 0,770. A cidade está na faixa considerada de desenvolvimento humano alto, entre 0,700 e 0,799. O índice leva em conta três aspectos, longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Em Montes Claros, os indicadores ficaram em 0,868; 0,744 e 0,707, respectivamente. Os resultados dos três últimos IDHM são baseados em dados de 1991, 2000 e 2010. De acordo com o PNUD, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos, de 2000 a 2010, foi a educação, com crescimento de 0,189, seguida por longevidade e renda.

Grupos sociais organizados

Além dos CRAS, CREAS e Rede Solidária, subordinado à Secretaria Municipal de Políticas Sociais da prefeitura de Montes Claros- MG, no município também existem outras 48 Organizações Não Governamentais (ONGs) com atuação em diversas áreas.

Educação

A Proporção de crianças e jovens que frequentaram/completaram determinado ciclo escolar indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. Em Montes Claros, segundo dados do IBGE 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,94%, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 93,33%, a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 70,94% e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era 58,03%.

Também, em 2010, 89,99% da população de 6 a 17 anos do município estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série e a Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,4 %.

Em 2015, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade teve nota média de 6.2 e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. O IDEB foi criado em 2007 e reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações (MONTES CLAROS, 2017).

O número de pessoas de 10 anos ou mais de idade em Montes Claros em 2010 era de 308.936, destes frequentavam a escola 80.181 (25,95%). Dos 80.181 que frequentavam a escola, 37.479 (46,7%) eram do sexo Masculino e 42.702 (53,3%) do sexo feminino.

Na literatura não são encontrados dados recentes sobre a educação, muitos destes dados são provenientes dos censos nacionais e o último ocorreu em 2010. Em uma publicação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2013, a média de escolaridade no Brasil, um dos critérios educacionais que o programa utiliza na elaboração do IDH, foi de 7,2 anos, o menor número entre os países da América do Sul. Este resultado indica a necessidade dos investimentos em educação no Brasil.

Rede de ensino pública e privada

O município conta com diversas escolas:

- Ensino infantil: 104 privadas e 80 municipais;
- Ensino fundamental: 51 estaduais, 58 municipais e 37 privadas;

- Ensino médio: 26 estaduais, 1 municipal e 17 particulares;
- 38 escolas municipais na zona rural.

Atualmente, a cidade de Montes Claros é considerada um pólo universitário, contando com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas do conhecimento, em níveis técnico, de graduação, pós-graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado).

Instituições públicas de ensino superior

Universidade Estadual de Montes Claros (UNINONTES) .

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Núcleo de Ciências Agrárias - NCA) .

Instituições particulares de ensino superior

Faculdades Ibituruna .

Instituto Superior de Educação Ibituruna (ISEIB) .

Faculdades de Saúde Ibituruna (FASI) .

Faculdade Santo Agostinho (FASA) .

Faculdades integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC) .

Faculdade de Ciência e Tecnologia de Montes Claros (FACIT) .

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE/SOEBRAS) .

Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) .

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) .

Universidade de Uberaba (UNIUBE) .

Faculdade de Computação de Montes Claros (FACOMP) .

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) .

2.1 - Organização do Sistema de Saúde

O Sistema municipal de saúde está organizado conforme as diretrizes e princípios do SUS – Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a portaria 399 de fevereiro de 2006 que se refere o ao termo de compromisso entre os gestores no pacto para a saúde (pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa pelo SUS) (MONTES CLAROS, 2017).

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008): Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e Saúde do homem (MONTES CLAROS, 2017).

Região ampliada de saúde

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, organiza a região de saúde em que Montes Claros está inserida territorialmente como sede de polo macro e microrregião, abrangendo 13 microrregiões e 87 municípios. O Município é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Município de maior densidade populacional da macrorregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 1.609.862 de habitantes; que exerce força de atração para micros circunvizinhas, polarizando as regiões do norte de Minas Gerais. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro (MONTES CLAROS, 2017).

Polo de Região de Saúde

Montes Claros é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água, perfazendo assim uma população de 459.387 (MONTES CLAROS, 2013).

TABELA 1 – Municípios da microrregião Montes Claros/Bocaiúva

CODIGO DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	ESTIMATIVA POPULACIONAL
310730	BOCAIUVA	46.949
311650	CLARO DOS POÇÕES	7.743
312380	ENGENHEIRO NAVARRO	7.125
312660	FRANCISCO DUMONT	4.892
312735	GLAUCILÂNDIA	2.977
312825	GUARACIAMA	4.737
313200	ITACAMBIRA	5.021
313640	JOAQUIM FELÍCIO	4.338
313680	JURAMENTO	4.129
314330	MONTES CLAROS	366.134
314545	OLHOS-D'ÁGUA	5.342
TOTAL:		459.387

FONTE: PDR SES-MG 2013

2.2 - Sistema Municipal de Saúde

De acordo com as diretrizes Estaduais, Nacionais e da Organização Mundial da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha no sentido de reverter um quadro de ações hospitalocêntrico/medicocêntrico para um modelo de saúde técnico assistencial, dando ênfase às ações de promoção e organização da saúde. Por outro lado, a urgência e emergência, em município de Gestão Plena, requer um controle sistemático e cumprimento da grade de referência, o município macrorregional desenvolve ações de nível secundário e terciário em um sistema de redes, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Mais Vida, etc. (MONTES CLAROS, 2015).

De forma a atender à população conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi consensuada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que segue os seguintes eixos prioritários: **Fortalecimento da Gestão, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção a Média e Alta Complexidade e Controle Social.**

Com essas diretrizes, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, através de um planejamento estratégico e participativo, devidamente alinhado com o Plano de Governo Municipal e implementado através de uma proposta política administrativo do Município de Montes Claros, se organizando territorialmente para promover espaços de convivência capazes de potencializar a cultura da solidariedade e cooperação entre governo e sociedade local.

O Sistema municipal de Montes Claros em relação à rede física encontra-se distribuída conforme a tabela 2.

TABELA 2 - REDE FÍSICA (SUS) DE MONTES CLAROS

Serviços De Saúde	Quantidade
Unidades Básicas De Saúde (Área Urbana)	08
Policlínicas (Área Urbana)	02
Hospital Municipal Doutor Alpheu Gonçalves De Quadros	01
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Urbana)	121
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Rural)	10
Consultório na Rua	01
Unidades De Saúde Mental (CAPs)	02
Centro Oftalmologia Social	01
Centro De Controle De Zoonoses	01
Pontos De Apoio CCZ	08
CTA/IST/Aids	01
Anexo Contendo: Almoxarifado E Galpão	01
Saúde Da Mulher	01
NASP (Núcleo de Saúde Pitágoras – Centro de Saúde Vila Oliveira)	01
Centro de Reabilitação e Órteses e Próteses	01

CEO (Centro De Especialidades Odontológicas)	01
Consultórios Odontológicos em ESF	08
Consultórios Odontológicos em Escolas Estaduais e Municipais.	20
Farmácias Populares	02
Laboratório Análise de Água	01

Fonte: SMS/MOC/2017

Rede de Serviços Contratados

HOSPITALAR		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Hospital Prontosocor		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
LABORATÓRIAL - ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA		
Exame	Santa Clara	Instituto de Patologia do Norte de Minas
Voumard	LAC	Lab. Santa Casa
Prolab	Biominas	Bioanalises Montes Claros
São Geraldo	Biodiagnóstico	Siper Labonorte
Citocenter	Biomontes	Rafha Cordeiro II
Citolab	São Paulo	Laboratório do Hospital Aroldo Tourinho
		Laboratório do Hospital Universitário Clemente de Faria
RADIOLOGIA		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		

FISIOTERAPIA
Hospital Aroldo Tourinho
Clínica de Traumatologia E Fisioterapia (São José)
Clínica de Fisioterapia São Lucas
Fisiocenter/ Santa Casa
Ortoclinica Ltda
Clínica Geraldo Caldos
SAÚDE AUDITIVA
Otorrino Fisio Center
NEFROLOGIA
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA/ MEDICINA NUCLEAR
Ressonar Imagens Médicas
Núcleo de Medicina Nuclear
ONCOLOGIA
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho

3. JUSTIFICATIVA

Considerando que o cuidado ao portador de lesão cutânea faz parte do fazer cotidiano da enfermagem, enquanto integrante das equipes de saúde da família, é imprescindível instrumentalizar os enfermeiros, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência, fazendo-se necessária a elaboração deste instrumento, com o objetivo de orientar os profissionais quanto às medidas preventivas e curativas visando reduzir as complicações das lesões cutâneas, gerando grande impacto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar.

4. ASPECTOS LEGAIS

As ações do Enfermeiro, previstas neste protocolo, estão respaldadas pela Lei de Exercício Profissional nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7498/86, pelas Resoluções COFEN nº 159/1993, nº 195/1997 e nº 358/2009 e pela Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (COREN, 2012; BRASIL, 2017).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, aponta como pontos relevantes na prática do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde da atenção básica: a consulta de enfermagem, em toda a sua complexidade de execução (Art. 11, alínea i), a prescrição da assistência de enfermagem (Art. 11, alínea f), a prescrição de medicamentos, desde que seja normatizada em programas de Saúde Pública e em protocolos de rotina aprovados pela instituição de saúde (Art. 11 alínea c) e a solicitação de exames de rotinas e complementares, conforme a Resolução COFEN nº 195/1997, que estabelece, no Art. 1º, que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais (COREN, 2012).

