

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
NÍVEL MESTRADO**

**ELAINE MARIA ALEXANDRE**

**FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA O CUIDADO E TRATAMENTO DE  
FERIDAS DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

**PORTO ALEGRE**

**2018**

ELAINE MARIA ALEXANDRE

**FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA O CUIDADO E TRATAMENTO DE  
FERIDAS DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Joel Rolim Mancia

Porto Alegre  
2018

---

A381f

Alexandre, Elaine Maria

Fluxograma de atendimento para o cuidado e tratamento de feridas dos usuários atendidos na atenção primária à saúde no município de Porto Alegre / Elaine Maria - 2018.

67 f.

Orientador: Joel Rolim Mancia

Dissertação (Mestrado) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos -- UNISINOS, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional / Porto Alegre - 2018.

1.Enfermagem. 2.Atenção primária em saúde. 3.Lesões na pele. I. Mancia, Joel Rolim. II. Título.

CDU – 616.08

---

Bibliotecária Responsável: Luciana Kramer Pereira Müller – CRB 10/2022

ELAINE MARIA ALEXANDRE

**FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA O CUIDADO E TRATAMENTO DE  
FERIDAS DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Aprovado em 08/10/2018

**BANCA EXAMINADORA**

Denise de Azambuja Zocche- UNISINOS

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Márcio Neres dos Santos- PUC

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Sandra Maria Cezar Leal-UNISINOS

---

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Dedico essa dissertação ao meu querido filho Gabriel, que, com sua sensibilidade, amor e espíritosidade, sempre que me via estudando e escrevendo, dizia: Mãe, eu acredito em ti, sei que tu vais conseguir.

## **Agradecimentos Especiais**

Ao querido professor, Dr. Joel Rolim Mancia, pela paciência, pelo estímulo e pela compreensão das minhas dificuldades.

Ao meu companheiro, Luiz, por me incentivar e chamar minha atenção quando eu não queria escrever.

À professora, Dr.<sup>a</sup> Sandra Leal, por não ter me deixado desistir.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um fluxograma para o atendimento de usuários com lesões de pele, atendidos nos serviços de saúde da Gerência Norte Eixo Baltazar (GDNEB), em Porto Alegre/RS. A cartografia, atualmente, tem sido utilizada mais frequentemente para pesquisas em saúde. Uma das principais causas da mortalidade no mundo e no Brasil são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas doenças são responsáveis por 70% de todas as mortes no mundo e são as principais causas do aparecimento de lesões de pele ou feridas. As principais lesões de pele atendidas na GDNEB são as úlceras de pernas ou úlceras de membros inferiores. Dentre as principais dúvidas das enfermeiras da GDNEB no atendimento de lesões de pele, estão: como realizar um curativo, qual cobertura utilizar, se a lesão necessita de cobertura especial e qual tipo, e que tipo de lesão de membros inferiores trata-se. Na GDNEB não existe uma sistematização do atendimento em lesões de pele e nem um fluxograma para estes atendimentos.

Verificou-se – por meio deste estudo – que um atendimento adequado e qualificado dos usuários com lesões de pele apresenta uma boa resolatividade. Estudos têm demonstrado que a qualificação no atendimento em lesões de pele acarreta ganhos tanto para os usuários que diminuem o tempo de cicatrização das lesões bem como para o município que economiza nos gastos com coberturas. Verificou-se ainda a necessidade de sistematizar os atendimentos em lesões de pele da GDNEB, pois houve dificuldades na busca dos dados, não existe uma padronização no armazenamento dos dados sobre atendimento em lesões de pele na GDNEB. Desta forma, a elaboração de um fluxograma de atendimento em lesões de pele poderá resultar em grande ganho tanto para o município quanto para os usuários atendidos. Com este trabalho será possível organizar o atendimento em lesões de pele, elaborar capacitações e cursos para atualizar os conhecimentos dos trabalhadores da saúde na GDNEB, bem como qualificar os atendimentos.

**Palavras-chave:** Lesões de pele. Feridas. Fluxograma. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

This study aimed to elaborate a flowchart for attending health care users with skin lesions, attended by the health services of the Baltazar North Axis Administration (GDNEB in Portuguese), in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Cartography currently has been used more frequently for health research projects. One of the main mortality causes in the world and in Brazil are chronic non-communicable diseases (CNCDs). These diseases are responsible for 70% of all deaths in the world and are the main causes of skin lesions or wounds. Among the main questions raised by the nurses of the GDNEB when attending skin lesions are: how to make a bandage, what coating to use, whether the lesion needs a special kind of coating and of what type, and of what kind are treatable leg lesions. In the GDNEB there is no systematization of attending regarding skin lesions nor a flowchart for these attending operations. It was found out – due to this study – that an adequate and qualified attending of health users with skin lesions presents a good resolubility. Studies have shown that qualified skin lesion attending yields gains both for the users, who form scars in less time, and for the township, which spends less on coatings. It was also verified that there is necessity for systematizing the skin lesion attending process at the GDNEB, since there were difficulties in the search for data: there is no stable formatting in the stored data regarding skin lesion attending at the GDNEB. Thus, the elaboration of a flowchart for attending these lesions can result in a great gain for the users and township. With this work, it shall be possible to organize skin lesion attending, to elaborate instruction courses on it as well as other courses for the updating of the knowledge of health workers at the GDNEB, in addition to the qualification of their attending of users.

**Keywords:** Skin lesions. Wounds. Flowchart. Primary Health Care



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Alginato .....	31
<b>Figura 2</b> – Cobertura com carvão ativado .....	32
<b>Figura 3</b> – Membrana de filme de poliuretano.....	33
<b>Figura 4</b> – Espuma de poliuretano .....	34
<b>Figura 5</b> – Curativo à base de silicone medicinal.....	35
<b>Figura 7</b> – AGE .....	36
<b>Figura 8</b> – Hidrogel .....	37
<b>Figura 9</b> – Hidrocoloide .....	38
<b>Figura 10</b> – Fluxograma A.....	53
<b>Figura 11</b> – Fluxograma B.....	53

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Número de Curativos Atendidos/Encaminhados.....	57
<b>Tabela 2</b> – População Atendida por Gerência .....	58

## LISTA DE SIGLAS

AGE	Ácidos Graxos Essenciais
APS	Atenção Primária à Saúde
CENFE	Centro de Nutrição e Fisiologia do Exercício
CMC	Carboximetilcelulose
GDNEB	Gerência Norte Eixo Baltazar
GNEAUPP	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NPUP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PPG	Propilenoglicol
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>144</b>
<b>2 OBJETIVOS E METAS</b> .....	<b>177</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>177</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>177</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>188</b>
<b>3.1 Atenção Primária à Saúde no contexto do atendimento aos usuários com feridas</b> .....	<b>188</b>
<b>3.2 Feridas</b> .....	<b>2121</b>
3.2.1 Classificação das Feridas.....	21
3.2.2 Etiologia.....	21
3.2.3 Evolução.....	22
3.2.4 Complexidade .....	22
3.2.5 Comprometimento tecidual.....	233
3.2.6 Estadiamento das lesões de acordo com o comprometimento tecidual .....	233
3.2.7 Quanto à espessura .....	244
3.2.8 Quanto à presença ou ausência de infecção .....	255
3.2.9 Atribuições da enfermagem ao usuário com lesão de pele .....	255
<b>4 TRATAMENTO TÓPICO DA FERIDA</b> .....	<b>299</b>
<b>4.1 Tipos de Coberturas</b> .....	<b>299</b>
4.1.1 Coberturas não aderentes.....	299
4.1.2 Desbridantes .....	377
<b>5 MÉTODO</b> .....	<b>40</b>
<b>5.1 Primeira etapa</b> .....	<b>444</b>
5.1.1 Tipo de estudo .....	444
5.1.2 Cenário do Estudo/ Minha trajetória profissional na SMS/POA.....	455
5.1.3 Geração de dados, análise e organização .....	488
<b>5.2 Segunda Etapa – Desenvolvimento do Produto</b> .....	<b>488</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS</b> .....	<b>50</b>
<b>7 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE CRIAÇÃO DO FLUXOGRAMA</b> .....	<b>51</b>
<b>8 A VIVÊNCIA: CONTEXTUALIZANDO O ATENDIMENTO EM FERIDAS</b> .....	<b>566</b>
<b>9 AS PRIMEIRAS IMPRESSÕES DA IMPLANTAÇÃO DO FLUXOGRAMA</b> .....	<b>588</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>60</b>

**REFERÊNCIAS.....61**

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo aborda o tratamento de feridas e está inserido no Mestrado Profissional em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, na Linha de Educação em Saúde.

Malagutti, na apresentação de seu livro (2015), refere que feridas são ainda um problema atual no campo da saúde pública no Brasil, considerando a quantidade de pacientes que as desenvolvem em diferentes fases de sua vida. São causadas pelas mais diversas etiologias, podendo ser de origem clínica ou traumática. Além disso, destaca-se a complexidade do cuidado e necessidade de profissionais capacitados de forma eficaz e adequada para uma boa evolução no resultado do cuidado das feridas. Feridas são lesões e malformações de tecidos, ou soluções de continuidade que podem comprometer camadas mais superficiais da pele e até estruturas profundas, como fâscias, músculos, aponeuroses, articulações, cartilagens, tendões, ossos, órgãos cavitários ou outras estruturas do corpo. (GEOVANINI, 2014, cap. 2).

Em 2015, após concluir a formação na especialização em Estomaterapia, atuo na qualidade de Enfermeira Estomaterapeuta<sup>1</sup> e responsável pelo atendimento em feridas, na Gerência Norte Eixo Baltazar (GDNEB), no município de Porto Alegre/RS. Na demanda dos atendimentos identifica-se fragilidades relacionadas tanto à prevenção, quanto ao tratamento das lesões de pele dos usuários que buscam os serviços. As unidades de saúde da região encaminham solicitações de orientação e em algumas situações, o próprio usuário para avaliação e atendimento. Sendo que as feridas são de vários tipos e etiologias.

Na minha prática – no cotidiano do cuidado – recebo usuários encaminhados pelos serviços da GDNEB sem informações sobre a história clínica e a etiologia das feridas. Também não existe a padronização dos tipos de produtos/coberturas<sup>2</sup> disponíveis no município, para a realização destes curativos. Nesse contexto, vale dizer que – para que o tratamento de feridas seja eficaz – é necessário que haja

---

<sup>1</sup> Estomaterapeuta é o profissional especializado em Enfermagem em Estomaterapia. A Estomaterapia, desde 1980 no Brasil, é uma especialidade da Pós-Graduação *lato sensu*, voltada para o cuidado de pessoas com estomias, feridas agudas ou crônicas, fístulas, drenos, cateteres e incontinências anais. (SANTOS; CESARETTI, 2015, cap. 1).

<sup>2</sup> Coberturas e produtos são materiais ou substâncias que se utiliza sobre feridas ou lesões para ocluir, comprimir, umedecer, tratar e proteger, sendo capaz de garantir princípios ideais de cicatrização. (GEOVANINI, 2015, cap. 11)

atualização do conhecimento para o atendimento qualificado e promoção da aceleração do processo de cicatrização e reabilitação do usuário. (CARNEIRO; SOUSA; GAMA, 2010).

Desta forma, criar um fluxograma para orientar os profissionais de enfermagem a realizar os curativos nos serviços da GDNEB com a padronização de quais produtos/coberturas utilizar nestes procedimentos faz-se necessário para qualificar e orientar o atendimento destes usuários.

Nessa direção, constituíram-se as questões de pesquisa deste estudo: Quais são os tipos de feridas dos usuários atendidos na GDNEB? Que ferramentas podem ser utilizadas para qualificar o atendimento aos usuários com lesão de pele da GDNEB? Quais as informações devem constar em um fluxograma, referente ao tratamento de feridas dos usuários que procuram o atendimento nas unidades de saúde da GDNEB?

Este estudo se justifica porque, atualmente, ainda não existe padronização dos tipos de coberturas utilizadas no tratamento de feridas, bem como a sistematização do atendimento do usuário que busca o serviço de saúde para o tratamento de feridas na atenção primária. Assim, os resultados da pesquisa poderão subsidiar a qualificação desses atendimentos na região da GDNEB, em Porto Alegre/RS.

Entraremos agora no contexto das feridas, um mapeamento, pela percepção da autora mediada por suas subjetividades, sua história no atendimento em feridas na Gerência Norte/Eixo Baltazar do município de Porto Alegre.

Neste momento, vamos cartografar o atendimento dos usuários com lesões de pele na Gerência Norte Eixo Baltazar do município de Porto Alegre, acompanhar o processo da estomaterapeuta referência da região em orientar as enfermeiras no cuidado e atendimento destes usuários.

Em 2014 fui convidada a realizar a Especialização em Estomaterapia cujo curso era uma parceria entre a Prefeitura de Porto Alegre e a Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Na época, a ideia da Secretaria Municipal de Saúde local era de que deveria haver uma estomaterapeuta em cada gerência, e que essas deveriam organizar os ambulatórios de feridas e estomias em cada gerência do município de Porto Alegre. Até então, meu conhecimento sobre feridas era muito básico; recebia diariamente pacientes com os mais variados tipos de feridas, mas não conhecia todas as tecnologias existentes para o tratamento destas. Eram mais de quinze anos

trabalhando como enfermeira na atenção primária em Porto Alegre e – de repente – surge a oportunidade de realizar a referida Especialização.

A Estomaterapia me apresentou um mundo novo no tratamento das feridas e proporcionou conhecimentos que até então eu desconhecia. Foi – ao mesmo tempo – um desafio e uma oportunidade de crescer profissionalmente: o contato com os mais diversos profissionais e personalidades diferentes desencadearam em mim uma busca por conhecimentos e a vontade de organizar o atendimento em feridas na gerência Norte Eixo Baltazar do município de Porto Alegre.

