

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 1/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

1 OBJETIVOS

- 1.1 São a proteção da ferida, prevenção de infecção em caso de fechamento por segunda intenção ou uso de dreno e facilitação do processo de cicatrização.
 - 1.1.1 Promover meio ótimo para cicatrização;
 - 1.1.2 Manter ambiente e técnica ideal para a reparação tecidual;
 - 1.1.3 Prevenir infecção local;
 - 1.1.4 Assegurar a tranquilidade e conforto do paciente.

2 RESPONSÁVEIS

- 2.1 Enfermeiros;
- 2.2 Técnicos de enfermagem.

3 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 3.1 Pinça dente-de-rato;
- 3.2 Pinça de Kocher;
- 3.3 Pinça de Kelly;
- 3.4 Gaze estéril (quantidade de acordo com o tamanho e tipo de curativo);
- 3.5 Bandeja ou cuba rim (opcional);
- 3.6 Luva de procedimento;
- 3.7 Solução fisiológica (SF 0,9%);
- 3.8 Fita adesiva (esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica);
- 3.9 Atadura de crepom se necessário;
- 3.10 Mesa auxiliar;
- 3.11 Lixeira com saco branco leitoso;
- 3.12 Lixeira com saco preto.

4 SIGLAS

- 4.1 IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
- 4.2 SF – Solução fisiológica

5 CONCEITO

- 5.1 Curativo ou cobertura é definido como um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de material sobre uma ferida para sua proteção, absorção e drenagem, com o intuito de melhorar as

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

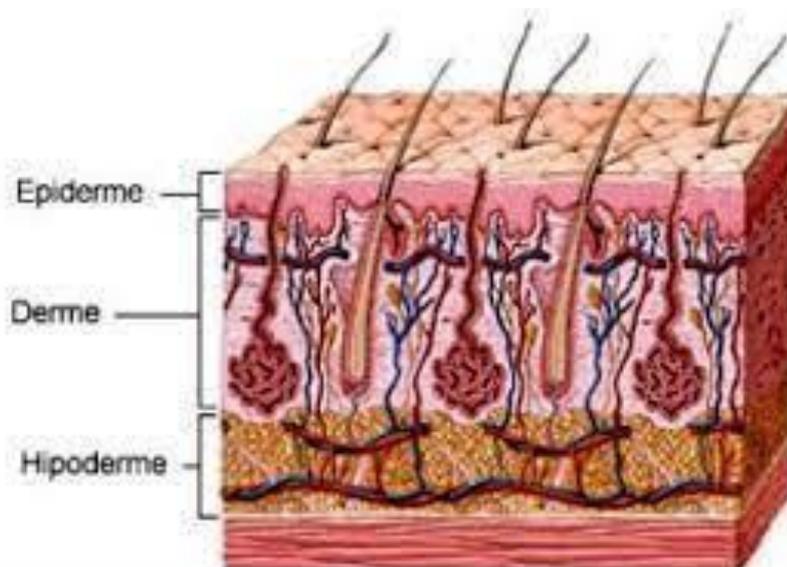
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 2/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

condições do leito da ferida e auxiliar em sua resolução. Eles têm a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecções.

- 5.2 Tratar de uma lesão, não significa apenas aplicar um produto ou substância, significa cuidar de um ser único, que possui suas peculiaridades e devem ser respeitadas na hora de escolher a forma de tratamento e a técnica de curativo.
- 5.3 As técnicas de curativos são procedimentos assépticos que vão desde a irrigação com solução fisiológica até a cobertura específica que auxiliarão no processo de cicatrização.
- 5.4 A enfermagem deve ser bastante criteriosa, quanto aos medicamentos nas lesões e nas técnicas de curativos corretas, sem contaminações, pois podem interferir de uma forma positiva ou negativa na cicatrização.

6 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

- 6.1 A pele é o maior órgão humano: um adulto é revestido por aproximadamente 2m² de pele, com aproximadamente 2 mm de espessura, o que representa cerca 15% do peso corporal.
- 6.2 É formada por duas camadas primárias e uma camada de gordura subcutânea, cada camada com características e funções diferentes: derme, epiderme e a hipoderme subcutânea, além de órgãos anexos como folículos pilosos, glândulas sudoríparas, sebáceas e unhas:
 - 6.2.1 EPIDERME: (1a camada): é a camada mais externa da pele e consiste primariamente em queratinócitos, que a impermeabiliza. A epiderme está em constante renovação, as células mais antigas são substituídas por outras mais novas em uma renovação que ocorre em média a cada 12 dias.
 - 6.2.2 DERME: (2a camada): localizada entre a epiderme e a hipoderme, a derme é formada por tecido conjuntivo que contém fibras proteicas, vasos sanguíneos e linfáticos, terminações nervosas, órgãos sensoriais e glândulas. As fibras são produzidas por células chamadas fibroblastos, que permitem a elasticidade, tração e conferem maior resistência à pele.



HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 3/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

6.2.3 HIPODERME: (3a camada): a última camada da pele é basicamente formada por células de gordura e faz conexão entre a derme e a fáscia muscular; atuando como reservatório energético, isolante térmico, proteção contra choques mecânicos, fixação dos órgãos e modelando a superfície corporal.

7 AS FUNÇÕES DA PELE

A pele desempenha muitas funções vitais, destacando-se a proteção das estruturas internas, percepção sensorial, regulação da temperatura corporal, excreção, metabolismo e absorção:

7.1Quadro 1: Funções da Pele.

FUNÇÕES DA PELE		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Força e elasticidade ✓ ↑ regeneração ✓ Resiste à perda de água e eletrólitos ✓ Responsável pela produção de Vitamina D ✓ Secreção e Excreção 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Protege contra agentes químicos, físicos e biológicos; ✓ Recebe estímulos sensoriais externos; ✓ Armazenagem de nutrientes (lipídios, água, vitaminas etc.) ✓ Imunorregulação 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promove estímulo visual, olfativo e tátil ✓ Interligada com o metabolismo do corpo humano, refletindo alterações sistêmicas

8 FERIDAS E CLASSIFICAÇÃO

8.1 Ferida é qualquer lesão que interrompa a continuidade da pele. Pode atingir a epiderme, a derme, o tecido subcutâneo e a fáscia muscular, chegando a expor estruturas profundas do organismo.