Isto posto, a atuação do Enfermeiro está embasada no seu conhecimento técnico-científico, sendo responsabilidade do profissional toda ação praticada, e, ficando este, sujeito às penalidades de acordo com a lei.

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é um integrante da equipe de saúde em que todos os profissionais são imprescindíveis no cuidar do ser humano de maneira integral, sendo que devem ser levadas em consideração as habilidades e as capacidades de cada um dos componentes da equipe, em consonância com os preceitos éticos e legais. Ressalta-se também, que a integração entre as várias disciplinas e profissionais é requisito fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Na equipe de saúde existem atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica segundo a Portaria 2436/ 2017:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

Enfermeiro

- I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

- I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de

sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e

a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

- II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XVII.- Processar filme radiográfico;
- XVIII.- Selecionar moldeiras;
- XIX.- Preparar modelos em gesso;
- XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.-Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas
- IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- VII.-Processar filme radiográfico;
- VIII.- Selecionar moldeiras;
- IX.- Preparar modelos em gesso;
- X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
- XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e
- XII.-Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de

acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII.-Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da

população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Agente Comunitário de Saúde poderá executar em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua

base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território;

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

Pessoal Administrativo

- I. Acolher os usuários e visitantes;
- II. Prestar informações sobre o funcionamento das Unidades de Saúde;
- III. Agendar consultas e exames;
- IV. Digitar dados da Unidade de Saúde;
- V. Organizar os recursos e materiais da Unidade de Saúde;
- VI. Realizar outras atividades designadas pela coordenação da equipe.

Pessoal da Zeladoria e Manutenção

- I. Acolher e informar usuários e visitantes;
- II. Realizar e manter a limpeza e a higiene adequadas do local de trabalho;
- III. Comunicar ao coordenador da unidade a ocorrência de danos ao patrimônio público;
- IV. Realizar o reparo de equipamentos.

5. OBJETIVOS

Este protocolo tem como objetivos:

- Normatizar as ações dos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de saúde fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem embasada nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros;
- Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde;
- Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente da enfermagem;
- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde dos portadores de diabetes pela equipe de enfermagem;
- Estruturar as consultas de enfermagem visando aumentar a resolubilidade para evitar a fragmentação da assistência;
- Valorizar o trabalho da equipe de enfermagem por meio da excelência da qualidade prestada;
- Sistematizar ações de educação em saúde para promoção de práticas saudáveis e ações de vigilância à saúde para prevenção e controle de doenças e agravos;
- Viabilizar a integração interdisciplinar por meio do trabalho em equipe;
- Integrar ensino, serviço e comunidade por meio das normas e ações estabelecidas no protocolo.

6. METODOLOGIA

O guia para elaboração de protocolo idealizado pelo COREN/MG (2012) define protocolo como um documento norteador do processo de intervenção que visa descrever, de forma detalhada, as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde em que as ações são realizadas em equipe multiprofissional de maneira interdisciplinar. Dessa forma, a elaboração desse protocolo contou com a participação de profissionais de categorias diversas (enfermeiro, médico), uma vez que o fazer em saúde deve visualizar o ser humano de forma holística dentro do seu contexto biopsicossocial. Contudo, torna-se necessário também a colaboração de representantes do gestor Municipal e de membro do Conselho Municipal, já que saúde é direito de todos como resguardado pela Constituição e regulamentado na lei 8080.

Na construção deste protocolo, utilizou-se a metodologia de revisão integrativa, que visa proporcionar a síntese do conhecimento já sistematizado e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos na prática, se constituindo em um método que permite a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, que vêm sendo, cada vez mais, utilizadas na área da saúde, por facilitar o aprofundamento em determinada temática (SOUZA *et al.*, 2010).

A primeira etapa de elaboração do protocolo consistiu em uma reunião do grupo de trabalho na sede da secretaria municipal de saúde de Montes Claros, no dia 23 de Fevereiro de 2017, às 14:00 horas, com a definição e divisão dos temas a serem abordados no documento. A seguir, foi escolhida a metodologia de trabalho que estabeleceu a divisão dos participantes (cada integrante ficou com um tema dentro da Hipertensão Arterial), para a construção preliminar do documento através da busca de publicações pertinentes ao tema. O processo de construção foi viabilizado com a liberação semanal de dois turnos de trabalho dos participantes, sendo que um turno ficou reservado para o encontro da equipe e um outro turno, para a socialização das produções e estabelecimento de condutas.

Este estudo baseou-se na pesquisa de documentos publicados no período de 2010 a 2017, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, na

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), na SCIELO (Scientific Eletronic Library On Line), na LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacionais. A busca de dados teve início no mês de Fevereiro de 2017.

O total de documentos selecionados foram 28, após utilizados os seguintes critérios de inclusão: as temáticas das publicações devem abordar a assistência à portador de lesão cutânea; as publicações devem estar escritas em língua portuguesa; os documentos devem ter sido publicados a partir do ano de 2010; e, as publicações devem estar disponíveis de forma completa e gratuita.

Um documento foi descartado por não preencherem os seguintes critérios de inclusão: a temática relacionada à assistência ao portador de lesão cutânea; disponibilidade do documento completo; e publicação a partir do ano de 2010.

Nos dias 15/02 e 28/02 de 2017 foram realizadas reuniões para apresentação dos documentos e discussão sobre os ajustes necessários para a confecção do documento final do protocolo.

O protocolo construído foi, então, enviado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 03/03/2017, que foi discutido em plenária na reunião ordinária 356/2017 – Trecentésima Quinquagésima Sexta no dia 08/03/2017 as 13:30 que teve como deliberação o agendamento de Reunião extraordinária no dia 15/03/2017 em que ocorreu a aprovação do Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros em plenária sendo que esta deliberação encontra-se registrada na ata da reunião extraordinária número 170 – Centésima Septuagésima.

No dia 27 de Dezembro de 2017, a senhora Secretária Municipal de Saúde sancionou a Portaria/SMS número 12 que regulamenta o Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros que entrou em vigor na presente data.

7. DESENVOLVIMENTO

7.1. Protocolo de Enfermagem na Atenção à Pessoa com Lesão Cutânea/Ferida

Este protocolo tem como fundamentação teórica os documentos contidos na Referencia e também as deliberações do COFEN e COREN (ANEXAS) que norteiam a assistência realizada na rede municipal em destaque Estratégia Saúde da Família e Ambulatorial de Feridas

7.1.1 FERIDA

O Termo “FERIDA” se aplica a qualquer ruptura da integridade de um tecido podendo atingir desde a epiderme, até estruturas mais profundas como fáscia, músculo, aponeurose, ossos e órgãos cavitários. Estabelece uma linguagem comum para a avaliação da ferida e sua cicatrização; ajuda a promover avaliações clínicas consistentes, fornece um esquema universal de registro e permite uma melhor avaliação dos tratamentos.

O profissional de saúde deve avaliar: a causa da ferida; quaisquer condições clínicas subjacentes; a história da ferida e seu tratamento até aquela data.

As Feridas possuem uma Classificação geral em:

- Agudas são originadas de cirurgias ou traumas e a reparação ocorre em tempo adequado, sem complicações.
- Crônicas: são aquelas que não são reparadas em tempo esperado e apresentam complicações.

Também podem ser classificadas quanto à causa:

- Origem da lesão - Intencional ou cirúrgica, acidental ou traumática; ambos os casos podem se apresentar aberta ou fechada.

Classificação quanto ao agente/ Agente que as produziu? Identifica a forma como as feridas ocorreram: cortante ou incisa, perfurante ou puntiforme, contusa, abrasiva, penetrante e térmica.

Classificação quanto ao conteúdo microbiano: limpa, limpa contaminada, contaminada e infectada.

7.1.2. PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE LESÕES DE PELE

A reparação do tecido inclui o processo de REGENERAÇÃO em que promove a restituição da integridade anatômica e funcional do tecido; e a CICATRIZAÇÃO, com a substituição do tecido destruído por tecido conjuntivo neoformado e não especializado.

As Fases da Cicatrização envolvem a fase inflamatória ou exsudativa; fase proliferativa e fase remodelação.

A Fase Inflamatória ou exsudativa ocorre 48 / 72 horas apresenta sinais prodrômicos, vasodilatação; quimiotaxia dos leucócitos; neutrófilos e macrófagos e realizam a fagocitose. Já a Fase Proliferativa ocorre de 12 / 14 dias caracteriza-se por neoangiogênese; proliferação de fibroblastos e sua produção de colágeno; promoção da epitelização. E a Fase de remodelação pode levar meses a anos onde ocorre a reorganização do colágeno e com maior força tênsil.

Quanto aos Tipos de Cicatrização podem ser por: fechamento primário; fechamento secundário; fechamento primário retardado.

- Fechamento primário: **Cicatrização por primeira intenção** - ocorre quando incisões cirúrgicas de espessura total ou outras bordas agudas de lesão com perda mínima de pele são aproximadas e suturadas. A cicatrização posterior toma lugar apenas pela reepitelização. Esse tipo de cicatrização é a mais simples.
- Fechamento secundário: **Cicatrização por segunda intenção** - ocorre em lesões abertas, grandes e de espessura total com perda de tecido mole. Essas feridas levam mais tempo para cicatrizar e o processo é muito mais extenso. Elas sofrem deposição de colágeno, contração e granulação seguida por epitelização. A contração é o fenômeno mais importante no fechamento secundário. As feridas fecham sempre com cicatrizes.

