



ESTADO DE RONDONIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
BURITIS – RO

CMSB



RESOLUÇÃO Nº 038/2024 Conselho Municipal de Saúde de Buritis- RO, 30 de julho de 2024.

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BURITIS - RO, no uso de suas atribuições legais que lhe confere as Leis Orgânicas de Saúde nº 8080 de 19/07/90 e nº 8142 de 28/12/90, Resolução nº 453/CNS/2012, Lei Municipal nº 437 06/05/2009, bem como as competências atribuídas em seu Regimento Interno.

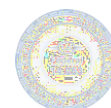
CONSIDERANDO: a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993, e dá outras providências;

CONSIDERANDO: considerando o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal;

CONSIDERANDO: o Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011, que dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios;

CONSIDERANDO: a Portaria GM/MS Nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Avenida Monte Negro nº 1246, Setor 05, Buritis – RO/CEP:
76.880-000 Telefone: (69) 3238 – 2532 email: conselhoburitis10@hotmail.com





ESTADO DE RONDONIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
BURITIS – RO

CMSB



CONSIDERANDO: portaria nº 395, de 14 de março de 2019, que dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2019;

CONSIDERANDO: Portaria GM/MS nº 3.283, de 7 de março de 2024, que dispõe sobre as regras para as transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas a emendas parlamentares que destinarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), em 2024;

CONSIDERANDO: a Portaria do Ministério da Saúde, de nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde;

CONSIDERANDO: a deliberação da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde do dia 30 de julho de 2024;

RESOLVE:

Art. 1º Deliberar e Aprovar Protocolo Municipal de Curativos (Pauta da Secretaria Municipal De Saúde);

Art. 2º Esta Resolução entrar em vigor na data de 30 de julho de 2024.

Cristina Garcia Bernardo Presidente
do
C.M.S.B.

Avenida Monte Negro nº 1246, Setor 05, Buritis – RO/CEP:
76.880-000 Telefone: (69) 3238 – 2532 email:
cmsburitis@hotmail.com





ESTADO DE RONDONIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
BURITIS – RO

CMSB



Homologo a Resolução nº038/2024/CMSB-RO, nas conformidades do artigo 1º, parágrafo 2º, da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde.

Adelson Ribeiro Godinho

Secretário Municipal de Saúde de Buritis - RO

Avenida Monte Negro nº 1246, Setor 05, Buritis – RO/CEP: 76.880-000
Telefone: (69) 3238 – 2532 email: cmsburitis@hotmail.com

Página 3 d





ESTADO DE RONDONIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
BURITIS – RO

CMSB



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ORIENTAÇÕES DE CURATIVO			POP 01/03
	ELABORADO: Enfermeira Juliana de Sousa Gonçalves Martinovski	REVISADO: Enfermeira Elisângela Sousa Pedroso Ávila	VALIDADO: Enfermeiro Fernando da Silva Pinto	DATA DE REVALIDAÇÃO 19/03/2026

ÁREA: Enfermagem

- DEFINIÇÃO:** Curativo é a aplicação local (em ferida, corte, machucado, incisão cirúrgica etc.) de antisséptico, medicamento e cobertura protetora para limpar, tratar, resguardar de agentes infecciosos, propiciar a cicatrização e a cura.
- PRESCRIÇÃO:** Médico ou Enfermeiro.
- EXECUTANTES:** Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico.
- OBJETIVO:** Realizar conduta padronizada e sequencial na execução de curativos em pacientes portadores de feridas de acordo com sua indicação .

5. INDICAÇÕES

- Realizar limpeza;
- Promover hemostasia;
- Remover corpos estranhos;
- Reaproximar bordas separadas
- Proteger a ferida contra contaminação e infecção;
- Fazer desbridamento com remoção do tecido necrótico (se o profissional for capacitado para tal)
- Reduzir o edema
- Manter a umidade da superfície da lesão, absorvendo o exsudato com a manutenção das condições ideais no leito da ferida
- Fornecer isolamento térmico
- Promover a cicatrização da lesão
- Preencher espaços mortos
- Estimular o processo cicatricial
- Reduzir a dor
- Limitar a movimentação dos tecidos em torno da lesão
- Oferecer conforto psicológico ao paciente

6. INTRODUÇÃO

6.1 A pele representa três camadas distintas:

- a) A epiderme, mais externa, responsável pela resistência e impermeabilidade da pele;
- b) A derme ou córion, que é a camada intermediária;
- c) A hipoderme, ou tecido conjuntivo subcutâneo, uma camada mais profunda localizada entre a pele e a musculatura, composta por tecido adiposo, que protege o organismo de traumas. Quando há uma lesão neste órgão, faz-se necessário a realização do curativo para o tratamento e reabilitação.

7. MATERIAIS

- Álcool a 70%
- Bandeja não estéril
- Luvas estéreis se necessário
- Soro fisiológico a 0,9% (preferencialmente aquecido 37°)
- Agulha estéril de calibre 40x12
- Pacote de curativo estéril contendo 2 pinças
- Pacotes com Gaze estéril
- Sonda uretral de alívio nº 8 ou 12 S/N
- Seringa 20 ml para acoplar na sonda S/N
- •Esparadrapo e/ou micropore
- Atadura de crepe
- Bacia Estéril, se necessário
- Equipamento de Proteção Individual - EPI: máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento
- Saco plástico ou forro impermeável S/N
- Lixeira para resíduo infectante
- Biombo, sempre que necessário
- Medicação tópica e coberturas conform POP 02/03

8. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA DE CURATIVO

- 8.1. Ler a prescrição do paciente
- 8.2. Realizar higienização das mãos com água e sabão
- 8.3. Separar uma bandeja para o procedimento