8.2 As feridas são classificadas segundo diversos parâmetros, que auxiliam no diagnóstico, evolução e definição do tipo de tratamento, tais como cirúrgicas, traumáticas e ulcerativas.

8.2.1 CIRÚRGICAS – provocadas por instrumentos cirúrgicos, com finalidade terapêutica, podem ser:

8.2.1.1 Incisivas: perda mínima de tecido;

8.2.1.2 Excisivas: remoção de áreas de pele.

8.2.2 TRAUMÁTICAS – feridas provocadas acidentalmente por agentes:

8.2.2.1 Mecânicos: como um prego, espinho ou por pancadas;

8.2.2.2 Físicos: como temperatura, pressão, eletricidade;

8.2.2.3 Químicos: ácidos ou soda cáustica, por exemplo;

8.2.2.4 Biológicos: contato com animais ou penetração de parasitas.

8.2.3 ULCERATIVAS - lesões escavadas, circunscritas, com profundidade variável, podendo atingir desde camadas superficiais da pele e músculos. As úlceras são classificadas conforme as camadas de tecido atingido:

8.2.3.1 Estágio I: pele avermelhada, não rompida, mácula eritematosa bem delimitada, atingindo epiderme;

8.2.3.2 Estágio II: pequenas erosões na epiderme ou ulcerações na derme. Apresenta-se normalmente com

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 4/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

abrasão ou bolha;

8.2.3.3 Estágio III: afeta derme e tecido subcutâneo;

8.2.3.4 Estágio IV: perda total da pele atingindo músculos, tendões e exposição óssea.

9 TEMPO DE CICATRIZAÇÃO

9.1 A ferida aguda é quando há ruptura da vascularização com desencadeamento imediato do processo de hemostasia. Na reação inflamatória aguda, as modificações anatômicas dominantes são vasculares e exsudativas, e podem determinar manifestações localizadas no ponto de agressão ou ser acompanhada de modificações sistêmicas. A contração das margens inicia em cerca de 5 dias após a lesão e tem seu pico em 2 semanas.

9.2 Se a ferida não fechar até 3 semanas após a ruptura da pele, a contração cessa, caracterizando então a ferida como crônica.

9.3 Ferida crônica é quando há desvio na sequência do processo cicatricial fisiológico. A inflamação crônica pode resultar em um longo processo de cura e evoluir com resposta muito diferente das manifestações clássicas da inflamação aguda.

10 CONTEÚDO BACTERIANO

10.1 A ferida pode apresentar conteúdo bacteriano, sendo caracterizada em diferentes formas:

10.1.1 Limpa: lesão feita em condições assépticas e que está isenta de microrganismos;

10.1.2 Limpa contaminada: lesão com tempo inferior a 6 horas entre o trauma e atendimento, sem contaminação significativa;

10.1.3 Contaminada: lesão com tempo superior a 6 horas entre o trauma e atendimento, com presença de contaminantes, mas sem processo infeccioso local;

10.1.4 Infectada: presença de agente infeccioso local e lesão com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos, podendo haver pus;

10.1.5 Odor: produzido por bactérias e tecidos em decomposição.

11 PRESENÇA DE EXSUDATO

11.1 O exsudato é um material fluido, composto por células que escapam de um vaso sanguíneo e se depositam nos tecidos ou nas superfícies teciduais, usualmente como resultado de um processo inflamatório. Sua coloração depende do tipo de exsudato e pode ser característica do pigmento específico de algumas bactérias.

11.2 **CARACTERÍSTICAS DO EXSUDATO:** as colorações mais frequentes são as esbranquiçadas, as amareladas, as avermelhadas, as esverdeadas e as achocolatadas.

11.2.1 Exsudato seroso é caracterizado por uma extensa liberação de líquido, com baixo conteúdo proteico. Esse tipo de exsudato inflamatório é observado precocemente nas fases de desenvolvimento da maioria das reações inflamatórias agudas, encontrada nos estágios da infecção bacteriana;

11.2.2 Exsudato sanguinolento é decorrente de lesões com ruptura de vasos ou de hemácias;

11.2.3 Exsudato purulento é um líquido composto por células e proteínas, produzido por um processo inflamatório asséptico ou séptico. Alguns microrganismos (estafilococos, pneumococos,

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 5/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

meningococos, gonococos, coliformes e algumas amostras não hemolíticas dos estreptococos) produzem de forma característica, supuração local e por isso são chamados de bactérias piogênicas (produtoras de pus);

- 11.2.4 Exsudato fibrinoso é o extravasamento de grande quantidade de proteínas plasmáticas, incluindo o fibrinogênio, e a participação de grandes massas de fibrina.

12 MORFOLOGIA

12.1 A morfologia descreve e detalha a localização, dimensões, números e profundidade das feridas.

12.2 Quanto à localização: as feridas ulcerativas frequentemente acometem usuários que apresentam dificuldades de deambulação.