- Fechamento primário retardado: **Cicatrização por terceira intenção** - ocorre em feridas mais extensas, as quais estão ou altamente contaminadas ou sob risco de desenvolver infecção durante a fase inicial de cicatrização. Ao retardar o fechamento, a cicatrização deve ser monitorada e, se a ferida é infectada, a intervenção terapêutica pode ser iniciada. O fechamento primário retardado não retarda o desenvolvimento da resistência tensional. As feridas são finalmente suturadas e a cicatrização posterior acontece por reepitelização.

Definições de termos

Contaminação: Presença transitória de microrganismos em superfícies sem invasão tecidual ou relação de parasitismo. Pode ocorrer tanto com objetos inanimados como em hospedeiros.

Colonização: Crescimento e multiplicação de um microrganismo em superfícies epiteliais do hospedeiro, sem expressão clínica ou imunológica.

Infecção: Danos decorrentes da invasão, multiplicação ou ação de produtos tóxicos de agentes infecciosos no hospedeiro, ocorrendo interação imunológica.

Características Diferenciadoras

Durante o processo de cuidados desses clientes é extremamente importante diferenciar a inflamação, da infecção local e da infecção sistêmica.

Inflamação	Infecção Local	Infecção Sistêmica
Eritema	Processo inflamatório persistente	Febre
Edema	Insensibilidade persistente	Aumento de
Calor	Drenagem purulenta	leucócitos
Dor	Odor fétido	Taquicardia
Exsudato limpo ou seroso	Calor	Fadiga
	Ausência de cicatrização ou aumento do tamanho da ferida	Hipotensão
		Confusão

FATORES ADVERSOS À CICATRIZAÇÃO

O processo de cicatrização pode ser interrompido ou retardado em virtude da existência de fatores adversos descritos a seguir.

SISTÊMICOS	LOCAIS
Nutrição	Infecção local
Vascularização	Suprimento sanguíneo
Doenças sistêmicas	Medicamentos tópicos
Drogas	Curativos
Idade	Tecido necrótico e/ou corpo estranho
	Ressecamento
	Dimensão e profundidade

NUTRIÇÃO: Fontes de Energia

A nutrição é essencial para o processo de cicatrização e tratamento das lesões cutâneas, em que se faz necessária a disponibilização de carboidratos, com destaque para a liberação de Glicose que é fonte preferida de energia para reparo das lesões. Além da glicose é essencial o fornecimento de Gorduras/Ácidos graxos para ajudar na Síntese de Prostaglandinas que modula as atividades subjacentes à fase inflamatória, também são necessárias as proteínas, para a proliferação fibroblástica, neoangiogênese, síntese de colágeno, e remodelamento da lesão.

Outros componentes nutricionais são as Vitaminas e Minerais que tem papel específico:

- Vitamina A: Epitelização, reconstrução de tecidos lesados; acentua a síntese de colágeno - durante a fase fibroblástica; suprime a ação de certas infecções.
- Vitamina K: Promove a coagulação normal; papel importante na fase inflamatória da cicatrização.

- Vitamina D: Homeostase do cálcio exerce ação no uso das collagenases teciduais. Essencial para formação óssea.
- Vitamina C: Essencial para a função fibroblástica normal e para a formação de neutrófilos. A síntese de colágeno acentuada durante a fase fibroblástica requer essa vitamina.
- Complexo B: Efeitos específicos desconhecidos; Deficiências = má cicatrização; favorece a ligação cruzada do colágeno.
- Cálcio: Necessário para a ação de collagenases teciduais; promove a coagulação que ocorre na fase inflamatória.
- Magnésio: Devido seu envolvimento com várias enzimas, sua presença é essencial em todas as fases da cicatrização (síntese de proteínas).
- Ferro: Formação de tecido conjuntivo/colágeno - fase fibroblástica; Anemia pode interferir na cicatrização.
- Zinco: Reparo da ferida requer proteína adicional, a qual é sintetizada com a ajuda do zinco; Síntese de colágeno acentuada.
- Cobre: Interligações na síntese do colágeno; Fortalecimento do tecido cicatricial
- Manganês: Síntese de colágeno - glicosilação de moléculas de pró-colágeno na fase fibroblástica da cicatrização.

VASCULARIZAÇÃO

A vascularização caracteriza-se pela insuficiência vasculogênica que altera o aporte sanguíneo, reduz o suprimento de oxigênio e afeta o retorno venoso. Essa alteração ocorre na Insuficiência arterial e venosa: Aterosclerose; Tromboangeíte; Úlcera hipertensiva; Microêmbolos; (Hipóxia tecidual); Varizes primárias; Sequela de trombose venosa profunda; (Edema).

DOENÇAS SISTÊMICAS

Algumas doenças sistêmicas também interferem na fase de cicatrização com destaque para:

- Diabetes: Diminui a síntese de colágeno, a fagocitose, e aumenta o risco de infecção. A neuropatia diabética aumenta a suscetibilidade de lesões em membro inferior.
- Aterosclerose: Resultando em insuficiência circulatória.
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: Torna a lesão suscetível à infecção e afeta a fagocitose, a função fibroblástica e a síntese de colágeno.
- Insuficiência renal: Uremia alta provoca deficiência na proliferação de fibroblastos.

DROGAS

A ação de drogas antiinflamatória, com esteróides, corticóides, corticosteróides e hormônios, apresentam velocidade de cicatrização diminuída, comprometendo a reação inflamatória inicial.

IDADE

No idoso, a derme diminui 20% da espessura; aumenta a vulnerabilidade; dificulta cicatrização, produção de vitamina D, resposta inflamatória, síntese de colágeno, angiogênese, velocidade de epitelização; está aumentada a fragilidade capilar.

INFECÇÃO

Infecção = $\uparrow 10^5$ UFC cm² ou ml reduz a quantidade de colágeno produzido enquanto a lise de colágeno é aumentada; diminui a disponibilidade dos nutrientes necessários à cicatrização.

SUPRIMENTO SANGUÍNEO

Velocidade da cicatrização está relacionada com a disponibilidade de sangue e oxigênio e depende: Estado nutricional; Resposta inflamatória; Tensão de oxigênio. Baixa tensão de oxigênio: Inibe a migração de fibroblastos, bem como a síntese de colágeno; Resistência à tensão diminuída.

MEDICAMENTOS TÓPICOS E SUBSTÂNCIAS TENSOATIVAS:

Antissépticos: A ação bactericida está diretamente relacionada à concentração do produto. Em contato com a ferida aberta, quanto maior a concentração do produto, maior será o efeito citotóxico afetando o processo cicatricial. Os antissépticos em contato com exsudato e sangue tem sua ação comprometida.

Colagenases: Aumento de níveis de proteinases degradam fatores de crescimento e receptores de membrana celular - tornando a ferida crônica. A Colagenase aumentaria ainda mais a degradação dos componentes moleculares essenciais para o processo cicatricial.

Antimicrobianos (antibióticos): A utilização de antibióticos tópicos não apresenta efetividade no tratamento local de infecções e pode ser indutor de resistência bacteriana.

Sabões tensoativos: Podem apresentar ação citolítica; afetam a permeabilidade da membrana celular devido aos compostos hidrofílicos e lipofílicos, que alteram a tensão celular superficial; ressecam a pele provocando fissuras, favorecendo o desenvolvimento de infecções secundárias.

CURATIVOS

A nova tendência na realização de curativos data desde 1962 com Winter, onde demonstrou que o meio úmido facilita a migração celular, a formação do tecido de granulação e a reepitelização:

TECIDO NECRÓTICO E/OU CORPO ESTRANHO: Aumentam a probabilidade de infecção; Processo inflamatório persistente; interferem na contração da lesão processo de cicatrização prolongado; Presença de tecido necrótico e debris, retardando a cicatrização. A limpeza e promoção do ambiente úmido e oclusivo permite a cicatrização.

RESSECAMENTO: Sol: envelhecimento, risco de câncer, queimaduras e alteração de células epidérmicas.

HIDRATAÇÃO: quando diminuída acarreta ressecamento e descamação → fissuras, rachaduras.

7.2. ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE LESÃO CUTÂNEA/FERIDA

Público alvo

Pessoas residentes no município de Montes Claros, com risco para desenvolvimento ou acometidas por lesão cutânea/ ferida.

CrITÉRIOS para Acompanhamento

Enquadrar-se no público alvo; agendar consulta com o enfermeiro e médico para avaliação do caso e definição de conduta. O paciente assumir a responsabilidade sobre a continuidade do tratamento, através do preenchimento do Termo de Compromisso. Os pacientes que não aceitarem assinar o Termo de Compromisso não serão tratados com coberturas, e sim somente com tratamento convencional.

Capacidade operacional

A admissão de pacientes para tratamento com as coberturas pressupõe agendamento prévio de consulta com o enfermeiro e médico que o acompanhará.

Acompanhamento

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

A primeira avaliação será realizada pelo enfermeiro, que o encaminhará à consulta médica após suas condutas iniciais (Deliberação COREN-MG - 65/00).

As trocas das coberturas ocorrerão de acordo com a evolução da ferida e critério do profissional de saúde, obedecendo ao recomendado para cada produto.

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

Os pacientes que receberem alta do curativo deverão comparecer a dois retornos: o primeiro com 15 dias e o segundo com 30 dias para reavaliação da região afetada, bem como do seu estado geral.

Aqueles pacientes cuja ferida apresentar estagnação total por três meses consecutivos, não associada à infecção ou comprometimentos sistêmicos, deverão ser encaminhados pelo médico à cirurgia ambulatorial para realização de biópsia e diagnóstico diferencial.