- 8.4. Fazer desinfecção da bandeja e/ou carrinho de curativo e/ou mesa auxiliar com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardar secagem espontânea
- 8.5. Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja e/ou carrinho de curativo ou mesa auxiliar
- 8.6. Levar carrinho de curativo e/ou a mesa auxiliar com o material próximo ao paciente
- 8.7. Apresentar-se ao paciente e acompanhante
- 8.8. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, pedir sua autorização
- 8.9. Se for necessário realizar o registro fotográfico da lesão, solicitar por escrito a autorização
- 8.10. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento
- 8.11. Promover privacidade do paciente
- 8.12. Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento; expor apenas a área a ser tratada
- 8.13. Proteger a roupa de cama ou maca com um forro impermeável ou saco plástico sob a região do curativo, caso necessário. Em caso de lesão de MMII, utilizar a bacia sob a região a ser tratada
- 8.14. Organizar o material de modo a otimizar o procedimento, utilizando técnica asséptica
- 8.15. Colocar EPI padrão descrito anteriormente
- 8.16. Lavar as mãos
- 8.17. Calçar luva de procedimento
- 8.18. Remover o curativo cuidadosamente, umedecendo a gaze ou cobertura primária com soro fisiológico a 0,9 % aquecido para facilitar a remoção (Não utilizar almotolia).
- 8.19. Desprezar a luva de procedimento
- 8.20. Remover a tampa protetora de soro fisiológico 0,9% e perfurar a borracha conectora com agulha 40x12, mantendo a agulha conectada
- 8.21. Calçar luva de procedimento e/ou estéril (exposição de tecido ósseo ou tendão)
- 8.22. Realizar a limpeza de pele perilesional e bordas, utilizando uma gaze úmida em soro fisiológico, com movimento de fricção suave
- 8.23. Realizar a limpeza da ferida, utilizando o jato de soro fisiológico a 0,9%, preferencialmente pré-aquecido (37° C), mantendo uma distância de aproximadamente de 10 cm da ferida
- 8.24. Avaliar a necessidade de desbridamento com instrumental (Médico e Enfermeiro). Se necessário, utilizar a técnica de fricção com uma gaze umedecida em soro fisiológico para



remoção de exsudato, esfacelo e/ou corpos estranhos do leito da ferida, com o cuidado de realizar movimentos suaves para não traumatizar o tecido neoformado (evitar sangramento)

- 8.25. Na presença de tunelizações ou descolamentos, se necessário, utilizar a sonda de aspiração, acoplada a seringa, para facilitar a irrigação de soro fisiológico
- 8.26. Secar somente a pele ao redor da ferida e bordas com gaze, mantendo o leito úmido
- 8.27. Aplicar a cobertura prescrita com base nas características da ferida, considerando a manutenção das condições ideais para a cicatrização. Aplicar cobertura secundária se necessário, podendo ser utilizada gaze seca ou compressas de algodão.
- 8.28. Fixar com adesivo hipoalergênico, esparadrapo, ou atadura, ocluindo totalmente a cobertura secundária, considerando as condições da pele e a região anatômica da ferida
- 8.29. Retirar as luvas
- 8.30. Identificar o curativo com a DATA da realização e o profissional responsável pela execução
- 8.31. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados
- 8.32. Realizar higienização das mãos com água e sabão
- 8.33. Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

9. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

9.1. Técnico de Enfermagem/ Auxiliar de Enfermagem

- 9.1.1. Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento;
- 9.1.2. Receber o paciente, acomodando-o em posição confortável que permita boa visualização da ferida;
- 9.1.3. Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico;
- 9.1.4. Orientar o paciente quanto aos sinais de infecção tais como, dor, calor, rubor, tumor, presença de exsudato, odor;
- 9.1.5. Orientar o paciente sobre a DATA do retorno e cuidados específicos e gerais;
- 9.1.6. Organizar os materiais de curativo e produtos a serem utilizados durante o procedimento, observando: DATA de validade, identificação, validade após aberto;
- 9.1.7. Registrar o procedimento executado no prontuário caracterizando o aspecto da ferida, queixas do paciente e conduta;
- 9.1.8. Organizar a sala de atendimento;



- 9.1.9. Proceder à limpeza do instrumental com detergente enzimático;
- 9.1.10. Fazer a desinfecção de superfície;
- 9.1.11. Incentivar a prática do autocuidado aos pacientes e cuidadores.

9.2. Enfermeiro

- 9.2.1. Fazer consulta de enfermagem;
- 9.2.2. Prescrever produto/medicação/cobertura para o tipo de curativo conforme avaliação;
- 9.2.3. Executar o desbridamento conforme a competência profissional e habilidade para tal procedimento;
- 9.2.4. Executar o curativo conforme prescrição e avaliação do mesmo ou de outro enfermeiro do serviço ou médico;
- 9.2.5. Orientar o paciente quanto aos sinais de infecção tais como, dor, calor, rubor, tumor, presença de exsudato, odor;
- 9.2.6. Orientar o paciente sobre a DATA do retorno e cuidados específicos e gerais;
- 9.2.7. Organizar os materiais de curativo e produtos a serem utilizados durante o procedimento, observando: DATA de validade, identificação, validade após aberto;
- 9.2.8. Registrar o procedimento executado no prontuário caracterizando o aspecto da ferida, queixas do paciente e conduta;
- 9.2.9. Organizar a sala de atendimento;
- 9.2.10. Proceder à limpeza do instrumental com detergente enzimático;
- 9.2.11. Fazer desinfecção de superfície;
- 9.2.12. Incentivar a prática do autocuidado aos pacientes e cuidadores;
- 9.2.13. Encaminhar o paciente para avaliação médica para a determinação da etiologia da ferida e em caso de intercorrências (infecção, resposta insatisfatória ao tratamento);
- 9.2.14. Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo.
- 9.2.15. Estabelecer uma política de avaliação dos riscos potenciais, através de escalas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional (aplicação da Escala de Braden);
- 9.2.16. Desenvolver e implementar plano de intervenção quando um indivíduo é identificado como estando em risco de desenvolver úlceras por pressão, assegurando-se de uma avaliação completa e contínua da pele;



9.2.17. Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias, tais como coberturas de ferida, laser de baixa intensidade.

9.3. Médico

- 9.3.1. Avaliar clinicamente o paciente e definir a etiologia da ferida;
- 9.3.2. Prescrever soluções, pomadas, cremes ou coberturas para curativo das feridas, bem como antibióticos, terapia compressiva e creme hidratante, conforme avaliação;
- 9.3.3. Solicitar, quando necessário, os seguintes exames laboratoriais;
- 9.3.4. Encaminhar o paciente para avaliação por especialista (Dermatologia, Dermatologia Sanitária e Vascular) quando necessário;
- 9.3.5. Acompanhar a evolução do quadro clínico junto à equipe de enfermagem da unidade de saúde;
- 9.3.6. Orientar retorno quando necessário.

