



**VII SINGEP**

Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade  
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability

ISSN: 2317-8302

## **IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE FERIDAS DENTRO DO PRONTO SOCORRO ADULTO**

**ELAINE SOUZA DIAS SINTRA**  
UNINOVE

Agradeço á Deus, minha família e meu orientador.



**VI SINGEP**

Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade  
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability

ISSN: 2317-8302

**V ELBE**

Encontro Luso-Brasileiro de Estratégia  
Iberoamerican Meeting on Strategic Management

# **IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE FERIDAS DENTRO DO PRONTO SOCORRO ADULTO**

São Paulo

2018



**VI SINGEP**

Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade  
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability

ISSN: 2317-8902

**V ELBE**

Encontro Luso-Brasileiro de Estratégia  
Iberoamerican Meeting on Strategic Management

## **IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE FERIDAS DENTRO DO PRONTO SOCORRO ADULTO**

### **Resumo**

Esse relato tem como objetivo principal apresentar como foi a implantação desse ambulatório de feridas dentro de um pronto socorro, ressaltando as dificuldades e os resultados adquiridos na evolução clínica dos pacientes, possibilitando uma assistência de qualidade, e fidelizando o paciente/cliente. Na reunião mensal da comissão de curativos iniciamos um projeto piloto de encaminhar os pacientes para atendimento no pronto socorro no horário das 07:00 às 09:00 da manhã na qual duas enfermeiras que já atuam no pronto socorro neste horário estão direcionadas somente no atendimento desses pacientes. O atendimento da comissão trouxe um aumento positivo no indicador de qualidade percebida pelo paciente/médico onde viram resultados positivos na evolução das lesões, redução no período de internação, fidelização do paciente/cliente/médico, e aumento no giro de leitos do hospital e aumento nos procedimentos realizados.

**Palavras Chaves:** implantação de ambulatório, avaliação de enfermagem, feridas e custo.

### **Abstract**

This report has as main objective to present how was the implantation of this ambulatory of wounds inside a first aid, highlighting the difficulties and the results acquired in the clinical evolution of the patients, enabling a quality assistance, fidelizing the patient / client. At a monthly meeting of the curative committee, we began a pilot project to refer patients to the emergency room from 7:00 am to 9:00 am in which two nurses who already work in the emergency room at this time are directed only at care of these patients. The attendance of the commission brought a positive increase in the indicator of quality perceived by the patient / physician where they saw positive results in the evolution of the lesions, reduction in the period of hospitalization, patient / client / physician loyalty, procedures performed.

**Keywords:** outpatient implantation, nursing evaluation, wounds and cost.



## 1. Introdução

As feridas, sempre foram temas de estudos para os profissionais da área da saúde, principalmente enfermeiros e médicos. Historicamente é possível encontrar nos primeiros textos médicos e livros antigos diversas propostas distintas a promover a cicatrização rápida das feridas. Sendo uma epidemia escondida, elas acometem a população de forma geral, independente de idade, sexo ou etnia, acarretam um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele. Causam um elevado impacto tanto a nível individual como econômico, uma vez que reduz a qualidade de vida e eleva os custos para garantir a saúde. A assistência aos pacientes com feridas envolve desde questões biofisiológicas até emocionais, devendo ser prestada de maneira integral, o que é possível através da sistematização da assistência de enfermagem (OLIVEIRA, 2017).

Com essa definição, os portadores de feridas crônicas por alguma comorbidade já existente ou feridas agudas por deiscência de ferida operatória ou lesão causada por etiologia acometida no período internação é acompanhado por médico especialista que é sua referência no tratamento ou por mais de uma especialidade médica caso seja necessário, equipe de enfermeiros que compõe a comissão de curativo e são profissionais com habilidade e conhecimento no tratamento de feridas seja elas de qualquer etiologia com um arsenal de produtos padronizados pela instituição que estão a disposição da equipe para prestar melhor tratamento ao paciente (OLIVEIRA, 2016).