Critérios de exclusão/não admissão

Necessidade de ventilação mecânica, de monitorização contínua, de enfermagem intensiva, de propedêutica complementar em sequência de urgência, de tratamento cirúrgico de urgência; em uso de medicações complexas; que não tenham cuidador identificado (porém, se são capazes de autocuidado satisfatório, este não será um fator excludente). Não residir no município.

Critérios de Desligamento do acompanhamento

Epitelização completa da ferida; 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; encaminhado para outro serviço de saúde para continuidade do tratamento; caso de óbito.

7.2.1 ATRIBUIÇÕES

Atribuições da Equipe de Saúde da Família

- Identificar, avaliar e acompanhar os usuários da sua área de abrangência, acometidos por feridas;
- Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e estabelecimento de vínculo;
- Realizar ações de vigilância à saúde, através de monitoramento de ações em grupos prioritários na comunidade e na família, como busca ativa, visitas domiciliares, discussão de casos de pacientes que não aderiram ao

tratamento (avaliar motivos pelos quais o usuário não está seguindo as orientações de tratamento de feridas).

- Fazer acompanhamento contínuo dos usuários nos casos agudos ou nos casos crônicos; estar em contato permanente com as famílias/cuidadores desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como estimulando a autonomia e o autocuidado, de acordo com o planejamento da equipe; discutir em equipe casos de difícil evolução e determinar plano terapêutico alternativo.

Agente Comunitário de Saúde

- Realizar escuta qualificada/humanizada das necessidades dos usuários portadores de feridas;
- Identificar, informar e encaminhar à equipe os usuários acamados e/ou acometidos por feridas, de sua área de abrangência;
- Fazer acompanhamento contínuo dos usuários nos casos agudos ou nos casos crônicos;
- Identificar os usuários ou cuidadores que não aderiram às atividades programadas e comunicar à equipe os casos em que a sensibilização não foi suficiente;
- Acompanhar a equipe assistencial no tratamento domiciliar, sempre que solicitado;
- Contribuir com a identificação de cuidadores ou de rede social de apoio para usuários dependentes de cuidados.

Técnico de Enfermagem

- Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento;
- Receber o paciente, acomodando-o em posição confortável e que permita boa visualização da ferida;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser executado;

- Registrar o conjunto de produtos e materiais utilizados e fornecidos; explicar a técnica do soro em jato para o paciente no primeiro atendimento;
- Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão do enfermeiro;
- Orientar o paciente quanto à data do retorno, cuidados específicos e gerais;
- Registrar o consumo dos produtos e materiais utilizados e fornecidos;
- Registrar o procedimento executado no prontuário, caracterizando o aspecto da ferida, queixas do paciente e conduta;
- Organizar a sala de atendimento;
- Proceder à limpeza do instrumental e fazer a desinfecção de superfície.

Enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem; solicitar, quando necessário, os seguintes exames laboratoriais: hemograma completo, albumina sérica, glicemia de jejum e cultura do exsudato do leito da ferida com antibiograma;
- Prescrever, quando indicado, as coberturas, soluções, cremes e pasta para curativos, bem como terapia compressiva, conforme padronizado;
- Informar ao paciente sobre a indicação do produto prescrito e os cuidados para sua manutenção;
- Executar o procedimento de prevenção ou curativo e/ou orientar a equipe de enfermagem na sua realização;
- Realizar desbridamento mecânico, quando necessário, conforme Deliberação COREN/MG –65/00.
- Encaminhar o paciente para avaliação médica, para determinação da etiologia da ferida e em caso de intercorrências;
- Definir o desligamento do paciente conforme os critérios estabelecidos;
- Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de prevenção e tratamento de feridas;
- Registrar a dispensação e verificar o consumo de coberturas para curativos.

Médico

- Avaliar clinicamente o paciente e definir o risco de desenvolvimento de lesão ou definir a etiologia da ferida;
- Prescrever o tratamento oral, tópico e/ou terapia compressiva conforme padronizados, além do tratamento sistêmico das comorbidades e complicações/ocorrências da ferida;
- Solicitar exames, se necessário;
- Encaminhar o paciente para interconsulta com especialista, solicitando contra referência quando necessário;
- Acompanhar a evolução do quadro clínico junto à equipe de enfermagem da unidade de saúde; programar retorno conforme quadro clínico. OBS.: em caso de suspeita de infecção local, avaliar a necessidade de solicitar cultura com antibiograma. O tratamento com antibiótico sistêmico deverá ser iniciado logo após a coleta do material. O principal valor da cultura é guiar o tratamento quando houver falha terapêutica após um esquema inicial.

7.2.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM

A agenda do enfermeiro deve contemplar vagas para a consulta de enfermagem a pacientes com risco de desenvolver ou com feridas.

PRIMEIRA CONSULTA

Na primeira consulta avaliar o paciente (anamnese e exame físico direcionado, com avaliação detalhada da área em risco ou acometida). Em pacientes com risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, utilizar a Escala de Braden.

Registrar as informações relativas ao perfil sócio econômico e cultural do paciente, ao exame clínico, aos achados laboratoriais e àquelas relacionadas à doença de base e à ferida, utilizando o impresso Atendimento à Pessoa com Feridas – Ficha de Registro (Apêndice).

Informar sobre normas do serviço, esclarecer dúvidas e apresentar ao paciente o Termo de Compromisso referente ao tratamento da ferida com coberturas especiais.

O paciente só iniciará o tratamento com estas coberturas após concordância e assinatura do termo por ele ou seu responsável.

Solicitar hemograma, glicemia de jejum e albumina sérica quando houver indicação, desde que não haja resultados com período inferior a seis meses; solicitar cultura e antibiograma do exudato do leito da lesão, conforme técnica, em caso de sinais clínicos de infecção.

Definir e prescrever o tipo de curativo indicado para a prevenção ou o tratamento da ferida (coberturas, soluções, cremes e pasta padronizada pela SMS), considerando as condições gerais e clínicas do paciente (queixa de dor, condições higiênicas, aceitação do tratamento e a capacidade de assumir os cuidados necessários para a manutenção da cobertura) e específicas da ferida (etiologia, presença, volume e aspecto do exsudato, área e profundidade da ferida e sinais clínicos de infecção).

Realizar o curativo ou delegá-lo à equipe de enfermagem sob sua supervisão; registrar a dispensação da cobertura.

Realizar se necessário, o desbridamento mecânico, desde que tenha habilidade e capacidade.

Determinar a periodicidade da troca do curativo.

Fazer recomendações ao paciente de acordo com os problemas detectados na avaliação (dieta, higiene, vestuário, calçados, repouso, hidratação oral, troca e cuidado com a cobertura secundária, entre outros).

Fazer encaminhamento para outros serviços, se necessário;

Agendar retorno.

CONSULTAS SUBSEQUENTES

Nas avaliações subsequentes avaliar e registrar as condições gerais de saúde e queixas do paciente; avaliar aspecto do curativo anterior; avaliar o aspecto da ferida ou área de risco; reavaliar a indicação da cobertura utilizada, alterar a prescrição, se necessário, de acordo com o aspecto da lesão; registrar a dispensação da cobertura; mensurar a lesão quinzenalmente ou sempre que o profissional observar mudanças significativas; registrar a evolução no

prontuário e com fotos das lesões. Repetir exames laboratoriais quando houver suspeita de infecção da ferida (cultura do exsudato com antibiograma); se glicemia maior ou igual a 99 g/dl (glicemia de jejum); se hemoglobina menor ou igual a 10 g/dl (hemograma 30 dias após); se albumina inferior a 3,0 g/dl; ; trocar o curativo ou delegar ao técnico de enfermagem a execução do procedimento; agendar retorno para troca do curativo ou protetor; definir o desligamento do paciente conforme os critérios estabelecidos; programar os retornos após a epitelização da ferida. Realizar as avaliações de retorno após o desligamento por cura, registrando no prontuário de evolução o aspecto da área de epitelização.

OBSERVAÇÃO: Encaminhar para avaliação médica, quando houver alterações laboratoriais ou da lesão.

7.2.3. PROCEDIMENTOS

Processo de limpeza

Seringa de 20 ml e agulha 40 x 12; Frasco de SF 0,9% de 125ml ou 250ml; Agulhas de 18 e 21 = pressões de 9,5 e 12,5 psi.

Utilizar uma sonda para promover melhor a limpeza em lesões com profundidade e/ou descolamento.

Desbridamento

O desbridamento consiste na remoção de tecido desvitalizado do leito da lesão para auxiliar o processo de cicatrização. Pode ser:

- Instrumental: utiliza-se objetos cortantes, tais como tesoura, lâmina de bisturi e outros instrumentais necessários dependendo da agressividade do procedimento. Instrumental conservador: sem atingir tecidos viáveis.
- Instrumental cirúrgico: remoção maciça de tecidos = desbridamento cirúrgico.
- Mecânico: remoção dos tecidos mortos ou de corpo estranho do leito da ferida com a utilização de força física; uso de instrumental cirúrgico; hidroterapia; fricção com gaze ou esponja mais rápido sujeito à riscos.

- Enzimático ou químico: remoção dos tecidos necrosados com a utilização de substâncias exógenas; mais rápido que autolítico; não seletivo.
- Autolítico: lise natural da necrose pelos leucócitos e enzimas digestivas do próprio corpo; promovido pelo organismo; uso de curativos do tipo oclusivo e gel; não destrói tecido sadio; seletivo; não invasivo; seguro. Semelhante ao desbridamento autolítico, deve-se realizar a escarotomia para facilitar a penetração da enzima e liquefazer a necrose.

