PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
www.ribeiraopreto.sp.gov.br

M A N U A L

DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL ÀS PESSOAS COM FERIDAS

RIBEIRÃO PRETO
2.011

AUTORIZAMOS A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO OU PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Comissão de Assistência, Assessoria e Pesquisa em Feridas da Secretaria Municipal da Saude de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2011. Terceira Edição.
78 f.: il.; 30 cm

Manual de Assistência às Pessoas com Feridas
Coordenação: Chayamiti, Emília Maria Paulina Campos.
Coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP.
Assessoria: Caliri, Maria Helena Larcher.
Fortuna, Cinira Magali.
Docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

Autores da revisão 2010/2011:

[1]Chayamiti, Emilia Maria Paulina Campos; Mabtum, Aparecida; Takaara, Cecília Kimie Ratazima; Yano, Terezinha Kinue; Carvalheiro, Sheila Valadão; Dourado, Rita de Cássia Canesin; Simões, Valéria Aparecida Marson Sanches; Carmo, Dulce Helena Pereira do.

[2] Terenciani, Lucia Helena;

[3] Abreu, Roberta Zucoloto;

[4] Caliri, Maria Helena Larcher; Fortuna, Cinira Magali.

[5]Ângulo, Maria Gabriela

ELABORAÇÃO – 2000

*Membros da Comissão de Assistência, Assessoria e Pesquisa em Feridas da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto: [1]Enfermeiras da Secretaria municipal da Saúde de Ribeirão Preto [2]Farmacêutica da SMS-RP; [3]Fisioterapeuta da SMS-RP; [4]Docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. [5] Estudante da graduação de licenciatura em enfermagem da EERP-USP e bolsista do projeto aprender com cultura e extensão da USP. Endereço eletrônico para correspondência: sad@saude.pmrp.com.br

Apresentação	**05**
Capítulo 1 – Pele e a Fisiologia da cicatrização	**06**
Capítulo 2 - As feridas	**13**
Úlceras por pressão	**14**
Úlceras vasculares	**22**
Úlceras de origem venosa	**22**
Úlceras de origem arterial	**24**
TABELA 1- Comparação entre úlceras venosas e arteriais	**25**
Tratamento e Diagnóstico	**25**
Úlceras Neuropáticas	**29**
Úlcera Plantar na Hanseníase	**29**
Úlcera Diabética	**31**
TABELA 2- Comparação entre pé neuropático e pé com alteração vascular	**33**
Avaliação dos pés com Monofilamento Semmes-Weinstein	**34**
Capítulo 3- Protocolo de Atenção à Queimadura	**35**
Capítulo 4 - Tratamento e Coberturas	**41**
Coberturas padronizadas pela Secretaria Municipal de Ribeirão Preto - SMS-RP	**42**
Capítulo 5 – Curativos	**50**
Capítulo 6 – Avaliação da ferida	**56**
Capítulo 7 – Formulários Padronizados na Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto	**59**
Fluxo de atendimento e solicitação de coberturas	**64**
Considerações finais	**66**
Referências	**67**
Apêndices e Anexos	**73**

1 – APRESENTAÇÃO

conforto ao paciente. Atentar para outros aspectos como avaliação da situação vacinal, sinais e sintomas de infecção, hidratação e conforto.

Observação: A enfermeira da Unidade de Saúde que está seguindo o caso, quando identificar necessidade de avaliação especializada, deve telefonar para a enfermeira do ambulatório de queimados da Unidade de emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, agendando avaliação (F- 3602-1140/ 3602-1151). Deve fazer encaminhamento por escrito em impresso próprio. Também ressaltamos a importância da integração entre a rede ambulatorial, rede básica e hospitalar para produção de cuidados integrais e resolutivos.

Neste capítulo: Agradecimentos especiais: Aos Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e equipe em geral da Unidade de queimados do Hospital das Clinicas de Ribeirão Preto- USP, em especial ***à enfermeira Clarínia de Almeida Santos***, pela assessoria e apoio na construção desse material.