Após o término da Especialização, surgiu a oportunidade de realizar o Mestrado, um sonho antigo e ao mesmo tempo um desafio muito maior, o de superar os próprios limites e as forças contrárias que sempre tentam nos acomodar. O respeito por mim mesma e pelos meus limites marcaram essa trajetória: saber o momento de descansar, de pedir ajuda e de não me deixar abater nos momentos mais difíceis fizeram parte desta história. O incentivo dos amigos, dos colegas de trabalho e dos professores foi essencial neste processo.

O meu trabalho no município de Porto Alegre é um mergulho na atenção primária em saúde com todas as questões que a englobam, entre elas o tratamento das feridas. Para Carvalho e Franco (2015), cartografar é uma vivência na qual o pesquisador se sente misturado e envolvido na experiência existencial que ela proporciona na produção do conhecimento, é mergulhar na experiência. Encontro-me hoje mergulhada na atenção primária, no atendimento a pacientes com os mais diversos tipos de feridas; trago uma bagagem de conhecimentos que podem trazer melhorias no atendimento a estes pacientes. Desta forma, optou-se por esta metodologia chamada cartografia, pois oportunizou a criação de um fluxograma para o atendimento em feridas da região Norte/Eixo Baltazar do município de Porto Alegre.



## **2 OBJETIVOS E METAS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar um fluxograma para o atendimento de usuários com lesão de pele, atendidos nos serviços de saúde, da Gerência Distrital Norte Eixo Baltazar (GDNEB), em Porto Alegre/RS.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Narrar as demandas encaminhadas pelas enfermeiras que atuam na GDNEB, relacionadas ao tratamento de feridas dos usuários;
2. Descrever o fluxo atual referente ao tratamento de feridas dos usuários que procuram o atendimento nos serviços da GDNEB.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

A seguir será abordado o tratamento de usuários com lesões de pele no contexto da Atenção Primária à Saúde.

#### **3.1 Atenção Primária à Saúde no contexto do atendimento aos usuários com feridas**

A atenção primária à saúde foi legitimada – a partir da conferência internacional de Alma-Ata, em 1978 – e definida, naquele momento, como a porta de entrada dos sistemas de saúde e o primeiro componente de um processo contínuo de atenção (RODRIGUES et al., 2014). Starfield (2002) refere que todo sistema de serviço de saúde possui dois objetivos principais: aprimorar a saúde da população pelo emprego avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde e diminuir as desigualdades entre subgrupos populacionais, de forma que determinados grupos não estejam em desvantagem em relação ao acesso a serviços de saúde e ao alcance de um excelente nível de saúde.

Verificando as iniquidades sociais e de saúde no mundo, conforme Starfield (2002, p. 19), em 1996 a Organização Mundial de Saúde adotou um conjunto de princípios como base de atuação dos profissionais de saúde, na atenção primária. Esse foi denominado Carta de Lubliana, na qual constam que os atendimentos dos usuários e as práticas educativas – nos sistemas de atenção à saúde – deveriam ser orientados por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional. Direcionados para a promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde. Devem ser focados na qualidade, incluindo a relação custo efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo direcionado para a atenção primária.

Conforme estudos de Starfield (2002), ao longo dos anos, ocorreu uma superespecialização dos profissionais da área da saúde e um sistema de saúde orientado para a subespecialização ameaça os objetivos da equidade, pois nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. Para Starfield (2002), a atenção subespecializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos poderem pagar por ela.

Desta forma o acesso à saúde se tornou muito difícil para a população mais carente. Atualmente, o contexto ainda é o mesmo, Campos e Pereira Júnior (2016) referem que a Atenção primária depende de mudanças radicais, principalmente, na formação em saúde e na educação médica, que são voltadas tradicionalmente para as especialidades.

A Atenção Primária (AP) configura-se na base para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A AP caracteriza-se pela promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Tem o objetivo promover a manutenção da saúde e deve ser desenvolvida por equipe multiprofissional, considerando as diferentes realidades epidemiológicas, institucionais e as necessidades de saúde local das populações. (BRASIL, 2011b).

Em se tratando do tema tratado - especificamente – nesta Dissertação, temos Araújo (2017) para quem as feridas se constituem um grande problema de saúde pública no Brasil, gerando enormes gastos públicos com seu tratamento e prejudicando consideravelmente a qualidade de vida das pessoas. Em consequência disto, a AP tem absorvido as mais diversas situações em saúde, dentre as quais o atendimento de usuários com vários tipos de feridas de etiologias diferentes. Assim sendo, ter profissionais capacitados e atualizados para realizar este atendimento é de relevância para a saúde da população.

Santos et al. 2014 relatam que existe uma elevada demanda de usuários com alteração na integridade da pele buscando a atenção primária como porta de entrada ou que são encaminhados para acompanhamento, após receberem o atendimento de alta complexidade. No contexto das lesões de pele, a sobrevivência do ser humano está relacionada com sua capacidade de restaurar e reparar a função dos tecidos lesionados ou perdidos e o processo de cicatrização constitui-se em um conjunto complicado de mecanismos fisiológicos sincronizados e dependentes entre si que levam à reconstrução dos tecidos lesionados (SOLDEVILLAAGREDA; TORRA I BOU, 2012). Neste processo chamado de cicatrização, o tecido apresenta-se suscetível a fatores que podem prejudicar sua evolução, prolongando o tratamento e acarretando aumento dos custos. (SANTOS et al., 2014).

O profissional de enfermagem atua diretamente no atendimento ao usuário em tratamento de feridas, necessitando ter amplo conhecimento acerca do tema. No contexto da AP, o enfermeiro é o profissional de saúde que precisa estar capacitado e com habilidade técnica para desenvolver e coordenar o processo de cuidado, que

envolve o tratamento do usuário com lesão de pele, uma vez que é quem tem mais contato com o usuário. Assim necessita estar apto para acompanhar a evolução da lesão, orientar os cuidados necessários para a equipe de enfermagem realizar o curativo. (SANTOS et al., 2014). Pesquisas destes autores revelaram uma prevalência de pacientes com feridas em 1,05% da população, em geral, e 1,9% da população atendida na atenção primária, indicando o alto percentual. Apresentam também que tecnologias atuais para o tratamento de feridas diminuiriam os custos e levariam a uma resposta mais rápida e eficaz no tratamento de feridas, mas que esta prática ainda não foi incorporada nas unidades de saúde da família.

Gonçalves (2015) – em sua pesquisa realizada na rede primária em saúde em Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil – mostrou que, dos 53 pacientes com feridas entrevistados, houve predominância do sexo feminino, acima de 60 anos, com renda per capita igual ou inferior a um salário mínimo. As úlceras vasculares predominaram, sendo (54,71%) dos pacientes, dentre os 53 pacientes, 50 estavam inativos e a maioria vivia sem companheiro. A hipertensão e a insuficiência venosa foram as comorbidades mais encontradas, comprometendo – respectivamente – 34 e 33 pessoas. Uma porcentagem significativa dos entrevistados realizava seus cuidados em casa. Desses, a maioria recebeu treinamento e orientações sobre a troca de curativos diretamente do enfermeiro. Estes resultados revelam a importância do enfermeiro e de sua qualificação no tratamento de feridas na atenção primária em saúde.

Estudos de Bortoletti et al. (2015) realizados no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre/RS, referem que a atenção primária em saúde tem buscado ser mais resolutiva, captando o nível primário, pois o Ministério da Saúde prioriza sua reorganização e fortalecimento. Para estes autores, as lesões de pele – pelo aumento de pacientes atendidos no domicílio – são um grande problema de demanda da população. Desta forma, ter uma rede sistematizada na atenção a lesões de pele e a organização das unidades de saúde, buscando acolher os usuários para realizar encaminhamentos adequados é de suma importância para a resolutividade destas questões.

Liberato et al. (2017), em estudo realizado em equipes de saúde da família e em unidades mistas na cidade de Natal/RN, referem o valor significativo das orientações realizadas na atenção primária em saúde, pelos profissionais, durante o processo de tratamento das úlceras venosas, e que o cuidado prestado à população

deve ir além de somente um curativo. Desta forma, verifica-se a necessidade de sensibilizar e capacitar os enfermeiros a estabelecerem um cuidado holístico e realmente efetivo às pessoas com úlceras venosas.

## **3.2 Feridas**

Conforme a classificação internacional para a prática de enfermagem, ferida é uma lesão de tecidos que se associa – normalmente – a danos físicos ou mecânicos, incluindo no seu conceito produção de crosta e funelização dos tecidos, drenagem serosa, com sangue ou pus; eritema de pele; edema; vesícula; pele circundante macerada e anormal; calor da pele; odor, sensibilidade aumentada e dor. (GARCIA, 2017).

### **3.2.1 Classificação das Feridas**

Para Geovanini (2014), a classificação das feridas é um recurso importante, pois contribui para a avaliação e orienta os profissionais de saúde no diagnóstico, tratamento e cuidados adequados do paciente e da lesão. Podemos classificá-las de diferentes formas, de acordo com a sua etiologia, evolução, complexidade, comprometimento do tecido, espessura e presença ou não de infecção (EBERHARDT et al., 2015), as quais são descritas a seguir.

### **3.2.2 Etiologia**

Quanto à etiologia, as feridas podem ser classificadas como patológicas, iatrogênicas, intencionais, acidentais e causadas por fatores externos (EBERHARDT et al., 2015). As feridas patológicas são causadas por fatores endógenos ou lesões secundárias a uma ou mais doenças de base. Apresentam forma e graus de comprometimento diferenciadas relacionados com a doença e sua gravidade, geralmente são de difícil cicatrização, pois estão relacionadas ao controle ou à cura da doença causal. (GEOVANINI, 2014).

Feridas iatrogênicas são causadas por procedimentos realizados por profissionais de saúde, são uma resposta inadequada a um tratamento médico ou cirúrgico. Também são definidas como feridas causadas pela intervenção de médicos

ou outros profissionais, de forma que resultem em consequências prejudiciais à saúde do indivíduo. (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2008).

Feridas intencionais ou cirúrgicas são aquelas previsíveis, assépticas, realizadas pela necessidade terapêutica (GEOVANINI, 2014, cap. 8). Feridas acidentais ou traumáticas ocorrem inesperadamente, causadas por trauma, violência, acidente ou outras situações. Variam de acordo com a gravidade, forma, tamanho, dependendo de como ocorreram e do que causou o ferimento (GEOVANINI, 2014).

Feridas causadas por fatores externos, conforme Geovanini (2014), podem ser produzidas pelo contato da pele com substâncias inflamáveis, cáusticas, muito quentes (queimaduras) ou pela pressão constante do peso do corpo sobre proeminências ósseas em superfícies rígidas (lesão por pressão).

### 3.2.3 Evolução

Quanto à evolução, as feridas são classificadas como agudas e crônicas. Agudas são aquelas em que ocorre ruptura da vascularização com desencadeamento imediato do processo de hemostasia, se originam de cirurgias ou traumas e a cicatrização ocorre em tempo adequado, sem complicações. (BLANES, 2004; GEOVANINI, 2014). Para Candido (2006), a cicatrização da ferida aguda deve ocorrer até 15 dias após o início da lesão.

Feridas crônicas não cicatrizam no tempo adequado e apresentam complicações, têm seu tempo de cicatrização alongado por infecção, presença de corpo estranho ou doenças de base descompensadas (PRAZERES, 2009). As feridas crônicas causam prejuízos individuais e sociais e – normalmente – estão associadas a doenças como diabetes, hipertensão, hanseníase, neoplasias, problemas neurológicos, entre outros (GEOVANINI, 2014). Para Malagutti, (2015) feridas crônicas são aquelas que não cicatrizam num período inferior a seis semanas.

### 3.2.4 Complexidade

Quanto à complexidade, podemos classificar as feridas em simples e complexas.

Feridas simples são aquelas superficiais, que não comprometem todo o organismo e apresentam boa resposta aos tratamentos convencionais. Apresentam

cicatrização espontânea, sem sinais de infecção, contaminação ou colonização por microrganismos (GEOVANINI, 2014). Conforme Campos et al. (2016), feridas simples são aquelas que seguem o curso fisiológico da cicatrização e percorrem as fases desse processo: inflamatória, proliferativa, reparadora ou de manutenção, seguindo o padrão cronológico e de manifestações clínicas.

Feridas complexas são crônicas, têm em comum o acometimento de outros tecidos além da derme, epiderme e tecido subcutâneo, podendo atingir o tecido adiposo, fâscias musculares, tecido nervoso, tendões, ossos, cartilagens, ligamentos e vasos sanguíneos. Apresentam resistência aos tratamentos convencionais, normalmente evoluindo de forma desfavorável, progressiva e rápida, produzindo tecidos necróticos e infecções graves, podendo levar a amputações, septicemias e óbito (GEOVANINI, 2014). Feridas complexas não seguem o curso fisiológico da cicatrização, seu tempo de cicatrização é maior em consequência de processos infecciosos ou perdas de tecidos externos e traumas (CAMPOS et al. 2016).

Cabe lembrar que o atendimento em lesões de pele deve seguir as atribuições da equipe de enfermagem conforme a norma técnica da resolução COFEN 0567/2018.

### 3.2.5 Comprometimento tecidual

Quanto ao comprometimento tecidual, conforme Campos et al. 2016, a cicatrização das feridas sofre influência direta da perda de tecido.

De acordo com Prazeres (2009), medir a extensão das lesões é importante para realizar o acompanhamento e a evolução da cicatrização do mesmo modo que avaliar se a conduta está adequada ou se é necessário modificá-la. A medida da ferida é realizada considerando comprimento, largura e profundidade; a lesão pode ou não apresentar perda tecidual que necessite mensurar a profundidade. (PRAZERES, 2009).

Geovanini (2014) refere que a classificação por estágios auxilia a uniformidade das informações e possibilita a definição da característica anatômica da lesão em cada uma de suas fases.