12.2.1 Áreas de risco para pessoas que passam longos períodos sentados:

12.2.1.1 Tuberosidades isquiáticas;

12.2.1.2 Pés;

12.2.1.3 Espinha dorsal torácica;

12.2.1.4 Calcânhares.

12.2.2 Áreas de risco para quem passa longo período acamado:

12.2.2.1 Região sacrococcígea;

12.2.2.2 Região trocantérica, isquiática espinha íliaca;

12.2.2.3 Joelhos (face anterior, medial e lateral);

12.2.2.4 Cabeça (região occipital e orelhas);

12.2.2.5 Tornozelos;

12.2.2.6 Calcânhares;

12.2.2.7 Cotovelos;

12.2.2.8 Espinha dorsal;

12.3 Quanto às dimensões: Extensão da ferida em área = cm²:

12.3.1 Pequena: menor que 50 cm²

12.3.2 Média: maior que 50 cm² e menor que 150 cm²

12.3.3 Grande: maior que 150 cm² e menor que 250 cm²

12.3.4 Extensa: maior que 250 cm²

12.4 Quanto ao número:

12.4.1 existindo mais de uma ferida no mesmo membro ou área corporal com distância mínima de 2 cm entre elas, faça a somatória.

12.5 Quanto à profundidade:

12.5.1 Feridas planas ou superficiais: envolvem a epiderme, derme e tecido subcutâneo;

12.5.2 Feridas profundas: envolvem tecidos moles profundos, tais como músculos e fáscia;

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 6/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

12.5.3 Feridas cavitárias:

12.5.3.1 Caracterizam-se por perda de tecido e formação de uma cavidade com envolvimento de órgãos ou espaços. Podem ser traumáticas, infecciosas, por pressão ou complicações pós-cirúrgicas.

12.6 Mensuração:

12.6.1 Avalia comprimento x largura x profundidade.

12.6.2 Medida simples:

12.6.2.1 Mensurar uma ferida medindo-a em seu maior comprimento e largura, utilizando uma régua em centímetros (cm). É aconselhável associá-la à fotografia.

12.6.3 Medida cavitária:

12.6.3.1 Após a limpeza da ferida, preencher a cavidade com SF 0.9%, aspirar o conteúdo com seringa estéril e observar o valor preenchido em milímetros. Outra técnica utilizada é através da introdução de uma espátula ou seringa estéril na cavidade da ferida, para que seja marcada a profundidade. Após verificar o tamanho com uma régua.

13 CARACTERÍSTICAS DO LEITO DA FERIDA

13.1 Os tecidos viáveis compreendem:

13.1.1 Granulação: de aspecto vermelho vivo, brilhante, úmido, ricamente vascularizado;

13.1.2 Epitelização: revestimento novo, rosado e frágil.

13.2 Os tecidos inviáveis compreendem:

13.2.1 Necrose de coagulação (escara): caracterizada pela presença de crosta preta e/ou bem escura;

13.2.2 Necrose de liquefação (amolecida): tecido amarelo-esverdeado e/ou quando a lesão apresenta infecção, secreção purulenta;

13.2.3 Desvitalizado ou Fibrinoso: tecido de coloração amarela ou branca, que adere ao leito da ferida e se apresenta como cordões ou crostas grossas, podendo ainda ser mucinoso.

14 CICATRIZAÇÃO DA FERIDA

14.1 A cicatrização é um processo fisiológico dinâmico que busca restaurar a continuidade dos tecidos.

14.2 Devemos conhecer a fisiopatologia da cicatrização e entender os fatores que podem acelerar ou retardá-la para atuar de forma a favorecer o processo cicatricial.

14.3 Fases da cicatrização

14.3.1 Fase de inflamação ou exsudativa: (limpeza) – a primeira fase de hemostasia e inflamação iniciam-se com a ruptura de vasos sanguíneos e o extravasamento de sangue. Durante este processo ocorre o recrutamento de macrófagos e neutrófilos, ou seja, ocorre reação completa do tecido conjuntivo vascularizado em resposta à agressão do tecido, cujo objetivo é interromper a causa inicial (dor, calor, rubor e edema).

14.3.2 Fase proliferativa: (granulação e epitelização) – caracteriza-se pela neovascularização e proliferação de fibroblastos, com formação de tecido róseo, mole e granular na superfície da ferida (3 a 4 dias).

14.3.3 Fase de maturação ou remodelagem do colágeno: é a fase final de cicatrização de uma ferida,

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 7/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

caracterizada pela redução e pelo fortalecimento da cicatriz. Durante esta fase, a cicatriz se contrai e torna-se pálida e a cicatriz madura se forma de 3 semanas a 1 ano a mais.

- 14.4 Atenção: o tecido cicatricial sempre vai ser menos elástico do que a pele circundante.
- 14.5 Tipos de cicatrização: as feridas são classificadas pela forma como se fecham.
- 14.5.1 1ª intenção ou primária: a cicatrização primária envolve a reepitelização, na qual a camada externa da pele cresce fechada. As feridas que cicatrizam por primeira intenção geralmente são feridas superficiais, agudas, que não tem perda de tecido, resultados de queimaduras de primeiro grau e cirúrgicas em cicatriz mínima, por exemplo. Levam de 4 a 14 dias para fechar;
- 14.5.2 2ª intenção ou secundária: é uma ferida que envolve algum grau de perda de tecido. Podem envolver o tecido subcutâneo, o músculo, e possivelmente, o osso. As bordas desta ferida não podem ser aproximadas. Geralmente são feridas crônicas, como úlceras. Existe um aumento do risco de infecção e demora à cicatrização, uma vez que ela ocorre de dentro para fora. Resultam em formação de cicatriz e têm maior índice de complicações do que as feridas que se cicatrizam por primeira intenção;
- 14.5.3 3ª intenção ou terciária: ocorre quando a ferida é mantida aberta intencionalmente, para permitir a diminuição ou redução do edema ou infecção. Outra possibilidade é permitir a remoção do exsudato através da drenagem, como em feridas cirúrgicas, abertas e infectadas, com drenos.
- 14.6 Fatores que interferem no processo:
- 14.6.1 Fatores locais: localização e infecção local (bacteriana) e profundidade da ferida; edema, grau de contaminação e presença de secreções; trauma, ambiente seco, corpo estranho, hematoma e necrose tecidual;
- 14.6.2 Fatores sistêmicos: fatores relacionados ao cliente, como idade, faixa etária, nutrição, doenças crônicas associadas, insuficiências vasculares úlceras ou pelo uso de medicamentos sistêmicos (anti-inflamatórios, antibióticos, esteróides e agentes quimioterápicos);
- 14.6.3 Tratamento tópico inadequado: a utilização de sabão tensoativo na lesão cutânea aberta pode ter ação citolítica, afetando a permeabilidade da membrana celular. A utilização de soluções antissépticas também pode ter ação citolítica. Quanto maior for à concentração do produto maior será sua citotoxicidade, afetando o processo cicatricial. Essa solução em contato com secreções da ferida tem a sua ação comprometida.
- 14.7 Complicações da cicatrização mais comuns associadas à cicatrização de feridas são:
- 14.7.1 Hemorragia interna (hematoma) e externa podendo ser arterial ou venosa;
- 14.7.2 Deiscência: separação das camadas da pele e tecidos, comum entre 3o e 11o dias após o surgimento da lesão;
- 14.7.3 Evisceração: protrusão dos órgãos viscerais, através da abertura da ferida;
- 14.7.4 Infecção: drenagem de material purulento ou inflamação das bordas da ferida; quando não tratada de forma adequada, pode gerar osteomielite, bacteremia e septicemia;
- 14.7.5 Fístulas: comunicação anormal entre dois órgãos ou entre um órgão e a superfície do corpo.