10. CUIDADOS

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, descritos a seguir (ESMELTZER; BARE, 2005).

- a) **CURATIVO SIMPLES** – Realizado por meio da oclusão com gaze estéril no local da lesão, mantendo-a seca e limpa.
- b) **CURATIVO OCLUSIVO** – Realizado na lesão com sua total cobertura, evitando o contato com o meio externo.
- c) **CURATIVO ÚMIDO** – Realizado para proteger drenos e irrigar a lesão com determinada solução tópica.
- d) **CURATIVO ABERTO** – Realizado a limpeza da lesão mantendo-a exposta ao meio externo.
- e) **CURATIVO COMPRESSIVO** – Realizado para promover a hemostasia local prevenindo a hemorragia.

Observação: Em todo curativo deve-se cuidar para não contaminar o material que será utilizado, realizando a técnica de curativo asséptica e estéril e utilizar EPI'S nos procedimentos



incluindo a máscara, no momento de realizar a limpeza usar os lados limpos da gaze.

11. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

- 11.1. Em casos de dúvidas durante a realização do curativo, chamar enfermeira ou médico para esclarecimentos.
- 11.2. Caso o profissional identifique a necessidade de desbridamento a nível cirúrgico, o mesmo deve encaminhar ao médico.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COBERTURAS/ MEDICAÇÕES/SOLUÇÕES UTILIZADAS EM CURATIVOS			POP 02/03
	ELABORADO: Enfermeira Juliana de Sousa Gonçalves Martinovski	REVISADO: Enfermeira Sousa Pedroso Ávila	VALIDADO: Enfermeiro Fernando da Silva Pinto	DATA DE REVALIDAÇÃO 19/03/2026
ÁREA: Enfermagem				
1. DEFINIÇÃO: O curativo é o tratamento clínico mais frequentemente utilizado para o tratamento de feridas. A escolha do material adequado para o curativo decorre do conhecimento fisiopatológico e bioquímico da reparação tecidual (SMANIOTTO, 2010). Segundo Geovanini (et.al. 2008) curativo é a proteção da lesão contra a ação de agentes externos físicos, mecânicos ou biológicos. É um meio que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação e infecção. Segundo Guimarães (2011). 2. PRESCRIÇÃO: Médico ou Enfermeiro 3. EXECUTANTES: Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico 4. OBJETIVO: Reaproximar bordas separadas; Proteger a ferida contra contaminação e infecções; Promover hemostasia; Fazer desbridamento enzimático ou autolítico removendo tecido necrótico; Reduzir o edema, absorver exsudato; Manter a umidade da superfície da lesão; Fornecer isolamento térmico; Promover a cicatrização da lesão, limitar a movimentação dos tecidos em torno da lesão; Diminuir a intensidade da dor; Preencher espaços mortos e evitar a formação de sero-hematomas. 5. PRINCIPAIS COBERTURAS PARA TRATAMENTO DE FERIDAS DISPONÍVEIS NA REDE SUS:				

5.1 ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL – AGE

DESCRIÇÃO: Óleo vegetal composto de ácido linoleico, ácido caprílico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja.

MECANISMO DE AÇÃO: Protege a ferida preservando o tecido vitalizado e mantendo meio úmido proporcionando nutrição celular local. Acelera o processo de

granulação tecidual. Evita a aderência ao leito da lesão e em lesões exsudativas atua como proteção de borda da lesão.				
INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR	PERÍODO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
- Tratar feridas abertas vitalizadas, não infectadas, em fases de granulação e epiteliação (com ou sem exsudato) - Proteção da pele peri-lesão *Prevenção de Lesão por Pressão	Tecidos desvitalizados, hipergranulação, lesões infectadas, feridas oncológicas.	- Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; - Aplicar o AGE topicamente sob a lesão; - Ocluir com cobertura secundária de gaze, chumaço ou compressa, fixar com atadura, fita hipoalergênica ou esparadrapo.	O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 24 horas.	É possível ocorrer coloração esverdeada no leito da ferida ou nas gazes devido ao contato do AGE com o exsudato. *Na SMS/PMC o uso do AGE é padronizado apenas para o tratamento de lesões abertas.
				
TIPO DE FERIDA				
Feridas agudas ou crônicas com perda de tecido superficial ou parcial				
TIPO DE TRATAMENTO				
Cobertura primária				



5.2 ALGINATO DE CÁLCIO COM PRATA				
DESCRIÇÃO: Curativo composto de fibras de alginato de cálcio, carboximetilcelulose e prata MECANISMO DE AÇÃO: Absorve e retém o exsudato, controla a atividade microbiana através da liberação sustentada da prata, promove hemostasia. Em contato com o exsudato gelifica minimizando dor e traumas durante as trocas.				
INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR	PERÍODO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
Tratamento de feridas infectadas ou com um alto risco de infecção e exsudato de moderado a alto	Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais.	- Limpar a lesão com soro fisiológico - preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; secar a pele ao redor.	Pode permanecer por até 7 dias.	O curativo pode ser usado sob
TIPO DE FERIDA	- Feridas com necrose seca ou tecido inviável. - Hipersensibilidade a prata e ao alginato	- Modelar o hidroalginato com prata no interior da ferida, deixando uma margem de 1 centímetro a mais. Se necessário recortar a placa antes de aplicá-la. - Ocluir com curativo secundário	- As trocas variam dependendo da saturação do curativo. - Trocar o curativo secundário sempre que saturado. - No caso de queimaduras de 2º grau alguns fabricantes orientam a troca até 14 dias. Consultar bula do produto.	compressão e se necessário pode ser previamente umedecido com SF 0,9%
TIPO DE TRATAMENTO				
Cobertura primária				
				