### 3.2.6 Estadiamento das lesões de acordo com o comprometimento tecidual

Estágio I – Pele íntegra com área de eritema; pode estar endurecida, dolorida e quente ao toque, quando comparada às áreas não comprometidas.

Estágio II – Perda parcial de tecido envolvendo a epiderme, a derme ou ambas. Ulceração superficial ou cratera rasa com leito vermelho-rosado, sem esfacelo. Pode apresentar-se como abrasão ou bolha preenchida com exsudato seroso, intacta ou rompida.

Estágio III – Perda total da espessura da pele envolvendo danos ou necrose do tecido subcutâneo, que podem se estender até a fáscia muscular subjacente, porém sem ultrapassá-la.

Estágio IV – Perda da espessura total da pele com destruição extensa da derme e da epiderme, necrose de tecidos e danos aos músculos, ossos ou estruturas de suporte, como cápsulas, tendões e articulações. As lesões podem ocorrer em cavernas, tunelizações ou caminhos sinuosos.

Fonte: Adaptação (NPUAP, 2017).

Feridas abertas são aquelas em que existe solução de continuidade da pele, pois ela é interrompida pela lesão. Os ferimentos abertos são aqueles em que há perda da integridade da superfície da pele com perda de líquidos corporais e com risco de penetrar partículas estranhas e microrganismos (GEOVANINI, 2014). Para Geovanini (2014), os riscos de infecção neste caso são maiores se a causa da lesão for de origem traumática ou acidental causadas por objetos perfurocortantes, projéteis ou outros.

Feridas fechadas: conforme Santos et al. (2011), feridas fechadas são aquelas em que as bordas da pele estão justapostas. Para Geovanini, (2014) as feridas fechadas não violam tanto a continuidade da pele e não são menos graves que as abertas, pois se torna mais difícil sua avaliação e repercussões devido ao fato de serem internas e de difícil visualização.

### 3.2.7 Quanto à espessura

Quanto à espessura Geovanini e Oliveira Júnior (2008) classificam as feridas em: Superficial – aquela que atinge apenas a epiderme e a derme.

Profunda superficial – aquela que destrói a epiderme a derme e o tecido subcutâneo.

Profunda total – aquela que atinge o tecido muscular e as estruturas adjacentes como tendões, cartilagens e ossos.



### 3.2.8 Quanto à presença ou ausência de infecção

Conforme o GNEAUPP (2002), as feridas podem ser contaminadas, colonizadas ou infectadas, dependendo do grau de invasão dos microrganismos.

Feridas contaminadas são todas as lesões acidentais que permanecem abertas por um tempo superior a seis horas entre o trauma e o atendimento; apresentam elementos contaminantes e são invadidas por microbiota bacteriana considerável, mas não virulenta. As feridas cirúrgicas também apresentam risco de contaminação quando a técnica asséptica não for observada ou quando a cirurgia ultrapassar seis horas com a cavidade aberta (GNEAUPP, 2002).

Feridas colonizadas são aquelas em que a superfície apresenta microrganismos que se multiplicam, mas não produzem uma infecção. Ocorre uma relação de dependência metabólica entre o hospedeiro e a formação de colônias nas lesões. Não ocorre uma reação clínica ou imunológica importante que produza uma infecção, mas a colonização pode atrasar a cicatrização (GNEAUPP, 2002).

Feridas infectadas ou sépticas apresentam mais de 100.000 colônias por grama de tecido ou quando existem sinais claros de infecção, local ou generalizada, além de osteomielite (GNEAUPP, 2002). Estas feridas são colonizadas ou contaminadas por detritos ou microrganismos, como parasitas, bactérias, vírus ou fungos, devido à diminuição do organismo estarem diminuídas. Essas lesões apresentam características de processo infeccioso, com tecidos desvitalizados, exsudação purulenta e odor característico. Caracterizam-se por apresentar em seu leito grande conteúdo bacteriano de cepas diferentes e multirresistentes e pela presença de biofilme o que acaba dificultando o processo de cicatrização. (GNEAUPP, 2002).

Feridas não infectadas e limpas são as criadas por condições assépticas. Um exemplo disso são as aquelas produzidas por atos cirúrgicos onde os microrganismos são impedidos de penetrar na incisão cirúrgica por técnicas assépticas (GNEAUPP, 2002).

### 3.2.9 Atribuições da enfermagem ao usuário com lesão de pele

As atribuições da equipe de enfermagem, apresentadas abaixo, devem seguir a norma técnica da resolução COFEN 0567/2018.

### **Competências do enfermeiro no cuidado com as feridas:**

1. Geral: Avaliar, prescrever e executar curativos em todos os tipos de feridas em pacientes sob seus cuidados além de coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado de pessoas com feridas.
2. Específicas:
  - Abertura de consultório de enfermagem para a prevenção e cuidado aos pacientes com feridas de forma autônoma e empreendedora, respeitadas as competências técnicas e legais.
  - Realizar atividades de prevenção e cuidado às pessoas com feridas a ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo às determinações das normatizações do COFEN e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente do Sistema Único de Saúde.
  - Prescrever medicamentos e coberturas utilizados na prevenção e cuidado às pessoas com as feridas, estabelecidas em Programas de Saúde e/ou Protocolos Institucionais.
  - Realizar curativos em todos os tipos de feridas, independente do grau de comprometimento tecidual.
  - Executar o desbridamento autolítico, instrumental, mecânico e enzimático.
  - Realizar terapia de compressão elástica e inelástica de alta e baixa compressão, de acordo com diagnóstico médico (úlceras venosa, mista e linfedemas).
  - Participar da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e cuidado aos pacientes com feridas.
  - Estabelecer política de avaliação dos riscos potenciais, por meio de escalas ou outras ferramentas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional.
  - Desenvolver e implementar plano de intervenção para o indivíduo em risco de desenvolver lesão/úlceras por pressão.
  - Avaliar o estado nutricional do paciente através de seu IMC (índice de massa corporal) e se necessário utilizar-se de indicadores nutricionais como: hemoglobina, glicemia, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D, e outros, conforme protocolo institucional.

- Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias
- Utilizar novas técnicas e tecnologias tais como laser e LED, terapia por pressão negativa, eletroterapia, hidrozonioterapia, entre outros, mediante capacitação.
- Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomada de decisão imediata.
- Garantir com eficácia e eficiência o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito no contexto do processo de enfermagem.
- Coordenar e/ou participar de pesquisas clínicas relacionadas a produtos, medicamentos e tecnologias a serem utilizados na prevenção e tratamento de feridas, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão.
- Solicitar exames laboratoriais e radiografias inerentes ao processo do cuidado, estabelecidos em protocolos institucionais, às pessoas com feridas.
- Executar, coordenar e supervisionar as atividades de enfermagem relacionadas à terapia hiperbárica.
- Realizar foto documentação para acompanhamento da evolução da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou responsável, por meio de formulário institucional, respeitando os preceitos éticos e legais do uso de imagens,
- Realizar coleta de material para exame microbiológico das feridas quando necessário o diagnóstico etiológico de infecção.
- Participar e solicitar parecer técnico das comissões de curativos.
- Realizar referência para serviços especializados ou especialistas quando necessário.
- Garantir contra referência quando em serviços especializados.
- Registrar todas as ações executadas e avaliadas no prontuário do paciente.

### **Atuação do técnico de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas**

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

#### **Atuação do auxiliar de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas**

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

## **4 TRATAMENTO TÓPICO DA FERIDA**

Para Geovanini (2014), cobertura é todo o material, substância ou produto que se aplica sobre uma ferida, formando uma barreira física, com capacidade de proteção e regeneração celular. Assim sendo, o tratamento eficiente de qualquer lesão necessita – dentre outros cuidados – da escolha do tipo de cobertura mais apropriada para cada tipo específico de ferida nas diferentes situações clínicas e cirúrgicas.

### **4.1 Tipos de Coberturas**

Para Geovanini e Oliveira Júnior (2008), é muito importante – para a escolha do curativo – uma avaliação criteriosa da ferida e das condições do paciente. Desta forma devemos observar as condições físicas, de nutrição, idade, medicamentos utilizados, localização anatômica da ferida e as características a seguir: forma, tamanho, profundidade, bordas, presença de tecido de granulação, quantidade de tecido necrosado e presença de drenagem na ferida. Para Geovanini (2014), devemos também levar em consideração as doenças de base do paciente. Esta autora refere ainda que – apesar de a reconstituição tecidual ser sistêmica – para que ela seja efetiva, é importante favorecer as condições locais da lesão com o tratamento tópico adequado. As coberturas – por sua vez – necessitam ser compatíveis com a fisiologia da reparação tecidual e atender às finalidades do curativo que são: isolar termicamente a ferida, proteger a ferida de traumas mecânicos e contaminação bacteriana, remover tecidos necróticos e corpos estranhos, sanar processos infecciosos, fechar espaços mortos, absorver exsudatos e manter úmido o leito da ferida.

Nas últimas décadas, houve várias pesquisas que resultaram na evolução de tecnologias e na produção de substâncias e elaboração de coberturas que auxiliam no processo de cicatrização e diminuem o desconforto dos pacientes. Isso também reduz os custos hospitalares, o tempo de internação e facilitam a assistência (GEOVANINI, 2014).

#### **4.1.1 Coberturas não aderentes**

São aquelas que evitam a aderência da cobertura secundária protegendo o leito da ferida e o tecido novo, recém-formado (SOLDEVILLA AGREDA; TORRA I BOU, 2012). Diferentemente dos curativos que aderem ao leito da ferida, as coberturas não aderentes são compostas de acetato de celulose ou polietileno. Algumas contêm petrolato; outras são siliconizadas, vaselinadas ou parafinadas, mas todas apresentam a característica de não aderir, não “grudar” ao leito da ferida (RIBEIRO, 2017). No mercado, temos as malhas não aderentes, gazes parafinadas, curativos de esponjas e alginato de cálcio, telas de malha de algodão parafinadas, tecido não aderente de raion impregnado com óleos de origem vegetal ricos em ácidos graxos essenciais (AGE) (GEOVANINI, 2014; Prazeres, 2009).

**Alginato de Cálcio:** Os alginatos são polissacarídeos naturais derivados das algas marinhas, as fibras de alginato têm grande capacidade de absorção (SOLDEVILLA AGREDA; TORRA I BOU, 2012).

**Ação Esperada:** Essa composição apresenta atividade hemostática que acelera a cicatrização, permite reação de troca iônica entre o cálcio e o alginato, retém bactérias; desta forma, diminui a possibilidade de desenvolvimento de infecções. Auxilia no desbridamento. A troca se dará a cada cinco dias ou até a saturação, conforme o volume de exsudato (GEOVANINI, 2014).

Segundo Pinheiro et al. (2013), o alginato de cálcio é usado no tratamento de lesões cutâneas, é derivado de algas marinhas, biodegradável e pode ser encontrado na forma de cordão ou placa de consistência frouxa. Esses autores revelam que o alginato tem sido aplicado com sucesso para limpar uma grande variedade de lesões secretantes, apresentando exsudato de moderado a intenso. Cabe acrescentar que se trata de um cálcio altamente absorvente, mantendo um microambiente fisiologicamente úmido que permite a troca gasosa e oferece uma barreira que impede a contaminação, além de favorecer a cicatrização e a formação de tecido de granulação.

**Figura 1 – Alginato**



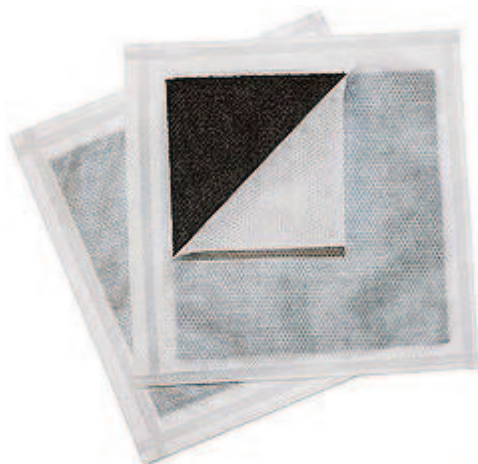
Fonte: Estomoplast (2017a).

**Carvão Ativado De Prata:** Curativos com carvão ativado permitem a absorção das moléculas responsáveis pelo mau cheiro das feridas (SOLDEVILLA AGREDA; TORRA I BOU, 2012).

**Ação Esperada:** Captar moléculas que ficam aderidas por atração elétrica, eliminar odores, manter oclusão, umidade e temperatura no leito da ferida. Esse curativo deverá ser trocado em até cinco dias, ou até a saturação do curativo (GEOVANINI, 2014).

Estudos de Moser, Pereima e Pereima (2013) relatam que coberturas com carvão ativado de prata são eficientes contra grande número de bactérias, fungos e vírus resistentes a antibióticos. Para estes autores, curativos de prata proporcionam o melhor tratamento para prevenir infecções e, conseqüentemente, são a melhor escolha para reduzir os riscos de sepse e síndrome de choque tóxico. Eles ainda referem que curativos com carvão ativado de prata permitem que as feridas se mantenham estéreis, úmidas e – especialmente – sem necessidade de trocas frequentes, facilitando, desta forma, a cicatrização. Esses curativos são muito utilizados em queimaduras.

**Figura 2** – Cobertura com carvão ativado



Fonte: Cirúrgica Império (2017).

**Membranas De Filmes De Poliuretano:** São coberturas semioclusivas apresentadas em forma de filme ou película transparente (SOLDEVILLA AGREDA; TORRA I BOU, 2012).

**Ação esperada:** Ocluir, mantendo a umidade e acelerando a cicatrização, permitir a visualização da ferida; aderir à pele seca (GEOVANINI, 2014).

Consiste em um material sintético, adesivo e hipoalergênico que possui um sistema de troca parecido com o da pele saudável, permitindo a disseminação de gases como oxigênio e vapores. É um material que possui elasticidade o que facilita a aplicação em várias partes do corpo sendo resistente à força de fricção e acasalamento (COCKBILL; TURNER, 2007; ROLSTAD; OVINGTON, 2007).