15 CONDIÇÕES IDEAIS PARA QUE OCORRA O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

- 15.1 O processo de cicatrização das feridas pode ser retardado por diversos fatores, incluindo questões do paciente e dos cuidados prestados ou cuidados inadequados. Tanto as condições que evitam como as

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 8/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

condições que mantêm a fase inflamatória no leito da lesão, podem ser responsáveis pelo “atraso” no processo de cicatrização.

15.2 Estas condições incluem presença de tecido necrótico, infecção, colocação de gases ou de agentes citotóxicos no interior da ferida, manipulação inadequada, e imunidade comprometida. Como circundante. A impossibilidade de manter estas condições resultam de uma cicatrização comprometida, podemos ainda ter cavitação, tunelização e fístulas.

15.3 Temperatura: A temperatura ideal, para que ocorram as reações químicas, (metabolismo, síntese de proteínas, fagocitose, mitose) é em torno de 36,4°C a 37,2°C. Se houver variações de temperatura, o processo celular pode ser prejudicado ou até interrompido. Por este motivo devemos realizar: limpeza da lesão com soro fisiológico aquecido, menor exposição da lesão no momento da limpeza e cobertura adequada, para mantermos a temperatura local;

15.4 pH do tecido lesional: O pH do tecido de uma ferida é ligeiramente ácido (5,8-6,6) para que as funções celulares ocorram adequadamente; este pode ser afetado por secreções (urina, fezes) e alguns antissépticos. Deve-se avaliar criteriosamente o uso destes produtos.

15.4.1 Níveis bacterianos na ferida:

15.4.1.1 Contaminadas: presença de microrganismos, porém, sem proliferação.

15.4.1.2 Colonizadas: presença e proliferação de microrganismos, sem provocar reação no hospedeiro.

15.4.1.3 Infectadas: bactérias invadem o tecido sadio e desencadeiam resposta imunológica do hospedeiro. O controle da colonização nas feridas depende da limpeza adequada, uso de técnica asséptica na troca do curativo, uso de curativos que promovam barreira e que ajudem no controle microbiano.

15.5 Umidade no leito da lesão: A atividade celular adequada ocorre em meio úmido. O tratamento recomendado em todos os consensos internacionais é pela manutenção de um leito de ferida úmido e pela manutenção da umidade da pele circundante. A impossibilidade de manter estas condições também lentifica a cicatrização, causando dessecação, hipergranulação ou maceração.

O CURATIVO ÚMIDO

- ✓ Protege as terminações nervosas, reduzindo a dor;
- ✓ Acelera o processo cicatricial, previne a desidratação tecidual e a morte celular;
- ✓ Promove necrólise e fibrinólise.

16 NUTRIÇÃO NO PROCESSO CICATRICIAL

16.1 No que diz respeito ao desenvolvimento de lesões de pressão, por exemplo, dentre vários fatores diferentes que afetam o processo de cicatrização, como condição física, nível de atividade, mobilidade e estado nutricional, os usuários que apresentaram baixo peso corpóreo, nível de albumina sérica baixo, energia, ingestão inadequada de alimentos e de líquidos desenvolveram lesões de pressão.

16.2 Em idosos, a cada grama de albumina sérica reduzida triplica a chance do desenvolvimento de úlceras de pressão. Os usuários anêmicos, por sua vez, apresentam retardo no processo cicatricial porque os níveis baixos de hemoglobina reduzem a oxigenação do tecido lesado. No caso de úlceras de pressão, a inabilidade do organismo de lançar mão de nutrientes específicos para cicatrização favorece o seu

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 9/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

aparecimento. Assim, a cicatrização de feridas envolve uma série de interações físico-químicas que requerem a ingestão de nutrientes adequados em todas as suas fases:

- 16.2.1 Fase inflamatória: requer nutrientes como aminoácidos (principalmente arginina, cisteína e metionina), vitamina E, vitamina C e selênio, para fagocitose e quimiotaxia; vitamina K para síntese de protrombina e fatores de coagulação.
- 16.2.2 Fase proliferativa: requer nutrientes como aminoácidos (principalmente arginina), vitamina C, ferro, vitamina A, zinco, manganês, cobre, ácido pantotênico, tiamina e outras vitaminas do complexo B.
- 16.2.3 Fase de maturação: requer nutrientes como aminoácidos (principalmente histidina), vitamina C, zinco e magnésio.