A evolução e as tomadas de decisão para o tratamento das lesões são descritas em prontuários e há uma comunicação entre enfermeiros e equipe médica para que haja comum acordo no tratamento visando satisfação e segurança para o paciente, poderá em alguns casos ter acompanhamento da nutricionista para focar em alimentos cicatrizantes e aporte calórico e fisioterapeutas para acelerar recuperação do doente (REIS, 2014).

Porém quando o paciente recebe alta hospitalar nem sempre sua ferida está totalmente cicatrizada e necessita dar continuidade no tratamento, as operadoras de saúde em sua maioria mesmo com relatório médico descrevendo as necessidades do paciente não possuem ambulatórios credenciados e referenciados para o acompanhamento desta lesão e mantê-lo internado pode trazer outras consequências a sua saúde física e psicológica (KOBAYASHI, 2010).

Visando esta dificuldade e para resolver a insatisfação do paciente em receber alta se o lugar de referência para dar continuidade a seu tratamento ou na pior das hipóteses mantê-lo internado para cicatrização da ferida, prejudicando sua saúde mental e diminuindo o giro de leito do hospital, mediante a esta problematização, em uma reunião mensal da comissão de curativos iniciamos o projeto piloto de encaminhar os pacientes para atendimento no pronto socorro no horário das 07:00 às 09:00 da manhã na qual duas enfermeiras que já atuam no pronto socorro neste horário estão direcionadas somente no atendimento desses pacientes, foi elaborado uma agenda onde era atendido no máximo 6 pacientes por dia, com um médico cirurgião geral referência que acompanhava os pacientes atendendo a necessidade de prescrição de medicamentos se necessários, ou algum procedimento que o enfermeiro pelo seu conselho não estava respaldado, o paciente continua em acompanhamento com seu médico da internação em consultório havendo comunicação entre os médicos por meio de relatório que é entregue ao paciente para apresentar ao seu médico.

O objetivo principal do trabalho, foi apresentar, como foi à implantação desse ambulatório de feridas dentro de um pronto socorro, ressaltando o resultado adquirido na evolução clínica dos pacientes, possibilitando uma assistência de qualidade, fidelizando o paciente/cliente.



**VI SINGEP**

Simposio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade  
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability

ISSN: 2317-8302

**V ELBE**

Encontro Luso-Brasileiro de Estratégia  
Iberoamerican Meeting on Strategic Management

Portanto, este estudo está estruturado em quatro seções, além desta breve introdução. A primeira seção apresenta a revisão teórica- empírica do estudo. Na seção seguinte, é apresentado o método empírico e na próxima são apresentados e analisados os resultados do levantamento conduzido. Finalmente na quarta seção são expostos e comparados os resultados deste estudo, antes e após a implementação do ambulatório e, por fim, apresenta-se a considerações Finais, com as principais conclusões deste trabalho, suas limitações, além de propostas para pesquisas futuras.



## 2. Referencial Teórico

Hoje em dia cerca de 6,5 milhões de pessoas sofrem com as consequências diretas e indiretas relacionadas às feridas. Entre estas se destacam a dor, a imobilidade e a incapacidade que, por sua vez, podem impactar a autoestima e a autoimagem. Consequentemente, podem ocorrer mudanças sociais, advindas das hospitalizações e do afastamento do convívio social, o que denota a complexidade deste que é considerado um problema de saúde pública (OLIVEIRA, 2017).

Com o avanço da tecnologia, o cuidado ao cliente com feridas teve um crescimento significativo quanto às técnicas, métodos e produtos utilizados. Já no que se diz respeito ao cuidado, houve a necessidade, ou seja, uma procura por um aperfeiçoamento mais adequado e que estivesse relacionado às novas tendências do mercado. No entanto a enfermagem, sempre esteve relacionada como cuidador principal das lesões de pele desde quando surgiu a profissão (BORDIGNOR, 2010).