O filme transparente de poliuretano apresenta também a qualidade de ser impermeável a fluidos, secreções e bactérias. A troca deve ser realizada a cada sete dias conforme o volume de exsudato ou em caso de haver descolamento (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003; COCKBILL; TURNER, 2007; ROLSTAD; OVINGTON, 2007; SMANIOTTO et al., 2010; FRANCO; GONÇALVES, 2008).



**Figura 3** – Membrana de filme de poliuretano



Fonte: Google (2017).

**Espuma de poliuretano:** A cobertura de poliuretano também recebe os nomes de hidrocélulas, hidropoliméricas ou hidroalveolares. Tem grande capacidade de absorção do exsudato e não deixa resíduos, pois não se desfaz; desta forma, faz com que seja diminuída a chance de maceração das bordas das lesões (SOLDEVILLA AGREDA; TORRA I BOU, 2012).

**Ação Esperada:** Capacidade de absorver e reter exsudato, umidificar, acelerar o processo de cicatrização e evitar a maceração (GEOVANINI, 2014).

A espuma de poliuretano é uma almofada composta de camadas sobrepostas de não tecido e hidropolímero e revestida de poliuretano que proporciona um ambiente úmido e estimula o desbridamento autolítico. Absorve o exsudato e expande-se à medida que a absorção se faz e é indicada para feridas abertas não infectadas que apresentam de leve a moderada exsudação. O uso desta espuma é contraindicado para feridas infectadas ou com tecidos necrosados. A troca deve ser feita sempre que houver presença de fluido nas bordas da almofada de espuma ou – no máximo – a cada sete dias (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

Existem controvérsias a respeito do tempo de permanência, pois – conforme Geovanini (2014) – esta cobertura pode permanecer por até cinco dias.

**Figura 4** – Espuma de poliuretano



Fonte: Curatec (2017).

**Curativo à base de silicone medicinal:** São coberturas compostas por silicone. No mercado, encontramos três tipos de apresentação: na forma de tule não aderente (Mepitel®), utilizada para evitar aderência no leito da lesão; na forma de placa (Cicare®, Mepiform®, Silicon Gel®); na forma de gel (Dermatix®) para prevenir queloides e melhorar a estética de cicatrizes (SOLDEVILLA AGREDA; TORRA I BOU, 2012).

**Ação Esperada:** Permitir a remoção do excesso de exsudato para o curativo secundário, não aderir ao leito da ferida, possibilitar menor número de trocas do curativo, não causar traumas e não provocar dor na retirada. É indicado para o tratamento de feridas exsudativas planas e contraindicado para feridas cavitárias de todos os tipos (SMANIOTTO et al., 2012).

**Figura 5** – Curativo à base de silicone medicinal



Fonte: Google (2017).

**Gaze úmida com solução fisiológica a 0,9%:** Gaze de tecido ou rayon umidificada com soro fisiológico a 0,9%.

**Ação Esperada:** Umidificar a ferida, acelerar a granulação, preencher espaços vazios. Deverá ser trocada quando houver saturação, ou em até 24 horas, no máximo. Quando houver excesso de exsudato, deverá ser trocada de seis a oito horas; se o exsudato for moderado, poderá ser trocada em até 12 horas (GEOVANINI, 2014).

**Ácidos Graxos Essenciais (AGE):** Solução produzida à base de AGEs, composto de ácido caprílico, ácido cáprico, ácido caprólico, ácido láurico, ácido linoleico, vitamina “A”, vitamina “E” e lecitina de soja. Podem ser encontradas variações na formulação, a base, no entanto, está nos componentes ácido linoleico, e vitaminas “A” e “E” (PRAZERES, 2009, cap. 16).

**Ação Esperada:** Manter a umidade, acelerar a cicatrização e a granulação. A troca do curativo deverá ser realizada quando houver saturação ou em até 24 horas no máximo (GEOVANINI, 2014).

Produtos à base de AGE podem ser usados no tratamento e prevenção de dermatite amoniacal e lesões por pressão, pois o AGE forma uma barreira protetora para a pele, impedindo a maceração, além de ser importante nos processos inflamatórios das células. A utilização do AGE em feridas e lesões por pressão proporciona, além de alívio após a primeira aplicação, a nutrição celular local e uma

grande capacidade de regeneração dos tecidos. Todos os seus componentes agem de forma a aumentar a resposta imunológica, acelerando o processo inflamatório e – consequentemente – estimulando o processo de cicatrização por meio da angiogênese e da epitelização, o que facilita a entrada de fatores de crescimento na célula (FERREIRA et al., 2012).

**Figura 6 – AGE**



Fonte: Google (2017).

**Sulfadiazina de prata:** Trata-se de um antibiótico na forma de um creme suavizante espesso que pode ser considerado um curativo (IRION, 2012).

**Ação Esperada:** Ação imediata contra bactérias e ação bacteriostática residual. O curativo deve ser trocado a cada 12 horas – no máximo – ou quando houver saturação (GEOVANINI, 2014).

Apresenta-se na forma de pomada hidrofóbica composta de prata a 1%. A prata apresenta características bactericidas imediatas e bacteriostáticas residuais, provoca precipitação proteica e age diretamente na membrana citoplasmática da ferida. É bastante utilizada em queimaduras e lesões crônicas refratárias como – por exemplo – as úlceras vasculogênicas (CANDIDO, 2006).

#### 4.1.2 Desbridantes

Desbridantes são substâncias que realizam o desbridamento da ferida, ou seja, são substâncias que por sua ação, química ou enzimática, removem tecidos necrosados ou desvitalizados do leito da ferida (IRION, 2012).

**Hidrogel:** Consistem em uma série de géis hidrófilos de polímeros insolúveis com grande conteúdo de água (de 70 a 90%) e outras substâncias, como polímeros de amido, pectina, propilenoglicol, polissacarídeos, complexos polieletrólíticos e polímeros de éster metacrilato (SOLDEVILLA AGREDA; TORRA I BOU, 2012)..

**Ação esperada:** Umidificar, auxiliar no desbridamento autolítico e evitar a maceração (GEOVANINI, 2014).

Trata-se de um gel transparente, incolor composto de água (77%), carboximetilcelulose (CMC-2,3%) e propilenoglicol (PPG-20%). Em seu mecanismo de ação, este gel amolece e remove o tecido desvitalizado e necrosado pelo desbridamento autolítico, mantém o meio úmido devido à sua composição aquosa e estimula a liberação de exsudato devido à ação do PPG. É indicado para feridas superficiais moderadas, ou de baixa exsudação. Promove a remoção de crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados ou necrosados. Está contraindicado para íntegra e incisões cirúrgicas fechadas (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

A troca depende do volume de exsudato drenado. Em feridas infectadas, deve ser trocado a cada 24 horas; em feridas necrosadas, deve ser trocado a cada 72 horas (GEOVANINI, 2014).

**Figura 7 – Hidrogel**



Fonte: Google (2017).

**Hidrocoloide:** São compostos por agentes formadores de gel, como a carbometilcelulose sódica, gelatina e pectina, juntamente com outras substâncias como elastômeros, aditivos e poli - isobutileno, e apresentando-se na forma de placas, gel ou fibras (SOLDEVILLA AGREDA; TORRA I BOU, 2012).

**Ação Esperada:** Auxiliar no desbridamento, aliviar a dor, manter a umidade e a temperatura. Deverá ser trocado quando houver extravasamento do gel ou descolamento das margens, podendo permanecer até sete dias (GEOVANINI, 2014).

Conforme Pinheiro et al. (2013), os hidrocoloides clássicos consistem em polisorbutileno, carboximetilcelulose sódica, gelatina e pectina. As coberturas de hidrocoloide absorvem o fluido da lesão transformando-o em gel. Estudos destes autores enfatizam as qualidades do hidrocoloide como: facilidade de aplicação da cobertura, conforto, diminuição da dor e não exigência de trocas frequentes.

**Figura 8 – Hidrocoloide**



Fonte: Estomoplast (2017b).

**Papaína:** É uma enzima proteolítica que provém da *carica papaya* – látex do mamoeiro – e tem ação proteolítica (PRAZERES, 2009).

**Ação Esperada:** Acelerar a cicatrização e o desbridamento. Este curativo deve ser trocado a cada 24 horas (GEOVANINI, 2014).

A papaína é uma enzima proteolítica complexa de origem vegetal extraída do látex do mamão (*carica papaya*), que vem sendo utilizada em estudos, por vários pesquisadores, nas últimas décadas (JÚNIOR E FERREIRA, 2015). De acordo com estes autores, a papaína vem sendo utilizada tanto na forma bruta como na forma liofilizada, auxiliando nos processos de cicatrização tecidual, bactericida, bacteriostático e desbridante de tecidos necrosados, desvitalizados e infectados.

A capacidade de desbridamento químico, bactericida e bacteriostático realizados pela papaína tem levado grande parte dos profissionais de saúde do Brasil a optar pela utilização desta enzima em curativos. Ela pode ser usada em diversas patologias como pé diabético, úlceras venosas ou arteriais e lesões por pressão. Entre suas vantagens estão o baixo custo, pouco ou nenhum efeito colateral e fácil aplicação (JÚNIOR E FERREIRA, 2015).

**Colagenase:** Trata-se de um agente enzimático na forma de pomada. A enzima colagenase é produzida pela bactéria *Clostridium histolyticum* (IRION, 2012).

**Ação Esperada:** Desbridamento devido à degradação do colágeno. Deverá ser trocado a cada 24 horas (GEOVANINI, 2014).

A colagenase é composta por colagenase clostridiopeptidae “A” e enzimas proteolíticas. Age degradando o colágeno nativo da ferida, está indicada para feridas com tecido desvitalizado ou necrosado. É contraindicada para feridas com cicatrização por primeira intenção (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

## 5 MÉTODO

Este estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira – com abordagem qualitativa cartográfica – Foi descrito o fluxo de trabalho da enfermeira referência no tratamento de feridas, de usuários atendidos na área de atuação da GDNEB, em Porto Alegre/RS. Na segunda etapa – constituída pela proposta de intervenção – Foi elaborado um fluxo de atendimento para Tratamento de Feridas, de usuários com lesão de pele, atendidos nos serviços de saúde, da Gerência Distrital Norte Eixo Baltazar (GDNEB), em Porto Alegre/RS. Para elaborar o fluxo de atendimento em feridas, identificar as demandas das enfermeiras e obter as informações que devem constar no fluxo de atendimento, foi realizada uma pesquisa cartográfica: um mapeamento do atendimento em feridas que ocorre na Gerência Distrital Norte Eixo Baltazar (GDNEB), em Porto Alegre/RS baseado nas vivências, no cotidiano da enfermeira responsável por atender e orientar as equipes no que se refere ao tratamento de feridas.

Para dar conta desta proposta, optou-se por um estudo cartográfico. A cartografia surgiu primeiramente como arte e ciência na elaboração de mapas. (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013). Posteriormente a cartografia foi desenvolvida por Gilles Deleuze e Félix Guattari e consiste em uma forma de produzir conhecimento que tem por objetivo acompanhar um processo em vez de representar um objeto. (CARVALHO; FRANCO, 2015). Para estes autores, cartografar é uma vivência na qual o pesquisador se sente misturado e envolvido na experiência existencial que a pesquisa proporciona na produção do conhecimento. Referem que cartografar é mergulhar na experiência, o cartógrafo é um pesquisador implicado e é também parte da experiência e desta forma se modifica no processo da pesquisa. Esta metodologia vai ao encontro da proposta da autora uma vez que esta encontra-se mergulhada no atendimento de usuários que apresentam os mais diversos tipos de feridas e é referência no atendimento em feridas da Gerência Norte Eixo Baltazar do município de Porto Alegre.

A pesquisa qualitativa, conforme Ferigato e Carvalho (2011), afirma-se a partir do contexto situacional, da localização e implicação do observador em relação ao objeto e seu entorno. Para estes autores, a pesquisa qualitativa deve levar em conta a complexidade histórica do campo, o contexto do objeto pesquisado e a experiência vivida.



A pesquisa qualitativa cartográfica, conforme Martines, Machado e Colvero (2013), é um inovador método de pesquisa em saúde. Os autores referem que o método cartográfico de pesquisa foi descrito originalmente pelos filósofos franceses Gilles Deleuse e Félix Guattari, no final da década de 1960.

A cartografia – originalmente – surgiu como arte, técnica e ciência, à elaboração de mapas, cartas e outras modalidades de expressão ou representação de objetos, fenômenos e ambientes físicos e socioeconômicos, com a proposta do homem em conhecer o mundo no qual vive (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013). Mas – no trabalho aqui proposto, conforme os autores citados – a cartografia possibilitará o mapeamento de paisagens psicossociais, a inserção na geografia dos afetos, dos movimentos, das intensidades. Surge como uma maneira de acompanhar percursos, de provocar processos de produção, de entender as conexões de redes ou rizomas, de viabilizar o seguimento de movimentos e a elaboração de mapas ou guias (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013).

Conforme Kastrup e Passos (2013), o caráter participativo da pesquisa cartográfica reitera o seu sentido de pesquisa intervenção. A pesquisa cartográfica tende a garantir a participação dos sujeitos envolvidos e faz valer o protagonismo do objeto e sua incorporação no processo de produção do conhecimento (KASTRUP; PASSOS, 2013). Para estes autores, a pesquisa cartográfica deixa de ser produção de conhecimento do sujeito que detém o saber sobre o objeto, do pesquisador sobre o campo, para ser ação de “estar com”.