Coleta de material para cultura

Existem razões importantes para se realizar uma cultura da ferida. Em geral acredita-se que todas as feridas crônicas, inclusive as úlceras de estágios II a IV, estejam colonizadas; não sendo necessária a realização de cultura em uma ferida que não tenha sinais clínicos de infecção.

O enfermeiro pode solicitar exames para análise de cultura do exsudato do leito da ferida com antibiograma.

Utiliza-se a cultura quantitativa para determinar a carga microbiana; a qualitativa, para identificar quais microrganismos e teste de sensibilidade para determinar o agente antimicrobiano indicado para tratar a infecção.

Desta forma a maior probabilidade de se evidenciar a presença de infecção é através de culturas de material obtido por biópsia da própria ferida, desaconselhando a realização de culturas de esfregaço.

Quantitativamente, uma cultura obtida por biópsia de tecido que evidencie a presença de mais de 100.000 microrganismos por grama, indica infecção. (10⁵ UFC / ml ou cm³) UFC - Unidades Formadoras de Colônia.

Indicações de antibioticoterapia

As feridas clinicamente infectadas devem ser tratadas. Não há indicação de fazer coleta de secreção (swab) para cultura, pois o material é inadequado.

O material adequado deverá ser colhido da base da úlcera ou fragmento da úlcera. Assim sendo, o tratamento deverá ser iniciado empiricamente e a resposta é avaliada clinicamente.

Sinais de gravidade das infecções:

Leves	Moderadas e Graves
Superficiais	Profundas (atingem o subcutâneo)
Sem toxicidade sistêmica	Com toxicidade sistêmica
Celulite < 2 cm	Celulite > 2 cm
Ulceração pequena ou ausente	Linfangite, corpo estranho ou abscesso
Isquemia discreta	Isquemia importante

Mesmo nas infecções leves não há evidências de que o tratamento tópico seja eficaz. Portanto a via oral (infecções leves a moderadas) ou parenteral (infecções graves) deve ser utilizada.

O antibiótico inicial é escolhido empiricamente, considerando-se que os seguintes grupos são comprovadamente eficazes:

- Cefalosporinas
- Inibidores da Beta-lactamase
- Clindamicina
- Quinolonas
- Carbapenemos
- Oxazolidinonas
- Penicilinas semi-sintéticas

Técnica de Mensuração da Área Lesada

- Proceder à limpeza da ferida conforme técnica de soro em jato.
- Colocar parte interna do acetato (parte transparente da embalagem das coberturas ou gaze) sobre a ferida.
- Desenhar o contorno da ferida com caneta para retroprojeto.
- Traçar uma linha na maior extensão vertical e maior extensão horizontal formando um ângulo de 90° entre as linhas.
- Anotar medidas das linhas em cm (no impresso de evolução) para comparações posteriores.
- Multiplicar uma medida pela outra para se obter a área em cm².

Ressalvas:

- Na presença de duas ou mais feridas, separadas por pele íntegra de até 2 cm, deve-se considerar como ferida única, somar a área vertical de cada lesão e multiplicar pela horizontal de maior diâmetro e calcular área.
- Durante o processo cicatricial com a formação de ilhas de epitelização, que divide a ferida em várias, deve-se considerar apenas como uma ferida, calcular área, conforme descrito anteriormente.

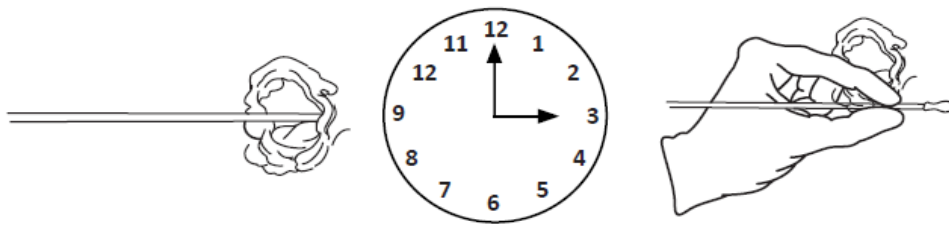
Técnica de Mensuração da Profundidade da Ferida

- Limpar a ferida;
- Introduzir uma espátula estéril ou seringa de insulina estéril, sem agulha, sonda uretral nº 6 ou 8 ou dedo enluvado no ponto mais profundo da ferida.
- Marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda.
- Medir com uma régua o segmento marcado e anotar resultados em cm para comparação posterior.
- Deve-se respeitar o orifício no qual se realiza a medição e ter o cuidado para não ampliá-lo durante o procedimento.

Técnica de Mensuração do Solapamento

Solapamento é o descolamento do tecido subjacente da pele íntegra devido à destruição tecidual.

- Introduzir sonda uretral número 10 na ferida.
- Fazer varredura da área no sentido horário.
- Identificar o ponto de maior descolamento tecidual (direção em horas). A referência de 12 horas deverá estar no sentido cefálico.
- Marcar na sonda o ponto mais próximo da borda.
- Medir na régua o segmento marcado.
- Registrar na ficha o tamanho (cm) e direção (H) da medida feita para comparação posterior. Exemplo: 2 cm em direção a 3 horas.



Técnica de Mensuração da Circunferência de MMII

- Posicionar fita métrica a 10 cm acima do maléolo medial e na região mais desenvolvida da panturrilha.
- Anotar as medidas do membro afetado e do contralateral.
- Comparar os resultados para avaliar edema.

Edema

Avalia-se a profundidade do cacifo formado a partir da pressão do dedo sobre os tecidos contra a estrutura óssea. Quanto mais profundo o cacifo (depressão), maior o número de cruces, conforme escala abaixo:

- 0/4+: sem edema
- 1+/4+: leve cacifo
- 2+/4+: cacifo < 5mm, mas com pé e perna com contornos definidos.
- 3+/4+: cacifo entre 5 e 10 mm, acompanhado por pé e perna edemaciados.
- 4+/4+: cacifo > 1 cm acompanhado por edema severo da perna e pé.

Esta avaliação não se aplica em caso de edema duro (linfedema).

Tecido necrótico

O tecido necrótico é um tecido desvitalizado, avascular (não sangra), desprovido de terminações nervosas (não dói) e possui odor desagradável. É uma barreira mecânica para o crescimento tissular, é fonte de infecção e faz oposição à cicatrização. O tecido necrótico pode mascarar a verdadeira extensão e profundidade da ferida.

Caracteriza-se conforme a cor e consistência:

- Necrose coagulativa ou por coagulação (escara): necrose seca e endurecida com coloração de branca a preta.

- Necrose liquefeita ou de liquefação (esfacelo): necrose amolecida com coloração amarelada.

A avaliação da quantidade de tecido viável e inviável ocorre através da atribuição de valores percentuais do que está sendo observado. Exemplo: 20% de tecido necrótico e 80% de tecido viável.

Exsudato

O Exsudato deve ser avaliado caso existente em relação a:

- Característica: como seroso; sero sanguinolento; sanguinolento; purulento.
- Volume: pouco até 05 gazes; moderado de 05 a 10 gazes; acentuado mais de 10 gazes. No período de 24 horas.
- Odor: ausente; discreto; acentuado.

Pulso

O pulso é verificado por meio da palpação de uma artéria, durante 1 min verificando as características de intensidade e ritmicidade. Esta avaliação deve ser feita nos pulsos pedioso, tibial posterior e poplíteo comparando os segmentos homólogos para se estabelecer a medição. Sempre iniciar do ponto distal para o proximal.

- 4+/4+: pulso normal
- 3+/4+: discretamente diminuído
- 2+/4+: diminuição moderada
- 1+/4+: diminuição importante
- 0 /4+: ausência de pulso

Pele ao redor da ferida

Característica: intacta; prurido; dermatite; eritema; macerada; descamação.

7.2.4 FERIDAS ULCEROSAS MAIS FREQUENTES

Úlceras dos Membros Inferiores: Diversos processos patológicos, incluindo distúrbios e deficiências metabólicas, podem resultar na formação de úlceras na perna ou no pé, e são denominadas úlceras de perna ou de membros inferiores. Síndrome extremamente frequente, com múltiplos aspectos e numerosas causas. Fatores predisponentes importantes são ortostatismo, vulnerabilidade da perna a traumas e infecções e os efeitos do aumento da pressão venosa e a diminuição do fluxo arterial.

Úlcera de Marjolin: É o desenvolvimento de carcinoma espinocelular em ulceração crônica ou cicatriz. Caracteriza-se pela progressão da ulceração com aspecto vegetante ou verrucoso, particularmente na borda. É imprescindível a realização de biópsia.

Leishmaniose Tegumentar: Lesões de pele ou mucosas normalmente com bordas elevadas, em moldura, fundo granuloso, com ou sem exsudação e normalmente indolores. Podem ser localizadas (única ou múltipla), disseminadas (lesões muito numerosas em várias áreas do corpo). Na maioria das vezes, a doença apresenta-se como uma lesão ulcerada única.