Capítulo 4 - Tratamento e Coberturas

Cobertura é todo material, substância ou produto que se aplica sobre a ferida, como finalização do curativo que, forma uma barreira física capaz de, pelo menos, cobrir e proteger o seu leito (FITZPATRICK, 2006).

O uso de coberturas oclusivas, interativas e impermeáveis ao meio externo é necessário para promover um ambiente local favorável ao processo de cicatrização. O ambiente adequado propicia a divisão e migração celular e a formação de colágeno, estimula a angiogênese e a epitelização, impedindo a formação de crostas (FITZPATRICK, 2006)

O tratamento deve ser iniciado pela avaliação da ferida, não existe o melhor produto, ou aquele que possa ser utilizado durante todo o processo cicatricial; a avaliação precisa ser contínua e fazer parte da realização de cada troca do curativo. Cada produto apresenta indicações e contra-indicações, vantagens e desvantagens, que necessitam de ponderação e bom senso no momento da escolha (CANDIDO, 2001; IRION, 2005).

A cobertura a ser utilizada deve ser biocompatível, proteger a ferida das ações externas físicas, químicas e bacterianas, manter o leito da ferida continuamente úmido e a pele ao redor seca, eliminar e controlar exsudatos e tecido necrótico mediante sua absorção, deixar uma mínima quantidade de resíduos na lesão, ser adaptável a difíceis localizações e ser de fácil aplicação e retirada (JORGE;DANTAS, 2005; GNEAUPP, 2000). Existem atualmente no mercado inúmeras coberturas, que se propõem a atingir estes objetivos. Mas, é preciso avaliar a ferida cuidadosamente após a sua limpeza, para

identificar corretamente a sua localização, dimensão, profundidade, presença de tecido de granulação, esfacelo, necrose, túneis, estado da pele ao redor, sinais de infecção, volume e características do exsudato. Além de considerar os fatores individuais do paciente, indicação e contra-indicações de cada cobertura, custo x eficácia do tratamento, nível de assistência e recursos disponíveis no serviço ou no domicílio.

A avaliação deve ser realizada conforme o instrumento padronizado no serviço, que permite identificar os fatores locais e sistêmicos que interferem no processo de cicatrização, caracterizar a ferida, além de acompanhar a evolução da mesma.

A avaliação permite que a equipe de profissionais trabalhe favorecendo o processo de cicatrização, reabilitação e prevenção de agravos. (JORGE; DANTAS, 2005).

O uso apropriado de diretrizes para uma prática baseada em evidências tem como ideal, transpor os resultados das pesquisas ou das recomendações dos especialistas para a assistência e melhorar a qualidade, por exemplo, a diminuição dos índices ou taxas de úlcera por pressão nos pacientes em risco (CHAYAMITI, 2008).

Coberturas padronizadas pela Secretaria Municipal de Ribeirão Preto - *SMS-RP*:

- Gaze úmida embebida em Soro Fisiológico;
- Carvão ativado com prata - 10 x 10 cm - placa;
- Carvão Ativado e Alginato - 10 x 10 cm – placa;
- Hidrogel com Alginato de Cálcio – Tubo;
- Hidrogel sem Alginato Cálcio – tubo;
- Alginato de Cálcio – Fita;
- Hidrocolóide – Placa 10x10cm e 15x15cm;
- Hidrocolóide Pasta – tubo;
- Espuma Hidrocelular - 10 x 10 cm -placa;
- Filme transparente adesivo – metro;
- AGE – Ácido Graxo Essencial – linimento;
- Calêndula;
- Vaselina sólida;
- Sulfadiazina de prata 1%;
- Papaína gel 2%, 6% ;
- Papaína em creme a 10%;
- Creme hidratante com uréia para os pés;
- Bota de Unna.

A seguir discorreremos sobre algumas coberturas.