A cartografia é pesquisa-intervenção participativa, pois não mantém relação de oposição entre pesquisador e pesquisado; desmancha esses polos para possibilitar uma relação de coprodução (KASTRUP; PASSOS, 2013). Para a cartografia, a realidade é concebida como um mapa móvel e, desta forma, nada se copia, se imita ou plagia. Na cartografia, o cartógrafo não se distancia da exatidão do método, mas expande-se para sua resignificação. Trata-se de um importante recurso na produção de pesquisas e conhecimentos, problematizando o olhar e a reflexão sobre os acontecimentos biopsicossociais, sujeitos, instituições e políticas de saúde vigentes (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013).

De acordo com Barros e Barros (2013), a cartografia é movida pelos problemas. O conhecimento produzido e compartilhado por ela engloba zonas de ambiguidade, abrigando a experiência sem subestimar suas faces, seja a da objetividade seja da subjetividade.

Conforme Souza e Francisco (2016), a cartografia – no Brasil – vem sendo muito utilizada em pesquisas da área das ciências, da saúde coletiva, sociais e humanas, principalmente quando o objetivo é analisar e acompanhar os processos de produção das subjetividades. Esses autores referem que a cartografia como método de pesquisa ainda é uma prática recente e pouco conhecida nos meios acadêmicos, no Brasil, mas – atualmente – vem ganhando espaço e interesse dos pesquisadores, principalmente daqueles que desenvolvem pesquisas com características mais interventivas.

A cartografia surgiu das inquietações dos seres humanos em conhecer o mundo que habitam. Cartografar é – antes de tudo – uma arte e etimologicamente significa “descrever cartas”, que já traz a ideia de “traçar mapas”. Cartografar também é ciência e está ligada à habilidade de traçar mapas, cartas ou outras formas de representar e descrever com detalhes ou expressar objetos, fenômenos, ambientes físicos e socioeconômicos (SOUZA; FRANCISCO, 2016). Para estes autores, cartografar tem por objetivo acompanhar processos, muito mais que representar o estado das coisas e se pratica ao habitar um território existencial e cultivar a atenção concentrada, observar movimentos, processos e intensidades.

Conforme Albuquerque Júnior, Veiga-Neto e Souza Filho (2011), Michel Foucault seria um novo cartógrafo que tentou representar o mapa de forças e saberes que constituíam e constituem – historicamente – as sociedades ocidentais. Foucault foi marcado por sua visão do espaço que fica explícito nos seus conceitos e na forma de colocar os problemas e visualizar o funcionamento da sociedade. Uma das principais contribuições que esse pensador de à humanidade foi o deslocamento do olhar daquilo que era considerado central, nuclear e crucial para entender o funcionamento da sociedade e das instituições para o aspecto periférico, marginal e menor. Ele desviou seu olhar daquilo que era considerado normal, aceito e racional pela sociedade ocidental e aprofundou-se no estudo da desrazão, da loucura, da anormalidade, da sexualidade e da monstruosidade social.

Para Michel Foucault, era importante desviar o olhar para tudo aquilo que a sociedade moderna excluía, desconhecia e definia como passível de punição, normalização e medicalização. Estas experiências do fora, do marginal foram as que Foucault procurou cartografar e desenhar por meio de novas configurações. Ele foi um questionador das normas e padrões sociais, foi um analista social, e seu campo de trabalho foi tudo aquilo que a sociedade ocidental excluía. Seus espaços de

pesquisa foram a escola, os asilos, os hospícios, os hospitais, as prisões e os espaços de liberdade criados pelos homens na sua história de lutas e resistências às normas e à lei. (ALBUQUERQUE JÚNIOR; VEIGA-NETO; SOUZA FILHO 2011).

O trabalho do cartógrafo não se faz de modo prescritivo, mas também não é uma ação sem direção, cartografar exige um mergulho no plano da experiência, de forma que conhecer e fazer se tornam inseparáveis impedindo qualquer forma de neutralidade. (PASSOS; BARROS, 2009).

De acordo com Passos e Barros (2009), o ponto de apoio é a experiência entendida como um saber-fazer, isto é, um saber que emerge do fazer.

Kastrup, (2009, p. 33) relata que – na cartografia – não há coleta de dados, mas sim uma produção de dados da pesquisa que vai se constituindo à medida que o cartógrafo mergulha no seu campo de estudo.

Conforme Kastrup (2009, p. 40), o cartógrafo entra em campo sem conhecer o alvo a ser perseguido: o alvo surgirá de forma imprevisível, sem que se saiba bem de onde; O importante é a localização das pistas, de signos de processualidade.

A cartografia aproxima-se de uma realidade complexa, não no sentido de algo difícil ou incompreensível, mas aprendido como algo que não se restringe a unidades simplistas de explicação, pois requer olhares plurais para ser experienciado. Apresenta-se com uma postura questionadora no que se refere às abordagens tradicionais de produção de conhecimento (OLIVEIRA; MOSSI, 2014).

De acordo com Oliveira e Mossi (2014),

A cartografia como estratégia metodológica insurge justamente da necessidade de métodos que não apresentem somente os resultados da pesquisa desconsiderando os processos pelos quais a mesma passou até chegar a sua instância final, mas que acompanha seu percurso construtivo sempre em movimento e o percebam como algo incompleto, transitório e que multiplica as possibilidades ao invés de restringi-las. A pesquisa por assim dizer, é sempre um mapa que possibilita múltiplas entradas e onde é possível transitar livremente, agrimensando um terreno em permanente mutação.

Passos e Barros (2009) falam na intervenção como caminho, que toda pesquisa é intervenção e que exige do cartógrafo um mergulho no plano da experiência, de forma que conhecer e fazer se tornem inseparáveis, impedindo a neutralidade do pesquisador. Para estes autores, conhecer é criar uma realidade de si e do mundo e tem consequências políticas. Isto ocorre quando o pesquisador não se contenta com

uma representação do objeto, quando aposta que todo conhecimento é transformação da realidade. (PASSOS; BARROS, 2009).

Trago estes recortes sobre cartografia para ilustrar e tentar melhor me fazer entender em relação ao mundo da cartografia, pois meu trabalho utiliza esta metodologia que é uma inovação nos estudos das feridas.

## **5.1 Primeira etapa**

### **5.1.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa cartográfica descritiva, e optamos por esta metodologia com a intenção de criar um fluxo de atendimento em feridas para orientar e qualificar o atendimento em feridas pelas enfermeiras da Gerência Norte/Eixo Baltazar do município de porto Alegre/RS.

Uma pesquisa descritiva, segundo Gil (2008) tem como objetivo principal descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis. Ainda – conforme este autor – podemos dar como exemplos, estudar características de um grupo ou estudar o nível de atendimento de órgãos públicos de uma comunidade ou ainda descobrir associações entre variáveis.

Existem pesquisas descritivas que – a partir de seus objetivos – acabam servindo para proporcionar outro olhar a respeito do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias (GIL, 2008).

Para Gil (2008), pesquisa descritiva é o tipo que – juntamente com a exploratória – é realizada normalmente pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática e são as mais solicitadas por organizações como instituições educacionais, empresas comerciais e partidos políticos.

Já, em se tratando de Cartografia – segundo Deleuze – é um método para desemaranhar as linhas de um dispositivo, tal qual se faz com um novelo (PRADO FILHO; TETI, 2013). Para estes autores, o cartógrafo se apropria de tudo que encontra pelo caminho para realizar seu trabalho, sem preconceitos, racismos ou fascismos.

Na visão de Prado Filho e Teti (2013), o cartógrafo está aberto a percorrer e descrever novos caminhos e trajetos que se apresentam como possíveis por meiode um olhar estrangeiro.

Foi justamente com esta metodologia cartográfica descritiva que esta pesquisadora mapeou, cartografou suas vivências e experiências, através de um olhar único e de suas subjetividades para materializar um fluxo para o atendimento em feridas.

### 5.1.2 Cenário do Estudo/ Minha trajetória profissional na SMS/POA

Os serviços do SUS do município de Porto Alegre estão distribuídos em 17 distritos sanitários, que formam as gerências distritais. As gerências são estruturas administrativas e gestoras que possuem como função operacionalizar as políticas de saúde do SUS. (PORTO ALEGRE, 2017).

O estudo em questão foi realizado nas Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre que estão presentes na Gerência Distrital Norte e eixo Baltazar, atendendo a uma população de 189.235 habitantes compondo 26 serviços de saúde. Atualmente a região Norte e Eixo Baltazar é composta por 21 unidades de saúde do município e 5 unidades de saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Destas 26 unidades, uma tem turno estendido até as 22 horas (US Rubem Berta); 20 unidades de saúde com equipe de saúde da família (cobertura de 66%); 06 unidades sem saúde da família, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 13 Unidades de Saúde com Equipe de Saúde Bucal (cobertura de 21%); uma Farmácia Distrital e dois apoiadores institucionais. (PORTO ALEGRE, 2017).

Nesta gerência, são atendidos vários usuários com lesões de pele das mais variadas etiologias, os usuários são cadastrados nas unidades de saúde conforme seu endereço de moradia. O atendimento é realizado pelas enfermeiras, médicos e técnicos de enfermagem das unidades de saúde da Gerência Distrital Norte e eixo Baltazar. Quando têm uma lesão de pele os usuários procuram atendimento na unidade de saúde mais próxima de sua casa, atualmente a região conta com somente uma Estomaterapeuta e seis especialistas em feridas. Não existe uma padronização no atendimento em feridas, e não recebemos material regularmente para o atendimento. Não temos protocolo de feridas nem guia para o atendimento ou padronização de materiais para as unidades de saúde. Geralmente, os usuários são atendidos e encaminhados para o ambulatório de feridas do Centro de Saúde IAPI, fora da gerência. Quando os enfermeiros e técnicos de enfermagem têm alguma dúvida sobre o atendimento em feridas, eles recorrem à única Estomaterapeuta da

Região. Neste atendimento, a Estomaterapeuta solicita fotos das feridas e faz a avaliação e orientação das coberturas e cuidados, sendo necessário – algumas vezes – ir até a casa do paciente para orientar familiares e cuidadores.

No ano de 2000 fui chamada para assumir o cargo de enfermeira na secretaria municipal de saúde do município de Porto Alegre; na época, passei a compor o quadro de enfermeiros do hospital de pronto socorro de Porto Alegre; como eu tinha vontade de trabalhar na atenção primária, perguntei se não haveria uma unidade de saúde necessitando de enfermeira, ao que me responderam que havia uma vaga na UBS RAMOS na Gerência Norte/Eixo Baltazar. Perguntei onde ficava, e me disseram que era perto da vila Santa Rosa, bairro que eu já conhecia, pois nasci e me criei na Vila Leão, bairro Sarandi em Porto Alegre/RS. Então disse que gostaria de ir para lá, para espanto da pessoa dos recursos humanos, que me perguntou se eu tinha certeza de que queria ir para a Ramos, ao que respondi firmemente: - sim.

Trabalhar em uma vila carente e com altas taxas de violência não me assustava; tendo me criado no bairro Sarandi e conhecendo a cultura do local e muitos dos moradores, sentia-me dando um retorno à população por ter tido a oportunidade de estudar em uma universidade pública e ao mesmo tempo realizava o meu ideal. Foi nesta unidade de saúde que tive os primeiros contatos com as feridas na atenção primária e me chamava a atenção o elevado número de casos de úlceras venosas e a sua cronicidade, ao que me questionava por que aquelas feridas não cicatrizavam.

Além das úlceras venosas, deparava-me com feridas causadas por arma de fogo, arma branca, queimaduras, pé diabético, eletrocussão e feridas operatórias das mais diversas causas, entre outras. Cabe salientar que o trabalho de uma enfermeira de unidade de saúde não se restringe somente aos curativos e às feridas. Uma enfermeira(o) de unidade de saúde trabalha também com vacinas, consultas de enfermagem, lidera uma equipe, coordena a unidade de saúde, participa de reuniões, elabora projetos, realiza visitas domiciliares entre outras atividades.

Parece ser pertinente falar desta trajetória, conforme Kastrup (2009), a cartografia visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. E, tal qual Kastrup refere, a minha trajetória tem acompanhado o processo do atendimento às feridas na GDNEB. A minha história se mistura à história dos atendimentos da população desta região.

Após passar pela UBS RAMOS, fui lotada na UBS SARANDI. Após trabalhei como apoiadora institucional na GDNEB e – posteriormente – fui lotada na US ELIZABETH, onde me encontro até hoje.

Na época em que fui apoiadora institucional é que fui convidada a realizar a especialização em estomaterapia, até o momento não havia escutado esta palavra, o que me deixou muito curiosa. A curiosidade e a vontade de obter novos conhecimentos foi o que me impulsionou nesta jornada da especialização em estomaterapia pela UNISINOS.

Foi nos estágios da especialização que conheci os ambulatórios de feridas do Centro de Saúde Vila dos Comerciários na zona sul de Porto Alegre, o ambulatório de feridas do Centro de Saúde IAPI e do Centro de Saúde Santa Marta, também em Porto Alegre. Também foram nestes estágios que conheci o grupo de estomaterapeutas da SMS/PMPA, do qual hoje faço parte e que tanta contribuição tiveram na minha formação como estomaterapeuta.

No Centro de Saúde IAPI, tive a oportunidade de conhecer a Enfermeira Carla Cristina Kommers Molina do ambulatório de feridas, cuja dedicação, técnica e coleguismo muito me auxiliou e auxilia na avaliação de feridas, curativos e troca de conhecimentos: uma parceria muito importante no atendimento em feridas no qual estou inserida como estomaterapeuta.

Após concluir a especialização em estomaterapia, tornei-me uma referência em feridas na GDNEB. As feridas sempre fizeram parte do meu trabalho, mas após a especialização em estomaterapia o meu olhar para esta questão tornou-se mais qualificado e trouxe a necessidade da busca por mais conhecimentos para que eu pudesse dar conta de uma demanda que aumentava a cada dia.

Assim – gradativamente – fui inserindo-me no mundo das feridas e sentindo a necessidade cada vez maior de buscar conhecimentos e tecnologias para o atendimento das feridas.

