

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HELONEIDA MARIA LEONCIO MAHLE COSTA

**CARTILHA DE CURATIVO ESPECIAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO EQUIPE
DE SAÚDE UNIDADE DE SAÚDE ABAETÉ**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HELONEIDA MARIA LEONCIO MAHLE COSTA

**CARTILHA DE CURATIVO ESPECIAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO EQUIPE
DE SAÚDE UNIDADE DE SAUDE ABAETÉ**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dr^a Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CARTILHA DE CURATIVO ESPECIAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO EQUIPE DE SAÚDE UNIDADE DE SAÚDE ABAETÉ** de autoria do aluno **HELONEIDA MARIA LEONCIO MAHLE COSTA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar tratamento de feridas e realizar a confecção de cartilha de coberturas como projeto de intervenção de saúde na US Abaeté. Os dados foram analisados e agrupados em: caracterização da unidade e a prática do enfermeiro relacionada a lesões de pele. Os profissionais da área da saúde visam prestar assistência ao paciente baseada na segurança e na eficácia que a medida realizada para a prevenção de lesões de pele pelo qual o profissional acompanhará a evolução das diversas etapas do tratamento da ferida. Curativo é o tratamento dado a determinada lesão, que tem por finalidade evitar o aparecimento de infecção nas feridas assépticas, também protege a lesão contra traumatismos externos, absolve a secreção e facilita a drenagem por meio de medicamentos que favorecem a supuração, alivia a dor pela limpeza e tratamento da lesão. O curativo promove a cicatrização estimulando o tecido de granulação. O profissional de enfermagem preenche uma lacuna importante no tratamento de feridas; sua figura é preponderante, é ele quem executa o curativo diariamente e está em maior contato com o paciente.

PALAVRA CHAVE: Curativo Especial, Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to examine the treatment of wounds; patients and health intervention project Abaeté U.S. Data were analyzed and grouped into: characterization of the unit and nursing practice related to skin lesions. The health professionals aim to provide assistance to patients based on safety and efficacy that the measurement made for the prevention of skin lesions by which the professional will monitor the evolution of the various stages of wound. Dressing is the treatment of an injury, which aims to prevent the onset of infection in aseptic wounds, also protects against external trauma injury, absolves secretion and facilitates drainage by drugs that promote suppuration, relieves pain by cleaning and treatment of the lesion. The dressing promotes healing by stimulating granulation tissue. The nursing professional fills an important gap in the treatment of wounds, her figure is predominant, it is he who runs the bandage daily and is in closer contact with the patient.

KEYWORD: Special Dressing, Nursing Diagnosis, Nursing Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	03
2 OBJETIVO GERAL.....	04
3 METODOLOGIA	04
4 FUNDAMENTÇÃO TEÓRICA.....	05
5 FISIOLOGIA DA PELE.....	06
6 FERIDAS.....	07
7 RESULTADOS E DISCUÇÃO.....	08
7.1 FINALIDADES DO CURATVO.....	09
7.2 TÉCNICAS PARA REALIZAR CURATIVOS.....	09
7.3 PRINCIPIOS BASICOS PARA AVALIAÇÃO DA FERIDA.....	10
7.4 TIPOS DE TECIDOS.....	11
8 TIPOS DE COBERTURAS UTILIZADOS NOS CURATIVOS.....	11
8.1 CURATIVOS COM HIDROCOLÓIDE.....	12
8.2 CURATIVOS COM HIDROGEL.....	12
8.3 CURATIVOS COM ALGINATO DE CÁLCIO.....	13
8.4 CURATIVOS COM CARVÃO ATIVADO.....	14
8.5 A.G.E (ÁCIDOS GRAXOS EXENCIAIS) COM VITAMINAS A E E E ÁCIDO LINOLÉICO.....	15
8.6 BOTA DE UNNA.....	16
8.7 GAZE NÃO ADERENTE.....	17
8.8 HIDROFIBRA COM PRATA.....	17
8.9 ESPUMA DE PRATA.....	18
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXOS.....	22

1 INTRODUÇÃO

No presente trabalho abordaremos o papel do profissional de enfermagem nos cuidados ao paciente com feridas. Quando o cuidado de enfermagem se direciona ao tratamento de lesões cutâneas, defende que o papel do enfermeiro não é somente a execução do curativo. O profissional de enfermagem preenche lacuna importante no tratamento de feridas; sua figura é preponderante, é ele quem executa o curativo diariamente e está em maior contato com o paciente.

As lesões que acometem extensas áreas necessitam de métodos especiais para sua resolução, têm seu processo de evolução natural alterado, ou representam ameaça à viabilidade de um membro são denominadas feridas complexas. 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).