Gaze umedecida em* solução fisiológica a 0,9%*:

A Solução Fisiológica a 0,9% pode ser utilizada tanto na limpeza quanto na cobertura da ferida, com a finalidade de manutenção do meio úmido, acelerando a granulação e estimulando o processo de autólise do tecido desvitalizado. Tem ainda como vantagens: ser facilmente encontrado, ter a mesma osmolaridade do plasma, baixa ocorrência de reações alérgicas e baixo custo (DEALEY, 2008; FITZPATRICK, 2006; JORGE E DANTAS, 2005). Pode ser usada como cobertura primária da ferida, com o cuidado de efetuar a troca, em média, a cada 4 horas, para evitar a desidratação local ou umedecê-la sempre que necessária.

Uma desvantagem da cobertura de gaze embebida em solução fisiológica a 0,9% é a possibilidade de maceração da pele íntegra ao redor da ferida, cujo risco pode ser atenuado com a aplicação de fina camada de vaselina sólida para proteção da mesma.

Está indicada nas feridas com cicatrização por 2ª e 3ª intenção. Mantém o meio úmido, favorecendo a cicatrização; permite o desbridamento autolítico, amolecendo tecidos desvitalizados e absorvendo exsudatos. Para a umidade não macerar a pele íntegra, a gaze úmida deve ficar em contato com o leito da ferida e coberta por um curativo secundário de gaze seca, que também irá prevenir a contaminação. A periodicidade de trocas dependerá da quantidade de exsudato e manutenção do leito úmido.

Observação: O curativo úmido com solução fisiológica a 0,9% está contra-indicado nas feridas com cicatrização por 1ª intenção e locais de inserção de cateteres, introdutores, fixadores externos e drenos. (MALAGUTTI, 2010).

Hidrocolóide:

As coberturas de hidrocolóide são estéreis e encontradas em quatro apresentações: placa, grânulo, pasta e fibra. A placa possui duas camadas: externa e interna; a externa é composta por filme ou espuma de poliuretano, flexível e impermeável e a interna, composta por partículas hidroativas à base de hidrocolóides, que interagem com o exsudato da ferida formando um gel amarelado, viscoso e de odor acentuado. A manutenção do meio úmido promove o desbridamento autolítico e o alívio da dor; a hipóxia no leito da ferida estimulará a angiogênese e a manutenção da temperatura em torno de 37°C será ideal para o crescimento celular. Esta cobertura é única (não requer a secundária), e deve ser aplicada diretamente sobre a ferida, com uma margem de 2 cm para assegurar perfeita aderência à pele íntegra. É encontrada em vários tamanhos, podendo ser recortada. Sua indicação é para feridas com mínima a moderada quantidade de exsudato, com ou sem

tecido necrótico. É contra-indicada para feridas infectadas e altamente exsudativas. Não havendo deslocamento da placa, e nem extravasamento do gel, o hidrocolóide pode permanecer na ferida por vários dias, a troca do curativo poderá ser semanal. (DEALEY, 2008).

A apresentação do hidrocolóide em pasta pode ser utilizada como coadjuvante da placa, preenchendo cavidades em feridas profundas, respeitando-se as mesmas contra-indicações.

Apesar das inúmeras vantagens, o curativo de hidrocolóide também tem suas contra-indicações tais como: feridas infectadas, muito exsudativas, com exposição de músculos, ossos ou tendões. Além disso, o curativo é opaco, não permitindo a visualização do leito da ferida; o gel formado pela interação do exsudato com a placa libera odor desagradável sendo que o aspecto pode ser confundido com secreção purulenta e a pele íntegra ao redor da ferida pode ser sensibilizada pelo contato prolongado. (DEALEY, 2008).

Alginato de cálcio:

É um tipo de cobertura fibrosa contendo ácido algínico extraído de algas marinhas marrons. É encontrado na forma de gel, placa e fita ou cordão, ou associada a outros produtos. A placa é adequada às feridas rasas, e a fita às feridas profundas e cavitárias; ambos apresentam alto poder de absorção, sendo indicados para feridas altamente exsudativas e sanguinolentas, com ou sem infecção. A troca iônica entre alginato, sangue e exsudato, propicia a coagulação; além disso, a interação desta cobertura com o exsudato da ferida forma um gel que mantém o meio úmido, auxilia o desbridamento autolítico e acelera a cicatrização (BORGES et al., 2008).