Ao tornar-me uma referência em feridas na GDNEB, passei a ser consultada por colegas enfermeiras com suas dúvidas em como realizar curativos e quais coberturas, tecnologias e tratamento mais adequado utilizar em cada tipo de ferida. Desta forma, a minha busca por conhecimentos e parcerias ampliou-se para que eu pudesse dar conta desta demanda.

Assim organizou-se meu atendimento: As enfermeiras da GDNEB recebem os pacientes com feridas de seu território nas suas unidades e quando têm uma dúvida

de como realizar o curativo, qual cobertura utilizar ou para onde encaminhá-lo para um atendimento mais especializado, mandam uma foto via watsapp para a enfermeira estomaterapeuta referência. Ao receber a foto, eu avalio a ferida; se estiver dentro dos meus conhecimentos, oriento qual cobertura utilizar e o tempo da troca da cobertura. Se eu tiver dúvidas, discuto o caso com a enfermeira estomaterapeuta Carla do ambulatório de feridas do Centro de Saúde IAPI. Após a discussão do caso, a colega fornece os materiais necessários para o atendimento das feridas, e eu oriento as demais colegas e repasso os materiais.

Todo este movimento e essa forma de receber as dúvidas das colegas e orientar os curativos fizeram surgir a necessidade de organizar um fluxo para estes atendimentos, o que me remeteu à proposta de intervenção deste mestrado.

Kastrup e Passos (2013) referem que a pesquisa de campo – normalmente – coloca o cartógrafo a frente de um território desconhecido e no qual intenciona florescer a compreensão e as práticas de trabalho. O estudo e o trabalho com feridas tornaram-se exatamente isso para mim: um vasto campo de estudo, um território pouco conhecido que fez crescer dentro da estomaterapeuta a vontade de compreender este campo, suas práticas de trabalho e a vontade de contribuir para a qualificação destes atendimentos.

O mestrado profissional tornou-se um meio e uma oportunidade de aumentar meus conhecimentos em feridas, mapear este território e contribuir para qualificar os atendimentos e a educação permanente em feridas na região norte eixo Baltazar do município de Porto Alegre.

### 5.1.3 Geração de dados, análise e organização

A geração de dados análise e organização dar-se-á justamente por meio do processo cartográfico descritivo realizado pela pesquisadora na sua prática diária no atendimento em feridas.

## 5.2 Segunda Etapa – Desenvolvimento do Produto

A proposta de intervenção – deste trabalho – é a de elaborar um fluxo para o atendimento e Tratamento de Feridas, de usuários com lesão de pele, atendidos nos serviços de saúde, da Gerência Distrital Norte Eixo Baltazar (GDNEB), em Porto



Alegre/RS.

Como já conheço os serviços da região e as demandas em curativos – bem como as dificuldades e carências dos trabalhadores de saúde no atendimento de feridas – pretendo elaborar um fluxo de atendimento em feridas para facilitar os atendimentos na região. Primeiramente com a revisão de literatura, realizar um estudo sobre feridas e as principais coberturas e técnicas utilizadas nos curativos; logo após – a partir da minha experiência de dois anos atendendo feridas – montar o fluxo com base nos meus conhecimentos adquiridos como estomaterapeuta e prática no cotidiano do trabalho.

## 6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

O projeto não foi submetido ao comitê de Ética e Pesquisa ou por não envolver coleta de dados com seres humanos e dados constantes de prontuários ou por qualquer outra questão que assim implique.

Toda a pesquisa foi realizada valendo-se da prática, observação e vivências da autora no seu cotidiano de trabalho. De qualquer forma, serão respeitados todos os preceitos éticos de acordo com a legislação vigente.

A Resolução 466/2012 engloba sob a visão do indivíduo e das coletividades; os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, e ainda visa assegurar direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e Estado (BRASIL, 2012).

A realização do estudo não acarretará danos a seres humanos, e a pesquisadora ficará à disposição para esclarecimentos e orientações sobre o tema. Os benefícios da pesquisa estão relacionados à construção do conhecimento na área em estudo, principalmente, como subsídios para a qualificação do atendimento em feridas e o planejamento do cuidado de enfermagem e de ações de educação em saúde relacionados ao atendimento em feridas da GDNEB/POA/RS.

## 7 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE CRIAÇÃO DO FLUXOGRAMA

Antes da criação do fluxograma de atendimento às pessoas com feridas na GDNEB os pacientes procuravam as unidades de saúde com os mais diferentes tipos de lesões de pele e eram todos atendidos da mesma maneira, eram acolhidos, o médico da unidade poderia atendê-los ou não, conforme a agenda, e era realizado o curativo com gaze e soro fisiológico, não havia a avaliação por uma enfermeira estomaterapeuta ou especialista em feridas e não haviam materiais, coberturas e tecnologias para o atendimento adequado. O encaminhamento para o vascular era muito demorado e as pessoas viviam anos com úlceras venosas sem conseguir fechá-las e muitas vezes seguiam um tratamento inadequado. Também os pacientes acamados não recebiam materiais e orientações apropriadas o que prejudicava ainda mais o seu estado de saúde.

O processo de criação do fluxograma deu-se a partir do momento em que a pesquisadora e seu orientador verificaram a necessidade e potencialidades para a organização de um fluxograma de atendimento às pessoas com feridas na GDNEB. Como havia um grupo de estomaterapeutas, do qual a pesquisadora fazia parte, que encontrava-se quinzenalmente na secretaria municipal de saúde, durante estes encontros que ocorreram durante todo o processo de criação do fluxo, a pesquisadora foi levantando dados, informações e potencialidades para a construção do fluxograma, bem como através da sua própria vivência e atendimentos diários na sua unidade de saúde.

Em um primeiro momento foram discutidas as dificuldades da GDNEB, o grande número de pacientes com feridas que eram atendidos no ambulatório de feridas do centro de saúde IAPI, aqueles que não conseguiam deslocar-se até o ambulatório e a necessidade de organizar o atendimento em feridas na GDNEB. Como não havia a possibilidade da organização do ambulatório de feridas da GDNEB, por falta de verbas e de espaço adequado, pensou-se na organização do fluxograma.

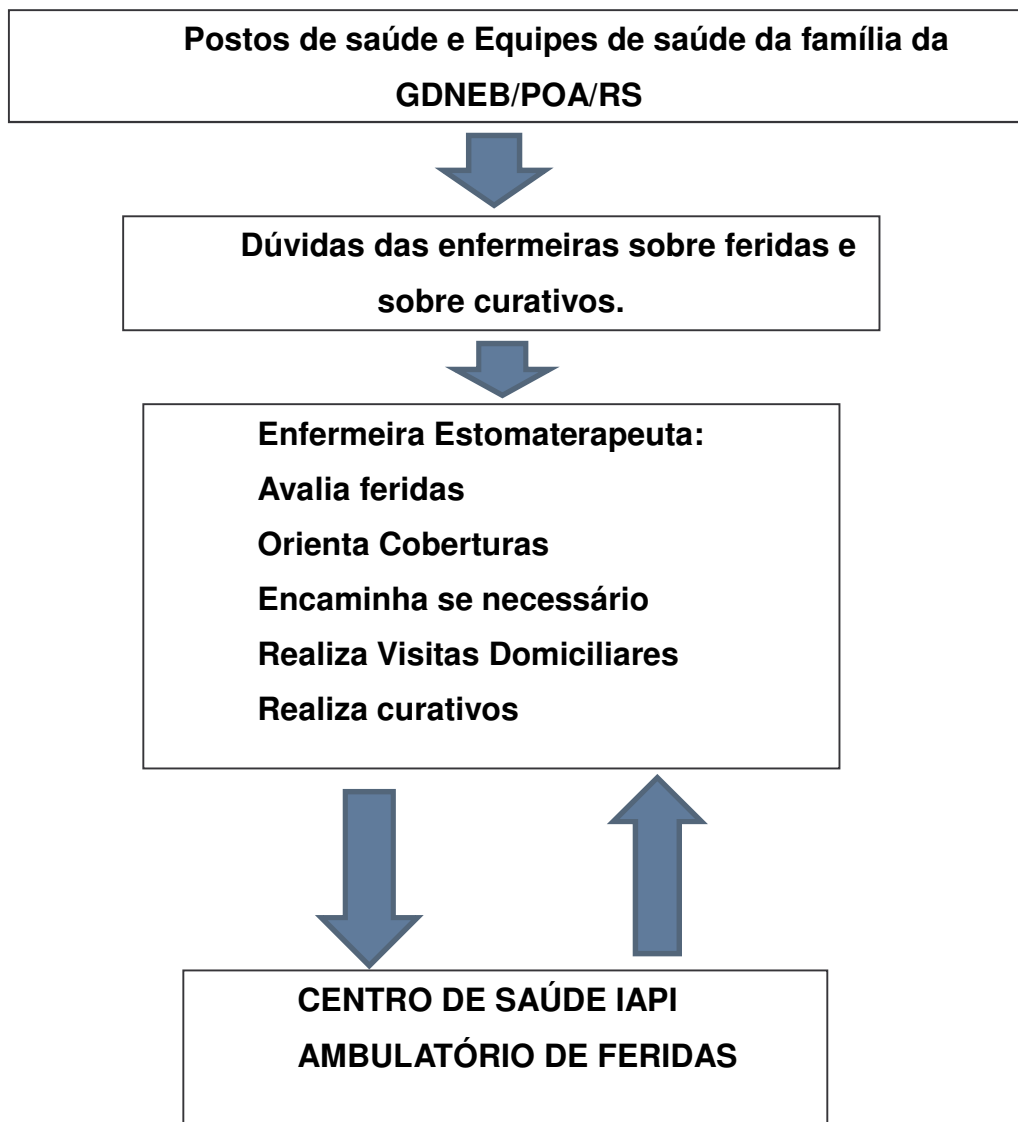
A medida que as reuniões ocorriam, verificou-se que algumas enfermeiras da GDNEB haviam realizado a especialização em lesões de pele na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o que possibilitou a inclusão delas no fluxograma de atendimentos, pensou-se então em dividir o número de unidades de saúde pelo número de especialistas, incluindo a estomaterapeuta, pois facilitaria o trabalho de todos. Também foi uma exigência da secretaria de saúde que se organizasse o

fluxograma para que pudéssemos estar recebendo os materiais/coberturas e tecnologias para o atendimento das pessoas com feridas na GDNEB. Esta exigência procedia já que os materiais são bastante onerosos financeiramente para o município de Porto Alegre e devem ser utilizados com técnica e adequadamente para que não haja desperdício.

O primeiro esboço do fluxograma está representado abaixo:

Verifica-se que neste primeiro momento as especialistas em lesões de pele ainda não estavam incluídas, os postos encaminhavam suas dúvidas para a Estomaterapeuta e a mesma avaliava as feridas, orientava e se necessário encaminhava para o ambulatório de feridas do Centro de Saúde IAPI.

### **MAPA DO ATENDIMENTO EM FERIDAS DA GDNEB/POA/RS.**



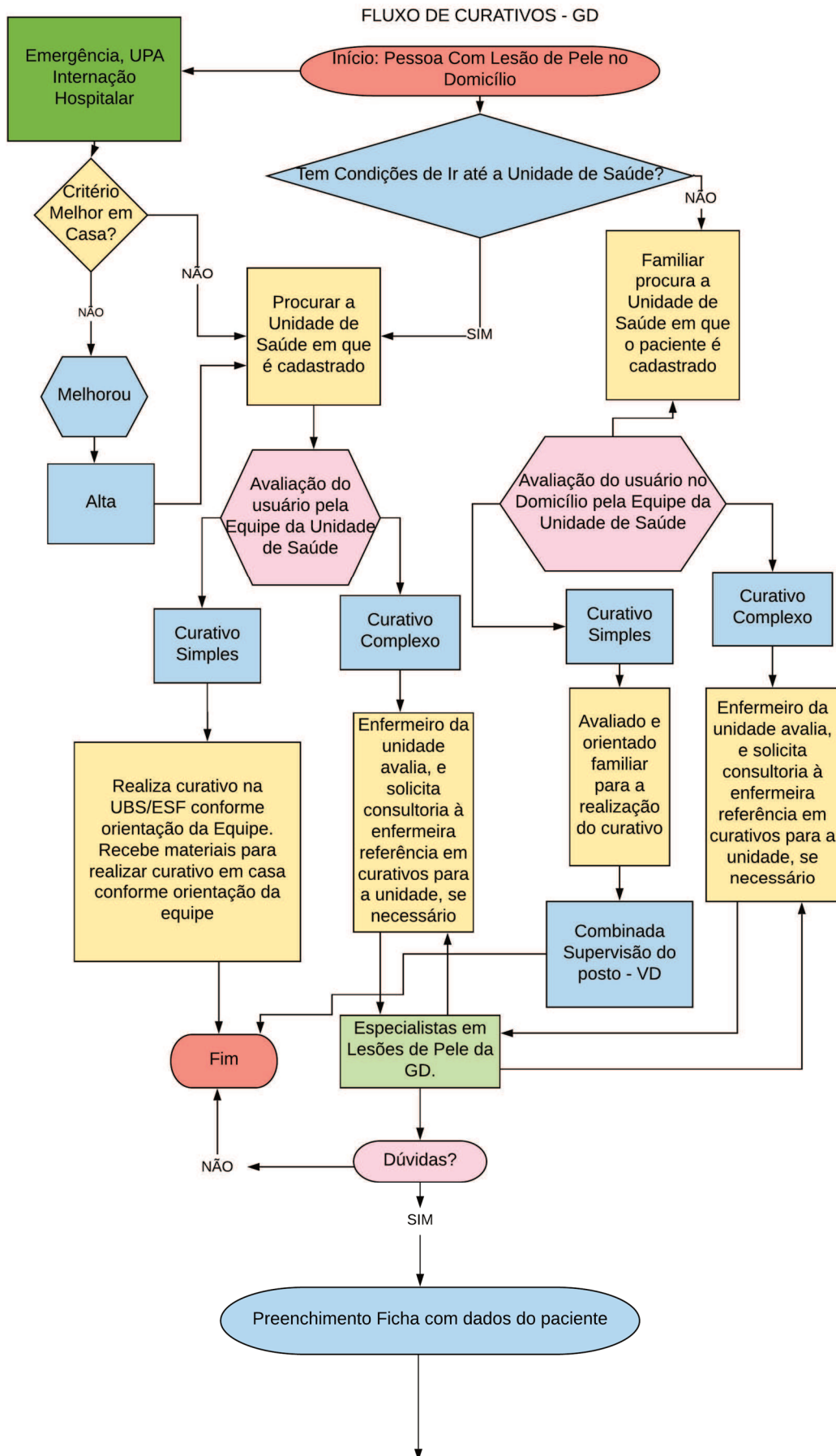
Logo após apresentar este esboço para o orientador e às colegas estomaterapeutas, verificou-se que continha poucas informações e que mais coisas poderiam ser acrescentadas. Desta forma gradativamente, a cada reunião percebíamos que mais informações poderiam ser acrescentadas de forma que no final chegamos ao modelo abaixo.