Úlceras Neoplásicas: A ferida Neoplásica é um angustiante problema para um número significativo de pacientes com câncer, tanto em sua fase inicial como no estágio avançado da doença. É chamada de ferida tumoral a quebra da integridade da pele devido à infiltração de células malignas. Diferentes termos são empregados para nomear as feridas tumorais: feridas malignas, oncológicas ou fungóides. O aspecto das feridas tumorais varia de acordo com o tipo de célula cancerígena em proliferação ou com sua localização. Algumas se apresentam secas com crosta necrótica no centro e ulceração nas margens, ou possuem aparência fungóide, com muito tecido necrótico e sangramento fácil. Também podem apresentar ambas as características: secas e descamante com crescimento volumoso fungóide. A enfermagem tem o papel desafiador de tratar estas lesões de maneira a contribuir para a manutenção do conforto do paciente ou, ao menos, minimizar o desconforto decorrente deste

tipo de lesão. Feridas oncológicas de pele podem sofrer sangramentos e outros agravos em decorrência das características próprias da lesão ou pela manipulação inadequada durante a realização de curativos. É sabido que o tratamento local da lesão não leva à cicatrização da ferida, uma vez que esta depende do câncer primário, mas é imprescindível que o profissional de enfermagem compreenda que a escolha adequada da cobertura pode estar diretamente relacionada à melhoria da qualidade de vida do paciente. Dentre as complicações do tratamento antineoplásico estão as radiodermites. As radiodermites são lesões ocasionadas pela incidência de radiação ionizante (radioterapia) no campo demarcado imediato, precoce ou tardio e tem estadiamento em grau I, II e III. Para tratamento das radiodermites grau I e II está preconizado o uso da pomada de sulfadiazina de prata 1% por até 7 dias e seguimento com hidrogel. Em grau III e outras lesões tumorais deverá ser utilizado hidrogel.

Úlcera por Pressão: São feridas isquêmicas que ocorrem em tecidos moles, normalmente em áreas de proeminências ósseas. Ocorrem quando uma pressão aplicada à pele excede a pressão capilar normal, ocasionando diminuição da irrigação sanguínea e, conseqüentemente, falta de oxigênio e nutrientes para os tecidos, o que leva à formação do processo inflamatório e morte celular. O termo “escara” refere-se somente a um tipo de necrose.

Classificação da úlcera por pressão: Esta classificação refere-se ao comprometimento tecidual.

- Estágio I: comprometimento da epiderme;
- Estágio II: comprometimento até a derme;
- Estágio III: comprometimento até o subcutâneo;
- Estágio IV: comprometimento do músculo e tecido adjacente.

Obs.: O estadiamento só poderá ser feito após o desbridamento do tecido necrótico.

7.2.5. SISTEMA DE TRATAMENTO

LESÕES SECAS:

Hidrogel com Alginato: É um gel hidratante e absorvente para feridas, composto de alginato de cálcio e sódio e carboximetilcelulose sódica num excipiente aquoso, transparente e viscoso. Ao mesmo tempo em que apresenta a capacidade de hidratar feridas secas, promover o desbridamento autolítico, também apresenta a capacidade de absorver o exsudato da ferida.

- Limpar cuidadosamente a ferida com solução salina ou com algum dos agentes de limpeza de uso comum na prática hospitalar. Secar a pele adjacente. Desenroscar a tampa do tubo.
- Aplicar Hidrogel com Alginato diretamente dentro da ferida. Não exceder o nível da pele ao redor da ferida.
- Pode-se propiciar à ferida um ambiente ótimo para a sua cicatrização mediante o emprego conjunto de um curativo que retenha a umidade, como por exemplo, o curativo oclusivo estéril, com película de poliuretano, impermeável a água.

LESÕES COM POUCO EXSUDATO:

Hidrocolóides: Curativo oclusivo estéril, com película de poliuretano, impermeável a água e a outros agentes externos, com a capacidade de absorver pequena quantidade de exsudato da ferida formando um gel suave que mantém a umidade necessária para uma cicatrização mais rápida.

- Limpar a úlcera com solução salina. Não secar o leito da ferida, apenas o tecido adjacente.
- Caso a úlcera seja profunda conforme níveis de exsudato poderá preencher a cavidade com Hidrogel com Alginato, deixando cerca de 1/3 do leito da ferida livre ou uma espuma de Hidrofibra.
- Aplicar Hidrocolóide, deixando 3 cm de borda em pele íntegra.
- Deve ser efetuada a cada 7 dias ou quando o gel, hidrocolóide extravasar o curativo.

- Retirar suavemente o curativo aplicando concomitantemente uma leve pressão contrária a pele adjacente.
- Promover a limpeza com solução salina.
- Aplicar um novo curativo.

LESÕES COM MÉDIO EXSUDATO:

Espumas de poliuretano absorvente: Curativos oclusivos estéril, com espuma de poliuretano, impermeável ou não a água e a outros agentes externos, com a capacidade de absorver média quantidade de exsudato da ferida, mantém a umidade necessária para uma cicatrização mais rápida.

- Limpar a úlcera com solução salina. Não secar o leito da ferida, apenas o tecido adjacente.
- Caso a úlcera seja muito profunda, conforme o nível de exsudato preencher a cavidade com o curativo apropriado.
- Aplicar Espuma de poliuretano, deixando 3 cm de borda em pele íntegra.
- Poderá recortar o curativo para melhor aplicação conforme o tamanho da lesão.
- Deve ser efetuada a cada 7 dias ou quando o exsudato extravasar o curativo.
- Retirar suavemente o curativo aplicando concomitantemente uma leve pressão contrária a pele adjacente.
- Promover a limpeza com solução salina.
- Aplicar um novo curativo.

LESÕES COM MUITO EXSUDATO:

Fibra de Carboximetilcelulose / Hidrofibra: Curativo macio, estéril em forma de compressa e fita composto por fibras agrupadas de carboximetilcelulose sódica. É um curativo altamente absorvente, auxilia no desbridamento autolítico e remoção sem causar trauma ao tecido recém-formado.

- Limpar a superfície da ferida e a pele ao redor lavando o local com solução salina. Secar completamente a pele ao redor. Se necessário

desbridar a ferida para a remoção de tecido necrótico, antes da aplicação do curativo.

- Selecionar o tamanho ideal do curativo. O tamanho deve ser suficiente para cobrir a ferida. Como a absorção do exsudato é vertical pode-se deixar uma margem de 1 cm após a borda da ferida sem risco de maceração. Aplicar o curativo.
- Fixe a Hidrofibra no local da ferida com um curativo secundário, que pode ser gaze ou um curativo moderno que retenha a umidade.
- Troque o curativo quando clinicamente indicado ou quando o curativo estiver saturado. Em feridas não infectadas o curativo pode permanecer até 7 dias no local. Em feridas infectadas a troca deve ser mais frequente.
- Remova o curativo secundário, retire a Hidrofibra e descarte. Se a ferida não estiver com abundante exsudato, irrigar com solução fisiológica antes de retirá-lo.
- Aplique novo curativo e fixe com o curativo secundário de sua preferência.

LESÕES COM MUITO EXSUDATO + ODOR:

Carvão Ativado: Curativo estéril, composto por uma camada de carvão ativado impregnado ou não de prata. É um curativo que auxiliar no controle da infecção e odor da ferida.

- Limpar a superfície da ferida e a pele ao redor lavando o local com solução salina. Secar completamente a pele ao redor. Se necessário desbridar a ferida para a remoção de tecido necrótico, antes da aplicação do curativo.
- Selecionar o tamanho ideal do curativo. O tamanho deve ser suficiente para cobrir a ferida. Deixar uma margem mínima de pelo menos 2,5 cm da placa para fora da superfície da ferida para facilitar a retirada. Aplicar o curativo.
- Fixe a Placa de Carvão Ativado no local da ferida com um curativo secundário, que pode ser gaze ou um curativo moderno.

- Todas as feridas devem ser inspecionadas com frequência. Remover Placa de Carvão Ativado quando clinicamente indicado (ou seja, se há drenagem do exsudato, sangramento excessivo ou aumento da dor), ou em até no máximo 7 dias após aplicação.
- Aplique novo curativo se necessário conforme indicação do profissional.

TERAPIA COMPRESSIVA

Bota de Unna: Bandagem compressiva inelástica para o tratamento de úlceras vasculares venosas e de edema linfático. Composto por 70% de poliéster + 30% de algodão, impregnada com pasta de óxido de zinco, acácia, glicerina, óleo de castor e vaselina (petrolato branco).

- Lavar bem a perna (membro afetado) com água morna e sabão neutro ou apenas com soro fisiológico. Secar bem. Se houverem lesões secar completamente a pele ao redor da ferida, mas não a superfície da ferida. Lavar as mãos antes de aplicar a faixa.
- Comece a aplicar a bandagem pela base do pé. Mantenha o pé e o calcanhar em ângulo reto. A Bota de Unna envolverá suavemente a perna sem deixar aberturas ou enrugamentos.
- Continuar o enfaixamento sobrepondo a cada rotação completa 50% da faixa à já instalada. É importante que durante o enfaixamento não seja deixado nenhum espaço entre as faixas. Aplique a bandagem ao longo da perna até a altura do joelho. A Bota de Unna se adapta aos contornos da perna.
- Como a faixa apresenta 9 metros de comprimento, durante sua aplicação é possível enrolá-la em ordem ascendente até abaixo do joelho (nível distal do joelho) e continuar enrolando-a em ordem descendente até o final da faixa.
- Para melhor compressão e proteção da Bota de Unna recomenda-se aplicar enfaixamento secundário com uma atadura elástica ou de crepe. Mantenha a pressão e cubra a Bota de Unna completamente.
- Levante a borda livre da bandagem e cuidadosamente desenrole-a ao longo da perna. NÃO É NECESSÁRIO CORTAR a Bota de Unna para

sua remoção. Aplicar uma nova bandagem da Bota de Unna após a limpeza da perna. MÉDIA DE TROCA = 1 vez por semana ou conforme orientação do profissional.