17 RECOMENDAÇÕES DE DESBRIDAMENTO

- 17.1 Desbridar o tecido desvitalizado do interior do leito da ferida ou da borda da úlcera por pressão quando for adequado ao estado de saúde do indivíduo e aos objetivos gerais dos cuidados.
- 17.2 O desbridamento só deve ser realizado quando houver uma perfusão adequada da ferida
- 17.3 Desbridar o leito da ferida quando houver suspeita ou confirmação da presença de biofilme. Quando uma ferida demorar a cicatrizar (ou seja, quatro semanas ou mais) e não responder aos cuidados normais, significa que o índice de suspeita da presença de biofilme é elevado. Selecionar o(s) método(s) de desbridamento mais adequado(s) para o indivíduo, o leito da ferida e o contexto clínico.
- 17.4 Utilizar métodos de desbridamento mecânicos, autolíticos, enzimáticos e/ou biológicos quando não existir necessidade clínica urgente de drenagem ou remoção de tecido desvitalizado.
- 17.5 Realizar o desbridamento cirúrgico em casos de necrose extensa, celulite avançada, crepitação, flutuação e/ou sépsis resultante de uma infecção relacionada com a úlcera.
- 17.6 O desbridamento cortante conservador e o desbridamento cirúrgico devem ser realizados por profissionais de saúde especificamente formados, competentes, qualificados e licenciados segundo os estatutos legais e os regulamentos locais.
- 17.7 Utilizar instrumentos esterilizados nos desbridamentos.
- 17.8 Realizar cuidadosamente um desbridamento em situações de comprometimento imunológico, suprimento vascular comprometido ou falta de cobertura antibacteriana na sépsis sistêmica.
- 17.9 Realizar um desbridamento de manutenção sobre a úlcera por pressão até o leito da ferida estar livre de tecido desvitalizado e coberto com tecido de granulação.
- 17.10 As diretrizes indicam a remoção de qualquer tecido necrosado do interior da ferida, se esta for consistente com os objetivos, com a seleção do método apropriado às condições do usuário, bem como as necessidades de avaliação e o controle da dor. As diretrizes também estabelecem que as técnicas de desbridamento podem ser utilizadas isoladas ou combinadas. O desbridamento de tecido inviável é o fator mais importante na gerência de lesões.
- 17.11 A cicatrização não pode ocorrer até que o tecido necrótico seja removido. Áreas de tecido necrótico podem esconder líquidos subjacentes ou abscessos. O tecido necrótico pode ser amarelo e úmido ou cinza, e está separado do tecido viável. Se este tecido necrótico e úmido secar, aparecerá uma escara preta, grossa e dura. Porém, mesmo que o desbridamento seja doloroso, é necessário para prevenir infecção e promover a cura, bem como deve ser considerado na prevenção do processo infeccioso

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 10/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

18 OS MÉTODOS DE DESBRIDAMENTO

- 18.1 Instrumental, conservador e cirúrgico: utilizam-se materiais cortantes como tesouras, lâminas de bisturi e outros, realizados por médicos ou enfermeiros capacitados. É indicado para remover grande quantidade de tecidos ou em extrema urgência, com incisões em tecidos vivos, e na tentativa de transformar feridas crônicas em feridas agudas.
- 18.2 Mecânico: o desbridamento mecânico envolve curativos úmidos a secos, usados normalmente em feridas com excesso de tecido necrótico e secreção mínima. Exige a realização de técnica apropriada e o material usado no curativo é fundamental ao seu desfecho. Também funciona por fricção, irrigação e hidroterapia.
- 18.3 Autolítico: é através de um processo fisiológico, o qual o ambiente é mantido úmido estimulando enzimas auto digestivas do corpo. Embora este processo seja mais demorado, não é doloroso, é de fácil realização e é apropriado para usuários que não toleram outro método. Se a ferida estiver infectada, o desbridamento autolítico não é a melhor opção terapêutica.
- 18.4 Químico: o desbridamento químico com agentes enzimáticos é um método seletivo de desbridamento. As enzimas são aplicadas topicamente nas áreas de tecido necrótico, fragmentando os elementos de tecido necrótico. As enzimas digerem somente o tecido necrótico e não agredem o tecido saudável. Estes agentes exigem condições específicas que variam com o produto, ou seja, o método deve seguir as orientações do fabricante. A aplicação das enzimas deve ser interrompida assim que a ferida estiver limpa e com tecido de granulação favorável.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Utilizar placas de espuma em proeminências ósseas, nos pacientes de risco;
- Reduzir áreas de pressão utilizando colchão caixa de ovo ou de ar;
- Orientar mudanças de decúbito frequentemente;
- Usar coxins e travesseiros para amenizar áreas de pressão;
- Manter panturrilhas e tornozelos apoiados em almofadas (com calcanhar livre);
- Realizar higiene íntima e/ou corporal quando necessário;
- Sempre promover hidratação da pele;
- Não realizar massagem em proeminências ósseas e áreas de pressão.

19 TIPOS DE CURATIVOS

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 11/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

19.1 O tipo de curativo a ser realizado varia de acordo com a natureza, a localização e o tamanho da ferida. Em alguns casos é necessária uma compressão, em outra lavagem exaustiva com solução fisiológica e outros exigem imobilização com ataduras. Nos curativos em orifícios de drenagem de fístulas entéricas a proteção da pele sã em torno da lesão é o objetivo principal.

19.1.1 Curativo semi-oclusivo: Este tipo de curativo é absorvente, e comumente utilizado em feridas cirúrgicas, drenos, feridas exsudativas, absorvendo o exsudato e isolando-o da pele adjacente saudável.

19.1.2 Curativo oclusivo: Não permite a entrada de ar ou fluídos, atua como barreira mecânica, impede a perda de fluídos, promove isolamento térmico, veda a ferida, a fim de impedir enfisema, e formação de crosta.

19.1.3 Curativo compressivo: Utilizado para reduzir o fluxo sanguíneo, promover a estase e ajudar na aproximação das extremidades da lesão.