É considerada uma cobertura primária e pode ser recortada, necessitando outra secundária, por exemplo: gaze estéril e atadura. Embora possa permanecer sobre a ferida por até 5 dias, o que definirá o momento da troca será a sua saturação pelo exsudato, o que acontece em média a cada 12 a 24 horas.

O alginato de cálcio é contra-indicado para feridas pouco exsudativas, superficiais e recobertas por escara. Dependendo do tipo de alginato utilizado poderá ocorrer maceração da pele íntegra ao redor da ferida (DEALEY, 2008).

Curativo de filme adesivo transparente:

O filme pode ser utilizado como cobertura única, primária ou secundária, permite um ambiente úmido para a cicatrização, mas não deve ser utilizado em feridas infectadas, pois não possui absorção de exsudato. Pode ser utilizado como prevenção para úlceras por pressão. Indica-se esta cobertura para feridas superficiais, agudas ou crônicas, com drenagem discreta a moderada. E também para áreas de enxertias (BORGES et al., 2008).

Carvão ativado com prata:

Esta é uma cobertura composta de carvão ativado, e impregnado com prata a 0,15%, envolto externamente por uma película de nylon pouco aderente e selada em toda a sua extensão. Está indicada para feridas com ou sem infecção, com odor acentuado e com drenagem de exsudato de moderado a abundante. O carvão ativado absorve o exsudato e retém as bactérias, que são inativadas pela ação bactericida da prata. Além disso, o carvão também filtra e elimina odores desagradáveis, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Por ser oclusiva, mantém a umidade e a temperatura no leito da ferida, respeitando os princípios adequados ao processo de cicatrização.

Esta cobertura é primária, e não pode ser recortada (exceto quando indicado pelo fabricante), pois com a liberação da prata, haveria risco de queimadura e absorção local, pode permanecer de três a sete dias no leito da ferida, fazendo-se a troca da cobertura secundária conforme necessário nesse período é possível que no início seja preciso trocá-la de 48 a 72 horas. A cobertura secundária pode ser de gaze e atadura.

Embora a cobertura de carvão ativado com prata possa permanecer no leito da ferida por até sete dias, o momento da troca vai depender da saturação do exsudato.

Está contra-indicada para feridas não muito exsudativas superficiais, recobertas por escaras, com sangramento, com exposição óssea e tendinosa, e nas queimaduras.(JORGE E DANTAS, 2005).

Carvão ativado com alginato e carboximetilcelulose:

Cobertura composta por cinco camadas, sendo filme sintético, que permite a transferência do exsudato para a cobertura secundária, camada absorvente que retém o exsudato, o carvão ativado, disposto em duas películas que adsorve o odor e o controla, filme sintético que permite a distribuição do exsudato e o alginato de cálcio e sódio, que é hemostático, não aderente ao leito, mantêm umidade favorável ao formar gel, esta é a camada que entra em contato com o leito da ferida. Esta indicada para feridas com exsudação moderada ou excessiva, pode ficar até cinco dias no leito da ferida, não podem

ser cortadas, e estão contra-indicadas para feridas com pouco exsudato ou na presença de escara (BORGES et al., 2008).

Hidropolímero ou espuma de poliuretano não aderente:

Esta cobertura é encontrada na forma de placa estéril ou como um envoltório perfurado, repleto de grânulos de poliuretano hidrofílico. A placa apresenta as bordas adesivas, é impermeável à água e bactérias e não necessita de cobertura secundária de gaze e atadura (DEALEY, 2008).