Perante o fato Batista (2016) refere que o atendimento ambulatorial tem sua importância como extensão do atendimento intra-hospitalar, na continuidade do atendimento os profissionais de saúde conseguem realizar a promoção à saúde.

Para Silva (2009) atendimento ambulatorial é de uma importância significativa pois o paciente necessita de acompanhamento médico e de enfermagem frente sua comorbidade estabelecida. A escolha deste método deve-se pelo fato que a continuidade da assistência prestada durante a internação do paciente, é também de responsabilidade da instituição de saúde pois o atendimento ambulatorial é uma extensão no cuidado, e o diferencial na assistência prestada.

Batista (2016) aborda a necessidade de as instituições hospitalares terem atendimento ambulatorial para assim diminuir o período de internação dos pacientes portadores de feridas crônicas.

Surge o Ambulatório de Curativos, que iniciou suas atividades em maio de 1999, com a atuação de dois Enfermeiros. O objetivo era tratar as feridas crônicas de pacientes atendidos nos ambulatórios do hospital e de diversas especialidades, porém, não havia ainda padronização de curativos especiais na instituição. Naquele momento, o registro da consulta de enfermagem era realizado em ficha própria, que não fazia parte do prontuário do paciente, ficando arquivada no próprio ambulatório. Contudo, os enfermeiros tinham como meta cumprir a Resolução Cofen-159 que dispõe sobre a consulta de enfermagem:

Art. 1º resolve que em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na assistência de enfermagem (DEISE, 2014).

### 2.1. Avaliação e classificação de Feridas

As feridas cutâneas devem ser avaliadas quanto à etiologia, localização, tamanho, tipo, estágio, grau de contaminação, características do leito, borda, exsudato, odor e condições da pele ao redor. Também é necessária a avaliação clínica do paciente e de outros fatores que influenciam o processo de cicatrização. Para facilitar a avaliação clínica, as feridas cutâneas podem ser classificadas quanto à origem, profundidade, complexidade, tempo e forma de cicatrização e quanto à carga bacteriana (SILVA, 2011).



Quanto à origem ou causa, podem ser: traumáticas, provocadas, acidentalmente por agentes mecânicos (corte, perfuração), agentes químicos e físicos (calor, frio, radiação); cirúrgica, provocada intencionalmente por instrumento cirúrgico cortante. Origem por doenças de base, como as de causa venosa, arterial, neuropática, etc (FURTADO, 2014).

Quanto à complexidade, as feridas agudas cutâneas podem ser simples ou complexas. As primeiras ocorrem nas incisões cirúrgicas que são suturadas e não apresentam complicações durante a reparação tecidual. Já as últimas, ocorrem quando há complicações sistêmicas ou locais relacionadas às condições gerais do paciente e ao procedimento técnico-cirúrgico adotado. As principais complicações que tornam uma ferida cirúrgica complexa são: hematoma, seroma, infecções de partes moles e deiscência (HOELZ, 2015).

## 2.2. Custo e processo cicatrização de feridas

Os custos com o tratamento de feridas têm se mostrado elevado e aumentam ainda mais quando não há um padrão de tratamento estabelecido e profissional capacitado para realizá-los. De modo geral, a prática baseada em evidência ainda não está incorporada pela maioria dos profissionais da saúde que são responsáveis pelo tratamento de feridas. O custo financeiro com este problema é alvo de diversas pesquisas. Há alguns estudos que abordam os custos com o tratamento das principais causas de úlceras crônicas, tais como as úlceras venosas, por pressão e neuropáticas (HOELZ, 2015).

A cicatrização da ferida envolve um processo complexo de eventos celulares e bioquímicos, e qualquer falha pode resultar no retardo do fechamento da lesão. Após a injúria acontece a hemostasia e a fase inflamatória, caracterizada por aumento da permeabilidade vascular, quimiotaxia e ativação celular. Em seguida, a fase proliferativa com migração de fibroblastos e células endoteliais. E por último, a maturação e remodelagem com deposição de colágeno (KOBAYASHI, 2010).