19.1.4 Curativos abertos: São realizados em ferimentos que não há necessidade de serem ocluídos. Feridas cirúrgicas limpas após 24 horas, cortes pequenos, suturas, escoriações, etc., são exemplos deste tipo de curativo

20 CONSIDERAÇÕES GERAIS:

20.1 Lavagem e antissepsia das mãos antes e após a realização de cada curativo;

20.2 Não falar próximo à ferida e ao material esterilizado;

20.3 Não é necessária a troca do curativo nas primeiras 24 horas de cirurgia enquanto estiverem secos e limpos;

20.4 Não há necessidade de manter incisões cirúrgicas simples ocluídas após 24 horas;

20.5 Curativos úmidos devem ser trocados sempre que necessário, não ultrapassando 06 horas (tempo provável de multiplicação de bactérias).

20.6 Curativo de via central, deve ser o menos possível manipulado; trocar em caso de sujeira, datar e assinar;

20.7 Não colocar material contaminado tia cama, na bandeja ou no lixeiro da enfermaria;

20.8 Manter soluções tampadas e não as completar. No caso de soro fisiológico, não pode ultrapassar 06 horas aberto.

20.9 Anotar no prontuário o aspecto da ferida e substâncias usadas conforme prescrição.

21 CURATIVO COM LUVA ESTÉRIL

21.1 Conhecer o estado clínico ou cirúrgico do paciente;

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 12/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

- 21.2 Reunir todo o material necessário na bandeja para evitar desperdício de tempo (Ex.: pacotes de gaze, pinças de curativo, luvas de procedimento, almotolias, fita adesiva, ataduras, etc.), de acordo com a necessidade;
- 21.3 Levar o material até o paciente e explicar o que será feito;
- 21.4 Expor o paciente o mínimo possível;
- 21.5 Colocar a cuba rim próximo ao local do curativo, com saco plástico aberto;
- 21.6 Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica. Não tocar na parte interna do campo;
- 21.7 Usar luvas de procedimentos para retirar o curativo sujo;
- 21.8 Lavar as mãos com água e sabão;
- 21.9 Abrir o pacote de luva estéril e pacotes de gaze, mantendo o cuidado para não contaminar o espaço delimitado;

22 CURATIVO ÚMIDO COM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA (CLORETO DE SÓDIO 0,9%)

- 22.1 COMPOSIÇÃO:
- 22.1.1 O soro fisiológico corresponde a uma solução isotônica estéril de cloreto de sódio a 0,9%.
- 22.2 MECANISMO DE AÇÃO
- 22.2.1 Este tratamento favorece a autólise (degradação natural do tecido desvitalizado pela ação de enzimas, tais como as hidrolases ácidas) e estimula a formação do tecido de granulação, portanto:
- 22.2.1.1 Limpar e umedecer a ferida;
- 22.2.1.2 Favorece a formação de tecido de granulação;
- 22.2.1.3 Amolece os tecidos desvitalizados;
- 22.2.1.4 Favorece o desbridamento autolítico.
- 22.3 Indicações:
- 22.3.1 Limpeza de feridas;
- 22.3.2 Tratamento de feridas;
- 22.3.3 Manutenção de feridas úmida
- 22.4 Tipos de feridas - Feridas com cicatrização por 2ª e 3ª intenção.
- 22.5 Contraindicações - Feridas com cicatrização por 1ª intenção e locais de inserção de cateteres, introdutores, fixadores externos e drenos.
- 22.6 Modo de usar - O tratamento é feito com a utilização de gases de contato embebidos com solução fisiológica.
- 22.7 Incisão por deiscência:

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 13/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

- 22.7.1 Limpar a incisão com gaze e solução fisiológica (SF) 0,9%;
- 22.7.2 Lavar o posto de deiscência com jatos de Soro Fisiológico 0,9% no local da deiscência;
- 22.7.3 Ocluir com cobertura secundária estéril de gaze, chumaço ou compressa seca;
- 22.7.4 Fixar.
- 22.8 Feridas abertas:
 - 22.8.1 Lavar o leito da ferida com Soro Fisiológico 0,9%;
 - 22.8.2 Remover o exsudato limpando a ferida com gazes embebidas em solução fisiológica com movimentos leves e lentos, para não prejudicar o processo cicatricial;
 - 22.8.3 Colocar gazes de contato úmida o suficiente para manter o leito da ferida úmido até a próxima troca;
 - 22.8.4 Ocluir com cobertura secundária estéril (gaze, chumaço ou compressas secas);
 - 22.8.5 Fixar.
- 22.9 Periodicidade de troca: de acordo com a saturação do curativo secundário ou no máximo a cada 24 horas.
 - 22.9.1 Pouco exsudato = cada 24 horas
 - 22.9.2 Médio exsudato = cada 12 horas
 - 22.9.3 Grande exsudato = cada 8 horas
 - 22.9.4 Abundante exsudato = cada 6 horas.
- 22.10 Observações:
 - 22.10.1 A solução fisiológica pode ser substituída por solução Ringer simples;
 - 22.10.2 A solução de ringer possui composição eletrolítica isotônica, com quantidade de potássio e cálcio semelhante às do plasma sanguíneo;

23 REALIZAÇÃO DE CURATIVO DE LESÃO DE PRESSÃO

- 23.1 Resultados esperados: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de limpeza de feridas evitando infecções.
 - 23.1.1 Materiais necessários:
 - 23.1.2 Bandeja de curativo;
 - 23.1.3 Solução fisiológica 0.9% 500 ml para irrigação ou Solução fisiológica com 100ml;
 - 23.1.4 Agulha 40x12; Solução antisséptica;
 - 23.1.5 Máscara;
 - 23.1.6 Gazes;
 - 23.1.7 Luva estéril e de procedimento;

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 14/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