5.3 BOTA DE UNNA				
DESCRIÇÃO: Bandagem de algodão puro ou misto impregnada com óxido de zinco, glicerina, óleo de castor ou mineral. MECANISMO DE AÇÃO: Possui atividade cicatrizante e reepitelizante, atuando na contenção de edema ao auxiliar no melhor retorno venoso e redução de exsudato.				
INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR	PERÍODO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
Úlceras Venosas de MMII	- Hipersensibilidade aos componentes do produto. - Bota de Unna é contraindicada para úlcera arterial. No caso de úlcera mista encaminhar para avaliação médica.	- Aplicar preferencialmente no período da manhã. - Solicitar ao paciente manter os membros afetados elevados acima do nível do corpo por no mínimo 15 minutos, antes do procedimento, na primeira aplicação e sempre que necessário na presença de edema.	Após 1ª colocação, avaliação clínica em 24hs ou 48hs e 1ª troca em 4 dias.	Poderá ser associado a uma cobertura primária.
TIPO DE FERIDA				
Feridas decorrente de insuficiência venosa	Em casos de Diabetes Mellitus avaliar bem a perfusão do membro acometido.	- Avaliar a ferida e a necessidade de associação com outra cobertura primária, realizar o curativo. - Iniciar o enfaixamento da bandagem pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial. - Na presença de muito exsudato, principalmente nas primeiras trocas, colocar gaze ou chumaço por cima da bota no local da lesão e enfaixar com atadura de crepe sobre a bota de unna.	Após controle do exsudato deve permanecer até 7 dias.	Avaliar a melhor técnica para enfaixamento da bandagem considerando o paciente e o produto
TIPO DE TRATAMENTO				
Cobertura primária ou secundária	Em casos de celulite (inchaço e eritema na área da ferida) e processo inflamatório intenso.		Trocar a cobertura secundária sempre que saturada	

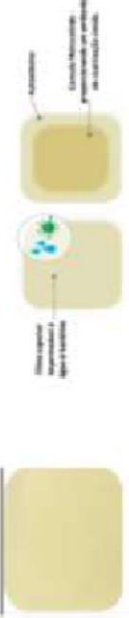


5.4 CARVÃO ATIVADO COM PRATA (SACHÊ)				
DESCRICO~O: Curativo composto por carv~o ativado, impregnado por ~ons de prata, envolto por uma camada de n~o tecido. MECANISMO DE ACO~O: O carv~o ativado ~e respons~vel por neutralizar o odor atrav~s do mecanismo de adsorco~o. A prata exerce aco~o bactericida..				
INDICACAO	CONTRAINDICACAO	MODO DE USAR	PERIODO DE TROCA	OBSERVACAO
Feridas exsudativas e infectadas, com ou sem odor.	- Hipersensibilidade a prata - Feridas com sangramento - Aplicac~o~o direta em tumor - Feridas limpas e secas.	- Limpar a les~o~o com soro fisiol~ogico 0,9% preferencialmente utilizando o m~etodo de irrigac~o~o em jato; - Remover exsudato e tecido desvitalizado se necess~ario, n~o secar o leito da ferida. - Colocar o curativo de carv~o ativado sobre a ferida. - Ocluir com cobertura secund~aria.	O curativo pode permanecer at~e 7 dias. As trocas ocorrem em m~edia de 3 a 7 dias dependendo da capacidade de adsorco~o. Trocar a cobertura secund~aria sempre que estiver saturada.	O curativo n~o pode ser cortado. Na presen~a de pouco exsudato e tecido de granula~o~o avaliar a troca para outro tipo de cobertura para manutenco~o~o do meio ~umido.
TIPO DE FERIDA				
Feridas altamente colonizadas ou infectadas, neopl~asicas, p~e diab~etico, cr~onicas ou agudas.				
TIPO DE TRATAMENTO				
Cobertura prim~aria				
				



5.5 COLAGENASE				
DESCRIÇÃO: É uma pomada à base de uma enzima chamada de colagenase obtida a partir de culturas do Clostridium histolyticum . É um agente desbridante enzimático. MECANISMO DE AÇÃO: É destinada como agente desbridante enzimático de lesões superficiais. -Promove o preparo do leito da ferida através da limpeza enzimática das áreas com tecido não viável para cicatrização.				
INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR	PERÍODO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
Feridas com tecido desvitalizado aderido a lesão (realizar a técnica square em necrose para a penetração da colagenase).	- Lesões isquêmicas; - Lesões isquêmicas ainda não revascularizadas; - É contraindicada a pacientes com hipersensibilidade à Colagenase (substância ativa) ou a qualquer componente da formulação.	- Deve-se fazer rigorosa higiene local antes da utilização do medicamento. - Recomenda-se aplicar a pomada, cuidadosamente, dentro da área lesada. - Deve ter um contato pleno com toda a área lesada; a pomada deve ser aplicada uniformemente, com espessura de cerca de 2 mm, uma vez ao dia. - O efeito nas crostas necróticas é mais eficaz, abrindo-se um corte no centro e em alguns casos nas margens, seguido de aplicação da pomada, tanto por baixo da crosta como por cima.	Trocar a cada 24 horas.	- Após a aplicação, cobrir a lesão com gaze umedecida em água destilada ou SF0,9% para ativar a enzima. - Promove um desbridamento lento. - Atentar para maceração das bordas da lesão e da pele adjacente se aplicada de forma incorreta. - É afetada por detergentes, hexaclorofeno e por metais pesados, como o mercúrio e prata ou soluções ácidas. - A solução de PHBM deve ser evitada
TIPO DE FERIDA				
Feridas agudas ou crônicas com perda de tecido superficial ou parcial				
TIPO DE TRATAMENTO				
Cobertura primária				
				



5.6 HIDROCOLÓIDE EM PLACA				
DESCRIÇÃO: Curativo estéril recortável composto internamente por no mínimo carboximetilcelulose. Camada externa composta por espuma ou filme de poliuretano, impermeável. MECANISMO DE AÇÃO: As partículas de celulose se expandem ao absorver líquidos e criam um ambiente úmido, que permite às células do microambiente da úlcera fornecer um desbridamento autolítico. Esta condição estimula a angiogênese, tecido de granulação e protege as terminações nervosas. Ele mantém o ambiente úmido, enquanto protege as células de traumas, da contaminação bacteriana, e mantém também o isolamento térmico.				
INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR	PERÍODO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
Tratamento de feridas abertas não infectadas com leve a moderada exsudação	• Lesões infectadas e queimaduras de 3º ou 4º grau. • Feridas muito exsudativas	• Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; • Recortar o hidrocolóide com diâmetro que ultrapasse a borda da lesão pelo menos 2 a 3 centímetros;	A cada 7 dias ou quando saturado.	A placa de hidrocolóide pode associada a outros produtos.
TIPO DE FERIDA				*Na SMS/PMC o uso do hidrocolóide é padronizado apenas para o tratamento.
Feridas agudas ou crônicas com perda de tecido superficial ou parcial	• Feridas cavitárias. • Região sacra em caso de incontinência fecal e urinária;	• Aquecer o hidrocolóide entre as mãos, retirar o papel protetor e aplicar o hidrocolóide segurando-o pelas bordas da placa; • Pressionar firmemente as bordas e massagear a placa, para perfeita aderência. Se necessário, reforçar as bordas com fita hipoalergênica. • Realizar escarificação em tecido necrótico, antes de aplicar.	Em caso de necrose a troca deverá ser realizada em até 3 dias.	É possível que ocorra odor desagradável ao contato com exsudado na lesão principalmente nas primeiras trocas.
TIPO DE TRATAMENTO				
Cobertura primária				
				