QUEIMADURA E RADIODERMITES

Sulfadiazina de Prata: sulfadiazina de prata micronizada a 1% e nitrato de cério hexahidratado a 0,4%; atua contra uma grande variedade de microorganismos, como bactérias gram negativas e positivas, fungos, vírus e protozoários, age na parede e membrana celular dos microorganismos, inibe crescimento microbiano pela ligação nas núcleo-proteínas, resultando em ação bactericida e bacteriostática. Quando associada ao cério, inibe a liberação do LPC (Lipoprotein Complex).

- Limpar cuidadosamente a ferida com solução salina ou com algum dos agentes de limpeza de uso comum na prática hospitalar. Secar a pele adjacente. Desenroscar a tampa do tubo.
- Aplicar uma fina camada da Sulfadiazina de Prata diretamente sobre o leito da ferida.
- Ocluir com gazes estéreis, umidificadas com solução fisiológica a 0,9%, cobrir com cobertura secundária estéril.
- As trocas deverão ser feitas conforme a saturação das gazes ou no período máximo de 24 horas.
- Retirar o excesso de pomada remanescente a cada troca de curativo.
- Com a ação da energia térmica sobre a pele ocorre imunossupressão induzida pelo LPC que é altamente tóxico para o organismo.
- O uso indiscriminado da sulfadiazina de prata causa citotoxicidade e pode levar à resistência microbiana.

REFERÊNCIAS

ADHB - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <umahttp://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg> Acesso em: Setembro/2017.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

ANVISA. Controle de Infecção – Uso de antimicrobiano. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/faqdinamica/asp/usuario.asp?usersecoes=30&userasunto=65>

BARROS, A. L. B. L.; et all. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002. 272 p.

BORGES, E. L.; GOMES, F. S. L.; LIMA, V. L. A. N.; et al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. 144 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p

CAMPINAS, Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas. Prefeitura Municipal de Campinas, 2006.

CASTELLO BRANCO, M. L. G. Algumas considerações sobre a identificação das cidades médias. SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (org) Cidades médias: espaços em transição. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 89-112.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. *Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica*. Belo Horizonte: 2012.

DANTAS, S.R.P.E; JORGE, S.A. Feridas e Estomas. Campinas ISP: edição do autor, 2005. 110 p.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária em Evidencias*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FIGUEIREDO M. Doença venosa e exercícios físicos. In: Pitta, G. B. B.; Castro, A. A., Burihan E.; editores. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: [URL:http://www.lava.med.br/livro](http://www.lava.med.br/livro)

FONSECA, Gildete Soares; FERNANDES, Duval Magalhães. Montes Claros espaço de emigração e imigração intermunicipal na microrregião de Montes Claros. Trabalho apresentado no XVI Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (Minas Gerais), de 16 a 20 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/montes-claros-espaco-de-emigracao-e-imigracao-intermunicipal-na-microrregiao-de-montes-claros.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

FRANÇA, Iara Soares de. Indicadores sociais e econômicos para uma leitura do processo de fragmentação do espaço urbano e desigualdade social na cidade média de Montes Claros/MG. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/jairo.nascimento.SMSAU/Downloads/51-100-1-SM.pdf> Acesso em: Agosto/2017.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; MACIEIRA, L. Jr. Condutas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 2001. 158p.

HESS, C. T. Tratamento de feridas e úlceras. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002. 226p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <www.ibge.gov.br/> Acesso em: Agosto/2017.

IBGE-CIDADES. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama> Acesso em: Agosto/2017.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu, 2003. 378p.

LEHMAN, L. F.; ORSINI, M. B. P.; FUZIKAWA, P. L.; LIMA, R. C.; GONÇALVES, S. D. Avaliação Neurológica Simplificada. Belo Horizonte: ALM International, 1997. 104p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ans.pdf>

MARINGÁ. Centro de Vida Independente. Setor de Lesado Medular. Cartilha I. 7p.

MATTEI DA, TAGLIART MH, MORETTO EFS. O enfermeiro na equipe de saúde da família. *RECENF* v.11, n.3, p. 308-317, 2005.

MEC. Ministério da Educação. Portal do MEC. Disponível em:
<<http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/32962>> Acesso em:
Setembro/2017.

MELLO, N. A. Angiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 322 p.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - atenção básica. Montes Claros, 2006.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde* Montes Claros, 2017.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2013.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2015.

PNAD (Pesquisa Nacional : Disponível em:
<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149> Acesso em: Setembro/2017.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Manual de Assistência integral às pessoas com feridas crônicas. Ribeirão Preto, 2004. 51 p.

SANTOS, N. S. J. et al. Albumina sérica como marcador nutricional de pacientes em hemodiálise. In: Rev. Nutr., Campinas, 2004;17 (3):339-349.

SOUZA, M.T et al. *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein. 2010, n.8, p.102-6.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

THOMAZ, J. B. *Úlceras nos membros inferiores: diagnóstico e terapêutica*. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 2002.

UECH-LEÃO, P.; KAUFFMAN, P. *Interfaces da angiologia e cirurgia vascular*. São Paulo: Roca; 2002. 480p.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. *Úlceras Venosas e Doenças Venosas*. Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/projetos/feridas/tratven.htm>

ANEXO A

Resolução COFEN – 159 / 1993

Dispõe sobre a consulta de Enfermagem

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de sua competência, tendo em vista as deliberações do Plenário em sua 214ª Reunião Ordinária, Considerando o caráter disciplinador e fiscalizatório do COFEN e dos Regionais sobre o exercício das atividades nos serviços de Enfermagem do País;

Considerando que a partir da década de 60 vem sendo incorporada gradativamente em instituições de saúde pública a consulta de Enfermagem, como uma atividade fim;

Considerando o Art. 11, inciso I, alínea “i” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406/87, que a regulamenta, onde legitima a Consulta de Enfermagem e determina como sendo uma atividade privativa do enfermeiro;

Considerando os trabalhos já realizados pelo COFEN sobre o assunto, contidos no PAD-COFEN nº 18/88;

Considerando que a Consulta de Enfermagem, sendo atividade privativa do Enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade;

Considerando que a Consulta de Enfermagem tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde;

Considerando que a Consulta de Enfermagem compõe-se de Histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem;

Considerando a institucionalização da consulta de Enfermagem como um processo da prática de Enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população;

Resolve:

Art. 1º - Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.

Rio de Janeiro, 19 de abril de 1993

Ruth Miranda de C. Leifert – COREN-SP nº 1.104 – Primeira-secretária

Gilberto Linhares Teixeira – COREN-RJ nº 2.380 – Presidente

ANEXO B

Resolução COFEN - 195 / 1997

Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso das atribuições previstas no artigo 8º, incisos IX e XIII da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, no artigo 16, incisos XI e XIII do Regimento da Autarquia aprovado pela Resolução COFEN-52/79 e cumprindo deliberação do Plenário em sua 253ª Reunião Ordinária,

Considerando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, no seu artigo 11, incisos I alíneas “i” e “j” e II, alíneas “c”, “f”, “g”, “h” e “i”;

Considerando o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, no artigo 8º, incisos I, alíneas “e” e “f” e II, alíneas “c”, “g”, “h”, “i” e “p”;

Considerando as inúmeras solicitações de consultas existentes sobre a matéria;

Considerando que para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo;

Considerando os programas do Ministério da Saúde: “DST/AIDS/COAS”; “Viva Mulher”; “Assistência Integral e Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC)”; “Controle de Doenças Transmissíveis” dentre outros,

Considerando Manuais de Normas Técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde: “Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para SUS - Controle das Doenças Transmissíveis”; “Pré-Natal de Baixo Risco” - 1986; “Capacitação do Instrutor/Supervisor/Enfermeiro na área de controle da Hanseníase” - 1988; “Procedimento para atividade e controle da Tuberculose”- 1989; “Normas Técnicas e Procedimentos para utilização dos esquemas Poliquimioterapia no tratamento da Hanseníase”- 1990; “Guia de Controle de Hanseníase” - 1994; “Normas de atenção à Saúde Integral do Adolescente” - 1995;

Considerando o Manual de Treinamento em Planejamento Familiar para Enfermeiro da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF);

Considerando que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente); e, Considerando o contido nos PADs COFEN nº 166 e 297/91,

Resolve:

Art. 1º - O Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais.

Art. 2º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 1997

Dulce Dirclair Huf Bais – COREN-MS nº 10.244 – Primeira-secretária

Gilberto Linhares Teixeira – COREN-RJ nº 2.380 – Presidente

ANEXO C

Deliberação COREN-MG -65/00

Informativo técnico do cuidado a portadores de lesões cutâneas.

Finalidade

O presente documento contém informações técnicas referentes à avaliação do portador de lesão cutânea, a avaliação, classificação e tratamento da lesão incluindo os métodos de desbridamento do tecido necrótico.

Tem por objetivo estabelecer a atuação dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.