- 23.1.8 Fita hipoalergênica;
- 23.1.9 Cabo de bisturi e lâmina de bisturi;
- 23.1.10 Tesoura;
- 23.1.11 Lixeira.
- 23.2 Principais atividades:
 - 23.2.1 Preparar o material;
 - 23.2.2 Lavar as mãos;
 - 23.2.3 Comunicar o procedimento ao cliente;
 - 23.2.4 Posicionar adequadamente o cliente, respeitando sua privacidade;
 - 23.2.5 Abrir o pacote de curativo;
 - 23.2.6 Calçar luvas de procedimento;
 - 23.2.7 Remover a cobertura anterior de forma não traumática, irrigando abundantemente com solução fisiológica, quando a cobertura primária for de gaze;
 - 23.2.8 Inspeccionar a ferida quanto a sinais flogísticos;
 - 23.2.9 Realizar limpeza com técnica adequada;
 - 23.2.10 Proceder a antissepsia com gaze, sempre em movimentos circulatorios, de uma área de menor contaminação para uma área de maior contaminação;
 - 23.2.11 Retirar o excesso do antisséptico com gaze e solução fisiológica irrigando o leito da ferida;
 - 23.2.12 Manter o leito da úlcera úmido;
 - 23.2.13 Manter a área ao redor da úlcera sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura;
 - 23.2.14 Colocar o curativo convencional ou cobertura indicada após a avaliação;
 - 23.2.15 Utilizar o processo de cobertura adequada conforme o estágio da ferida;
 - 23.2.16 Fixar a gaze com fita adesiva hipoalérgica ou atadura;
 - 23.2.17 Deixar o ambiente em ordem e o paciente confortável;
 - 23.2.18 Recolher o material utilizado;
 - 23.2.19 Lavar as mãos;
 - 23.2.20 Registrar o procedimento no prontuário do cliente, descrevendo a situação atual da lesão.
- 23.3 Cuidados:
 - 23.3.1 A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita por meio de irrigação com jato de soro fisiológico com seringa de 20 ml e agulha de 20x12 ou 25x8 ou ainda frasco de soro perfurado;

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 15/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

- 23.3.2 Proteger sempre as úlceras com gaze, compressas, antes de aplicar uma atadura;
- 23.3.3 Não apertar atadura, devido o risco de gangrena, por falta de circulação;
- 23.3.4 Iniciar o enfaixamento no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro;
- 23.3.5 Observar sinais e sintomas de restrição circulatória como palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada;
- 23.3.6 Realizar a troca do curativo convencional diariamente. Quando estiver utilizando outra forma de cobertura;
- 23.3.7 Obedecer ao prazo de troca do fabricante ou quando observar excesso de exsudado;
- 23.3.8 Somente usar éter em extrema necessidade e nunca em recém-nascido;
- 23.3.9 Evitar uso de fita hipoalergênica diretamente na pele de diabéticos, de preferência usar atadura para fixar.

24 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- 24.1 Conhecer o estado clínico ou cirúrgico do paciente;
- 24.2 Reunir todo o material necessário na bandeja para evitar desperdício de tempo (Ex.: pacotes de gaze, pinças de curativo, luvas de procedimento, almotolias, fita adesiva, ataduras, etc.), de acordo com a necessidade;
- 24.3 Levar o material até o paciente e explicar o que será feito;
- 24.4 Expor o paciente o mínimo possível;
- 24.5 Colocar a cuba rim próximo ao local do curativo, com saco plástico aberto;
- 24.6 Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica. Não tocar na parte interna do campo;
- 24.7 Abrir o pacote da gaze, colocando-a no espaço livre do campo. Desprezar o papel de gaze no lixo comum;
- 24.8 Com a pinça hemostática e com a de dissecação, fazer um chumaço de gaze prendendo-o e embebendo-o com removedor de esparadrapo;
- 24.9 Friccionar este chumaço na extremidade da fita adesiva, tracionando-a com auxílio da pinça de dissecação até desprendê-la;
- 24.10 Desprezar o chumaço e o curativo sujos num saco plástico e a pinça de dissecação em saco separado;
- 24.11 Manter distância entre a pinça hemostática usada e a pinça e a gaze, expostas no campo;
- 24.12 Fazer um chumaço de gaze com cuidado para não encostar uma pinça na outra, embebê-lo 'em soro fisiológico. Proceder à limpeza da área, segundo o princípio do menos contaminado para o mais contaminado;

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 16/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

- 24.13 Secar toda área com chumaços de gaze, secos, de acordo com a técnica;
- 24.14 No curativo de feridas limpas fazer novo chumaço, embebê-lo com solução antisséptica e aplicar na ferida; com outro chumaço, aplicar a solução antisséptica na área adjacente;
- 24.15 Em feridas contaminadas, deve-se iniciar a assepsia na área menos contaminada e depois na área mais contaminada;
- 24.16 Secar toda a área, renovando os chumaços de gaze, conforme necessidade;
- 24.17 Cobrir a extensão da ferida completamente com gaze. Fixar as gazes com fita adesiva, pressionando do centro para fora em ambos os lados, ao mesmo tempo para não tracionar a pele;
- 24.18 Cobrir o paciente;
- 24.19 Encaminhar o material usado em saco plástico para a Central de Esterilização de Material, conforme rotina;
- 24.20 Lavar as mãos com água e sabão. Notificar no prontuário, o procedimento e aspecto da ferida, da secreção ou drenagem;
- 24.21 Manter o ambiente limpo e organizado.

25 RECOMENDAÇÕES

- 25.1 A realização do curativo deve seguir o princípio da limpeza mecânica diária da lesão, diminuindo a concentração de bactérias no local e basear-se no tipo de curativo, descrito a seguir (ESMELTZER; BARE, 2005).
- 25.1.1 Curativo simples – realizado por meio da oclusão com gaze estéril no local da lesão, mantendo-a seca e limpa.
- 25.1.2 Curativo oclusivo – realizado na lesão com sua total cobertura, evitando o contato com o meio externo.
- 25.1.3 Curativo úmido – usado para proteger drenos e irrigar a lesão com determinada solução tópica.
- 25.1.4 Curativo aberto – limpeza da lesão mantendo-a exposta ao meio externo.
- 25.1.5 Curativo compressivo – promovem a hemostasia local prevenindo a hemorragia.
- 25.2 Não contaminar o material nem conversar sobre a lesão durante o procedimento; usar os lados limpos da gaze.