Abaixo, as duas partes do Fluxograma de Curativos:

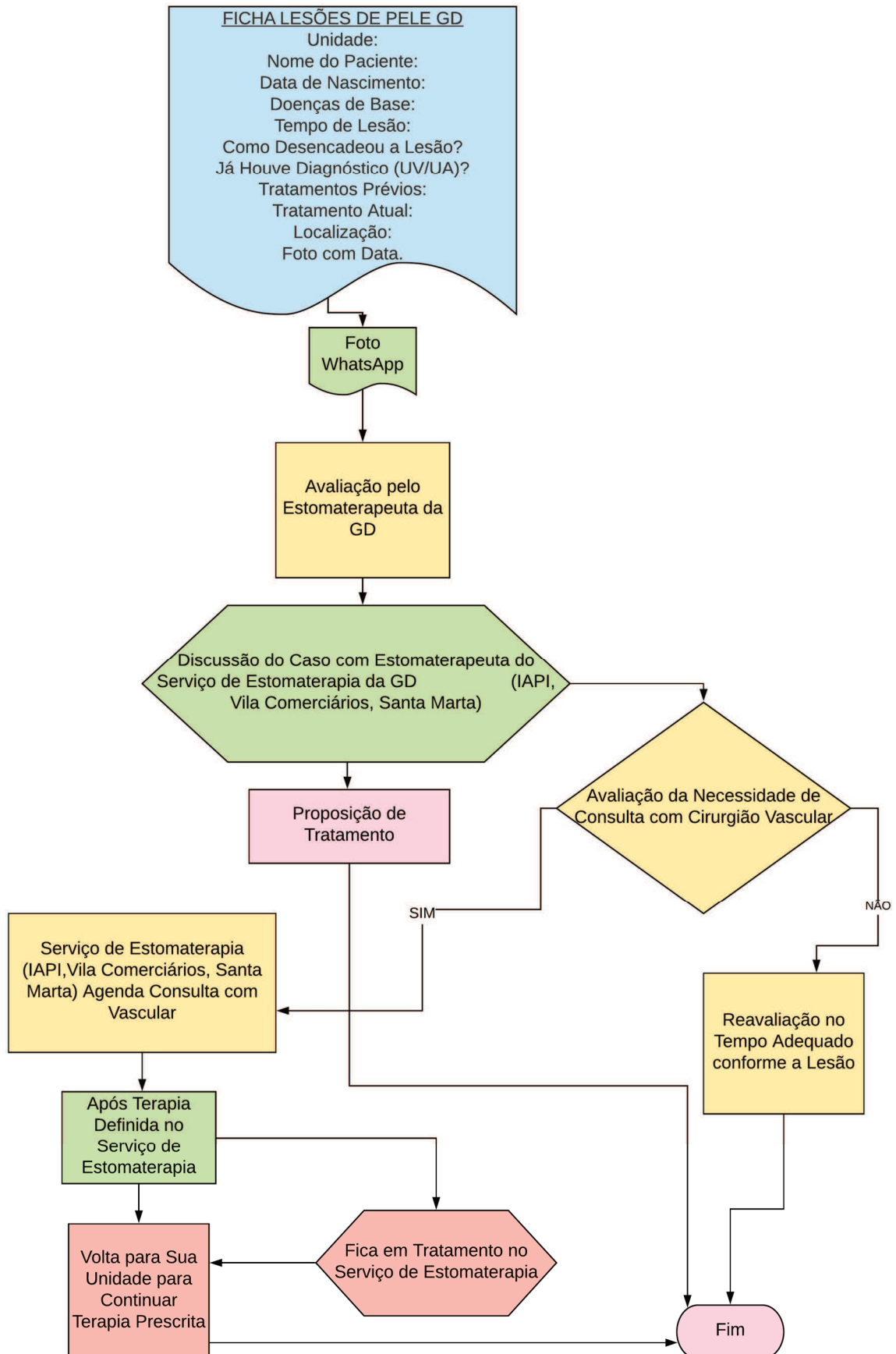
**Figura 9** – Fluxograma A.

**Figura 10** – Fluxograma B.

A pessoa com feridas/lesões de pele pode estar em seu domicílio ou pode estar na UPA ou em um hospital. Se estiver na UPA ou hospital e tiver critério para o atendimento do programa melhor em casa será acompanhada por este programa ou poderá receber alta e ela ou seu familiar procurará um posto de saúde de sua região para atendimento. Na sua unidade de saúde será avaliada pela equipe de saúde, não podendo deslocar-se será avaliado pela unidade de saúde em seu domicílio. Caso necessite de um curativo simples, soro fisiológico mais gaze, poderá realizar na unidade de saúde ou poderá receber material e orientação para realizar em casa. Se o usuário necessitar um curativo complexo como por exemplo em uma úlcera venosa extensa, um pé amputado de pessoa diabética, que necessitem materiais e coberturas especiais, o enfermeiro avalia na unidade de saúde ou no domicílio do paciente, solicita consultoria para a enfermeira especialista da sua região e estando dentro de seus conhecimentos ela orienta e fornece os materiais necessários para a realização do curativo. A especialista tendo dúvidas ou querendo discutir um caso com a estomaterapeuta da GDNEB, preenche a ficha com os dados do paciente, encaminha e manda uma foto da ferida via Whatsapp para a estomaterapeuta. A estomaterapeuta da GD orienta e se necessário entra em contato com a estomaterapeuta do ambulatório de feridas do Centro de Saúde IAPI e então é proposto tratamento. Se na avaliação for constatada a necessidade de avaliação pelo cirurgião vascular o paciente é encaminhado via documento de Referência e contra-referência para o centro de saúde IAPI que tem este especialista. Após ser definida a terapia o paciente volta para sua unidade ou fica em atendimento no Centro de Saúde IAPI e após ter alta volta para sua unidade de referência.



FLUXOGRAMA DE CURATIVOS  
GDNEB



## 8 A VIVÊNCIA: CONTEXTUALIZANDO O ATENDIMENTO EM FERIDAS

Uma das principais causas de mortalidade no mundo e no Brasil são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas são responsáveis por 70% de todas as mortes no mundo, estima-se em torno de 38 milhões de mortes por ano (MALTA et al., 2017).

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) referem que 72,6% do total de óbitos no Brasil foram por DNCT; dentre estes, 79,4% foram devido às quatro principais DCNT: doenças cardiovasculares, respiratórias, crônicas, cânceres e diabetes. As DNCT têm como principal consequência o aparecimento das lesões de pele ou feridas.

As principais lesões de pele atendidas nas unidades de saúde da gerência distrital Norte Eixo Baltazar são as úlceras de pernas ou de membros inferiores. Borges (2011) – na apresentação de seu livro – refere que, para alguns autores, a úlcera de perna se caracteriza pela ulceração localizada abaixo do joelho, em qualquer parte da perna, incluindo o pé. Alguns outros autores já excluem o pé, pois referem que as causas das lesões nesse local diferem das associadas à lesão na perna. A úlcera de perna é caracterizada por perda de tegumento, que pode atingir o tecido subcutâneo e os tecidos adjacentes. Sua causa geralmente é a disfunção do sistema vascular, arterial ou venoso (BORGES, 2011).

Atualmente os serviços de saúde de Porto Alegre estão distribuídos nas oito gerências distritais existentes. O estudo em questão, foi realizado nas Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre que estão presentes na Gerência Distrital Norte e eixo Baltazar, atendendo a uma população de 189.235 habitantes e compondo 26 serviços de saúde. No momento, a região Norte e Eixo Baltazar é composta por 21 unidades de saúde do município e cinco unidades de saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Destas 26 unidades, uma tem turno estendido até às 22 horas (US Rubem Berta); 20 unidades de saúde com equipe de saúde da família (cobertura de 66%); seis unidades sem saúde da família. Cabe salientar que a GDNEB não possui centro de especialidades ou ambulatório de atendimento de feridas, por isso, a importância de organizar um fluxo de atendimento na Gerência Distrital Norte e Eixo Baltazar.



As equipes de saúde da GDNEB recebem os usuários com lesões de pele na sua unidade de saúde ou realizam visita domiciliar quando o usuário não pode se deslocar até sua unidade. Na unidade de saúde, o usuário é atendido e avaliado pela equipe: médico(a), enfermeiro(a) ou técnicos de enfermagem. Cada profissional atende conforme sua competência e conhecimentos.

Havendo dúvidas no atendimento ou sobre o tipo da lesão de pele ou tipo de cobertura a ser utilizada, a equipe entra em contato com a estomaterapeuta da região. Assim que essa é acionada – via Whatsapp – ela solicita foto da lesão a ser avaliada.

Dentre as principais dúvidas das equipes da GDNEB estão: como realizar um curativo? Este curativo necessita cobertura especial? Qual tipo de cobertura utilizar? Se for uma lesão de membros inferiores, que tipo de lesão? Uma úlcera venosa, arterial ou mista?

Para saber qual tipo de lesão de membros inferiores, o paciente será encaminhado para o médico especialista em vasculopatias do Centro de Saúde IAPI, que fará o diagnóstico diferencial, prescreverá medicações e orientará o tratamento.

Desta forma, a estomaterapeuta da GDNEB avalia a lesão e orienta a equipe. Ela também avalia as feridas, orienta o tipo de cobertura a ser utilizada e como utilizar, orienta encaminhamento para o médico vascular e discute o caso com a enfermeira estomaterapeuta do C.S. IAPI quando necessário.

A estomaterapeuta responsável pelo ambulatório de feridas do C.S. IAPI, fornece os materiais disponíveis e agenda consulta com o médico vascular quando necessário.

Os principais materiais fornecidos pelo ambulatório de feridas do C.S. IAPI são: Hidrogel, Placas de Alginato, Ácidos graxos Essenciais (AGE), Tela não aderente, Hidrofibra com prata e Bota de Unna.

**Tabela 1**– Número de Curativos Atendidos/Encaminhados

Ambulatório de feridas C.S. IAPI	4367
Unidades de Saúde da GDNEB	4649

Fonte: Relatório de gestão PMPA, 2017.

De acordo com a tabela 1, o número de curativos atendidos pelas unidades de saúde da GDNEB é bem maior que o número total de curativos realizados pelo ambulatório de feridas do Centro de Saúde IPAI que realiza atendimentos para três

gerências, são elas a Gerência Leste Nordeste, a Gerência Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas e a GDNEB.

Pela tabela 1, verificamos a importância da organização do fluxograma, pois a demanda em curativos da GDNEB é muito alta.

Devido à falta de sistematização dos registros, não podemos saber quantos pacientes são encaminhados para o centro de saúde IAPI para o tratamento de lesões de pele pela GDNEB e isto reforça a importância de organizar um fluxo de atendimentos em feridas nesta gerência e – futuramente – um ambulatório de feridas na região, pois a resolutividade pode ser considerada alta levando-se em consideração que a maior parte das lesões atendidas são crônicas.

**Tabela 2 – População Atendida por Gerência**

GERÊNCIA	POPULAÇÃO ATENDIDA
GDNEB	200.016
GDNHNI	192.535
GDLESTE NORDESTE	158.755

Fonte: Relatório de gestão PMPA, 2017.

Pela tabela 2, podemos verificar que a Gerência Norte Eixo Baltazar é a mais populosa dentre as gerências atendidas pelo C. S. IAPI, o que também reforça a importância de organizar um fluxo de atendimento em feridas na região e quiçá futuramente um ambulatório de feridas. A partir do momento da implantação do fluxograma vários usuários poderão ser atendidos nas suas unidades de referência e desta forma aliviarão o fluxo de atendimentos no Centro de saúde IAPI.

Estudos de Borba et. al, (2016) revelaram que os gastos com curativos pela PMPA na GDNEB são elevados e que quanto mais tempo a lesão permanecer aberta, mais oneroso se torna para o Sistema Único de Saúde. Para as autoras é necessário referenciar o usuário e o seu núcleo familiar para acompanhamento por uma equipe multidisciplinar.

Estes resultados reforçam a importância do estudo atual e da organização de um fluxo para atendimento de lesões de pele na GDNEB.

## **9 AS PRIMEIRAS IMPRESSÕES DA IMPLANTAÇÃO DO FLUXOGRAMA**

Após a implantação do fluxograma de atendimento para o cuidado e tratamento de feridas dos usuários atendidos na GDNEB já podemos verificar progressos, pois pacientes que estavam há mais de dois anos com lesões por pressão e úlceras venosas já conseguiram o fechamento de suas feridas. As unidades de saúde da região da GDNEB já estão recebendo materiais especiais para a realização dos curativos e as equipes sentem-se mais seguras e amparadas para realizar o atendimento de pacientes com feridas complexas.