O profissional de enfermagem deve conhecer o paciente como um todo, desde suas patologias, aspectos psicológicos, condição socioeconômica, familiar e cultural do cliente para que possa tomar decisões cabíveis para aperfeiçoar a recuperação do paciente. O profissional que acompanha o cliente portador de feridas deve atentar para o aparecimento de complicações de infecção, por isso deve-se utilizar de técnica asséptica para realização do tratamento, dessa maneira ocorrerá à redução da infecção e o período de cicatrização (SILVA, 2011).

As novas tecnologias em coberturas utilizadas para o tratamento de lesões apresentam custo menor ou equiparados aos tratamentos convencionais desde que utilizados de forma adequada. Os curativos especiais tem se tornado cada vez mais utilizado, pois o mesmo tem um importante papel na assistência ao paciente portador de lesão de pele e também uma forma educativa ensinando o paciente o autocuidado e estimulando sua independência (MENEZES, 2010).

Dessa forma, será possível projetar caminho clínico, pelo qual o profissional de enfermagem acompanhará a evolução das diversas etapas do tratamento da ferida. Para prestar excelente cuidado aos clientes portadores de feridas é necessária assistência interdisciplinar haja vista a diversidade de variáveis que envolvem o cuidado de feridas, mas, sem dúvida, essa é atribuição desenvolvida pela enfermagem em sua prática diária, fazendo do enfermeiro o profissional mais indicado para a prevenção, a avaliação e o tratamento de feridas. Ao

avaliar um paciente portador de feridas, o profissional deve ser qualificado para que possa atuar de forma coerente dentro das necessidades em que se encontra o cliente.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a assistência de enfermagem aos pacientes portadores de feridas, através do projeto de intervenção de saúde US Abaeté.

3 METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo deste estudo, optou-se pelo método de pesquisa exploratórias, embora muitas vezes assume forma de pesquisa bibliográfica ou estudo de caso. Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maiores detalhes com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é flexível, e possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado e envolve levantamentos bibliográficos, entrevistas com pessoas que tiveram experiência na prática, análise e exemplos com o tema pesquisado (GIL, 2002).

A obtenção dos materiais foi procedida inicialmente por meio de consulta online de artigos com as seguintes bases de dados: SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*); LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde). Utilizaram-se os seguintes termos para formar a expressão de pesquisa: Tratamento Tópico e Cirúrgico de Úlcera Neuropática; Manual de Curativos; Feridas e Curativos.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos em português, disponíveis gratuitamente, publicados no período de 2004 a 2014. Foram excluídos da pesquisa os artigos fora do recorte temporal, em duplicidade nas bases consultadas e que não atingiram o objetivo desta pesquisa.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O interesse da medicina pelos cuidados com as perdas de continuidade do tegumento cutâneo vem desde a Antiguidade. O tratamento das feridas inclui métodos clínicos e cirúrgicos e o curativo é o tratamento clínico mais frequentemente utilizado para auxiliar a reparação tecidual (SMANIOTTO, 2012).

A utilização de curativos passivos é descrita na literatura médica desde 1962 por Winter que demonstrou, em trabalhos experimentais, que a reepitelização ocorria mais rapidamente em feridas ocluídas que naquelas expostas ao ar. *Hinman e Miabach* posteriormente demonstraram resultados semelhantes em humanos (SMANIOTTO, 2012).

O tratamento das feridas inclui métodos clínicos e cirúrgicos. O curativo é o tratamento clínico mais frequentemente utilizado. A escolha do material adequado para o curativo decorre do conhecimento fisiopatológico e bioquímico da reparação tecidual, representadas não apenas pela ruptura da pele e do tecido celular subcutâneo, mas também, em alguns casos músculos, tendões e ossos.

Em Curitiba em 2001 iniciou em algumas unidades a padronização de coberturas e soluções especiais para tratamento de feridas, o primeiro material padronizado foi o Ácido Graxo Essencial na US Campina do Siqueira e na UPA Boa Vista, após foram sendo implantadas em outras unidades.

Sequencialmente entraram outras coberturas como carvão ativado, gaze não aderente, espuma de prata, hidrocolóide e hidrogel, a implantação nas Unidades de Saúde foi definida estrategicamente através dos Distritos Sanitários de Saúde em cada Regional da cidade e passou de 2 em 2001, para 12 Unidades em 2002, para 38 em 2008, em 2012 40 Unidades e atualmente 52 unidades e a Secretaria de Saúde pretende ampliar para todas as unidades para que possam atender os usuários de sua região sem ter que deslocar-se longe de seu domicílio.