5.7 HIDROGEL				
DESCRIÇÃO: Gel transparente e incolor composto por água e no mínimo carboximetilcelulose MECANISMO DE AÇÃO: Possibilita um ambiente úmido que promove o desbridamento autolítico, estimulando a cicatrização.				
INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR	PERÍODO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
• Feridas abertas com tecido vitalizado ou desvitalizado; • Queimaduras de 2º e 3º grau; • Úlceras venosas e lesão por pressão.	• Pele íntegra; • Feridas operatórias fechadas; • Feridas muito exsudativas; • Fístulas.	• Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; • Aplicar fina camada do gel sobre a ferida ou introduzir na cavidade assepticamente; • Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril. • Recomenda-se umedecer levemente a gaze quando esta for utilizada como cobertura secundária	Quando utilizado com gaze como cobertura troca a cada 24h. Pode permanecer por até 7 dias quando associado com algumas coberturas como por exemplo hidrocolóide ou hidrofibra. Feridas infectadas troca no máximo a cada 24h. Feridas com necrose troca no máximo cada 72h.	Se possível usar creme de barreira nas bordas da lesão.
TIPO DE FERIDA				
Lesões com pouca exsudação ou seca				
TIPO DE TRATAMENTO				
Cobertura primária				
				



5.8 PAPAÍNA CREME 10%				
DESCRICAÇÃO: Enzimas proteolíticas do látex do mamão papaia. MECANISMO DE AÇÃO: Dissociação das moléculas de proteína (desbridamento químico); Anti-inflamatório, bactericida e bacteriostático. Estimula a força tensil e acelera o processo cicatricial.				
INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR	PERÍODO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
Tratamento de feridas abertas com tecido inviável seco ou úmido baixo exudato	Desde que usada a concentração e quantidade adequada não há contraindicação.	Aplicar topicamente sobre o ferimento 1 a 3 vezes ao dia.	Sempre que o curativo secundário estiver saturado ou no máximo a cada 24h.	Conservar sempre no interior da geladeira...
TIPO DE FERIDA				
Lesões com necrose seca				
TIPO DE TRATAMENTO				
Cobertura primária				



5.9 POLIHEXANIDA SOLUÇÃO AQUOSA (PHMB)				
DESCRIÇÃO: Solução aquosa, estéril e composta de 0,1% betaína, 0,1% polihexamida e 99,8% água purificada. MECANISMO DE AÇÃO: Ação surfactante para remoção de debris celulares, biofilme, descontaminando o leito da lesão, além de reduzir os odores.				
INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR	PERÍODO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
É indicado para limpeza, descontaminação e umidificação do leito das feridas agudas ou crônicas, removendo revestimentos, biofilmes, preparando o leito da ferida para receber curativo.	É contra indicado se o paciente tiver alergia a algum componente do produto.	- Retire a tampa do frasco e aplique a solução de irrigação em uma gaze; - Aplique a gaze com a solução no leito da ferida, permitindo que fique agindo por pelo menos 10 a 15 minutos; - Após esse período remova a gaze; - Para melhor resultado aplique a solução novamente diretamente no leito da ferida; - Recoloque a tampa no frasco e identifique-o com data de abertura e validade;	O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 24 horas.	Se o produto for estéril poderá permanecer aberto por até 08 semanas após o rompimento do lacre.
TIPO DE FERIDA				
Todos os tipos de feridas				
TIPO DE TRATAMENTO				
Solução utilizada para limpeza e desinfecção da ferida				
				



5.10 SULFADIAZINA DE PRATA				
DESCRIÇÃO: É um fármaco, com efeito, bacteriostático, derivado das sulfamidas de uso tópico. Cada 1g do creme contém: Sulfadiazina de Prata Micronizada 10 mg, Excipientes (Álcool cetosteárilico, estearil éter, álcool oleílico etoxilado, metilparabeno, propilparabeno, vaselina, propilenoglicol, água deionizada) q.s.p. MECANISMO DE AÇÃO: É um agente cicatrizante e antimicrobiano tópico. É bactericida para uma grande variedade de bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, bem como algumas. Espécies de fungos (Pseudomonasaeruginosa, Staphylococcus aureus, algumas espécies de Proteus, Klebsiella, Enterobacter e Candida albicans)				
INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR	PERÍODO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
Lesões por queimaduras; Lesões infectadas;	- É contraindicado para uso por gestantes no final da gestação, em crianças prematuras e recém-natos nos dois primeiros meses de vida. Por existirem poucos dados sobre a sua passagem pelo leite materno, também não é recomendado em mulheres que estejam amamentando. - A sulfadiazina de prata não deve ser utilizada em pacientes alérgicos às sulfas e aos demais componentes da formulação.	Após a limpeza da lesão de acordo com a orientação médica, aplicar uma camada de sulfadiazina de prata creme e cobrir com um curativo secundário	A troca deve ser de 12/12 horas, ou quando a cobertura secundária estiver saturada.	No momento da troca a pomada pode apresentar aspecto purulento devido a sua oxidação. -O tratamento não deve ultrapassar o tempo de 14 dias. Caso após a aplicação o produto fique exposto à luz, alterações na coloração do mesmo podem ocorrer.
TIPO DE FERIDA				
Feridas agudas ou crônicas com perda de tecido superficial ou parcial				
TIPO DE TRATAMENTO				
Cobertura primária	 			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DISPENSAÇÃO DE CURATIVO DOMICILIAR PACIENTE ACAMADO/DOMICILIADO			POP 03/03
	ELABORADO: Enfermeira Juliana de Sousa Gonçalves Martinovski	REVISADO: Enfermeira Elisângela Sousa Pedroso Ávila	VALIDADO: Enfermeiro Fernando da Silva Pinto	DATA DE REVALIDAÇÃO 19/03/2026

