



Procedimento Operacional Padrão Curativo em Ferida Cirúrgica Fechada

Conceito: Limpeza e oclusão da ferida cirúrgica com cicatrização por primeira intenção. As feridas cirúrgicas são realizadas sob condições assépticas, de acordo com a necessidade terapêutica. Realizadas com fundamentação técnica e científica e com instrumentais apropriados que reduzem agressões à pele e tecidos e facilitam a união das bordas e processo de cicatrização.

Responsáveis pela prescrição

Enfermeiro e médico

Responsáveis pela execução

Enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem e acadêmicos de enfermagem e de medicina sob a supervisão do professor e/ou responsável

Finalidades

- Promover a limpeza da ferida.
- Prevenir infecção.
- Absorver o exsudato.
- Avaliar o sítio cirúrgico e a pele adjacente.
- Aliviar a dor.
- Promover proteção contra traumas mecânicos.
- Promover conforto, bem-estar e segurança.
- Oferecer imobilização e sustentação à ferida.
- Favorecer o processo de cicatrização.

Indicação

- Ferida cirúrgica com cicatrização por primeira intenção com ou sem drenos (abertos e fechados)

Contraindicação/Restrição

- Instabilidade hemodinâmica importante agravada pela mobilidade do cliente durante a realização do curativo. (Restrição relativa)

Materiais

- Equipamentos de Proteção Individual - EPI- (óculos protetor, avental, 1 pares de luvas de procedimento e máscara cirúrgica)
- Bandeja de curativo com pinças cirúrgicas (“Kelly, Anatômica, Dente de Rato” e Tesoura)
- Frasco de soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%)
- Álcool 70% e algodão
- Gazes esterilizadas ou formas alternativas de curativos
- Recipiente de descarte
- Agulha 0,40 x 1,2 mm
- Fita adesiva hipoalergênica ou película transparente de poliuretano não estéril
- Impermeável
- Lençol
- Bolsa para colostomia, se necessário
- Compressa esterilizada, se necessário
- Faixa/atadura crepe, se necessário
- Foco de luz, se necessário

*** Na ausência de bandeja de curativo, utilizar 1 par de luvas de procedimento e 1 par de luvas estéril

Descrição dos Procedimentos	Justificativas
1. Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou familiar, obter o seu consentimento e realizar o exame físico específico.	1. Diminuir ansiedade, favorecer a colaboração do cliente e avaliar o curativo da ferida cirúrgica.
2. Higienizar as mãos.	2. Reduzir a transmissão de micro-organismos.
3. Reunir os materiais necessários e encaminhá-los à unidade.	3. Economizar tempo.
4. Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira.	4. Facilitar a execução do procedimento.
5. Colocar o biombo ao redor do leito, se necessário.	5. Preservar a privacidade.
6. Prover iluminação adequada. Utiliza foco de luz, se necessário.	6. Facilitar a execução do procedimento.
7. Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura.	7. Facilitar o acesso à área de trabalho e à execução do procedimento.
8. Colocar o recipiente de descarte próximo ao cliente.	8. Facilitar o descarte dos materiais, sem risco de contaminação.
9. Colocar o impermeável coberto com lençol sob a região da ferida.	9. Impedir que a cama fique molhada.

Descrição dos Procedimentos	Justificativas
10. Expor apenas a região onde será realizado o curativo.	10. Facilitar o acesso à área de curativo.
11. Paramentar-se com os EPI.	11. Promover proteção individual.
12. Abrir a bandeja de curativo com técnica asséptica. <u>*** Na ausência de bandeja de curativo, utilizar luvas de procedimento para retirar o curativo anterior e luvas esterilizadas para a realização do novo curativo.</u>	12. Promover procedimento asséptico.
13. Abrir os pacotes de gazes esterilizadas em quantidade suficiente e colocá-las sobre o campo esterilizado, com técnica asséptica.	13. Facilitar a execução do procedimento e evitar a contaminação do material.
14. Colocar as pinças sobre o campo da bandeja com os cabos voltados para a borda, manuseando-as pelo lado externo do campo.	14. Facilitar a execução do procedimento e evitar a contaminação do material.
15. Fazer desinfecção da curvatura superior do frasco do SF 0,9% com algodão embebido com álcool 70% e perfurá-la com agulha 0,40 x 1,2 mm.	15. Evitar a contaminação e permitir a vazão do soro.
16. Pegar o frasco do SF 0,9% e irrigar o adesivo do curativo fixado à pele, tanto o da ferida cirúrgica como o da inserção do dreno, quando este estiver presente.	16. Facilitar a remoção do curativo.
17. Remover os curativos (ferida cirúrgica sem e com dreno, quando houver) com cuidado, auxiliado por uma pinça, preferencialmente a “Dente de rato”, desprezando-o no recipiente de descarte e separando a pinça utilizada das demais OU remover o curativo com a mão enluvada e descartá-los ao término desse procedimento.	17. Facilitar a retirada do curativo e dar destino adequado ao curativo removido e à pinça ou à luva utilizada.
18. Montar uma “trouxinha” de gazes esterilizadas, utilizando a pinça cirúrgica, e umedecê-la com SF 0,9%.	18. Permitir a limpeza da ferida.
19. Limpar a ferida cirúrgica, em sentido único, utilizando as faces da “trouxinha” umedecida e trocando-a quantas vezes forem necessárias. Desprezá-las no recipiente de descarte.	19. Promover a limpeza e evitar a contaminação da ferida e do ambiente.
20. Montar outra “trouxinha” de gazes esterilizadas, utilizando a pinça cirúrgica, e umedecê-la com SF 0,9%.	20. Permitir a execução do procedimento.
21. Limpar as regiões laterais da ferida em sentido único, utilizando as faces da “trouxinha” umedecida e trocando-a quantas vezes forem necessárias.	21. Promover a limpeza da área externa e evitar a contaminação da ferida.
22. Montar uma “trouxinha” de gazes esterilizadas secas, utilizando a pinça cirúrgica.	22. Permitir a execução do procedimento.
23. Passar a “trouxinha” de gazes sobre a ferida e, depois, nas suas laterais, utilizando todas as faces e trocando-a quantas vezes forem necessárias.	23. Secar a ferida e a pele adjacente.
24. Ocluir a ferida cirúrgica com gazes esterilizadas dobradas no sentido horizontal, conforme a quantidade de exsudato, e fixá-las com fita adesiva hipoalergênica, película transparente ou faixa crepe.	24. Proteger a ferida de lesões físicas, químicas e biológicas e fixar o curativo.
25. Realizar a limpeza do sítio de inserção do dreno, se presente.	
25.1 Montar outra “trouxinha” de gazes esterilizadas, utilizando a pinça cirúrgica, e umedecê-la com SF 0,9%.	25.1. Permitir a execução do procedimento.
25.2. Passar a “trouxinha” umedecida no sítio de inserção do dreno, em movimentos circulares, estendendo à área adjacente, utilizando todas as suas faces. Trocar a “trouxinha” quantas vezes forem necessárias.	25.2. Promover a limpeza do sítio de inserção e do dreno.
25.3. Montar outra “trouxinha” de gazes esterilizadas secas, utilizando a pinça cirúrgica.	25.3. Permitir a execução do procedimento.
25.4. Passar a “trouxinha” seca no sítio de inserção do dreno, em movimentos circulares, estendendo à área adjacente, utilizando todas as suas faces. Trocar a “trouxinha” quantas vezes forem necessárias.	25.4. Secar o sítio de inserção do dreno e a pele adjacente.

Descrição dos Procedimentos	Justificativas
25.5. Montar outra “trouxinha” de gazes esterilizadas, utilizando a pinça cirúrgica, e umedecê-la com SF 0,9%.	25.5. Permitir a execução do procedimento.
25.6 Limpar a porção proximal do dreno, sempre trocando a “trouxinha” umedecida, quando necessário.	25.6. Promover a limpeza do dreno.
25.7 Ocluir o sítio de inserção do dreno com uma camada de gazes esterilizadas e fixá-las com fita adesiva hipoalergênica ou película transparente. Caso ocorra hipersecreção, colocar compressa esterilizada ou bolsa simples para colostomia.	25.7. Proteger a inserção do dreno de lesões físicas, químicas e biológicas e fixar o curativo. A oclusão da ferida cirúrgica deverá ser separada da oclusão do sítio de inserção do dreno.
26. Recolher os materiais.	26. Promover ambiente favorável.
27. Retirar os EPI.	27. Evitar a transmissão de micro-organismos.
28. Recompor a unidade e o cliente.	28. Promover ambiente favorável e privacidade ao cliente.
29. Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura.	29. Promover conforto e segurança.
30. Dar destino adequado aos materiais e encaminhar os descartáveis ao expurgo.	30. Dar destino adequado aos materiais.
31. Higienizar as mãos.	31. Promover proteção individual e evitar a transmissão de micro-organismos.
32. Proceder às anotações de enfermagem, constando: técnica do curativo, localização e características da ferida, da pele adjacente e da secreção drenada, quantificação dos materiais utilizados e presença de ocorrências adversas e as medidas tomadas.	32. Promover qualidade à documentação e atender à legislação.

Diagnósticos de Enfermagem

Grupo I - Integridade Cutâneo Mucosa

- Integridade da Pele Prejudicada
- Integridade Tissular Prejudicada

Grupo II - Percepção dos Órgãos e Sentidos

- Dor Aguda

Grupo III – Meio ambiente

- Risco de Infecção

Intervenções de Enfermagem / Observações

- ❖ (AGHU): Avaliar dor utilizando escala de intensidade/
 - Mensurar o nível da dor por meio de escalas de faces ou numérica para clientes conscientes ou utilizar a escala comportamental de dor (Behavioral Pain Scale - BPS) para clientes inconscientes ou impossibilitados de se expressarem verbalmente de forma efetiva.
- ❖ (AGHU): Medicar para dor antes dos procedimentos/
 - Administrar medicação analgésica prescrita, se necessário, de 10 a 30 minutos antes da troca do curativo.
- ❖ (AGHU): Manter curativo externo limpo e seco/
 - Realizar a troca dos curativos após o banho do cliente, preferencialmente.
 - Proteger o curativo durante o banho.
- ❖ (AGHU): Realizar curativos/
 - Iniciar o curativo pela ferida mais limpa, quando o cliente apresentar múltiplas suturas e outros tipos de lesões. Realizar os curativos de modo independente (procedimento e registro).
 - Identificar o curativo com data, hora e nome do profissional que realizou o procedimento.

- ❖ (AGHU): Orientar cliente/família sobre alternativas para alívio da dor/
 - Fornecer orientações a respeito do cuidado domiciliar com as feridas. Envolver o cliente, familiares ou cuidadores no plano de cuidados com a ferida e fornecer fôlder explicativo para os cuidados domiciliares na vigência de programação de alta hospitalar.
 - Orientar o cliente a realizar o curativo da ferida operatória no domicílio com técnica limpa (água e sabonete), durante o banho.

Avaliação do sítio cirúrgico durante a fase inflamatória (até o 4º dia de pós-operatório - PO)

- ❖ (AGHU): Realizar curativos/
 - Realizar o curativo com técnica asséptica 24 horas após a sutura, se estiver seco, limpo e fixado. / As feridas com cicatrização por primeira intenção deverão ter a indicação de curativo esterilizado por um período total de 48 horas após síntese da ferida. Após este período, se a ferida não apresentar complicações, poderá ser mantida aberta, pois o sítio cirúrgico é reepitelizado dentro de 72 horas, e a nova epiderme promove uma barreira a microrganismos e em pequeno grau ao trauma externo.
 - Realizar a limpeza da ferida cirúrgica com água e solução degermante a cada 24 horas, no banho, quando não mais houver indicação de curativo esterilizado (ferida sem pontos de drenagem).
 - Remover o curativo feito exclusivamente com adesivos hipoalergênicos, por meio da técnica de “pontos falsos” (tiras cruzadas desse adesivo sobre a incisão), naturalmente durante os banhos.
- ❖ (AGHU): Avaliar aspecto da ferida operatória/
 - Observar as características do exsudato./ O exsudato imediato à cirurgia é sanguinolento, tornando-se, após 24 horas, serossanguinolento e, posteriormente, seroso.
 - Inspeccionar e palpar a ferida cirúrgica após a remoção do curativo, atentando-se para coloração, margens e tensão./A cor da linha de sutura pode mudar de vermelho claro para rosa demonstrando maturação do tecido epitelial, as margens deverão estar alinhadas e não deverá ser observada tensão. Nessa fase, é normal observar sinais inflamatórios, a ferida poderá apresentar-se quente ao toque, eritema e edema ao redor. Durante a palpação, utilizar luvas esterilizadas.
 - Inspeccionar e palpar o tecido subjacente à incisão à procura de edema, endurecimento, flutuações e mudanças de coloração.
- ❖ (AGHU): Observar condições de sutura/
 - Observar a presença de reações ocasionadas pelo material de sutura./ O mesmo poderá criar pequenas lesões ao lado da incisão cirúrgica, prolongando, dessa forma, a fase inflamatória.