O retardo no processo de cicatrização das feridas é um problema clínico significativo, que impacta na recuperação do paciente e aumenta significativamente os custos da assistência de saúde. Dada a complexidade da lesão e suas consequências na vida do paciente, a atenção integral torna-se essencial. Os cuidados devem estar adequados à especificidade de cada lesão, exigindo condutas especiais de um profissional com conhecimento técnico e científico capacitado para o acompanhamento do processo de cicatrização (HOELZ, 2015).

Kobayashi (2010) afirma a importância desses profissionais nas unidades de saúde como referência no atendimento desse público promovendo cuidado integral ao indivíduo e prestando assistência com maior qualidade.

## 2.3. Comissão de curativo e Qualidade percebida

Programar uma comissão interdisciplinar de prevenção e tratamento de lesões cutâneas não é uma tarefa fácil; várias instituições não obtiveram sucesso ao tentar instituir uma comissão de curativos. Na verdade, não existe um modelo ideal; além de buscar um real envolvimento e compromisso dos profissionais integrantes da equipe, cada instituição deve avaliar suas particularidades e programar as rotinas que realmente sejam consideradas viáveis e executáveis. A comissão interdisciplinar permite a criação de normas e protocolos nos quais visam a desenvolver a prática de curativos de forma única, mesmo sendo feito por diversos profissionais ou somente por um (SILVA, 2011).



Levando em consideração o conceito de qualidade de vida, a adaptação de algumas atividades e o estímulo à busca de outras dentro das possibilidades e condições da pessoa com lesão pode ser uma alternativa durante o tratamento, uma vez que qualidade de vida incorpora saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com aspectos significativos do meio ambiente (AZEVEDO, 2013).

Para atingir a excelência na qualidade de atendimento assistencial nos serviços de saúde, um dos grandes desafios que o profissional da área enfrenta é a avaliação dos resultados dos serviços oferecidos a seus pacientes/clientes. Organizações privadas buscam ferramentas que forneçam informações para um processo decisório baseados em evidências, visando qualidade percebida do seu público (MOURA, 2009).

A HFfocus (Intranet Rededor) é uma ferramenta utilizado no hospital em questão que avalia o nível de satisfação de pacientes utilizando uma ferramenta de pesquisa. Esse produto permite que os diversos agentes na área de saúde (Hospitais, Clínicas, etc) possam quantificar e monitorar a satisfação de seus pacientes em tempo real através do nosso portal online (AZEVEDO, 2013).

A possibilidade de quantificar o nível de satisfação de pacientes e monitorar o seu comportamento em relação a outros agentes de maneira constante é uma ferramenta poderosa na gestão de saúde. Aliado à HFfocus, o gestor da área de saúde pode fortalecer sua tomada de decisão a respeito da alocação de recursos humanos e financeiros, remuneração de funcionários, programas de melhoria, dentre muitos outros (SILVA, 2011).

A partir destes conceitos, foi apresentada neste relato técnico a descrição de uma implantação ambulatorio em um pronto socorro, partindo de sua contextualização e idealização, até a sua fase de execução e respectivos ajustes realizados que levaram o projeto a ter sucesso em números de atendimento e na qualidade percebida.



### 3. Metodologia

A definição da estratégia de pesquisa foi entendida como a designação das diferentes maneiras de abordar e analisar dados empíricos. Como estratégia de pesquisa, foram utilizadas a pesquisa bibliográfica, embasamento teórico que confere relevância à pesquisa, e a pesquisa-ação, que oferece caráter qualitativo e quantitativo ao trabalho. A pesquisa bibliográfica, foi a primeira estratégia utilizada na pesquisa, baseia-se em referências ou conteúdo teórico para a construção do estudo científico.

A pesquisa bibliográfica foi essencial em todos os tipos de trabalho acadêmico, mesmo que outras estratégias sejam utilizadas. Nesse tipo de pesquisa, são utilizadas fontes secundárias e deve-se dar ênfase às referências teóricas (MARTINS, 2011).