Auxilia o processo de cicatrização por manter a umidade fisiológica do leito da ferida, sem aderir a ele; tem também alto poder de absorção e retenção do exsudato evitando a maceração. Está indicada para feridas profundas, onde não haja predomínio de tecido necrótico, com pequena a média exsudação; pode ser usada também em feridas limpas, na fase de granulação. É contra-indicada para feridas infectadas, necróticas e com grande quantidade de exsudato. A cobertura pode permanecer por até cinco dias, dependendo da saturação (BORGES et al., 2001). Outros autores recomendam a troca a cada 48 horas, e alertam para a possibilidade de hipersensibilidade (CANDIDO, 2001; MALAGUTTI, 2010).

Hidrogel com e sem alginato:

Esta cobertura é composta de um polímero hidrofílico com alto conteúdo de água (90 a 95%); é encontrada no mercado na forma de gel amorfo (placas ou bisnagas), para ser utilizado como adjuvante de outras coberturas, preenchendo espaços, hidratando o leito da ferida e controlando a dor.

A placa de hidrogel deve ser recortada no tamanho exato da lesão, para não ocorrer à maceração da pele íntegra ao redor da ferida. Está indicada para auxiliar a remoção do tecido necrótico por desbridamento autolítico em feridas com pequena a média exsudação, pois não tem capacidade de absorção; para áreas doadoras de pele, queimaduras de 1º e 2º graus e dermoabrasões. Requer a utilização de cobertura secundária, e a frequência de troca dependerá do volume de exsudato. (DEALEY, 2008).

Apesar das vantagens do produto, é preciso saber que não serve de barreira para contaminação da ferida, perde água e desidrata com facilidade e pode macerar a pele ao redor.

Ácidos graxos essenciais (AGE):

Consiste em um óleo vegetal composto por ácido linoléico, caprílico, cáprico, capróico, vitaminas A, E, e lecitina de soja. O ácido linoléico é importante no transporte de gorduras, na manutenção da função e integridade das membranas celulares. A lecitina de soja protege, hidrata e auxilia a restauração da pele. A vitamina A favorece a integridade da pele e sua cicatrização, enquanto a vitamina E é antioxidante, protegendo a membrana celular dos radicais livres (DEALEY, 2008).

O AGE é indicado tanto na proteção da pele íntegra quanto no tratamento das úlceras de pressão e de membros inferiores (CANDIDO, 2001; POLETTI, 2000); mantêm o meio úmido e acelera o processo de granulação. A substituição do curativo é recomendada de 12 a 24 horas e o uso deve ser suspenso se ocorrer hipergranulação ou hipersensibilidade; pode ser associado a diversos tipos de coberturas (CANDIDO, 2001).

Papaína:

A papaína é uma enzima proteolítica presente no látex do vegetal ***Carica papaya*** (mamão papaia), no caule, folha e frutos, que além de promover o desbridamento enzimático do tecido necrótico, tem ação bactericida, bacteriostática e antiinflamatória (MALAGUTTI, 2010).

Proporciona o alinhamento das fibras de colágeno, promovendo o crescimento tecidual uniforme; aumenta a força tênsil da cicatriz e diminui a formação de quelóides (MALAGUTTI, 2010)

É comercializada na forma de pó, pasta, creme e gel, sendo que o pó deve ser diluído no momento do uso, em concentrações que irão variar conforme as características da ferida (quantidade de tecido necrótico, presença de infecção, presença de tecido de granulação, etc). (MALAGUTTI, 2010).

A enzima é instável, fotossensível e não deve entrar em contato com metais, para evitar a oxidação; as condições de armazenamento e manipulação do produto devem respeitar estas características e seguir as instruções necessárias.