Para os usuários este trabalho foi importante, pois os mesmos não necessitam deslocar-se para o centro de saúde IAPI semanalmente, já que suas demandas têm sido atendidas nas suas unidades de referência e os mesmos estão realizando curativos com materiais especiais que antes só eram fornecidos nos centros de saúde.

Para as equipes de saúde também está sendo positiva a implantação do fluxograma, pois organizou-se um grupo de lesões de pele na GDNEB formado pelas enfermeiras especialistas e pela estomaterapeuta o que resultou na discussão de casos, na organização de capacitações para as equipes e fortaleceu a rede de atendimentos em lesões de pele da região. São cinco especialistas em lesões de pele e uma estomaterapeuta que dividiram entre si as unidades de saúde para as quais prestam orientações, de forma que toda a GDNEB ficou contemplada nesta organização. Também se percebe um potencial para a realização de novos trabalhos acadêmicos, pois daqui para frente poderemos mensurar e avaliar os resultados deste trabalho.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cartografar o atendimento em lesões de pele da GDNEB constituiu-se em um desafio, primeiro porque a cartografia é uma metodologia nova para esta pesquisadora; segundo, porque na gerência norte eixo Baltazar não existe ainda uma organização no atendimento em lesões de pele. Também foi percebida uma falta ou inadequação de registros específicos para o atendimento de lesões de pele nas unidades de saúde da GDNEB.

Durante a trajetória deste trabalho, verificou-se a necessidade de organização do ambulatório de feridas na GDNEB e da sistematização das informações em lesões de pele atendidas na região, bem como da organização do trabalho da estomaterapeuta e das especialistas em lesões de pele da região. Verificou-se na região potencialidades tanto de trabalhadores como de demanda em atendimento de lesões de pele para organizar o trabalho.

Os gastos financeiros com o tratamento de lesões de pele no Sistema Único de saúde são enormes, e a organização destes atendimentos não só diminuiriam significativamente os gastos do município de Porto Alegre com coberturas e materiais para curativos como também o tempo de tratamento das lesões. Esses resultados acabam sendo positivos tanto para o município como para os usuários.

Tudo o que foi exposto acima remeteu para a necessidade da criação de um fluxo de atendimento em feridas para a GDNEB que se constituiu no produto desta Dissertação de Mestrado.

Entendemos que – a partir deste trabalho – poderemos organizar e qualificar o atendimento em feridas na GDNEB. Também será possível com os resultados obtidos deste estudo, organizar cursos e capacitações para a educação continuada dos trabalhadores em saúde da região o que acarretará um ganho tanto para a população como para o município.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz; VEIGA-NETO, Alfredo; SOUZA FILHO, Alípio de. **Cartografias de Foucault**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

ARAÚJO, Juliano Gonçalves. **Eficácia do curativo de hidrogel com nanopartículas de prata na cicatrização de feridas crônicas**: Estudo Clínico Randomizado. 2017. 91f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) –Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2017.

BARROS, Letícia Maria Renault de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal**: Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 373-390, ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922013000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 set. 2017.

BLANES, Leila. Tratamento de Feridas. In: BAPTISTA-SILVA, Jose Carlos Costa. (Ed.). **Cirurgia Vascular**: guia ilustrado. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://files.artedecuidar.webnode.com.br/200000015-0ad7c0b337/Tratamento%20de%20Feridas.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

BORBA, Maurícia Denise et al. **Custos do tratamento de lesões de pele no domicílio**. 2016. 22 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica) – Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174345/001062014.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

BORTOLETTI, Ana Paula Gossman et al. Prevenção e tratamento de úlceras de pressão na rede de atenção básica. In: FERLA, Alcindo Antônio et al. (Orgs.). **Redes vivas de educação e saúde**: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130522/000963820.pdf?sequenc>e... >. Acesso em: 30 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoas\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoas_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, n. 204, 24 out. 2011b. Seção 1, p. 48. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>.

Acesso em: 7 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 25 abr. 2018.

BRITO JÚNIOR, Lacy Cardoso de; FERREIRA, Pollyana de Lucena. Cicatrização de feridas contaminadas tratadas com papaína. **Medicina**, Ribeirão Preto, SP., n. 48, v. 2, p. 168 -174. Disponível em: <[revista.fmrp.usp.br/.../AO6-Cicatrizacao-de-feridas-contaminadas-tratadas-com-papain](http://revista.fmrp.usp.br/.../AO6-Cicatrizacao-de-feridas-contaminadas-tratadas-com-papain)>... Acesso em: 7 ago. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016)>. Acesso em: 30 set. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: Conquistas e Limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902655&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902655&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 30 set. 2017.

CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo et al. **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico**. João Pessoa: Ideia, 2016.

CANDIDO, Luiz Claudio. **Livro do feridólogo: tratamento clínico-cirúrgico de feridas cutâneas agudas e crônicas**. Santos: Luiz Claudio Cândido, 2006.

CARNEIRO, Cristiane Mendes; SOUSA, Franliane Barbosa de; GAMA, Fernanda Nunes. Tratamento de feridas: Assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, n. 2, p. 494-505, nov./dez. 2010. Disponível em: <[https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3\\_2/03-tratamento-de-ferias-assitencia-de-enfermagem.pdf](https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/03-tratamento-de-ferias-assitencia-de-enfermagem.pdf)>. Acesso em: 5 dez. 2016.

CARVALHO, Maria de Nasaré; FRANCO, Tulio Baptista. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n. 3, p. 863-884, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000300863&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000300863&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 15 fev. 2018.

CIRÚRGICA IMPÉRIO. **Carvão ativado com prata 10,5 x 10x5 – Curatec**. [S.l.], 2017. Disponível em: <<http://www.cirurgicaimperio.com.br/curativo/curatec-carvao-ativado-com-prata-10-5x10-5>>. Acesso em: 30 set. 2017.

COCKBILL, Sarah Margaret Elizabeth; TURNER, T. D. In: KRASNER, Diane L. et al. **Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals**. 4. ed. Malvern: HMP Communications, 2007. p. 233-248.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 0567/2018**. [S.l.], 2018. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

CURATEC. **Curatec SilverFoam – Espuma com prata que absorve e combate a infecção com conforto**. [S.l.], 2017. Disponível em: <<https://loja.curatec.com.br/produto/20>>. Acesso em: 30 set. 2017.

EBERHARDT, Thaís Dresch et al. Cicatrização de feridas: A análise das tendências em teses e dissertações. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 387-395, abr./jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15259>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

ESTOMAPLAST. **Curativo – Alginato de calcio – HOLLISTER**. [S.l.], 2017a. disponível em: <<https://www.estomaplast.com.br/produto/curativo-alginato-de-calcio-hollister/>>. Acesso em: 30 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Curativo Hidrocoloide com bordas – HOLLISTER**. [S.l.], 2017b. Disponível em: <<https://www.estomaplast.com.br/produto/curativo-hidrocoloide-restore-hollister-2/>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 15, n. 38, p. 663-675, jul./set. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000300004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000300004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 5 mar. 2017.

FERREIRA, Adriano Menis et al. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 752-760, jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300030)>. Acesso em: 5 mar. 2017.

FRANCO, Diogo; GONÇALVES, Luiz Fernando. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 35, n. 3, p. 203-206, mai./jun. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912008000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000300013)>. Acesso em: 5 mar. 2017.

GARCIA, Telma Ribeiro. (Org.). **Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem**: Versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2017.

GEOVANINI, Telma. (Org.). **Tratado de Feridas e Curativos**: Enfoque Multiprofissional. São Paulo: Rideel, 2014.

GEOVANINI, Telma; OLIVEIRA JUNIOR, Alfeu Gomes de. **Manual de curativos**. 2. ed. São Paulo: Corpus, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Regina Queiroz. **Prevalência de Feridas em Pacientes Atendidos em uma Rede Primária de Saúde**. 2015. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2015.

Disponível em: <<https://posgraduacao.ufms.br/portal/trabalho-arquivos/download/1710>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS (GNEAUPP). **Classificación**: Estadiaje de las Úlceras por presión. Doc. II. Logroño: GNEAUPP, 2003. Disponível em: <<https://sghweb.es/documentos-consenso/gneaupp/estadiaje-de-las-ulceras-por-presion-gneaupp-tecnicos.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Recomendações sobre a utilização de antissépticos no cuidado de feridas crônicas**. Documento técnico n. VIII. Logroño: GNAUUPP, 2002. Disponível em: <<http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/recomendacoes-sobre-a-utilizacao-de-antissepticos-no-cuidado-de-feridas-cronicas.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

IRION, Glenn L. **Feridas**: Novas Abordagens, Manejo Clínico e Atlas em Cores. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 32-51.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal**: Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 263-280, ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922013000200004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922013000200004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 15 fev. 2018.

LIBERATO, Samilly Márjore Dantas et al. Adesão ao tratamento de pessoas com úlceras venosas atendidas na atenção primária à saúde. **Aquichán**, Bogotá, v. 17, n. 2, p. 128-139, abr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972017000200128&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972017000200128&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 30 set. 2017.

MALAGUTTI, William. **Feridas**: conceitos e atualidades. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 4s, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 25 abr. 2018.

MANDELBAUM, Samuel Henrique; DI SANTIS, Érico Pampado; MANDELBAUM, Maria Helena Sant'Ana. **Cicatrização**: conceitos atuais e recursos auxiliares: parte II. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p. 525-542,



set./out. 2003. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962003000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000500002)>. Acesso em: 22 nov. 2017.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Revista Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 7, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1354> >. Acesso em: 2 dez. 2017.

MOSER, Heloisa; PEREIRA, Renato Rodrigues; PEREIRA, Maurício José Lopes. Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 60-67, 2013. Disponível em: <<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/147/pt-BR/evolucao-dos-curativos-de-prata-no-tratamento-de-queimaduras-de-espessura-parcial> >. Acesso em: 4 març. 2017.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Pressure Injury Staging Illustrations**. 2017. Disponível em: <<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

OLIVEIRA, Marilda de; MOSSI, Cristian Poletti. Cartografia como estratégia metodológica: inflexões para pesquisa em educação. **Conjectura**: Filosofia e Educação, Caxias do Sul, v. 19, n. 3, p. 185-198, set./dez. 2014. Disponível em: <[www.ufrgs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/viewFile/2156/pdf\\_298](http://www.ufrgs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/viewFile/2156/pdf_298)>. Acesso em: 5 mar. 2017.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

PINHEIRO, Luciane da Silva et al. Uso de hidrocolóide e alginato de cálcio no tratamento de lesões cutâneas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v. 66, n. 5, p. 760-770, set./out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000500018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500018)>. Acesso em: 3 mar. 2017.

PLATAFORMA TELESSAÚDERS. **Quem somos**. [S.l.], 2017. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/sobre-o-telessauders/quem-somos/>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal da Saúde**. Relatório de Gestão, 2017. Site da prefeitura de Porto Alegre. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

PRADO FILHO, Kleber; TETI, Marcela Montalvão. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbarói**, n. 38, p. 45-59, jan./jun. 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2471>>. Acesso em:

30 set. 2017.

PRAZERES, Silvana Janning. (Org.). **Tratamento de Feridas: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Moriá Editora, 2009.

RAGONHA, Alessandra Cristina Ragonha et al. Avaliação microbiológica de coberturas com sulfadiazina de prata a 1%, utilizadas em queimaduras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 514-521, jul./ago. 2005. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-692005000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-692005000400009)>. Acesso em: 12 fev. 2017.

RIBEIRO, Gulliver Rezende Teodoro. **Atlas de Curativos baseado nas Coberturas padronizadas no Hospital Anchieta**. 2017. Disponível em: <<http://portal.hospitalanchieta.com.br/docs/Atlas%20de%20Curativos%20baseado%20nas%20Coberturas%20padronizadas%20no%20Hospital%20Anchieta.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 7 fev. 2017.

ROLSTAD, Bonnie Sue; OVINGTON, Liza G. Principles of wound management. In: BRYANT, Ruth A.; NIX, Denise P. (Eds.). **Acute and Chronic Wounds: current management concepts**. 3. ed. Nova Iorque: Mosby, 2007. p. 391-426.

SANTOS, Isabel Cristina Ramos Vieira et al. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 4, p. 613-620, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/1077>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

SANTOS, Joseane Brandão dos et al. **Avaliação e tratamento de feridas: orientações aos profissionais de saúde**. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2011. Disponível em: <[www.lume.ufrgs.br/handle/10183/34755?locale-attribute=en](http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/34755?locale-attribute=en)>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em Estomatologia: Cuidando de Pessoas com Estomia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

SMANIOTTO, Pedro Henrique de Souza et al. Sistematização de curativos para o tratamento das feridas. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 27, n. 4, p. 623-626, out./dez. 2012. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-51752012000400026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000400026)>. Acesso em: 26 mar. 2017.

SMANIOTTO, Pedro Henrique de Souza et al. **Tratamento clínico das feridas: curativos**. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 3-4, p. 137-141, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46287/49943>>.

Acesso em: 26 mar. 2017.

SOLDEVILLA AGREDA, J. Javier; TORRA I BOU, Joan Enric. (Orgs.). **Atenção Integral nos cuidados das Feridas Crônicas**. Petrópolis, RJ: EPUB, 2012.

SOUZA, Severino Ramos Lima de; FRANCISCO, Ana Lúcia. O Método da Cartografia em Pesquisa Qualitativa: Estabelecendo Princípios... Desenhando caminhos... In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., Porto, **Actas**... Porto: Universidade Lusófona do Porto, 2016. Disponível em: <[proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/826](http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/826)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

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

TEIXEIRA, Anne Kayline Soares et al. Serviço de Estomaterapia na Perspectiva dos Gerentes de Enfermagem em Hospital Público de Referência. **ESTIMA**, v. 14, n. 1, p. 3-12, 2016. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/download/114/pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2017.