A unidade de Saúde Abaeté faz tratamento de feridas desde 2008 atendendo portadores de feridas crônicas e não crônicas, da nossa área de abrangência e de outras unidades próximas que não são referência em tratamento de feridas e não recebem coberturas especiais. Atende em média mensal, oito usuários que fazem curativo uma, duas ou três vezes por semana. O projeto de intervenção visa aprimorar o conhecimento da equipe de enfermagem que utiliza as coberturas especiais para o tratamento de feridas e da equipe multidisciplinar, para poder visualizar melhor o usuário em tratamento com coberturas especiais.

5 FISILOGIA DA PELE

A pele é o maior órgão do corpo humano, constituindo cerca de 10% do peso corporal. Está constantemente exposta a agressões físicas, químicas e mecânicas, que podem ter consequências físicas permanentes ou não. É responsável pela barreira contra microrganismo e também constitui como um órgão sensorial capaz de perceber estímulos dolorosos e táteis. Participam do mecanismo termorregulador e secreta água e eletrólitos (POTTER E PERRY, 2004).

A pele é constituída de duas camadas principais:

A epiderme é a camada externa, sem vascularização, é constituída por células dispostas (epitélio estratificado escamoso centralizado) é a mais superficial, tem como função principal a proteção do organismo e a constante regeneração da pele. A camada mais externa da pele é fina e avascular; e costuma regenerar-se em 4 a 6 semanas. Suas funções básicas são manter a integridade da pele e atuar como barreira física. É ricamente irrigada, possuindo uma extensa rede de capilares e nervos. Repousa na tela subcutânea, que é rica de tecido adiposo;

A derme é a camada interna da pele, responsável pela força, elasticidade e capacidade de distensão dos movimentos, protege os músculos e ossos. As fibras proteicas, vasos sanguíneos e linfáticos se situam também na derme;

A hipoderme ou tecido subcutâneo é o tecido responsável por armazenar gordura com reserva energética, serve como solução salina, o suor que serve também para controlar a temperatura corporal, a pele impede a agressão dos órgãos e tecidos por agentes físicos (radiações, agentes mecânicos, frio e calor e agentes biológicos como: bactérias, vírus e fungos) (POTTER, PERRY, 2004).

Constituída por várias camadas de células como: a epiderme contém cinco subcamadas – o estrato córneo, mais externo; o estrato lúcido; o estrato granuloso; o estrato espinhoso, e a camada mais interna, o estrato germinativo, ou camada de células basais. O estrato germinativo liga a epiderme a segunda e mais espessa das camadas da pele, a derme. A função da derme é oferecer resistência, suporte, sangue e oxigênio à pele. Essa camada contém vasos sanguíneos, folículos pilosos, vasos linfáticos, glândulas sebáceas e glândulas sudoríparas (POTTER, PERRY, 2004).

Segundo Vale (2005), a derme é composta de fibroblastos, colágeno e fibras elásticas. Os fibroblastos são responsáveis pela formação de colágeno, substância matricial, e proteínas de elastina. O colágeno dá resistência à pele e a elastina é responsável pelo rechaço

cutâneo. Espessos feixes de colágeno ligam a derme ao tecido subcutâneo e às estruturas de suporte subjacentes, como fáscia, músculo e ossos. O tecido subcutâneo é composto pelos tecidos adiposo e conjuntivo, além de grandes vasos sanguíneos, nervos e vasos linfáticos.

A derme, assim como a epiderme, apresenta espessuras variáveis de acordo com a região corporal e na derme também há formação das linhas da pele, além de facilitar o apreensão, as linhas cutâneas conferem aos dedos as impressões que as caracterizam (VALE, 2005).

As funções da pele são:

Proteção: a pele atua como barreira física contra microrganismos e outras substâncias estranhas, protegendo contra infecções e perda excessiva de líquidos;

Sensibilidade: as terminações nervosas da pele permitem que a pessoa sinta dor, pressão, calor e frio;

Termorregulação: a pele ajuda a regular a temperatura corporal mediante vasoconstrição, vasodilatação e sudorese. Além dessas funções a pele também tem função Imunológica (Auxilia na resposta a antígenos para imunidade celular. O sebo possui propriedades antibacterianas e ajuda a desprender bactérias tóxicas por meio da descamação natural), Metabólica (Produz vitamina D) e Social e interativa (Produz a imagem e identidade corporal) (VALE, 2005).