Os autores divergem quanto à seletividade pelo tecido necrótico; referem ainda à possibilidade de provocar dor e hipersensibilidade. A troca do curativo deve ocorrer a cada 12 ou 24 horas (JORGE e DANTAS, 2005)

Segundo Malagutti (2010), a porcentagem da papaína, deve ser da seguinte forma:

- Ferida necrótica: 10% se houver escara, utilizar produto após escarectomia.
- Ferida com exsudato purulento, 4 a 6%
- Ferida com tecido de granulação 2%

Sulfadiazina de prata:

O creme de Sulfadiazina de Prata a 1% é um produto hidrofílico, com ação bactericida imediata e ação bacteriostática residual; é indicado para prevenção da contaminação das lesões, no tratamento de queimaduras de segundo e terceiro graus. (RAGONHA, 2005). Na SMS-RP, sua prescrição deverá ser feita por médico e/ou enfermeiro, para uso também em feridas crônicas com **extensão de 240 cm2 ou mais**. Esta prática no nível de ambulatório ou de domicílio deverá ser observada com critério, lembrando-se que, o prazo máximo de uso para úlcera de pressão é de 15 dias (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2010). Para substituição, o produto deve ser trocado, escolhendo-se um dos demais apontados no protocolo, que seja eficaz para a fase em que a ferida se encontra. Deve-se observar também que, em presença de infecção, deve ser efetuado o tratamento sistêmico concomitante, tratamento este prescrito pelo profissional médico. A troca do curativo deve ocorrer no máximo a cada 12 horas, ou quando a cobertura de gaze estiver saturada. Este produto fica contra-indicado nos casos de hipersensibilidade, devendo lembrar-se também, que, para evitar a maceração da pele ao redor, nela deve ser aplicada leve camada de vaselina sólida como proteção (JORGE; DANTAS, 2005).

(* Preferencialmente, substituir a vaselina pelo AGE)

Pomada de calêndula (Calendula officinalis):

Planta originária da Europa Meridional adaptou-se bem ao Brasil, onde é cultivada como planta ornamental e medicinal, pelo alto índice de princípios ativos que apresenta. A calêndula tem múltiplas propriedades terapêuticas, entre elas a capacidade de melhorar o processo de cicatrização (AHUMADA, 2010). Além de cicatrizante, possui inúmeros mecanismos de ação, como antialérgica, antiinflamatória, antisséptica. As indicações também são várias, e dentre elas podemos encontrar ferimentos abertos com ou sem infecção, úlceras por pressão e de estase, feridas purulentas e de difícil cicatrização (TESKE; TRENTINI 1995; PARENTE, 2002).

Terapia por compressão – bota de unna:

A compressão é um método aceito universalmente e recomendado para o tratamento da hipertensão venosa, contribuindo assim para a prevenção ou tratamento da úlcera venosa, nos membros inferiores. Esta compressão pode ser obtida com o uso de meias compressivas, bandagens elásticas flexíveis, bandagem rígida, entre outros. A compressão obtida pela aplicação de bandagem rígida, feita de pasta de zinco, também chamada de

Pomadas enzimáticas:

As pomadas enzimáticas atuam como desbridantes químicos, acelerando a degradação e digestão enzimática da rede de fibrina, facilitando a proliferação e regeneração celular. Não devem ser utilizadas em associação com antibióticos, devido a pouca eficiência dos mesmos para uso tópico, além do risco de induzir resistência bacteriana e hipersensibilidade (CANDIDO, 2001). Há discordância entre os autores consultados com relação à seletividade quando é empregada a pomada de colagenase (cobertura não padronizada na SMS-RP). Pode desencadear efeitos colaterais como reações de hipersensibilidade, queimadura, eritema e dor, e nessas situações o uso deve ser imediatamente suspenso. Tem pouca efetividade em grandes áreas necróticas e a troca do curativo é aconselhada a cada 12 ou 24 horas (JORGE e DANTAS, 2005).

Capitulo 5 – Curativos

Historicamente o tratamento de feridas tem como objetivo a proteção das lesões contra a ação de agentes externos físicos, mecânicos ou biológicos. É um meio terapêutico que consiste na aplicação de uma cobertura sobre uma ferida limpa. (Irion, 2005).

A realização do curativo com embasamento científico requer conhecimento da anatomia, da fisiologia, da pele e do processo de cicatrização, lembrando que este último é complexo e é afetado por inúmeros fatores. O tratamento local da ferida deve acompanhar e favorecer o processo cicatricial.