I) Avaliação do portador de lesão

1. Exame clínico

1.1. Entrevista

1.2. Exame físico

II) Avaliação da lesão

1. Característica do tecido

1.1. Tecido de granulação

1.2. Tecido de epitelização

1.3. Tecido necrótico

2. Aspecto do exsudato

2.1. Seroso

2.2. Sero-sanguinolento

2.3. Sanguinolento

2.4. Pio-sanguinolento (pus e sangue)

2.5. Purulento

3. Exposição de estruturas anatômicas

3.1. Músculo

3.2. Tendão

3.3. Vasos sanguíneos

3.4. Osso

3.5. Cavidade/órgãos

III) Classificação da lesão

1. Extensão - área = cm²

- 1.1. Pequena: menor que 50 cm²
- 1.2. Média: maior que 50 cm² e menor que 150 cm²
- 1.3. Grande: maior que 150 cm² e menor que 250 cm²
- 1.4. Extensa: maior que 250 cm²

Observação: Mensuração preconizada: utilizar-se-á a medida das maiores extensões na vertical e na horizontal da ferida a ser classificada. Ressalta-se que os dois traçados devem ser perpendiculares, constituindo-se num ângulo de 90°. Existindo mais de uma ferida no mesmo membro ou na mesma área corporal, com uma distância mínima entre elas de 2 cm, far-se-á a somatória de suas maiores extensões (vertical e horizontal).

2. Profundidade - comprometimento estrutural

- 2.1. Superficial: até derme
- 2.2. Profunda superficial: até subcutâneo
- 2.3. Profunda total: músculo e estruturas adjacentes.

Observação: Havendo tecido necrótico, utilizar-se-á essa classificação após desbridamento.

3. Comprometimento tecidual (esta classificação aplica-se somente à úlcera de pressão)

Estágio 1 - comprometimento da epiderme.

Estágio 2 - comprometimento da epiderme e derme.

Estágio 3 - comprometimento da epiderme, derme e subcutâneo.

Estágio 4 - comprometimento da epiderme, derme, subcutâneo e tecidos adjacentes. Observações: Havendo tecido necrótico, o estadiamento deve ser reavaliado.

4. Presença de microrganismos

- 4.1. Limpa
- 4.2. Contaminada
- 4.3. Infectada

5. Tempo de existência

- 5.1. Aguda
- 5.2. Crônica

IV) Tratamento

1. Limpeza

1.1. Ferida aguda

Limpeza exaustiva que visa à retirada de sujidades e microrganismos existentes no leito da lesão. É permitido neste caso o uso de soluções antissépticas.

1.2. Ferida crônica

Limpeza que visa à retirada de debris (vestígio de células ou tecido mortos ou danificados), excesso de exsudato, resíduo de agentes tópicos e microrganismos existentes no leito da lesão, além de preservar o tecido de granulação. Utiliza-se para tal, somente o soro fisiológico 0,9% morno, em jato (força hidráulica), independente de apresentar infecção ou não.

2. Desbridamento

Remoção de material estranho ou desvitalizado de tecido de lesão traumática, infectado ou não, ou adjacente a esta, até expor-se tecido saudável circundante.

2.1. Mecânico - por ação física

2.1.1 Fricção

Esfregar a gaze ou esponja embebida com solução salina no leito da lesão em um único sentido.

Indicação: lesões agudas com sujidade;

Contraindicação: lesão crônica.

2.1.2. Com instrumental cortante

Retirar o tecido necrótico utilizando instrumentos cortantes (lâminas e/ou tesoura).

Indicação: lesões que comprometem até o tecido subcutâneo profunda superficial ou úlceras de pressão de estágio 3.

Contraindicação: úlceras isquêmicas e aquelas sem possibilidade de cicatrização, úlceras fúngicas e neoplásicas, distúrbios de coagulação, com exposição de tendão ou com pacientes em terapia anticoagulante.

Procedimento, Material necessário:

- Pacote contendo pinça hemostática reta, anatômica e de dissecação, tesoura delicada reta, com ponta (Iris).
- Lâmina de bisturi e cabo correspondente
- Pacotes de compressas estéreis
- Luvas cirúrgicas
- Equipamento de proteção individual (óculos, capote, gorro e máscara).
- Soro fisiológico a 0,9% e antisséptico (para uso periferida).

Locais indicados para realização da técnica:

- Sala de curativos
- Ambulatórios
- À beira do leito

O ambiente deve ser privativo, limpo, com luminosidade adequada, tranquilo e confortável, tanto para o paciente quanto para o profissional.

Técnica, Necrose coagulativa (ex.: escara)

- Pinçar o tecido necrótico na borda, com a pinça de dissecação;
- Dissecar o tecido necrótico em finas lâminas, em um único sentido, utilizando a lâmina de bisturi;
- No caso de tecido intensamente aderido ou profissionais com pouca habilidade, recomenda-se a delimitação do tecido necrótico em

pequenos quadrados, utilizando-se a lâmina de bisturi e procedendo o desbridamento;

- Interromper o procedimento antes do aparecimento do tecido viável, em caso de sangramento, queixa de dor, cansaço (do cliente/paciente ou do profissional), tempo prolongado e insegurança do profissional;

Necrose liquefeita (amolecida)

- Pinçar o tecido necrótico com pinça de dissecação e cortar com a tesoura;
- Interromper o procedimento antes do aparecimento do tecido viável em caso de sangramento queixa de dor, cansaço (do cliente/paciente ou do profissional), tempo prolongado e insegurança do profissional.

2.2. Autolítico

Por autólise, ou seja, auto degradação do tecido necrótico sob ação das enzimas lisos-somais, liberadas por macrófagos.

Indicação: feridas com tecido necrótico, ressaltando-se que, em casos de escaras, este processo pode ser prolongado. Entende-se por escara o tecido necrótico aderido ao leito da lesão de consistência dura, seco e petrificado, geralmente de cor escura.

Contraindicação: úlceras isquêmicas e fúngicas.

Procedimento

Material necessário:

- Soro fisiológico 0,9%

Coberturas que garantam um ambiente propício à autólise, ou seja, um ambiente com umidade fisiológica, temperatura em torno de 37°C, mantendo-se a impermeabilidade ou oclusão da ferida, propiciando a hipóxia no leito da mesma.

Técnica

- Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9% morno, em jato.
- Secar pele íntegra, periférica e aplicar a cobertura indicada.

2.3. Químico

Por ação de enzimas proteolíticas, que removem o tecido desvitalizado através da degradação do colágeno.

Indicação: feridas com tecido necrótico, independente da sua característica.

Contraindicação:

- Úlceras isquêmicas, fúngicas e neoplásicas;
- Pacientes com distúrbios de coagulação.

Procedimento

Material necessário:

- Soro fisiológico 0,9%
- Medicamentos tópicos à base de enzimas proteolíticas tais como, papaína e collagenase.

Técnica

- Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9%, morno, em jato;
- Secar pele íntegra periferida, aplicar fina camada do produto indicado sobre o leito da lesão;
- Ocluir a lesão.

3. Coberturas

As coberturas a serem indicadas devem garantir os princípios de manutenção da temperatura no leito da lesão em torno de 37°C, de manutenção da umidade fisiológica e de promoção de hipóxia no leito da mesma. Além disso, a cobertura deve apresentar as seguintes características:

- Preencher espaço morto;
- Ser impermeável a microrganismos e outros fluidos;
- Propiciar hemostasia;
- Ser de fácil aplicação e remoção, evitando trauma no leito da lesão;
- Ser confortável e esteticamente aceito;
- Absorver excesso de exsudato;
- Reduzir a dor e o odor;

V) Competências dos profissionais da enfermagem da prevenção e tratamento das lesões

1. Enfermeiro

1.1. Realizar a consulta de enfermagem: exame clínico (entrevista e exame físico) do cliente/paciente portador de lesão ou daquele que corre risco de desenvolvê-la.

1.2. Prescrever e orientar o tratamento.

1.3. Solicitar exames laboratoriais e de Raios X quando necessários.

1.4. Realizar o procedimento de curativo (limpeza e cobertura).

1.5. Realizar o desbridamento quando necessário.

2. Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

2.1. Realizar o procedimento de curativo (limpeza e cobertura), prescrito pelo Enfermeiro.

2.2. Realizar o desbridamento autolítico e químico prescrito pelo Enfermeiro.

Parágrafo Único: O tratamento das diversas lesões deve ser prescrito pelo Enfermeiro preferencialmente pelo especialista na área.

Observações: A prescrição de medicamentos e solicitação dos exames laboratoriais e de Raios X, quando realizadas, deverá ocorrer conforme protocolo da instituição.

APENDICE A

	ATENDIMENTO À PESSOA COM FERIDA Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____	
1- TERMO DE COMPROMISSO		
Objetivo do Tratamento		
Avaliar e acompanhar o paciente com ferida; Encaminhar para outros profissionais quando se fizer necessário; Proporcionar condições que facilitam a cicatrização da ferida;		
Entendimento por parte do paciente		
É reservado ao paciente o direito e a oportunidade de fazer perguntas relacionadas ao tratamento, seus objetivos e às regras do serviço.		
É de responsabilidade do paciente:		
✓ Não faltar aos retornos agendados por duas vezes consecutivas ou três vezes alternados sem comunicação prévia; ✓ Respeitar e seguir todas as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde; ✓ Não retirar ou trocar o curativo no domicílio sem autorização do profissional; ✓ Procurar o ESF de área de abrangência caso de intercorrência ou complicações; ✓ Cuidar da limpeza de seu ambiente e higiene pessoal.		
Consentimento		
De acordo com exposto acima, aceito participar do tratamento proposto pelo Serviço.		

Assinatura do Paciente		
Nome		
Legível: _____		
Autorização		
Autorizo que os dados referentes à evolução do meu tratamento sejam publicados na forma de pesquisa, desde que resguarde sigilo da minha identidade.		

Assinatura do Paciente		

Data:

_____, ____ de ____ de ____

Foi discutido o tratamento proposto com o paciente, usando linguagem acessível e apropriada. Acredito ter fornecido as informações necessárias ao bom entendimento por parte do paciente.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável