



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
--	--	------------------------------	-------------------	-------------------

1. DEFINIÇÃO

As lesões por pressão (LPP) acometem pacientes acamados e/ou com restrição de movimentos. Representam aumento de gastos financeiros para os sistemas de saúde, por prolongar o período de internação hospitalar e os custos com insumos específicos como curativos, coberturas, soluções e até mesmo cirurgias reparadoras, além de ser motivo de grande desconforto para o paciente.

As LPPs consistem em uma área localizada de lesão tissular, provocada pela compressão do tecido e baixa perfusão tecidual local. Normalmente é causada pela pressão de uma proeminência óssea contra uma superfície (cadeira ou colchão). Pode ainda ser resultante do contato firme e contínuo de um dispositivo de assistência à saúde, como tubos e drenos, sendo assim considerados fatores causais. Na presença de uma pressão contínua maior que 32 mmHg em áreas de proeminência óssea, músculos e tecidos, os capilares são comprimidos sobre a pele levando a isquemia, os tecidos deixam de ser irrigados, comprometendo a nutrição e a oxigenação.

É um indicador negativo de qualidade, sendo considerada internacionalmente com um evento adverso, além de contribuir para o aumento da morbimortalidade.

2. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

Lesão por pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema não branqueável

- Pele intacta com rubor não branqueável em área localizada, em pele de pigmentação escura pode não estar visível o branqueamento, nesse caso a descoloração da pele, o calor, o edema ou o endurecimento também podem ser indicadores de danos.
- Pode ser dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria quando comparada ao tecido adjacente.



Lesão por pressão Estágio 2: Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------

- Epiderme rompida com exposição da derme.
- Leito da lesão com tecido viável, úmido com coloração rosa ou vermelha.
- Pode apresenta-se como uma bolha (flictena) rompida ou intacta (preenchida com exsudato seroso).
- Não há visualização de tecido adiposo e tecidos.
- Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes.



Lesão por pressão Estágio 3: Perda total da espessura da pele

- O tecido adiposo subcutâneo pode estar visível.
- Podem ser cavitárias ou fistulizadas e apresentar algum tecido desvitalizado.
- A profundidade varia de acordo com a posição anatômica, podendo ser superficiais quando ocorrem na região occipital, asa do nariz, orelhas, maléolos, locais com pouco tecido subcutâneo.
- Osso e tendão não são visíveis nem palpáveis diretamente.
- Em áreas com tecido adiposo abundante essas lesões podem ser extremamente profundas.



Lesão por pressão Estágio 4: Perda da espessura total da pele e perda tissular

- Possível comprometimento de fáscia, músculos, ossos, tendões e/ou nervos.
- Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis.
- Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente.



Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade Indeterminada



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------

- Ocorre perda total da espessura dos tecidos, o leito está coberto de tecido desvitalizado (amarelo, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto).
- A remoção do tecido o desvitalizado e/ou necrótico determinará a profundidade e classificação da lesão.



Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Profundidade Indeterminada

- Presença de área vermelha escura ou púrpura em pele intacta e descolorada, flictena preenchido com sangue, devido a danos no tecido mole subjacente proveniente de cisalhamento e/ou pressão.
- É de difícil identificação em pessoas com tons de pele escura.
- Pode ter evolução rápida, com exposição de outras camadas de tecido adicionais, mesmo na presença de tratamento adequado.



Relacionadas a dispositivos médicos

- Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos.
- A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo.
- Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.



Lesão em membranas mucosas

- Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano.
- Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas





PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
--	--	------------------------------	-------------------	-------------------

3. AVALIAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

Avaliar a ferida é descrevê-la de forma que os registros sejam fidedignos a sua característica clínica. Antes de avaliar a ferida, deve-se avaliar o paciente na sua integralidade. Avaliar a lesão é essencial para a sua classificação e a escolha adequada da conduta a ser tomada. Devemos sempre levar em consideração o tempo da lesão, classificação, aspecto, localização, dor, tamanho, profundidade e presença de exsudato.

O registro da avaliação deve ser realizado no prontuário do paciente, pelo profissional executor, com data e horário da troca do curativo, profissional executor com carimbo, dados que julgar relevantes e produto utilizado.

No monitoramento da ferida, dar-se-á uma pontuação segundo a característica de cada aspecto avaliado, obtendo assim uma somatória das características, possibilitando uma comparação nas próximas avaliações. As Condutas tomadas de acordo com a avaliação da ferida devem ser anotadas no verso da, seguida de observações pertinentes da data da avaliação.

• MENSURAÇÃO

Mensurar a lesão é de extrema importância para avaliar e documentar a ferida em seu processo cicatricial, deve ser realizada na avaliação inicial e repetida periodicamente. Estas medidas permitem avaliar sua evolução, além de demonstrar a eficácia do tratamento proposto e prever o tempo de cura.

Deve-se mensurar a ferida em relação à maior extensão da lesão, no eixo céfalo-podálico (vertical) e látero-lateral (horizontal) considerando um ângulo de 90° entre eles. A medida da lesão pode ser realizada através de uma régua medindo em centímetros o maior comprimento e a maior largura da superfície da lesão; multiplicar altura x largura = cm².

Feridas cavitárias devem ser medidas com o auxílio de swabs ou os instrumentais de curativos, utilizando-se a técnica do relógio, de acordo com a escala horária para descrever a sua direção, respeitando os pontos cardeais ou o sentido céfalo-podálico e latero-lateral, onde a cabeça corresponde à marca de 12 horas, os pés às 6 horas e as laterais correspondem às 9 e 3 horas.

Outros objetos graduados podem ser utilizados para mensurar a lesão como: papel milimetrado, filme transparente liso, entre outros. Se o objeto mensurador for de papel este deve ser descartada após o uso. Se for de plástico este não deve encostar na ferida e após o uso, deve ser lavada com água e sabão e desinfetada por fricção com álcool a 70%.

Também pode ser realizado registro fotográfico sendo este um adjuvante importantíssimo no acompanhamento da evolução da lesão, pois permite a visualização e comparação dos aspectos da ferida durante o tratamento. Lembrando que o registro fotográfico só pode ser feito com



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egitto COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	--	------------------------------	-------------------	-------------------

autorização do cliente ou familiar por escrito, com o preenchimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido específico para esse fim.

• AVALIAR PELE DOS TECIDOS ADJACENTES

Os cuidados com a borda da ferida e tecidos adjacentes são de fundamental importância, pois a epitelização inicia-se da borda para o centro da ferida, portanto deve-se zelar por uma borda saudável para otimizar a epitelização da ferida. Uma borda não íntegra ou alterada retardará a cicatrização, mesmo com a ferida totalmente preenchida por granulação. A avaliação da borda e pele ao redor e seu adequado manejo otimiza a cicatrização da ferida.

Maceração: resulta do excesso de umidade (exsudato) nas superfícies epiteliais, conferindo ao tecido peri-lesional um aspecto esbranquiçado e intumescido. Esse excesso deve ser combatido através de medidas como controle da fase inflamatória, de infecção e o uso de cobertura absorvente. Em caso de drenagem de grande quantidade de exsudato a cobertura secundária deve ser trocada periodicamente sempre que necessário. A cobertura primária úmida, não deve ultrapassar a borda e somente a cobertura secundária seca deve recobrir toda a extensão que entra em contato com pele íntegra ao redor.

Inflamação: sinais de dor, calor e rubor na pele adjacente à lesão. Indica uma inflamação devido à manipulação inadequada da ferida ou até mesmo por infecção.

Hiperqueratose: excessivo espessamento da pele que tem como causa o atrito frequente, geralmente observado em torno de lesões neuropáticas. Este espessamento deve ser removido pois, contribui diretamente no aumento do leito da lesão.

Necrose: A borda isquêmica indica perfusão diminuída ou necrose tecidual. Neste caso devemos reavaliar a causa da isquemia e eliminá-la.

Descamativa: Uma borda ressecada, descamativa indica a necessidade de hidratação local, que pode ser realizada por aplicação tópica de agentes que forneçam umidade ao local.

• AVALIAR MARGENS DA LESÃO

Indistinta, difusa: não é possível distinguir claramente o contorno da ferida;

Aderida ou Plana: nivelada com o leito da lesão, sem paredes;

Não aderida: com paredes; o leito da lesão é mais profundo que as bordas;

Enrolada para baixo, espessada / grossa: pode ser macia para firme e flexível ao toque;

Hiperqueratose: é a formação de tecido caloso ao redor da ferida e até as bordas.

Fibrótica com cicatriz: dura e rígida ao toque

• AVALIAR TIPOS DE TECIDO

Tecido viável: é aquele que se forma no processo de cicatrização e tem como objetivo a reconstituição da área lesionada. Apresenta-se como um tecido vermelho vivo (tecido de granulação) é altamente vascularizado.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------

Tecido inviável: é o tecido desvitalizado, composto por necrose ou esfacelo. Está relacionado aos diferentes níveis de morte tecidual.

• PRINCIPAIS TECIDOS PRESENTES NO LEITO DA LESÃO

Necrose: de coloração enegrecida podendo surgir nas tonalidades Castanho, Marrom e Preto. Pode ter consistência dura (necrose seca/escara) ou mole (necrose úmida).

Esfacelo: tecido desvitalizado de consistência delgada, de coloração amarela ou acastanhada, podendo estar aderida ao leito e margens da ferida ou parcialmente ligada ao leito.

Epitelização: tecido de cor rosada, representa a fase final do processo de cicatrização, regeneração da epiderme através da superfície e borda da ferida.

Granulação: Tecido conectivo, indica a proliferação de fibroblastos, células inflamatórias, novos vasos sanguíneos. Realiza preenchimento da ferida no processo de cicatrização.

Hipergranulação: é o excesso de tecido de granulação. Se forma para além do nível do leito da ferida, gerando tensão nas margens. Quando presente impede a migração de células epiteliais basais e a cicatrização.

• AVALIAR OS TIPOS DE EXSUDATO

A produção de exsudato pela ferida faz parte do processo de cicatrização, especialmente na fase inflamatória. O exsudato é um líquido inflamatório extracelular com concentração proteica elevada e restos celulares, resultado da ação celular de leucócitos, no qual os neutrófilos realizam a fagocitose, removendo corpos estranhos, bactérias e tecidos desvitalizados. Este líquido difere do transudato, que contém baixo teor protéico e também é composto por albumina.

A presença de exsudato deve ser avaliada, visando manutenção do meio úmido, sua presença em quantidade adequada contribui para o processo de cicatrização, pois contém fatores de crescimentos e outros componentes que estimulam a regeneração do tecido e a migração celular, além de favorecer o desbridamento do tecido necrótico.

Porém seu excesso deve ser minimizado, pois, além de favorecer infecções, causa desconforto ao paciente e pode inibir a cicatrização devido à quebra da matriz extracelular. Além de inibir fator de crescimento e proliferação celular, ocasiona degradação dos tecidos e maceração da pele ao redor da ferida.

Por outro lado, a desidratação do leito da ferida deve ser evitada e tratada, pois favorece a formação de tecido desvitalizado.

Existem diversos tipos de exsudato, cujas características possibilitam maior conhecimento da ferida e permite um registro mais preciso, dentre eles:

Seroso: é plasmático, tem consistência aquosa; fina e clara, está normalmente presente em lesões limpas;

Serossanguinolento: tem consistência fina, aquosa, coloração de avermelhada a cor de rosa. É a mistura do exsudato seroso e sanguinolento;



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------

Sanguinolento: tem consistência espessa / fina e coloração vermelha. Indica muitas vezes, ocorrência de extravasamento de sangue ativo, proveniente de lesão vascular;

Purulento: consistência espessa e de coloração esverdeada, acastanhada ou amarelada, de acordo com o agente infeccioso. É o resultado de leucócitos e microrganismos vivos ou mortos;

Seropurulento: consistência semi-espessa; turva, coloração amarelada ou acastanhada. É a mistura do exsudato seroso e purulento

Em relação à quantidade.

Nenhum/Seco/escasso: o curativo primário não tem fluido, é seco e pode estar aderido na lesão.

Pouca: o curativo primário apresenta pequena quantidade de fluido, geralmente esta na fase de epitelização;

Moderado: curativo primário apresenta-se parcialmente molhado, mas não há extravasamento. exsudação na fase inflamatório do processo de cicatrização

Grande/Saturado: o curativo apresenta-se excessivamente molhado e o extravasamento é visível; a pele perilesional poderá estar macerada; a troca de curativo é necessária com mais frequência deve-se avaliar o protocolo.

• AVALIAR PRESENÇA DE ODOR

Ausente: não há odor forte

Presente: o odor é forte e fétido/ desagradável. Mesmo após a limpeza ainda apresenta o odor. Geralmente está relacionado a processo infeccioso local.

• AVALIAÇÃO DA DOR

A dor requer uma abordagem multidisciplinar e uma anamnese detalhada. A queixa de dor deve ser ouvida, valorizada e questionada quanto a sua intensidade. A detecção desta pode auxiliar na determinação da etiologia da ferida, bem como aliviada para o conforto do paciente e melhor qualidade de vida.

A dor é um fenômeno subjetivo, complexo e pessoal, resultante da interação de aspectos cognitivos, sensitivos, emocionais e culturais e não pode ser medida com precisão, entretanto escalas de avaliação numéricas ou analogias visuais podem contribuir para a sua avaliação. A escala visual numérica (EVN) é graduada de zero a 10, na qual o zero significa ausência de dor e 10 é a pior dor já sentida nas últimas 24 horas. A intensidade da dor pode ser categorizada em três níveis:

- Zero = ausência de dor;
- 1 - 4 = dor leve;
- 5 - 6 = dor moderada e
- 7 - 10 = dor intensa.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egitto COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	--	------------------------------	-------------------	-------------------

A dor, ao ser detectada, deve ser comunicada de forma rápida e efetiva para providenciar prescrição médica e assegurar a analgesia adequada, antes durante e após a manipulação do ferimento. O paciente deve ser reavaliado em relação à eficácia da analgesia.

4. LIMPEZA E DEBRIDAMENTO

• LIMPEZA

A limpeza da ferida é uma das principais etapas no seu tratamento, pois a cicatrização não evolui enquanto não forem removidos os agentes inflamatórios da ferida.

A adequada descrição clínica da lesão vai determinar o tipo de limpeza a ser realizado, conforme descrito no processo Limpeza da Ferida.

A limpeza da lesão e da pele adjacente visa remover secreções, tecidos desvitalizados soltos, micro-organismos e resíduos das coberturas tópicas, preservando o tecido de granulação e minimizando riscos de trauma e/ou infecção. Este procedimento otimiza a cicatrização e reduz o potencial para infecção. A cicatrização não ocorre enquanto os agentes inflamatórios estiverem presentes.

TIPOS DE PRODUTOS UTILIZADOS PARA A LIMPEZA

- **Solução de Soro Fisiológico 0,9%** em quantidade suficiente e exaustiva até a remoção de debris, exsudato e tecidos frouxamente aderidos. Esta solução tem sido utilizada nas instituições de saúde como parte da técnica estéril. Deve ser realizada utilizando-se o soro fisiológico preferencialmente morno em jato para irrigar a ferida (a temperatura em torno de 37°C favorece o nível de oxigenação no tecido aumentando a atividade dos neutrófilos que tem como função fagocitar bactérias). O soro utilizado na instituição para a irrigação das feridas será o de temperatura ambiente, enquanto aguarda-se a padronização e aquisição de equipamento próprio para o seu aquecimento. Utilizar uma baixa pressão ao limpar o leito da ferida para que o tecido neoformado não seja lesionado;
- **Antissépticos tópicos** – são controversos devido à citotoxicidade, não sendo indicados no processo de limpeza e terapia tópica de feridas abertas. Entretanto, quando o objetivo principal e momentâneo seja a redução de carga bacteriana, recomenda-se o uso cauteloso dos antissépticos tópicos. As formulações destinadas à limpeza de pele íntegra ou mucosa não devem ser utilizadas em feridas, mesmo que diluídas, devido a sua maior toxicidade.

DEBRIDAMENTO

Técnica que remove tecidos necróticos/desvitalizados que prejudicam o processo de cicatrização. A classificação prévia da lesão é essencial para tomar a conduta ideal. Antes de realizar o desbridamento, o profissional deverá avaliar o tipo de necrose e possível extensão, condições de saúde do paciente, existência de doenças de base, perfusão sanguínea, dor, entre



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
--	--	------------------------------	-------------------	-------------------

outros fatores. O uso de coberturas e métodos corretos e o controle de infecção garantirão um bom resultado ao desbridamento.

O anexo da Resolução do COFEN nº 567 de 2018, define a atuação dos profissionais Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem no tratamento de feridas, trazendo como atividade do profissional enfermeiro o seguinte item: “executar o desbridamento autolítico, instrumental, mecânico e enzimático). (**Anexo 13.1**)

- PRINCIPAIS TIPOS DE DESBRIDAMENTO

Enzimático-Este método de desbridamento passa fundamentalmente pela aplicação tópica de enzimas proteolíticas ou exógenas no leito da ferida, como a Colagenase(quebra fibras de colágeno presas no tecido necrótico), Fibrinolisin (quebra a fibrina), ou Papaína(ação bactericida). Os agentes Enzimáticos podem ser usados como método principal de desbridamento, especialmente quando não é possível o desbridamento cortante, bem como em combinação com outros métodos de desbridamento (desbridamento instrumental conservador e cirúrgico). É um desbridamento seletivo pois funciona apenas em tecido inviável e não é prejudicial ao tecido de granulação. Trata-se de uma escolha segura e eficaz no desbridamento da ferida, sendo que os efeitos secundários tendem a ser suaves e transitórios.

Autolítico-O desbridamento autolítico é um processo natural que pode ser promovido através do uso de produtos que têm por base o princípio da terapia em ambiente úmido, sendo que surge da conjunção de três fatores: hidratação do leito da ferida, fibrinólise e a ação de enzimas endógenas sobre os tecidos desvitalizados. Este tipo de desbridamento é seletivo, atraumático, não requer habilidades técnicas muito específicas e geralmente é bem tolerado pelos pacientes. Contudo é o método de desbridamento mais lento, não devendo assim ser utilizado quando se necessita de um desbridamento urgente. Todo o tipo de material de curativo que promova o ambiente úmido é um excelente veículo de promoção de desbridamento autolítico, salientando-se os hidrogéis, hidrocolóides, ácido graxos exercias (AGE). Estes criam um ambiente úmido na interface da ferida, que estimula a atividade das enzimas proteolíticas endógenas dentro da ferida, liquefazendo e separando o tecido necrótico do tecido saudável.

Mecânico- Consiste na remoção de tecido desvitalizado, podendo ser obtida por força física através de irrigação, fricção e uso de gaze úmida e seca. A irrigação da ferida realizada com pressões mais elevadas pode traumatizar tecidos viáveis, mas também podem auxiliar na remoção de processos infecciosos ou tecidos desvitalizados.

A fricção pode ser obtida pelo esfregação da ferida por 2 ou 3 minutos, utilizando gazes ou esponjas macias. Este método pode ser utilizado em feridas agudas, traumáticas, dependendo da extensão e profundidade da lesão e sob anestesia. Seu inconveniente é a dor, traumatismo e



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egitto COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	--	------------------------------	-------------------	-------------------

sangramento dificultando a preservação do tecido viável. O método de gazes úmidas e secas é utilizado para a gaze úmida aderir ao leito da ferida e ser removido traumáticamente quando estiver seco. Este método ocasiona dor e traumatismo, favorecendo o sangramento, além de remover não apenas a necrose, mas também os tecidos viáveis estando em desuso por não ser seletivo.

Cirúrgico- Deve ser realizada pelo cirurgião, de preferência em sala cirúrgica, sob anestesia e técnica asséptica. O objetivo desta ressecção é remoção mais rápida, de grande área de necrose, sepse, infecção. Estas ressecções costumam ser amplas, incluindo margem viável da ferida.

Biológico- utilização de larvas para remoção de tecidos desvitalizados. Terapia não empregada em nossa unidade.

- TÉCNICAS DE DESBRIDAMENTO

Existem técnicas específicas, com uso de bisturi, para realização instrumental de um desbridamento.

Técnica de Slice: utiliza-se uma lamina de bisturi ou tesoura a fim de remover a necrose que se apresenta na ferida de forma desorganizada. Indicada em casos de necrose de liquefação ou de coagulação

Técnica de Cover: utiliza-se uma lamina de bisturi para descolamento das bordas do tecido necrótico. Após o descolamento completo das bordas e melhor visão do comprometimento tecidual inicia-se a retirada da área comprometida separando-a do tecido íntegro até que toda a necrose saia em forma de uma "tampa". Mais indicada para necrose de coagulação. Observação: o paciente pode queixar-se de dor se o tecido sadio for atingido

Técnica de Square: Utiliza-se uma lamina de bisturi para realização, no tecido necrótico, de pequenos quadradinhos (2 mm a 0,5 cm) que poderão ser delicadamente removidos da lesão um a um, sem risco de comprometimento tecidual mais profundo. Mais indicada para necrose de coagulação. Esta técnica também poderá ser utilizada para facilitar a penetração de substâncias desbridante no tecido necrótico.




PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
--	--	------------------------------	-------------------	-------------------

CLASSIFICAÇÃO DAS TÉCNICAS DE DESBRIDAMENTO

Técnica de Cover			
Técnica de Square			
Técnica de Slice			

10. CURATIVO

O curativo ideal deverá:

- Remover o excesso de umidade: para evitar maceração.
- Manter a umidade: secar apenas a pele adjacente.
- Ser isolante térmico: evitar o uso de soluções muito frias para irrigar a lesão.
- Impermeável: a cobertura deve proteger a lesão de traumas e contaminação externa.
- Isento de partículas tóxicas: evitar o uso de produtos de origem desconhecida.
- Não aderente: não causar trauma na retirada.
- Permeável: permite a troca de gases entre o meio interno e externo.

O sistema de cores RYB é muito usado e ajuda a identificar facilmente os tipos de tecido da pele e qual seu respectivo tratamento. O nome é a sigla das cores utilizadas, em inglês: Vermelho (*Red*), Amarelo (*Yellow*) e Preto (*Black*). É uma alternativa simples e dinâmica para o direcionamento das ações práticas da avaliação e condução do tratamento.



PROTEGER A VERMELHA - Tecido de Ganulação



LIMPAR A AMARELA – Esfacelo (necrose de liquefação)



DEBRIDAR A PRETA – Necrose de coagulação

Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------

• CUIDADOS GERAIS COM FERIDAS

- Limpar suavemente com soro fisiológico preferencialmente aquecido, evite esfregar;
- Remover o tecido desvitalizado. Se possível, efetue a remoção no momento da limpeza da lesão;
- Preparar a pele na área ao redor da lesão (peri-lesional) para promover a aderência do curativo e proteger a pele saudável (se necessário, faça uso do protetor cutâneo);
- Selecionar os curativos primários e secundários adequados: faça as seleções de curativos com base na profundidade da ferida (parcial x espessura total), condições da pele adjacente, grau de colonização, quantidade de exsudato e o tamanho da ferida;
- Preencher os espaços em lesões cavitárias;
- Utilizar técnica de curativo estéril : com material estéril (pinças ou luvas), solução fisiológica 0,9% aquecida e cobertura estéril.
- Manter um leito limpo úmido é o objetivo, pois isso promove a granulação, cicatrização e fechamento.
- Avaliar a ferida a cada troca de curativo para verificar a resposta ao tratamento e escolha do cobertura em uso.

REALIZAÇÃO DO CURATIVO:

- Preparar o material no carrinho de curativo;
- Organizar ambiente para o cuidado;
- Posicionar o indivíduo (facilitar o cuidado);
- Proporcionar privacidade ao paciente;
- Selecionar o curativo a ser realizado, caso o paciente possua mais de uma ferida, iniciar sempre pelas feridas menos contaminadas;
- Dispor o material evitando contaminação;
- Abrir o pacote de curativo, usando técnica asséptica, tocando apenas na face externa do campo;
- Expor o cabo de uma das pinças, pegando-a pela ponta com o auxílio do campo, tocando-o somente na face externa. Com uso desta pinça, dispor as demais com os cabos voltados para a borda do campo.
- Colocar gazes suficientes para o procedimento sobre o campo e coberturas selecionadas;
- Realizar a desinfecção do frasco de soro fisiológico (preferencialmente morno) com álcool 70% no local em que será inserida a agulha 40x12;

Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------

- Remover o curativo com o auxílio da pinça colocá-lo no lixo, desprezando a seguir a pinça na borda do campo, afastada das demais pinças;
- Umedecer com soro fisiológico as gazes que estão em contato direto com a ferida antes de removê-las, para minimizar a dor e o traumatismo da pele e ou o tecido de granulação em lesões abertas;
- Medir os bordos da ferida, registrando altura, largura e profundidade, em centímetros, utilizando régua descartável;
- Limpar a lesão com jato de soro fisiológico
- Realizar a limpeza das bordas e pele adjacente com gazes umedecidas com soro fisiológico;
- Na presença de tecido desvitalizado, avaliar a necessidade de desbridamento
- Cobrir a lesão com a cobertura selecionada e realizar cobertura secundária com gaze, compressas ou ataduras, conforme quantidade de exsudato e localização anatômica da lesão.
- Fixar com esparadrapo, fita microporosa ou filme transparente;
- Identificar curativo com data, nome do profissional que realizou e cobertura primária utilizada;
- Organizar a unidade do paciente;
- Desprezar o material conforme rotina;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Realizar evolução em prontuário eletrônico. Os registros devem ter uma linguagem objetiva sendo fundamental que as informações permitam acompanhar a evolução das lesões. Assim, eles devem incluir:

- Localização, área anatômica
- Condições da pele adjacente.
- Dimensão da lesão.
- Aspecto da lesão.
- Características do exsudato (coloração, odor, quantidade)
- Relatar o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia.
- Produtos utilizados na limpeza da lesão e se foi realizado desbridamento.

Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------

- Coberturas utilizadas.
- Tempo previsto para troca.

11. ESCOLHA DA COBERTURA

A seleção da cobertura representa apenas uma parte no tratamento das lesões. Cada tratamento é uma seqüência de ações, orientações e cuidados; cada ferida e cada paciente devem ser vistos de forma única e individual. Nem todos os produtos são apropriados para todas as feridas e suas fases de cicatrização. Cada qual tem sua fase específica. O enfermeiro deve criar um plano de cuidados personalizado para cada paciente.

COBERTURAS PADRONIZADAS NA SES/ DF (Anexo 13.2)

- 1- **ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS:** Óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja. Mantém o meio úmido; promove angiogênese, acelera o processo de granulação tecidual, forma película protetora na pele e auxilia o desbridamento autolítico.

Indicação: Prevenção de LPP; feridas com tecido de granulação

Frequência de troca: A cada 24 horas ou conforme saturação de cobertura secundária

O uso prolongado pode causar hipergranulação da ferida. Pode ser associado a outras coberturas.

ALGINATO DE CALCIO: Constituídos por fibras extraídas de algas marinhas marrons, compostas pelos Ácidos Gúlrônico e Manurônico, apresentando íons cálcio e sódio incorporado. Apresentação: Curativo de alginato de cálcio 10 cm x 10 cm; curativo de alginato de cálcio 10 cm x 20 cm. Absorve grande quantidade de exsudato; auxilia no desbridamento autolítico e promove hemostasia em lesões sangrantes.

Indicação: Lesões exsudativas moderadas a altas com ou sem sangramentos; áreas doadoras de enxerto; lesões cavitárias em geral; desbridamento de pequenas áreas de necrose de liquefação. Não utilizar em feridas secas ou com pouco exsudato, pele íntegra para prevenção de LPP, grandes queimados e sobre ossos e tendões.

Frequência de troca: Feridas infectadas no máximo a cada 24 horas. Feridas limpas com sangramento a cada 48 horas ou quando saturado; ou conforme saturação do curativo secundário e aderência da cobertura no leito da ferida.

BIATAN: É um curativo de espuma absorvente com prata para feridas infectadas. Sua tecnologia permite o manejo adequado do espaço morto e do exsudato, combinada com a liberação sustentada da prata no leito da ferida.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
--	--	------------------------------	-------------------	-------------------

Apresentação: Curativo de espuma de poliuretano com prata, com ou sem alginato, não aderente (tamanho mínimo 15 cm x 15 cm).

Indicação: Feridas com exsudato moderado a alto, feridas cavitárias altamente colonizadas ou infectadas.

Frequência de troca: No máximo a cada 7 dias ou conforme saturação da cobertura secundária. Contraindicado para lesões com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais, lesões com necrose seca ou tecido inviável e hipersensibilidade a prata.

- 3- BOTA DE UNNA:** Terapia compressiva, bandagem inelástica não estéril impregnada com pasta de óxido de zinco. Exerce força de contensão no membro acometido. Aumenta o fluxo venoso nos membros inferiores. Promove fibrinólise e aumenta a pressão intersticial local. Mantém o meio úmido necessário à cicatrização.

Indicação: Úlceras venosas de perna; edema linfático. Não indicado para úlceras arteriais e mistas; celulites e processo inflamatório intenso, pois a compressão aumentará a dor no local; pacientes com diabetes mellitus, pois há risco de diminuição da perfusão sanguínea no membro acometido e pacientes com hipersensibilidade à algum componente da fórmula

Frequência de troca: -Troca a cada 7 dias. Em caso de desconforto, vazamento de exsudato, sinais clínicos de infecção, dormência e latejamento dos dedos ou em caso de quaisquer outras irritações locais deve-se retirar a bandagem imediatamente. Não pode ser cortada e aplicada sobre a lesão.

- 4- CARVÃO ATIVADO:** Camada de tecido de carvão ativado impregnado com prata inserido em um envoltório de não tecido com borda selada em toda sua extensão que absorve exsudato, controla o odor e reduz flora bacteriana.

Apresentação: Curativo com carvão ativado e prata 10,5 cm x 10,5 cm sachê obs: não recortável; curativo com carvão ativado e prata 10,5 cm x 19,5 cm obs: recortável

Indicação: Lesões infectadas com ou sem odor; lesões profundas com exsudação moderadas à abundante. Não usar em feridas limpas; queimaduras; lesões pouco exsudativas, hemorrágicas ou com necrose de coagulação.

Frequência de troca: No máximo 7 dias ou conforme saturação da cobertura.

- 5- COLAGENASE:** Mantém o meio úmido; promove o desbridamento enzimático suave.

Apresentação: Colagenase pomada dermatológica 0,6 ui/g ou 1,2 ui/g bisnaga 30 g.

Indicação: Feridas com tecido desvitalizado. Não deve ser usada em tecido de granulação ou em pacientes com hipersensibilidade à enzima da fórmula.

Frequência de troca: A cada 24 horas.

Promove um desbridamento lento, a pele peri-lesão deve ser protegida.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
--	--	------------------------------	-------------------	-------------------

6- FILME TRANSPARENTE OU SEMI-PERMEÁVEL: Forma uma camada protetora da pele, age como barreira à contaminação da ferida; é impermeável a água e outros agentes; adapta-se aos contornos do corpo e permite visualização direta da lesão.

Apresentação: Filme adesivo transparente não estéril.

Indicação: Prevenção de LPP; proteção de pele íntegra e escoriações; impermeabilização na cobertura secundária de lesões. Não indicado para pacientes com sudorese aumentadas; lesões exsudativas e em casos de hipersensibilidade.

7- HIDROCOLÓIDE: Mantém o meio úmido; atua como barreira térmica, microbiana e mecânica; reduz atrito.

Apresentação: Curativo hidrocolóide 15 cm x 15 cm.

Indicação: Prevenção ou tratamento de LPP não infectadas; lesões abertas e planas com pouca a moderada exsudação; ferida cirúrgicas limpas; barreira protetora de área perilesional e para efluentes de estomas. Não usar em feridas muito exsudativas; infectadas; cavitárias; R região sacra em caso de incontinência fecal e urinária e indivíduos sensíveis aos componentes do produto.

Frequência de troca: Trocar no máximo a cada 7 dias, sempre que houver saturação da cobertura ou o curativo descolar. Pode causar maceração da área perilesional quando ultrapassar o prazo de troca.

8- HIDROFIBRA: Carboximetilcelulose sódica em placa ou fita associado à prata. Mantém o meio úmido, favorece o desbridamento autolítico; absorve grande quantidade de exsudato e reduz a dor e o trauma no momento da troca.

Apresentação: Curativo de hidrofibra com prata. 15 cm x 15 cm.

Indicação: Lesões com moderada a grande quantidade de exsudato, infectadas ou com risco de infecção; úlceras vasculares, diabéticas e LPP; Queimaduras de espessura parcial (2ª grau). Não usar em feridas secas ou indivíduos com sensibilidade aos componentes do produto.

Frequência de troca: Trocar em no máximo 7 dias ou por vazamento, sangramento excessivo e dor. Não deve ser associado à produtos a base de óleo.

9- HIDROGEL: Gel constituído por água purificada, propilenoglicol, carbômero 940, trietanolamina, alginato de cálcio e sódio, conservantes e carboximetilcelulose que mantém o meio úmido e promove o desbridamento autolítico

Apresentação: Hidrogel: curativo de alginato de cálcio e/ou carboximetilcelulose

Indicação: Feridas secas ou pouco exsudativas; tecidos desvitalizados; áreas doadoras de pele; queimaduras de 1º e 2º graus; desbridamento leve de necrose de liquefação e de necrose de



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------

coagulação. Não indicada para Feridas com exsudato; pele íntegra; queimaduras de terceiro grau e sensibilidade aos componentes do produto.

Frequência de troca: Até 48 horas, se ferida infectada, troca em 24 horas.

Pode provocar maceração de bordas da lesão e pele adjacente.

10-HIDROPOLÍMERO: Apresentação: Curativo adesivo de hidropolímero/espuma com tamanho mínimo 10 cm x 10 cm; Curativo adesivo de hidropolímero/espuma com tamanho mínimo 15 cm x 15 cm; curativo adesivo de hidropolímero/espuma sacral com tamanho mínimo 18 cm x 18 cm Curativo estéril, hidrocélular semi-permeável e multilaminar, composto por uma camada externa de filme de poliéster/poliuretano, espuma de poliéster/poliuretano contendo hidrogel, tecido de poliéster e poliácido e camada adesiva hipoalergênica de acrílico.

Mantém o meio úmido; favorece o desbridamento autolítico; absorve grande quantidade de exsudato e reduz o trauma na troca do curativo.

Indicação: Lesões planas; preenchimento para lesões cavitárias; lesões limpas em fase de granulação com média a pequena quantidade de exsudato.

Frequência de troca: Troca a cada 7 dias ou conforme saturação ou descolamento da cobertura.

11- SULFADIAZINA DE PRATA: É um agente cicatrizante e antimicrobiano tópico de fácil aplicação.

Apresentação: Sulfadiazina de prata creme dermatológico 1% frasco ou pote 400 g; sulfadiazina de prata creme dermatológico 1% bisnaga 50 g.

Indicação: Lesões com grande potencial de infecção e risco de evolução para infecção generalizada; queimaduras; úlceras de perna, LPP e feridas cirúrgicas. Não usar em gestantes no final da gestação, em crianças prematuras e recém-natos nos dois primeiros meses de vida e pacientes alérgicos aos componentes da formulação.

Frequência de troca: A cada 24 horas ou 12 horas em caso de lesões muito exsudativas. O uso a longo prazo pode levar a impregnação por prata com hipersensibilidade local ou sistêmica.

12-TELA NÃO ADERENTE (PETROLATUM): Mantém o meio úmido; não adere ao leito da ferida; promove o equilíbrio da umidade da lesão, permitindo que o exsudato seja absorvido pelo curativo secundário.

Apresentação: Curativo não aderente com petrolatum 7,5 cm x 150 cm obs: rolo de uso hospitalar e ambulatorial; curativo não aderente com petrolatum 7,6 cm x 7,6 cm.

Indicação: Lesões superficiais de queimaduras, úlceras, feridas superficiais limpas, abrasões, lacerações, áreas doadoras de enxerto. Não é indicado para feridas infectadas e com intenso exsudato.

Frequência de troca: Pode permanecer até 7 dias, mas a troca deverá levar em consideração a saturação da cobertura secundária e possível aderência da cobertura no leito da lesão.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egitto COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	--	------------------------------	-------------------	-------------------

Requer uso de cobertura secundária.

13- SILVERCOAT: Curativo estéril não aderente impregnado com prata que desenvolve uma potente ação antimicrobiana sendo capaz de combater os microorganismos presentes no leito da ferida, assim como prevenir que uma ferida limpa fique infectada.

Apresentação: Curativo estéril não aderente impregnado com prata .Silvercoat

Indicação: Lesões infectadas com exsudação mínima a intensa, com presença de esfacelos e necrose; pequenas abrasões, cortes, arranhões (escoriações), queimaduras, incisões, áreas doadoras de enxertos cutâneos, lacerações, úlceras dérmicas de estágio II a IV (úlceras venosas, lesões por pressão e úlceras diabéticas). Pode ser utilizado como barreira física para prevenção de infecção. Fácil de manusear recortável, flexível e ativo em ambos os lados

Pode ser utilizado como curativo primário

Frequência de troca: A cada 7 dias ou conforme saturação da cobertura.

12. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz, www.saude.df.gov.br, acesso em 20 de Maio de 2020.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BR). Anexo da Resolução Cofen nº 567/2018, que regulamenta a assistência de enfermagem aos pacientes com feridas.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – Ministério da Educação .**POP: Prevenção de Lesão por Pressão** – Núcleo de Segurança do Paciente – Campina Grande: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020. 16p.

HEMORIO – **Protocolos de Enfermagem: Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão** - 3ª edição, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/protocolo_ulcera.pdf>

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – Unicamp. **Manual de Processos de Trabalho do Núcleo de Estomaterapia: Estomias, Feridas e Incontinência.** 3ª edição. Campinas 2016. Disponível em: <<https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/estomaterapia.pdf>> Acesso 13/08/2021.

Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egipto COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
--	--	----------------------------------	-----------------------	-------------------------

HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – HU UFSC/EBSERH – POP: **Cuidados com a integridade cutânea**. Versão 02. Santa Catarina 2017. Disponível em: <

http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/INTEGRIDADE_CUTANEA/CUIDADOS_INTEG_CUTANEA.pdf>

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – Secretaria Municipal de Saúde: **Manual de Padronização de Curativos**. São Paulo, 2021. Disponível em: <
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital_.pdf>

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS – **Manual de Curativos**. Campinas, 2021. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Curativos.pdf.



Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	--	---	------------------------------	-------------------

13. ANEXOS

13.1- ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN N º 567/2018



Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------



ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 0567/2018

REGULAMENTO DA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM FERIDAS

I. REGULAMENTAÇÃO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AOS PACIENTES COM FERIDAS

1. Geral:

- a) 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:

- a) Abrir clínica/consultório de enfermagem para a prevenção e cuidado aos pacientes com feridas, de forma autônoma e empreendedora, respeitadas as competências técnicas e legais.
- b) 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 - PNSP, do Sistema Único de Saúde-SUS.
- c) Prescrever medicamentos e coberturas utilizados na prevenção e cuidado às pessoas com feridas, estabelecidas em Programas de Saúde e/ou Protocolos Institucionais.
- d) Realizar curativos em todos os tipos de feridas, independente do grau de comprometimento tecidual.
- e) Executar o desbridamento autolítico, instrumental, mecânico e enzimático.
- f) Realizar a terapia de compressão elástica e inelástica de alta e baixa compressão, de acordo com diagnóstico médico (úlceras venosas ou mistas e linfedemas).
- g) Participar da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e cuidado aos pacientes com feridas.

Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------



- h) Estabelecer política de avaliação dos riscos potenciais, por meio de escalas ou outras ferramentas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional.
- i) Desenvolver e implementar plano de intervenção para o indivíduo em risco de desenvolver lesão/úlceras por pressão.
- j) Avaliar 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.
- k) Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias.
- l) Utilizar novas técnicas e tecnologias tais como laser e LED, terapia por pressão negativa, eletroterapia, hidrozonioterapia, entre outros, mediante capacitação.
- m) Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomada de decisão imediata.
- n) Garantir com eficácia e eficiência o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito no contexto do processo de enfermagem.
- o) 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.
- p) Delegar ao Técnico de Enfermagem os curativos de feridas, respeitadas suas competências técnica e legais, considerando risco e complexidade.
- q) Prescrever cuidados de enfermagem às pessoas com feridas a serem executados pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as disposições legais da profissão.
- r) Solicitar exames laboratoriais e radiografias inerentes ao processo do cuidado, estabelecidos em protocolos institucionais, às pessoas com feridas.
- s) Utilizar materiais, equipamentos, medicamentos e novas tecnologias aprovados e que venham a ser aprovados pela Anvisa, para a prevenção e cuidado às pessoas com feridas.
- t) Executar, coordenar e supervisionar as atividades de enfermagem relacionadas à terapia hiperbárica.
- u) 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.
- v) Realizar coleta de material para exame microbiológico das feridas quando necessário o diagnóstico etiológico de infecção.
- w) Participar e solicitar parecer técnico das Comissões de Curativos.

Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------



- x) Realizar referência para serviços especializados ou especialistas quando necessário.
- y) Garantir a contra referência quando em serviços especializados.
- z) Registrar todas as ações executadas e avaliadas no prontuário do paciente.

II. REGULAMENTAÇÃO DA ATUAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM FERIDAS

- a) Realizar curativo nas feridas sob prescrição e supervisão do Enfermeiro.
- b) Auxiliar o Enfermeiro nos curativos.
- c) Informar à pessoa quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida, enquanto componente da equipe de enfermagem;
- d) 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.
- e) Manter-se atualizado participando de programas de educação permanente.

III. ATUAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS PACIENTES COM FERIDAS

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

Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	--	---	------------------------------	-------------------

13.2- COBERTURAS DISPONÍVEIS NA SES/DF



Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
--	--	------------------------------	-------------------	-------------------

É tempo de ação.



GDF

Câmara Técnica de Cuidados com a Pele

CATCP/DIENF/COASIS/SAIS/SES

INFORMATIVO: JULHO/2021

A CATCP informa as coberturas, adesivos, fixadores, pomadas e óleos para tratamento e prevenção de lesões de pele disponíveis na rede e seus respectivos códigos:

COBERTURA	CÓDIGO SES	QUANTITATIVO: FARMÁCIA CENTRAL
CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 10 CM x 10 CM	25057	452 uni
CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA COM TAMANHO MÍNIMO 15 CM x 15 CM,	25058	480 uni
CURATIVO ADESIVO DE HIDROPOLÍMERO/ESPUMA SACRAL COM TAMANHO MÍNIMO 18 CM X 18 CM.	5544	1.870 uni
CURATIVO HIDROCOLÓIDE 15 CM x 15 CM	35782	6.310 uni
CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM x 10,5 CM SACHÊ OBS: NÃO RECORTÁVEL	35784	6.990 uni
CURATIVO COM CARVÃO ATIVADO E PRATA 10,5 CM x 19,5 CM OBS: RECORTÁVEL	35783	Em processo de aquisição. Estoque local no HRC,HRG,HRS,UBS-6 Santa Maria e UBS-5 Planaltina.
CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM x 10 CM	91137	15.740 uni
CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO 10 CM x 20 CM	91139	7.930 uni

Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	---	----------------------------------	-----------------------	-------------------

COBERTURA	CÓDIGO SES	QUANTITATIVO: FARMÁCIA CENTRAL
CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO E/OU CARBOXIMETILCELULOSE (CURATIVO DE HIDROGEL)	25066	Em processo de aquisição. Estoque local em: HRS, HRC, UBS-8 de Samambaia e Sist. Prisional.
CURATIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA, COM OU SEM ALGINATO, NÃO ADERENTE, TAMANHO MÍNIMO 15 CM x 15 CM . OBS: BIATAIN	25060	2.850 uni
CURATIVO ESTERIL NÃO ADERENTE IMPREGNADO COM PRATA. OBS: SILVERCOAT	32463	2.868 uni
CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,5 CM X 150 CM OBS: ROLO DE USO HOSPITALAR E AMBULATORIAL.	34026	549 uni
CURATIVO NÃO ADERENTE COM PETROLATUM 7,6 CM X 7,6 CM OBS: GAZE- USO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	35775	5.750 uni
CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 4 CM x 5 CM- ESTÉRIL	91124	11.968 uni
CURATIVO EM PELÍCULA TRANSPARENTE ADESIVO COM GEL DE CLOREXIDINA 2% OBS: FIXAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL	23075	5.499 uni
CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE PARA CATETER VASCULAR 7 CM X 8 CM- ESTÉRIL	91120	16.900 uni
CURATIVO BOTA DE UNNA- NÃO ESTÉRIL	35777	2.297 uni
CURATIVO DE HIDROFIBRA COM PRATA. 15 CM X 15 CM	91207	9.327 uni

Elaborado por Enfermeira Lorena Cavalcante R. Torres

COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	--	---	------------------------------	-------------------



Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egitto COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	--	------------------------------	-------------------	-------------------

ADESIVOS E FIXADORES		
PRODUTO	CÓDIGO SES	QUANTITATIVO: FARMÁCIA CENTRAL
FIXADOR ADESIVO DE CÂNULA, SONDA E CATETER NASAL ADULTO.	12329	14.220 uni
FILME ADESIVO TRANSPARENTE NAO ESTERIL. Aplicação: impermeabilização na cobertura secundária de lesões.	32464	780 uni
CURATIVO ANTISSEPTICO CIRCULAR PRONTO PARA USO, ESTÉRIL. Aplicação: curativo para finalização do procedimento de punção venosa, pós coleta.	36552	62.000 uni
POMADAS/CREMES/ÓLEOS		
PRODUTO	CÓDIGO SES	QUANTITATIVO: FARMÁCIA CENTRAL/ALMOXARIFADO CENTRAL
ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS AGE	3365	5.678 Frascos
SULFADIAZINA DE PRATA CREME DERMATOLÓGICO 1% FRASCO OU POTE 400 G	30977	Estoque local em: HRS, HRL, HRG e HMIB.
SULFADIAZINA DE PRATA CREME DERMATOLÓGICO 1% BISNAGA 50 G	90245	7.400 bisnagas
COLAGENASE POMADA DERMATOLÓGICA 0,6 UI/G OU 1,2 UI/G BISNAGA 30 G	18561	7.650 bisnagas
OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A + VITAMINA D POMADA DERMATOLÓGICA BISNAGA 45 G	90814	NUMEBE 4.960 bisnagas

CÂMARA TÉCNICA DE CUIDADOS COM A PELE

JULHO DE 2021

catcp.dienf@saude.df.gov.br

Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: Jesana Adorno Amaro COREN/DF 89187	Elaborado em: AGOSTO/2021	Nº REVISÃO: 01	POP 86
---	--	---	------------------------------	-------------------



Elaborado por: Enfermeira: ALINE CARVALHO BOAVENTURA
Enfermeira: LORENA CAVALCANTE R. TORRES

COREN/DF 179716
COREN/DF 312770

Agosto/2021

Revisão: Enfermeira Jesana Adorno Amaro

COREN DF 89187

Abril/2024