ÁREA: Enfermagem

1. **DEFINIÇÃO:** Curativo domiciliar É o conjunto de cuidados dispensados a uma ferida de paciente que encontra-se em condições de incapacidade motora, visa proporcionar segurança e conforto ao paciente e favorecer a cicatrização. (BRASIL, 2008).
2. **PRESCRIÇÃO:** Enfermeiro do Curativo domiciliar, Enfermeiro ESF, Médico.
3. **EXECUTANTES:** Equipe de Curativo domiciliar (Enfermeiro e Técnico de Enfermagem), Enfermeiro ESF, Técnico de enfermagem e CAF
4. **OBJETIVO:** Orientar a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) para a avaliação, controle e fornecimento de insumos de curativo para pacientes acamados.
5. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**
 - 5.1. A avaliação da ferida e o monitoramento de sua evolução devem ser feitos pelo(a) enfermeiro(a) da ESF sendo necessário que a avaliação seja compartilhada com a equipe multiprofissional, incluindo equipe do curativo domiciliar e contar com a participação ativa do doente e sua família (SJRIOPRETO, 2012).
 - 5.2. As feridas crônicas devem ser avaliadas semanalmente ou a cada duas semanas e as agudas a cada troca de cobertura primária (SJRIOPRETO, 2012).
 - 5.3. Toda conduta, evolução da ferida e outras informações necessárias devem ser registradas em prontuário eletrônico (PEP) via sistema G-MUS.
 - 5.4. Para pacientes acamados, o enfermeiro da ESF deve avaliar a possibilidade do procedimento de curativo ser realizado na residência pelo pacientes e/ou cuidador.
 - 5.5. Deve ser considerado o grau de conhecimento do paciente e/ou cuidador sobre o diagnóstico, a importância da adesão e continuidade do tratamento e os conhecimentos necessários de execução para garantir a efetividade do curativo.
 - 5.6. A seguir, caso o paciente e/ou cuidador seja considerado habilitado, o enfermeiro irá determinar as quantidades de insumos que serão utilizados considerando a extensão da

área do curativo e a data de retorno do paciente para reavaliação (Figura 1).

- 5.7. As quantidades definidas devem ser registradas no PEP via sistema G-MUS. Havendo medicamentos, estes devem ser prescritos pelo profissional Enfermeiro/médico, em receituário por nome genérico, incluindo a posologia e quantidade para 7 ou 15 dias de tratamento (conforme a data do retorno).
- 5.8. Esta receita deve ser atendida pela própria UBS referência do paciente, pela equipe de enfermagem (sala de procedimento).
- 5.9. A UBS (sala de procedimento) deverá realizar a saída nominal dos medicamentos conforme receita, no sistema informatizado G-MUS, na tela de dispensação (baixas/saídas) para o paciente e entregará a medicação para o paciente/responsável.
- 5.10. A UBS deverá registrar no campo da tela de dispensação para quantos dias foi atendida a receita, conforme informado pelo prescritor.
- 5.11. Cada receita será aviada uma única vez.
- 5.12. Os medicamentos e materiais que serão dispensados nas UBS estão descritos neste POP de Curativos.
- 5.13. Somente os medicamentos descritos neste POP poderão ser prescritos por enfermeiro generalista.
- 5.14. Qualquer medicamento padronizado na REMUME para uso em curativo que auxilie no tratamento deverá ser prescrito pelo médico assistente e avaliada pela enfermagem a aptidão do paciente ou familiar para o uso no domicílio.
- 5.15. A equipe de enfermagem procederá a entrega dos medicamentos e materiais para curativos ao paciente ou responsável na sala de procedimentos.
- 5.16. Se pacientes de serviços privados procurarem a UBS portando prescrição dos itens constantes nos POPs, eles devem ser encaminhados para a avaliação da enfermeira e para transcrição.
- 5.17. Ao prescrever a medicação se faz necessário seguir este modelo para ser dispensado na sala de procedimento os insumos:



OBSERVAÇÃO: Usuários em condições de locomoção não serão liberados materiais para realização de curativo em domicílio, exceto aos FINAIS DE SEMANA E FERIADO.

Figura 1. Padronização de Dispensa Mensal de Materiais para Pacientes Portadores de Feridas e Cuidados Especiais, com Cadastro na Rede Municipal de Saúde de Buritis-RO.

TAMANHO CURATIVO	1 TROCA/DIA	2 TROCAS/DIA
PEQUENO (Lesão com tamanho máximo de 5cm de diâmetro e até 2cm de profundidade com pouca exsudação)	GAZE: 30 PCTS*	GAZE: 60 PCTS*
	LUVA: 60 PARES	LUVA: 60 PARES
	SF 0,9% 1000 ML: Até 01 FRASCO	
	AGULHA 40x12M: 30 UNIDADES	
	MICROPORE: 01 ROLO	ATADURA: Até 30 UNIDADES
	ESPARADRAPO 01 ROLO	
MÉDIO (Lesão com tamanho máximo de 10cm de diâmetro e até 3cm de profundidade com pouca ou média exsudação)	SACO LIXO BRANCO: 4 UNIDADE	
	GAZE: 50 PCTS*	GAZE: 70 PCTS*
	LUVA: 30 PARES	LUVA: 60 PARES
	COMPRESSAS 10 UNIDADES	COMPRESSAS 20 UNIDADES
	SF 0,9% 1000 ML: Até 01 FRASCO	
	AGULHA 40x12M: 30 UNIDADES	
GRANDE (Lesão com tamanho acima de 10cm de diâmetro e/ou superior a 3cm de profundidade com grande exsudação)	MICROPORE: 01 ROLO	ATADURA: até 30 Unidades
	ESPARADRAPO 01 ROLO	
	SACO LIXO BRANCO: 4 UNIDADE	
	GAZE: 80 PCTS*	GAZE: 100 PCTS*
	LUVA: 30 PARES	LUVA: 60 PARES
	COMPRESSAS 20 UNIDADES	COMPRESSAS 30 UNIDADES
	SF 0,9% 1000ML: Até 02 FRASCOS	
	AGULHA 40x12M: 30 UNIDADES	
	MICROPORE: 01 ROLO / ATADURA: Até 50 UNIDADES	
	ESPARADRAPO 02 ROLO	
	SACO LIXO BRANCO: 4 UNIDADE	

Observação: A dispensação do micropore, esparadrapo só se dará com a devolução dos cascos dos mesmos.