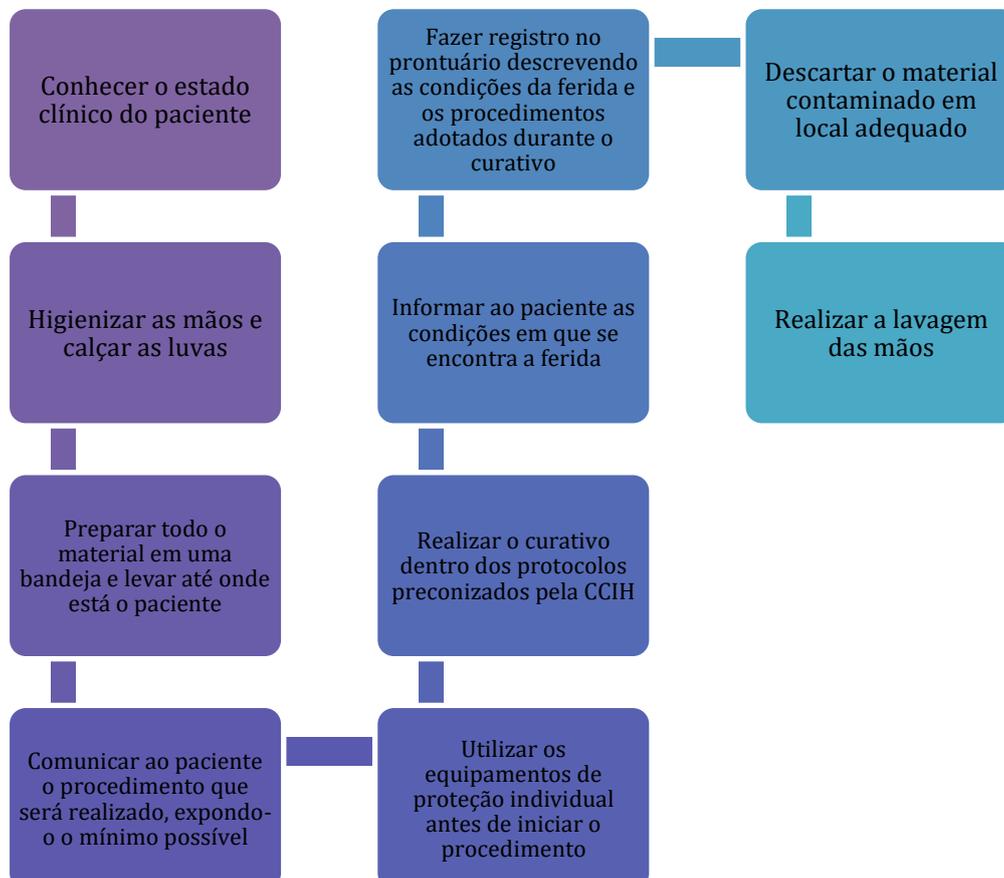
26 AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE (EVENTO ADVERSO)

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 17/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023	Próxima revisão: 17/10/2025
		Versão: 01	

- 26.1 Principais erros estão associados a infecção hospitalar, lesão por pressão, trombose venosa profunda e infecção de sítio cirúrgico. Os eventos adversos em hospitais são a segunda causa de morte mais comum no Brasil.
- 26.2 Para prevenção dos eventos adversos, devem ser implementadas estratégias pelos gestores de enfermagem visando melhoria da assistência, redução de sobrecarga de trabalho dos profissionais, registros completos em prontuários eletrônicos, educação continuada, comunicação efetiva entre equipe multiprofissional. Encorajar a disseminação de eventos seguros. Garantir um ambiente de trabalho seguro. Abordar de forma não punitiva os profissionais que cometeram eventos adversos. Receber feedback dos pacientes sobre o serviço oferecido. Em caso de dúvidas durante a realização do curativo, chamar enfermeira ou médico.
- 26.3 Caso o profissional identifique que o colchão não é apropriado para o cliente, orientar quanto à troca do mesmo para o apropriado. Caso o profissional identifique a necessidade de desbridamento a nível cirúrgico, o mesmo deve encaminhar ao médico.

27 FLUXOGRAMA



28 REFERÊNCIAS

HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO - HEPR

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.CCIH.21 - Página 18/18	
Título do Documento	PROTOCOLO DA PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS	Emissão 17/10/2023 Versão: 01	Próxima revisão: 17/10/2025

- <https://portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/a-historia-dos-curativos>
- http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/INTEGRIDADE_CUTANEA/CUIDA DOS_INTEG_CUTANEA.pdf
- <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/%C3%A9cnica+de+curativo.pdf/a890cba7-b3f7-41b8-92c2-a6dfcdbca17>
- PRAZERES, J. S. Tratamento de Feridas: Teoria e Prática. Moriá Editora, Porto Alegre, RS, 2009.
- SANTOS, A. A. R. Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro; v.18, n.4, p.547-52, out/dez 2010.

29 ANEXO

- Não se aplica.

30 HISTÓRICO DE REVISÃO

Elaboração: Rejane Alves Araújo Givânya Bezerra de Melo	Data: 15/01/2023
Revisão/Análise: Rejane Alves Araújo Helcimara Martins Gonçalves Iran Pernambuco de Freitas Leni leite Calheiros Marcos de Matos Silva Thaynná Beltrão de Castro Andrade Rita de Cassia Moura de Barros Mendes Alberto José Dias de Araújo	Data: 03/07/2023
Validação: Micheline Galvão Cavalcanti Assessoria de Planejamento	Data: 15/07/2023
Aprovação: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	Data: 17/10/2023