Vasto conteúdo de autores consagrados no assunto foi visto, catalogado e apresentado de forma cronológica no referencial teórico da pesquisa. Na pesquisa-ação, o pesquisador participa da ação e as questões analisadas são mais complexas. O método foi subdividido em quatro fases. A fase exploratória, que identifica o problema de pesquisa realizada em uma reunião mensal com a comissão de curativo na unidade analisada; a fase da pesquisa aprofundada, a qual direciona a investigação desenvolvida a partir da análise em profundidade dos documento e dados obtidos pelo sistema TASY prontuário e Hfocus qualidade percebida; a fase da ação, na qual foi aplicado o ambulatório dentro do pronto socorro; e, a fase de avaliação, que avalia as ações implementadas – etapa a ser realizada a posteriori, como sugestão de um novo trabalho acadêmico (MARTINS, 2011).

Na observação tratou-se de examinar atentamente analisar, posteriormente, as informações, os dados e as evidências obtidas a partir da pesquisa. Para garantia da confiabilidade do processo, cumprimos com o protocolo e com a ética na observação participante.

#### 3.1. Contexto do Projeto

Tratou - se de um estudo retrospectivo, de Hospital privado situado na zona leste do Estado de São Paulo, possui 500 leitos de internação, 3 UTIs, sendo a primeira com 36 leitos generalista, a segunda com 18 leitos cirúrgicos e a terceira com 15 leitos cardiológicos, equipe médica de ampla especialidade, equipe multidisciplinar contendo enfermagem, fisioterapia, nutricionista, fonoaudiologia entre outros. Com objetivo generalista, porém com referência na qualidade do atendimento e aprimoramento dos profissionais envolvidos, possui acreditação internacional hospitalar, onde é norteada por protocolos de atendimento e visa a segurança e eficácia no atendimento ao paciente. Possui volume de atendimento em seu pronto socorro em torno de 20 mil atendimentos mês, com conversão de internação nesta proporção, por esse motivo necessita de giro de leito rápido na certeza da excelência e satisfação do seu paciente/cliente.

Após análise do sistema Hfocus onde é mesurada qualidade percebida foi identificando a insatisfação do paciente após a alta hospitalar, causando estresse entre paciente, hospital e médico, pois o médico é visto dentro de um hospital privado como médico/cliente sendo através dele que é realizado o encaminhamento dos pacientes para internação e procedimentos no hospital gerando lucro financeiro para a instituição. As operadoras de saúde por sua vez informavam que não havia um lugar credenciado e de referência e que o hospital credenciado tinha que fazer o suporte, em algumas ocasiões as internações eram prolongadas por esse motivo trazendo um abalamento psicológico para paciente e familiares, e impactando o lucro do hospital



**VI SINGEP**

Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade  
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability

ISSN: 2317-8302

**V ELBE**

Encontro Luso-Brasileiro de Estratégia  
Iberoamerican Meeting on Strategic Management

já que em um hospital privado o giro de leitos e o maior número de procedimentos é o que traz o lucro financeiro para a instituição.

Dentro desta instituição hospitalar, a Comissão de Curativos é regida conforme protocolo próprio, obedecendo a normas instituídas para melhor atendimento ao cliente portador de uma lesão porém com o paciente após alta não havia nenhum vínculo apenas intra-hospitalar, desse modo após uma reunião mensal da comissão de curativos foram analisado esses números insatisfatório e o descontentamento desses pacientes e dado início um projeto piloto de encaminhar os pacientes para atendimento no pronto socorro no horário das 07:00 às 09:00 da manhã na qual duas enfermeiras que já atuam no pronto socorro neste horário era direcionadas somente no atendimento desses pacientes seguindo protocolo institucional conforme Anexo I.