O curativo compreende todo o processo de limpeza, desbridamento e também a seleção da cobertura e/ou tratamento tópico do local.

Finalidades:

É um procedimento técnico realizado pela equipe de enfermagem, médica ou ambos, e tem por finalidades:

- Limpar a ferida.
- Proteger a ferida de traumatismo mecânico.
- Prevenir contaminação exógena.
- Absorver secreções.
- Imobilizar o membro afetado.
- Promover o conforto físico e psicológico do paciente.
- Realizar o desbridamento da ferida.
- Promover o isolamento térmico.

2- Tratamento Tópico de Tecidos Danificados (exceto Queimaduras) – (Apêndice2).

FASES		COBERTURAS PRIMÁRIAS	PERIODICIDADE/TROCA
ESTÁGIO I		~~VASELINA SÓLIDA~~	~~DIÁRIA~~
		LINIMENTO (AGE)	12 A 24 HORAS
		CALÊNDULA	DIÁRIA
		HIDROCOLÓIDE	ATÉ 7 DIAS
		HIDROPOLÍMERO TRANSPARENTE	48 HORAS
EPITELIZAÇÃO		GAZE ÚMIDA –SF 0,9%	4/4 HORAS
		~~VASELINA~~	~~DIÁRIA~~
		LINIMENTO (AGE)	12 A 24 HORAS
		CALÊNDULA	DIÁRIA
		HIDROCOLÓIDE	ATÉ 7 DIAS
GRANULAÇÃO	**SUPERFICIAL**	GAZE ÚMIDA - SF 0,9%	4/4 HORAS OU QDO SECA
		~~VASELINA~~	~~DIÁRIA~~
		LINIMENTO (AGE)	12 A 24 HORAS OU QDO SECA
		CALÊNDULA	DIÁRIA
		PAPAÍNA 2%	DIÁRIA
		HIDROCOLÓIDE	ATÉ 7 DIAS
	PROFUNDA	GAZE ÚMIDA - SF 0,9%	SEMPRE QUE NECESSÁRIO P/MANTER ÚMIDA
		LINIMENTO (AGE)	12 A 24 HORAS
		PAPAÍNA GEL 2%	DIÁRIA
		HIDROCOLÓIDE	ATÉ 7 DIAS
		HIDROGEL	1 A 3 DIAS
EXSUDATIVA	**POUCO/MÉDIO**	GAZE SECA	ATÉ SATURAÇÃO
		CARVÃO ATIVADO	2 A 7 DIAS
		ALGINATO (FITA)	12 HORAS A 5 DIAS
		PAPAÍNA GEL 6%	DIÁRIA
		HIDROCOLÓIDE	ATÉ 7 DIAS
		SULFADIAZINA	12 HORAS
	GRANDE	GAZE SECA	ATÉ SATURAÇÃO
		CARVÃO ATIVADO	2 A 7 DIAS
		ALGINATO (FITA)	12 HORAS A 5 DIAS
		PAPAÍNA 6%	DIÁRIA
NECRÓTICA	**TECIDO DESVITALIZADO**	GAZE ÚMIDA - SF 0,9%	4/4 HORAS OU QDO SECA
		PAPAÍNA GEL 6%, CREME 10%	DIÁRIA OU QDO SECA
		CARVÃO ATIVADO	2 A 7 DIAS
		HIDROGEL	1 A 3 DIAS
		SULFADIAZINA	12 HORAS
	ESCARA	GAZE ÚMIDA - SF 0,9%	4/4 HORAS OU QDO SECA
		~~VASELINA~~	~~DIÁRIA~~
		PAPAÍNA GEL 6%, CREME 10%	DIÁRIA OU QUANDO SECA
		HIDROCOLÓIDE	ATÉ 7 DIAS
		HIDROGEL	1 A 3 DIAS

OBS: A limpeza da ferida deve ser com Jatos de Solução salina 0,9% (soro fisiológico). *Documento elaborado pela Comissão de*