Insumos Padronizados na Rede Municipal de Saúde para Uso em Curativos Prescritos pela Enfermagem Conforme Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas.

Ácidos graxos	Sulfadiazina de prata creme 1%
Cloreto de sódio (frasco de 1000 ml)	Neomicina + bacitracina
Papaína 2%	Colagenase + cloranfenicol
Papaína 10%	Fribrinolisina + cloranfenicol + desoxirribonuclease

Materiais que podem ser dispensados para o paciente levar para casa para realizar o curativo caso seja prescrito pelo profissional Enfermeiro ou Médico:

Atadura	Fita microporea
Clorexidina	Luvas procedimentos (obs)
Compressa de gazes	Luvas estéril (obs)
Esparadrapo	

6. REFERÊNCIAS:

BRASIL. Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto – SP. Disponível em: <http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/arqufunc/2018/remume-2018.pdf>. Acesso em: 27 agosto 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed., rev. e ampl. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_ulcera_hanseníase.pdf. Acesso em: 27 agosto 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/arqufunc/2018/politica-nacional-medicamentos.pdf>. Acesso em: 27 agosto 2018.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. *Diário Oficial* [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 1973. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc_visa/legis/lei_5991.pdf?id=16614&. Acesso em: 27 agosto 2018.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Portaria SMS nº 16, de 04 de janeiro de 2016. Altera a quantidade de insumos a ser dispensado para pacientes portadores de feridas e cuidados especiais e inclui critérios para a dispensação de insumos aos pacientes institucionalizados, com cadastro na rede municipal de saúde de São José do Rio Preto e que estão definidas no protocolo de enfermagem prevenção e tratamento de feridas – 3ª edição/2012.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolos de enfermagem – prevenção e tratamento de feridas – 3ª edição. São José do Rio Preto, 2012.

ANEXO A
Material complementar para esclarecimento de dúvidas referente a curativos.



© 2011, Prefeitura do Município de São Paulo.
 É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte.
 Secretaria Municipal de Saúde - Manual de
 Padronização de Curativos - Janeiro/2011
 Educação, distribuição e circulação:
 Secretaria Municipal de Saúde/SP
 Rua General Jardim, 55 - Vila Baependi
 CEP: 01223-610 - São Paulo/SP

CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA (ETIOLOGIA)

Para determinar a etiologia da ferida devemos considerar:

- Úlceras de pressão;
- Lesão Vasculogênica, por insuficiência venosa;
- Úlceras isquêmicas, devido insuficiência arterial;
- Lesão Neuropática, devido Diabetes Mellitus (diabético);
- Lesão Traumática, considerando neste tópico as cirurgias.

COMO AVALIAR A FERIDA:

Todas as lesões devem ser avaliadas e documentadas atendendo aos seguintes critérios:

1. **Localização, tamanho, estágio:** incluindo comprimento, largura, profundidade, forma e bordas;
 - **Espessura parcial:**
 - Estágio 1 (somente epiderme, inclui escoriações);
 - Estágio 2 (em camada dérmica).
 - **Espessura total:**
 - Estágio 3 (envolvendo tecido subcutâneo);
 - Estágio 4 (tecido subcutâneo e estruturas subjacentes).
2. **Área Peri-Lesional** (dentro de 4 cm de bordas de ferida), edema, eritema, dor, maceração, erupção cutânea, bordas ressecadas, corpos estranhos (drenos, suturas, etc)
3. **Aparência e cor da base da ferida**
 - **Tecido saudável:** granulação/epitelização (vermelho/rosa)
 - **Tecido necrosado:** necrose de liquefação (amarelo, bronzeado); necrose (preto, marrom)

9 CRITÉRIOS DO TRATAMENTO DE FERIDAS

1. Avaliar a ferida (avaliação da ferida, fase da cicatrização da ferida, qual é o objetivo do tratamento)

2. Limpeza da ferida

3. Remoção dos tecidos necróticos

4. Identificar e tratar a infecção

5. Preencher o espaço morto

6. Gerenciar exsudato

7. Manter um ambiente úmido no leito da ferida

8. Fornecer isolamento térmico

9. Proteger a ferida

4. **Evidência de túneis,** passagem sob a pele estendendo-se em qualquer direção através de tecido mole que cria um espaço morto com potencial para formação de abscesso ou área de destruição tecidual ao longo das margens da ferida subjacente à pele intacta
5. **Exsudato:** quantidade, cor, tipo (sero-sanguinolento, sangramento vivo, fibrina, purulento)