#### 4. Análise dos resultados

De acordo com dados do sistema Tasy, no mês de junho a dezembro 2015 houve 13% de reinternação relacionado diretamente à lesão de pele por diversas etiologias. Feito análise desses dados o ambulatório de feridas no pronto socorro deu início em março de 2016 em seu primeiro mês de atendimento foi acompanhado 15 pacientes, com três meses de funcionamento esse número foi para 25 pacientes mês, e em 1 ano o aumento foi de 60 pacientes mês. Conforme descrito na figura.1

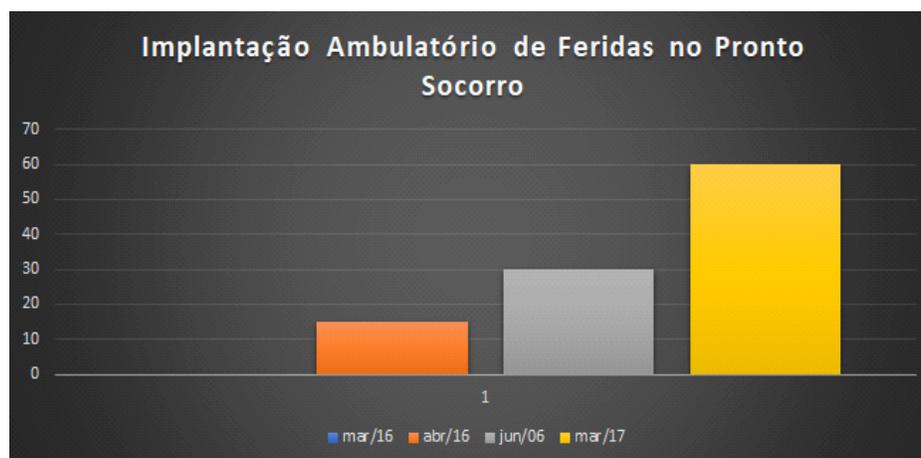


Figura1: Números de pacientes atendido em 1 ano da implantação do ambulatório

Fonte: Elaborada pelo autor.

O atendimento da comissão trouxe um aumento positivo no indicador de qualidade percebida pelo paciente/médico (HFOCUS) onde viram resultados positivos na evolução das lesões, redução no período de internação, fidelização do paciente/cliente/médico conforme descrito na figura 2, promovendo para instituição um aumento no giro de leito 30% e um aumento no número de procedimentos cirúrgicos de 25%, pois como há um grupo de referência os médicos começaram a realizar mais procedimentos no hospital.

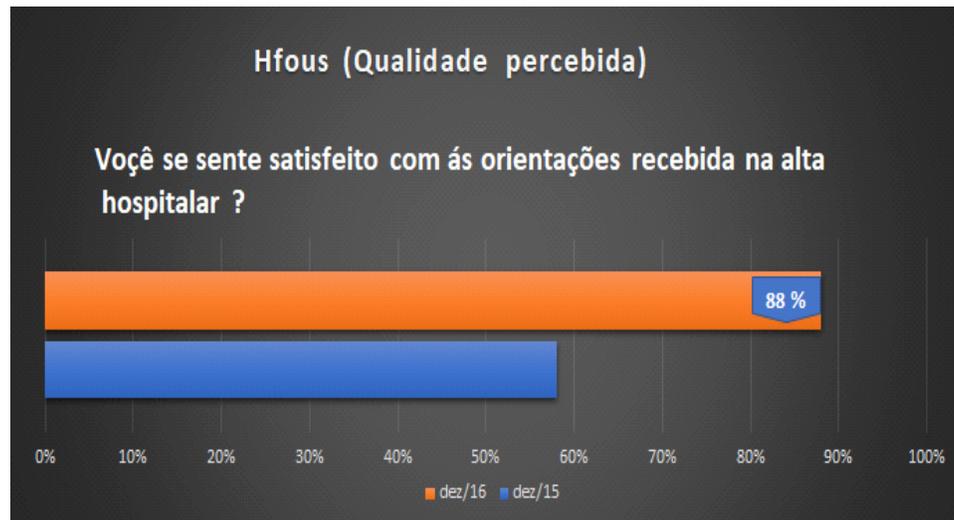


Figura 2: Pesquisa de satisfação realizada após alta hospitalar antes e após implantar ambulatório