Avaliação do sítio cirúrgico durante a fase proliferativa (5 ao 15º dia de PO)

- ❖ (AGHU): Realizar curativos/
 - Realizar a limpeza da ferida cirúrgica com água e solução degermante a cada 24 horas, no banho, quando a ferida se apresentar seca; sem pontos de drenagem.
- ❖ (AGHU): Observar condições de sutura/
 - Palpar a linha de sutura, procurando pelo halo rígido./ O halo rígido poderá se estender até 1 centímetro de cada lado e a sua ausência entre o 5º e o 9º dia de PO poderá sugerir risco de deiscência ou infecção.
 - Remover os fios de sutura entre o 7º e o 10º dia de PO, conforme protocolo institucional ou orientação médica./ Levar em consideração a situação clínica do cliente e a localização topográfica do sítio cirúrgico. A presença contínua de sutura promove força tênsil adicional à ferida, mas pode, também, causar aumento do risco de infecção.
- ❖ (AGHU): Avaliar aspecto da ferida operatória/
 - Inspeccionar a ferida cirúrgica quanto à mensuração da incisão, à presença de epitelização e à drenagem de secreções.
 - Observar as características da secreção (volume e aspecto)./ Neste período espera-se diminuição progressiva ou ausência de exsudato na ferida. A permanência ou aumento de exsudato pode sugerir retardo da cicatrização, suspeitando-se de deiscência iminente, infecção ou formação de fístulas. Em geral, as infecções surgem entre o 4º e o 7º dia do PO. O cliente poderá apresentar queda do estado geral, anorexia e febre.
 - Avaliar a ferida cirúrgica com infecção, quanto ao exsudato e presença de sinais infecciosos para escolha do curativo adequado./ A gaze seca não deve ser colocada diretamente sobre a ferida aberta, pois é permeável a microrganismos, pode soltar fios e fibras que atuam como corpo estranho podendo provocar inflamação/ infecção. O filme transparente semipermeável é uma barreira efetiva contra a contaminação externa, porém, não deve ser utilizada em feridas com drenagem e nem nas primeiras 24 horas de pós-operatório, devido à liberação de exsudato.

- Inspeccionar e palpar o tecido subjacente à incisão à procura de edema, endurecimento, flutuação e mudanças de coloração. Na presença de abscesso, fazer expressão do local até cessar ou diminuir a saída da secreção.

❖ (AGHU): Registrar aspecto da lesão/

- Observar a presença de complicações associadas à cicatrização de feridas como: sangramentos, deiscência, evisceração, infecções, formação de fístulas e odor./ Na presença de complicações, comunicar o enfermeiro e registrar no prontuário do cliente.
- Reavaliar o plano de cuidado quando a ferida não cicatrizar entre o período de 4 a 14 dias, após a sutura.

Avaliação dos sistemas de drenos (abertos e fechados)

Drenos são materiais colocados no interior de uma ferida ou cavidade, afim de permitir a retirada de ar ou de secreções normais ou patológicas, estimulando o fechamento de espaços vazios (POHL; PETROIANU, 2000; CESARETTI; SAAD, 2002).

	CLASSIFICAÇÃO	SUBCLASSIFICAÇÃO
DRENOS	<i>Quanto ao material</i>	<i>Borracha; Polietileno; Silicone; Teflon; Vialon.</i>
	<i>Quanto à forma de ação</i>	<i>Capilaridade; Gravitação; Sucção.</i>
	<i>Quanto à estrutura</i>	<i>Laminares (dreno de penrose, lâminas onduladas de Deldet); Tubulares.</i>
	<i>Quanto ao Calibre</i>	<i>Numeração em French (Fr), de forma crescente.</i>
	<i>Quanto ao uso</i>	<i>Intravenosos; Aparelho digestivo; Cavidade abdominal; e Urinários.</i>

❖ (AGHU): Avaliar aspecto da ferida operatória/

- Inspeccionar e palpar o local de inserção do dreno, antes de iniciar o curativo. Utilizar luvas esterilizadas.
- Observar a pele adjacente./ A pele peridreno pode ficar irritada, já que a secreção drenada geralmente é serosa e viscosa, excelente meio de crescimento bacteriano, e nestes casos, pode ser necessário a utilização de barreira protetora de pele nesta região.

❖ (AGHU): Realizar curativos/

- Realizar a troca de curativo a cada 24 horas, ou antes, quando úmido, solto e sujo.
- Realizar o curativo do dreno separadamente do da incisão. Iniciando sempre pela ferida mais limpa.
- Utilizar, quando necessário, formas alternativas de curativos para feridas com drenos, tais como: curativo oclusivo hidrofóbico (gaze vaselinada); curativo permeável hidrofílico (gaze à base de óleo; compressas Telfa®), curativo combinado totalmente absorvente (Surgipad®, ABD®), faixa de gaze de grande volume (*fluffs*), curativo de filme transparente (Tegaderm®, Op-Site®).
- Realizar o curativo oclusivo com gaze esterilizada no orifício em que o dreno foi retirado, após remoção do mesmo. Trocá-lo sempre que for necessário.

❖ (AGHU): Implementar cuidados com drenos/

- Avaliar as características e mensurar o volume da secreção drenada em cada plantão. Registrar os achados no prontuário e comunicar as não conformidades ao enfermeiro. A diminuição súbita de secreção pode ser indício de dreno obliterado. Espera-se a evolução de secreção sanguinolenta (imediatamente após a cirurgia) para serrossanguinolenta (24 horas após a cirurgia) e, posteriormente serosa. A presença de pequena quantidade de secreção serrossanguinolenta no local de inserção do dreno é comum nos primeiros dias após a cirurgia.

Sistemas de drenos abertos (Penrose; Kehr e outros drenos tubulares)

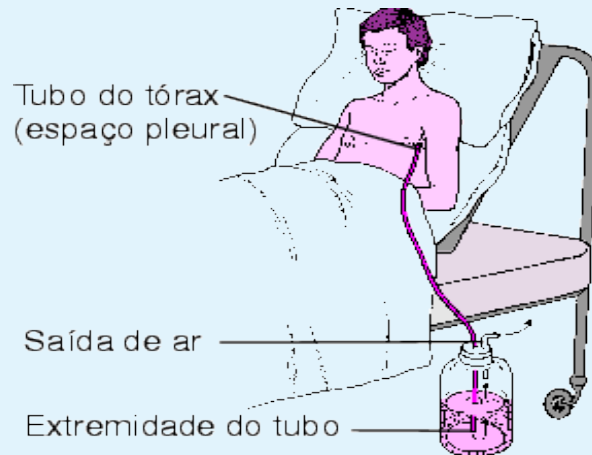
A extremidade do dreno é mantida aberta, sendo coberta por um curativo simples. Nestes sistemas, há maior dificuldade de calcular o volume e avaliar o aspecto dos líquidos drenados. (POHL; PETROIANU, 2000).

❖ (AGHU): Implementar cuidados com drenos/

- Evitar a utilização de alfinetes para imobilização dos drenos de Penrose./ Os alfinetes enferrujam e proporcionam colonização no local.
- Mobilizar o dreno de Penrose em intervalos de 12 horas./ A mobilização do dreno serve para evitar depósitos de fibrina que possam ocluir o seu lume.
- Utilizar bolsa coletora quando o volume drenado for superior a 50 mL em 24 horas. Avaliar, mensurar e anotar as características da secreção no prontuário.
- Trocar a bolsa coletora quando a placa de barreira cutânea descolar ou esbranquiçar.

Sistemas de drenos fechados (Torácicos, drenos de sucção “Portovac”, Derivação Ventricular Externa)

O material é coletado em um frasco ou bolsa conectada à extremidade do dreno que impedem a entrada de ar no espaço drenado. (POHL; PETROIANU, 2000).



(Fonte: <http://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/10/cuidados-de-enfermagem-ao-paciente.html>)

Figura 2: Dreno Torácico


- ❖ (AGHU): Implementar cuidados com dreno de tórax em selo d'água/
 - Manter o frasco de drenagem com selo d'água abaixo do nível do tórax.
 - Clampear os drenos na troca do selo d'água e sempre que o frasco de drenagem estiver posicionado acima do nível do tórax.
 - Não clampear o dreno de tórax durante o transporte do cliente.
 - Não deixar o dreno de tórax apoiado no chão.
 - Desprezar a secreção drenada pelo dreno de tórax a cada 24 horas, desde que o volume não ultrapasse dois terços da capacidade volumétrica máxima.
 - Trocar selo d'água diariamente.
 - Desprezar a secreção e mensurar o volume drenado, subtraindo o conteúdo do líquido colocado no frasco (solução fisiológica estéril).
 - Enxaguar o frasco com solução fisiológica e preenchê-lo novamente com 500 mL de solução fisiológica estéril.
 - Cuidar para não contaminar o sistema, e pinçar o dreno no tempo mínimo necessário.
 - Manter o tubo a pelo menos 2 cm abaixo do nível d'água./ Se o tubo estiver submerso a menos de 2 cm corre-se o risco durante o transporte ou movimentação do coletor de ter-se o tubo não submerso e conseqüentemente permitir a entrada retrógrada de ar para a pleura.
 - Rotular o frasco de drenagem com: identificação de quem realizou o procedimento, data e horário de realização, e quantidade em ml da solução colocada no frasco de drenagem (selo d'água).
- ❖ (AGHU): Implementar cuidados com dreno de tórax em aspiração/
 - Utilizar sistema de aspiração contínua quando for preciso drenar grandes volumes de ar ou líquidos.
 - Não conectar o sistema de aspiração diretamente no dreno./ Se aplicada diretamente, pode causar lesões alveolares em decorrência da pressão negativa.
 - Observar o funcionamento do sistema de aspiração contínua.
- ❖ (AGHU): Implementar cuidados com drenos/
 - Desprezar o efluente drenado pelo “portovac” a cada 6 horas, desde que o volume não ultrapasse dois terços da capacidade volumétrica máxima.
 - Clampear a extensão e a abrir o dreno de “portovac” para desprezar o seu efluente. Depois de desprezado o efluente, comprimir a bolsa sanfonada, fechar o dreno e desclampear a extensão.
 - Manter o prazo de permanência do dreno “portovac” por até 48 horas. Comunicar o prazo ao médico.
 - Certificar-se de que todas as conexões do dreno estão bem presas e afixadas.
 - Observar presença de coágulos ou fibrina na extensão do dreno de “portovac”, quando houver interrupção ou diminuição súbita o débito. Tentar deslocar o coágulo/fibrina para o coletor. Comunicar ao médico, se o fluxo não for restabelecido.

- Desprezar a secreção drenada pela derivação ventricular externa a cada 24 horas, desde que o volume não ultrapasse dois terços da capacidade volumétrica máxima.
- Clampar o sistema de derivação ventricular externa sempre que houver risco de alteração do nivelamento da bolsa coletora. /Alterações no nível adequado da bolsa coletora faz com que haja drenagem excessiva ou ausência de drenagem.
- Manter a bolsa coletora de líquido posicionada sempre à altura do ventrículo lateral, ou seja, à nível do pavilhão auricular (nível 0 ou 10), durante a troca de curativo ou de quaisquer outros procedimentos que manipulem o cliente ou que movimentem a altura ou cabeceira da cama.

Referências

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013, 168p.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2017, 201p.
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Investigação de eventos adversos em serviços de saúde*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013, 66p.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Crítérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013, 66p.
5. POTTER, P.; PERRY, A. G. *Fundamentos de enfermagem*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.1480p.
6. CHEREGATTI, A. L. et al. *Técnicas de enfermagem*. São Paulo: Rideel, 2009. 246p.
7. POHL, F.F.;PETROIANU, A. *Tubos, sondas e drenos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 547p.
8. GEOVANINI, T. *Tratamento de feridas e curativos: enfoque multiprofissional*. São Paulo: Rideel, 2014. 512p.
9. SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. *Procedimentos básicos*. Hospital Sírio Libanês. São Paulo: Atheneu, 2008. 170p.
10. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. In: BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de enfermagem médico- cirúrgica*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 4v.
11. GELAPE, C. L. Infecção do sítio operatório em cirurgias cardíacas. *Arq Brás Cardiol.*, v. 89, n. 1, p. 3-9, 2007.
12. TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. *Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
13. SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. *Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem*. 2. ed. São Caetano do Sul: Yedis, 2007. 508p.
14. LECH, J. *Manual de procedimentos de enfermagem*. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. São Paulo: Martinari, 2006. 238p.
15. FERREIRA, A. M.; ANDRADE, D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório. *Arq Cienc Saúde.*, v. 13, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2006.
16. DANTAS, S. R. P. E.; JORGE, S. A. *Feridas e estomas*. Campinas: Edição do Autor, 2005.110p.
17. ARCHER, E. et al. *Procedimentos e protocolos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
18. SCHULL, P. D. *Enfermagem básica: teoria e prática*. 3. ed. São Paulo: Rideel, 2005. 501p.
19. McCLOSKEY, J. C., BULECHEK, G. M. *Classificação das intervenções e enfermagem (NIC)*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.
20. ROGANTE, M. M.; FURCOLIN, M. I. R. *Procedimentos especializados de enfermagem*. Departamento de enfermagem do Hospital das clínicas UNICAMP. São Paulo: Atheneu, 2004. 227p.
21. DANTAS, S. R. P. E. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu, p.2-137, 2001.
22. MANGRAM, A. J. et al. Guideline for the prevention of surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol.*, v. 20, n. 4, p. 247-8, 1999.
23. CESARETTI, I.U.R.; SAAD, S.S. Drenos laminares e tubulares em cirurgias abdominal: fundamentos básicos e assistência de enfermagem. *Acta Paul. Enf.*, v.15, n.3, p. 97-106, 2002.
24. TAZIMA, M.F.G.S.; VICENTE, Y.A.M.V.A.; MORIYA, T. Biologia da ferida e cicatrização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 259-64, 2008.
25. CIPRIANO, F. G.; DESSOTE, L. U. Drenagem pleural. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p.70-78, 2011.



APROVAÇÃO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
04/2010 Thaís Santos Guerra Stacciarini RT Serviço de Educação Enfermagem COREN-MG: 106.386 	04/2017 Thaís Santos Guerra Stacciarini RT SEE Lágila Cristina Nogueira Martins Residente da Saúde do Adulto/UFTM	04/2010 Gilmar Rosa Silva Diretor de Enfermagem HC/UFTM 04/2017 Renata Maria Dias Abreu Chefe da Divisão de Enfermagem HC/UFTM

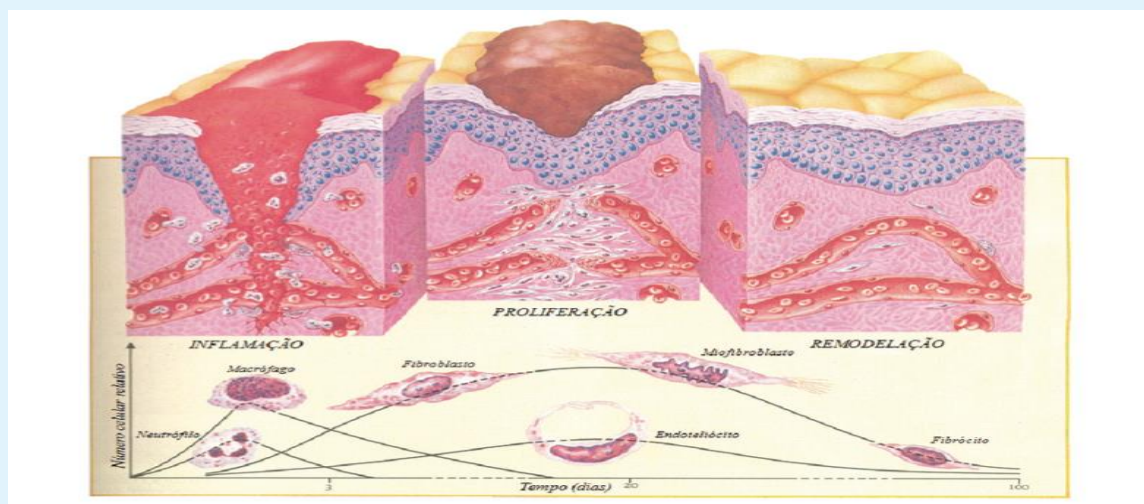
ANEXO A

Características da Ferida Cirúrgica

Avaliação da Ferida cirúrgica e pele adjacente

Ferida cirúrgica			
Exsudato	<ul style="list-style-type: none"> <u>Aspecto</u>: seroso; sanguinolento; purulento; fibrinoso; serossanguinolento <u>Quantidade</u>: pouco; médio e grande <u>Coloração</u>: translúcida; amarelada; esverdeada, achocolatada, avermelhada <u>Odor</u>: sem odor ou fétido 		
Integridade da linha de sutura	<ul style="list-style-type: none"> Sem alterações Bordas desalinhadas Tensão na linha de sutura 		
Halo cicatricial	<ul style="list-style-type: none"> Presente (fase proliferativa) Ausente 		
Dor	Classificação	Escore	Intervenção
	Ausente	0	Sem intervenções
	Leve	1-2	Dor sem demanda de analgésico
	Moderada	3-4	Dor com demanda de analgésico relativo
	Forte	5-6	Dor com demanda de analgésico em horários específicos
	Muito forte	7-8	Neurocirurgia intervencionista, bloqueios analgésicos, cirurgia funcional, analgésicos fortes + adjuvantes em horários específicos.
<p>*A mensuração do nível de dor poderá ser obtida por meio das escalas de faces ou numérica para clientes conscientes</p>			
<p><u>Escala de faces da dor:</u></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>0–sem dor 1 a 2–dor leve 3 a 4–moderada 5 a 6–forte 7 a 8–muito forte 9 a 10–insuportável</p>			
<p><u>Escala numérica:</u></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>0–sem dor 1 a 2–dor leve 3 a 4–moderada 5 a 6–forte 7 a 8–muito forte 9 a 10–insuportável</p>			
<p>*Para clientes inconscientes ou impossibilitados de se expressarem verbalmente de forma efetiva, utiliza-se o BPS</p>			
<u>Escala Behavioural Pain Scale (BPS)</u>			
Expressão facial	Relaxada	Relaxada	1
	Relaxada	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
		Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
		Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
	Membros superiores	Sem movimento	1
		Com flexão parcial	2
		Com flexão total e flexão de dedos	3
		Com retração permanente: totalmente contraído	4
	Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
		Tosse com movimentos	2
		Briga com o ventilador	3
		Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
	Total	Pontuação total varia de 3 (sem dor) a 12 pontos (dor máxima)	

Pele Adjacente		
Aspecto	<ul style="list-style-type: none"> • Pele íntegra; macerada; endurecida 	
Coloração	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperemiada; esbranquiçada ou sem alterações 	
Edema	Escore	Intensidade
	1+/4+	Leve
	2+/4+	Moderado
	3+/4+	Intenso
	4+/4+	Muito intenso
Flutuação	<ul style="list-style-type: none"> • Sim (Na palpação da pele observa-se aspecto de líquido espesso) • Não 	
Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> • Normal; quente; fria 	



Fonte: <http://www.plasticaplexus.com.br/new/cicatrizacao.php#sthash.16C8TxPF.dpbs>

Figura 3: Fases da cicatrização

Avaliação da Ferida Cirúrgica na fase inflamatória (entre o 1° e 4° dia do pós-operatório)

Mensuração do resultado	Resultados normais	Resultados anormais
Cor e margem da incisão	Vermelho claro para rosa, com bordas aproximadas sem nenhuma tensão.	Tensão evidente na linha de incisão
Inflamação do tecido adjacente	Tumefação, eritema, ou despigmentação da pele; quente ao toque, dor e edema	Nenhum sinal de inflamação presente, nenhuma tumefação, formação de hematoma
Tipo de drenagem	Sanguinolenta, progredindo para serosa	Secreção purulenta
Quantidade de drenagem	De moderada a mínima	Em excesso
Material de sutura	Presente. Podem ser suturas, grampos ou cola biológica	Não se aplica
Novo tecido (reepitelização)	Presente por volta do 4º dia ao longo de toda incisão	Ausente ao longo de toda a incisão

Avaliação da Ferida Cirúrgica na fase proliferativa (5° e 14° dia do pós-operatório)

Mensuração do resultado	Resultados normais	Resultados anormais
Cor e margem da incisão	Vermelha, progredindo para rosa claro (tonicidade da pele)	As margens não estarem bem aproximadas e com tensão evidente na linha de incisão entre 5° e 9° dia e as bordas da ferida permanecerem vermelhas, progredindo para rosa claro entre 10° e 14°.
Inflamação do tecido adjacente	Ausente	Resposta inflamatória prolongada e entre o 5° e 9° dia formação de hematoma.
Tipo de drenagem	Ausente	Qualquer tipo de drenagem. Tingida de vermelho/ amarelo ou pus.
Quantidade de drenagem	Ausente	Entre 5° e 9° dia: apresentar drenagem de quantidade moderada a mínima Entre 10° e 14° dia: apresentar drenagem em qualquer quantidade
Materiais de sutura	Indicação de remoção da sutura entre o sétimo e décimo dia, de acordo com prescrição médica e protocolo institucional, levando em consideração a situação clínica do cliente e a localização topográfica do sítio cirúrgico.	Presença ou não indicação de remoção de suturas ou fitas externas
Novo tecido	Presente ao longo de toda incisão	Ausente ao longo de toda a incisão. Entre 10° e 14° dia abertura da linha de incisão
Cicatrização das bordas	Presente por volta do 9° dia ao longo de toda a incisão	Ausente ao longo de toda a incisão. Entre 10° e 14° dia abertura da linha de incisão

Avaliação da Ferida Cirúrgica na fase de maturação/remodelamento (15° e 1 a 2 anos do pós-operatório)

Mensuração do resultado	Resultados normais	Resultados anormais
Cor da incisão	Rosa-pálido, progredindo para branco ou prata em clientes com pele clara, rosa-pálido, progredindo para mais escuro do que a cor normal da pele ou de pálido para branco em clientes com pele escura.	Formação de novo tecido, queloide ou formação de cicatriz hipertrófica
Inflamação do tecido adjacente	Ausente	Estagnação do processo de cicatrização
Tipo de drenagem	Ausente	Qualquer tipo de drenagem presente
Quantidade de drenagem	Ausente	Qualquer quantidade presente
Material de sutura	Ausente	Presença de sutura e no caso de cicatrização por segunda intenção é anormal a ferida não se contrair ou as bordas não se aproximarem
Novo tecido	Presente	Ausente ou pele de aparência anormal, tais como queloide ou cicatriz hipertrófica
Cicatrização das bordas	Presente	Formação de abscesso com ferida aberta para cicatrizar por segunda intenção