TIPOS DE TECIDO



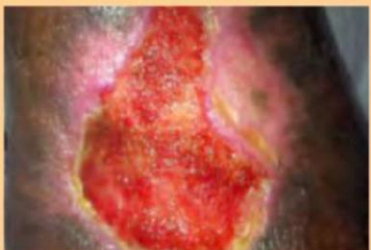
■ NECROSES



■ ▲ INFECÇÕES



▲ FIBRINA



■ GRANULAÇÃO



◆ EPITELIZAÇÃO

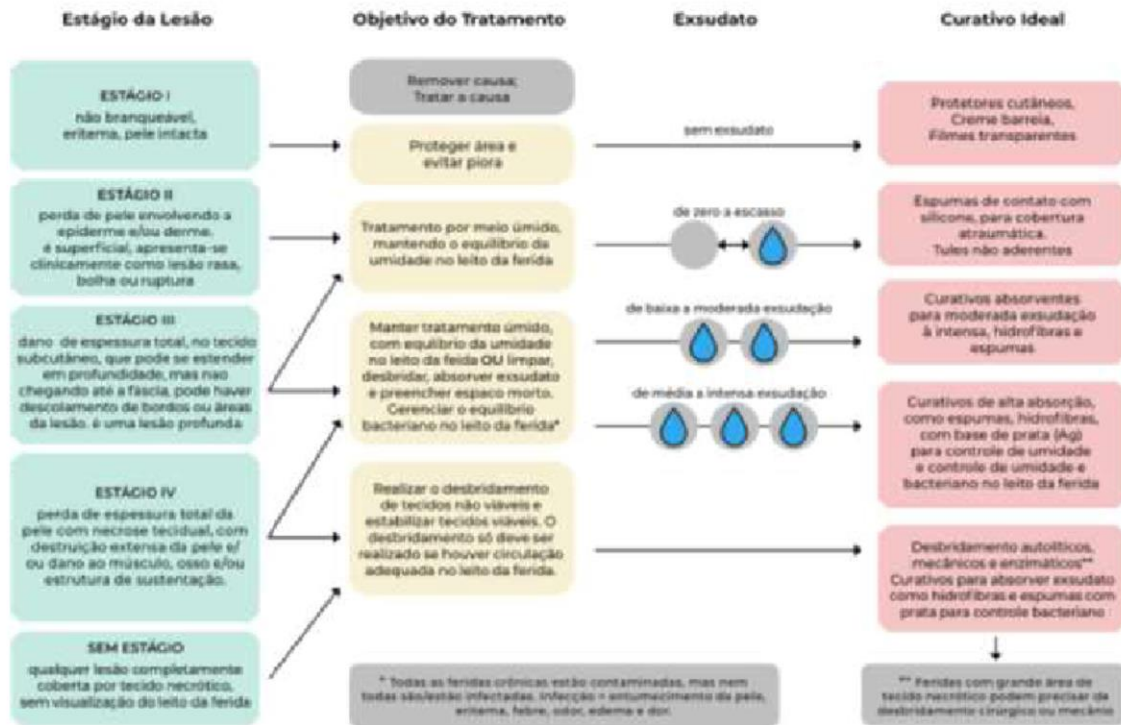
(imagens: Acervo)

RECONHECENDO OS TECIDOS				
ASPECTO	Necrose Seca	Necrose Úmida Escura	Necrose Úmida Clara	Tecido de Granulação
COR	Negra ou marrom escura ("escara")	Esfacelo amarronzado ou amarelo escuro	Esfacelo fibroso amarelado ou cinza	Vermelho
UMIDADE	Seca	Amolecido / Encharcado	Macio / Fibroso	Pouco e/ou moderadamente úmido
ADERÊNCIA	Firmemente aderido na base e bordas	Aderido apenas na base	Frouxamente aderido	-
EXEMPLO	 ■	 ▲	 ▲	 ■

GUIA DE AVALIAÇÃO E

1. Fatores causais / etiológicos 2. Cor do leito da lesão / fase da ferida		3. Exsudato 4. Profundidade / estadiamento	5. Tamanho da lesão 6. Pele circundante a lesão	7. Resposta da ferida ao tratamento atual
Fase (Cor)	R/V/B (Aspecto da lesão)	Risco da pele	Quantidade de exsudato	Profundidade
		área avermelhada, íntegra	sem exsudato	pele íntegra
		descamação, abrasão	pode ocorrer exsudato escasso	ruptura superficial da pele
		skin tear	excesso de exsudato moderado	ESPESSURA PARCIAL perda da pele envolvendo a epiderme, e/ou derme. lesão rasa, bolha, abrasão ou ruptura de pele.
		tecido de granulação	moderado a intenso	ESPESSURA TOTAL perda da pele envolvendo danos e necrose da epiderme. também pode afetar tecido subcutâneo, músculo, tendão e ossos.
		fibrina (aspecto amarelado)	intenso	
		possibilidade de infecção		
		escara (cores variadas)	de zero a intenso (pode variar muito)	

ESCOLHA DO PRODUTO



QUAL CURATIVO UTILIZAR?				
Situação Clínica		Cuidados Locais com Feridas	Considerações de Cuidados	Indicação Genérica de Produtos
TIPO DE TECIDO	Granulação. Fibrina. Secreção. Escara.	Otimizar o Leito da Ferida; Proteger o Tecido de Granulação; Remover o Tecido Necrótico	A Seleção do Curativo deve estar baseada no tipo de tecido do leito da ferida. Curativos que promovam desbridamento autolítico devem ser considerados como indicação quando houver tecido necrótico.	Hidrogel, Hidrofibras, Espumas com ou sem silicone
INFLAMAÇÃO E INFECÇÃO	Localizada. Difusa. Sistêmica.	Providenciar o controle bacteriano	O manejo de feridas infectadas requer terapia antimicrobiana oral ou IV. Não utilize curativos oclusivos em lesões infectadas.	Antimicrobianos a base de prata ou PHMB
EXSUDAÇÃO DE FERIDAS	Nulo (feridas secas). Baixa Exsudação. Média Exsudação. Intensa Exsudação.	Fornecer equilíbrio da umidade no leito da ferida: Adicionar ou remover a umidade do leito da ferida.	Selecionar curativo com base na quantidade de exsudato. Feridas secas requerem curativo que aumente umidade. A exsudação requer curativo que absorva umidade. A pele peri-lesional exige proteção contra maceração.	Hidrogel, Alginato de Cálcio, Hidrofibra ou Espumas
DOR	Dor ao trocar o curativo. Dor contínua	Providenciar o controle da dor do paciente	A seleção do curativo depende do tipo de dor do paciente. O curativo não deve ser aderente.	Biatain IBU ou curativos não-aderentes
ODOR	Feridas com odor	Escolha de curativos que promovam a redução do odor	O odor pode ser causado por infecção, portanto, certifique-se sobre a causa do odor antes da escolha do curativo.	Curativos com prata ou PHMB
PROFUNDIDADE	Cavidade. Descalamento de bordos. Túneis. Sinusais. Fístula.	Ocupar os espaços mortos na ferida	O espaço morto deve ser preenchido, mas não tamponado; evite utilizar produtos que deixem resíduos em feridas profundas; o tamponamento pode causar necrose de tecido e ou causar mais danos à ferida.	Alginato, Alginato com prata, Hidrofibra ou Hidrofibra com prata
FERIDAS INALTERADAS (sem evolução em 10 dias)	Sem evolução no leito da ferida. Refratárias ao tratamento.	Estimular o tecido viável	O leito da ferida deve ser estimulado. O leito da ferida deve estar livre de tecido necrótico, biofilme ou infecção.	Observar questões de etnia. Doenças crônicas pré-existent



ANEXO B

Infográfico para auxiliar na conduta de casos de tratamento de ferida





ESTADO DE RONDONIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
BURITIS – RO

CMSB