Fonte: Elaborada pelo autor

Visando este aumento nos lucros e no número de procedimentos, como o horário de atendimento era de apenas 3 horas por dia, o hospital inaugura no mês de novembro/2017 um prédio para atendimento ambulatorial, onde tem 15 consultórios com várias especialidades, no horário de atendimento das 07:00 às 20h00 de segunda à sexta e os sábados das 07:00 às 13:00 com uma equipe de duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e uma fisioterapeuta, contendo duas salas de procedimentos para que o trabalho que foi iniciado dentro do pronto socorro se amplie, virando referência na zona leste do estado de São Paulo.



## 5. Conclusão

A implantação desse projeto ambulatorial dentro do pronto socorro pôde trazer para a diretoria a visão de que esse mercado no tratamento de lesões é amplo e lucrativo, e que o paciente em acompanhamento mesmo após a alta hospitalar é fidelizado, fazendo que qualquer problema de saúde o faça procurar a instituição já que nosso atendimento se estende em intra e pós-hospitalar. E o cliente/médico passa a indicar a seus pacientes o hospital como referência em tratamento generalista.

A proposta aqui apresentada possui algumas limitações, especialmente relacionadas à dificuldade de encontrar trabalhos disponíveis na literatura na área de saúde e que pudessem servir de parâmetro comparativo, o que efetivamente enriqueceria sobremaneira a discussão dos resultados apresentados. Como proposta de continuidade deste estudo, sugere-se que sejam descritos mais relatos com experiência de um ambulatório dentro de um pronto socorro para que aja implantação de protocolos e melhor direcionamento dos profissionais envolvidos.



## 6. Referências bibliográficas

AZEVEDO, A. L. S. **Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, setembro 2013.

BIANCOLINO, C. A. Protocolo para Elaboração de Relatos de Produção Técnica. **Revista de Gestão e Projetos - GeP**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 294-307, ago. 2012. ISSN 2236-0972.

BORDIGNON, J. S. **A relevância do enfermeiro no cuidado ao portador de feridas: relato de experiência.** II Jornada Internacional de enfermagem UNIFRA. 2010.

FURTADO, L. **CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM PARA TRATAMENTO DE FERIDAS EM HOSPITAL DE ENSINO.** Cogitare Enfermagem. 2014.

KOBAYASHI, R. M. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. **Rev. bras. enferm.** [online]. vol.63, n.2, pp.243-249. 2010. ISSN 0034-7167.

MARTINS, G. A. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas.** São Paulo, Atlas, 2011.

OLIVEIRA, F. P. Diagnósticos de enfermagem na assistência ambulatorial ao paciente com ferida: mapeamento cruzado [Nursing diagnoses in ambulatory care for wound patients: cross-mapping]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 25, p. 200-228, mar. 2017. ISSN 0104-3552.

OLIVEIRA, F. P. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol 37, n.2, p.550-553. Epub May 31, 2016.

REIS, D. B. Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm.** 2014.

SILVA, R. C. L. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** 3. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.



## Anexo I

### Protocolo institucional para atendimento de feridas no pronto socorro (Tasy)

Primeira consulta:

- Avaliar o paciente (anamnese e exame físico direcionado, com avaliação detalhada da área em risco ou acometida).
- Em pacientes com risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, utilizar a Escala de Braden.
- Registrar as informações relativas ao perfil sócio-econômico-cultural do paciente, ao exame clínico, aos achados laboratoriais e àquelas relacionadas à doença de base e à ferida, utilizando o impresso Atendimento à Pessoa com Feridas – Ficha de Registro
- Informar sobre normas do serviço, esclarecer dúvidas e apresentar ao paciente o Termo de Compromisso referente ao tratamento da ferida com coberturas especiais. O paciente só iniciará o tratamento com estas coberturas após concordância e assinatura do termo por ele ou seu responsável.
- Solicitar hemograma, glicemia de jejum e albumina sérica quando houver indicação, desde que não haja resultados com período inferior a seis meses.
- Solicitar cultura e antibiograma do exudato do leito da lesão, conforme técnica, em caso de sinais clínicos de infecção.
- Definir e prescrever o tipo de curativo indicado para a prevenção ou o tratamento da ferida (coberturas, soluções, cremes e pasta padronizadas pela instituição), considerando as condições gerais e clínicas do paciente (queixa de dor, condições higiênicas, aceitação do tratamento e a capacidade de assumir os cuidados necessários para a manutenção da cobertura) e específicas da ferida (etiologia, presença, volume e aspecto do exsudato, área e profundidade da ferida e sinais clínicos de infecção).
  - Realizar o curativo ou delegá-lo à equipe de enfermagem sob sua supervisão.
  - Registrar a dispensação da cobertura no sistema Tasy
  - Realizar, se necessário, o desbridamento mecânico, desde que tenha habilidade ou solicitar avaliação do médico especialista.
  - Determinar a periodicidade da troca do curativo.
  - Fazer recomendações ao paciente de acordo com os problemas detectados na avaliação (dieta, higiene, vestuário, calçados, repouso, hidratação oral, troca e cuidado com a cobertura secundária, entre outros).
  - Agendar retorno.

**Avaliação:**

- Avaliar e registrar as condições gerais de saúde e queixas do paciente.
  - Avaliar aspecto do curativo anterior.
  - Avaliar o aspecto da ferida ou área de risco.
  - Reavaliar a indicação da cobertura utilizada, alterar a prescrição, se necessário, de acordo com o aspecto da lesão.
  - Registrar a dispensação da cobertura.
  - Mensurar a lesão quinzenalmente ou sempre que o profissional observar mudanças significativas.
  - Registrar a evolução no impresso Atendimento à Pessoa com Ferida – Evolução Tasy (Prontuário).
  - Repetir exames laboratoriais quando: houver suspeita de infecção da ferida (cultura do exudato com antibiograma);
  - se glicemia maior ou igual a 99 g/dl (glicemia de jejum);
  - se hemoglobina menor ou igual a 10 g/dl (hemograma 30 dias após);
  - se albumina inferior a 3,0 g/dl;
- OBS.: encaminhar para avaliação médica, quando houver alterações laboratoriais ou da lesão.
- Trocar o curativo ou delegar ao auxiliar de enfermagem a execução do procedimento.
  - Agendar retorno para troca do curativo ou protetor.
  - Definir o desligamento do paciente conforme os critérios estabelecidos.
  - Programar os retornos após a epitelização da ferida.
  - Realizar as avaliações de retorno após o desligamento por cura, registrando na ficha de evolução o aspecto da área de epitelização e considerações gerais.
  - Registrar as inclusões e desligamentos no mapa.

**Observações:**

- Odor: usar carvão ativado com prata. Em caso de baixa exsudação, associar com hidrogel.



- Sangramento: usar fibra de carboximetilcelulose para promover hemostasia. N3o utilizar carv3o ativado com prata.
- Exposi3o3o 3ssea ou Tendinosa: utilizar fibra de carboximetilcelulose. N3o usar carv3o ativado com prata.
- Infec3o3es: verificar sinais de infec3o3o (dor, calor, rubor, edema e aumento da exsuda3o3o).
- Exsuda3o3o baixa a moderada com presen3a de infec3o3o: usar fibra de carboximetilcelulose com ou sem prata, espuma de poliuretano com prata ou carv3o ativado com prata.
- Se houver ader3ncia das coberturas associar ao hidrogel.
- Cavidade: toda cavidade dever3 ser parcialmente preenchida, lembrando que os produtos saturam e se expandem. Op3o3es de coberturas: hidrogel, fibra de carboximetilcelulose com ou sem prata, carv3o ativado com prata. O hidrogel poder3 ser associado 3s outras coberturas conforme o volume de exsudato.