6 FERIDAS

Feridas são definidas como a perda da solução de continuidade do tegumento, representadas não apenas pela ruptura da pele e do tecido celular subcutâneo, mas também, em alguns casos músculos, tendões e ossos. São representadas não apenas pela ruptura da pele e do tecido celular subcutâneo, mas também, em alguns casos, por lesões em músculos, tendões e ossos, podem ser classificadas quanto à etiologia, complexidade e tempo de existência (SMANIOTTO, 2012).

O Tratamento de feridas se refere à proteção de lesões contra a ação de agentes externos físicos, mecânicos ou biológicos, tendo como objetivo reduzir, prevenir e minimizar os riscos de complicações decorrentes. Antes da aplicação de um curativo, é necessária uma avaliação completa da ferida, do seu grau de contaminação, da maneira como esta ferida foi produzida, dos fatores locais e sistêmicos e da presença de exsudato, como forma de agilizar o processo de cicatrização e proteger a ferida (GOMES, 2005).

7 RESULTADOS E ANALISE

Este trabalho propõe padronização dos curativos e cobertura de feridas na unidade de saúde ABAETÉ, para tanto se apresenta fundamentação científica e na sequencia a rotina para ação.

A grande variedade de curativos possibilita melhor adequação e manejo das diversas condições das feridas. Podemos nos defrontar com dúvidas em relação à forma de indicá-los já que os diferentes curativos podem ser aplicados em condições bastante semelhantes e a tendência é que surjam cada vez mais novos produtos. Os avanços tecnológicos nos têm possibilitado a utilização destes produtos que, evidentemente, aceleram a cicatrização das feridas e facilitam em muito a vida do paciente (FRANCO, 2008).

Os curativos são uma forma de tratamento das feridas cutâneas e sua escolha depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. O tratamento das feridas cutâneas é dinâmico e depende, a cada momento, da evolução das fases de cicatrização. Atualmente são inúmeras as opções de curativos existentes no mercado. Embora haja uma grande variedade de curativos, um só tipo de curativo não preenche os requisitos para ser aplicado em todos os tipos de feridas cutâneas (FRANCO, *et. al.* 2008).

Segundo Geovanini (*et.al.* 2008) curativo é a proteção da lesão ou ferida 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), o curativo como ação de valor local, sem avaliar sua importância global para o indivíduo. Se pensarmos no termo ferida, veremos o quão abrangente ele é. Como parte de qualquer curativo seja bem sucedido é preciso saber, em primeiro lugar, o que causou a lesão a ser tratada ou a impede de cicatrizar.

Cada ferida deve ser avaliada separadamente, podendo ser necessário o uso de coberturas diferentes ao longo do tratamento tendo em vista a sua evolução, a mudança nas suas características e possíveis reações à pele. Sabendo-se que uma boa parte das úlceras venosas são exsudativas, a recomendação é para a utilização de coberturas que controlem o excesso de exsudato como o curativo de alginato, de hidrofibra, de hidrocolóide e espumas de poliuretano. A pele circundante à ferida deve ser protegida do excesso de exsudato e de outras agressões com o uso de uma película não irritante ou pomadas com óxido de zinco (GUIMARÃES, 2011).

7.1 FINALIDADES DO CURATIVO

Remover corpos estranhos, reaproximar bordas separadas, proteger a ferida contra contaminação, promover hemostasia, fazer desbridamento mecânico ou autolítico removendo tecido necrótico;

Reduzir o edema, absorver exsudato e edema;

Reaproximar bordas separadas;

Proteger a ferida contra contaminações e infecções;

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, além do conforto psicológico proporcionado, pois impede o paciente do contato visual com a lesão;

Promover hemostasia;

Preencher espaços mortos e evitar a formação de sero hematomas;

Favorecer a aplicação de medicação tópica;

Fazer desbridamento e remover tecidos necróticos;

Reduzir a facilitar a drenagem de exsudatos;

Manter a umidade da superfície da ferida;

Fornecer isolamento térmico;

Promover e proteger a cicatrização da ferida;

Limitar a movimentação dos tecidos em torno da ferida;

Dar conforto psicológico;

Diminuir a intensidade da dor (GIOVANINI, *et.al.* 2008).

7.2 TÉCNICAS PARA REALIZAR CURATIVOS DE FERIDAS

Fazer a degermação das mãos antes de manipular o material esterilizado;

Inicia-se com a limpeza, que deve ser feita da área menos contaminada para a área mais contaminada, evitando-se movimentos de vaivém;

Não falar enquanto estiver realizando o curativo;

Nas feridas cirúrgicas, a área mais contaminada é o tecido perilesional (ao redor da ferida), enquanto que nas úlceras ou feridas infectadas a área mais contaminada é a do interior da lesão;

Deve-se remover as crostas e os detritos com cuidado; lavar a ferida com soro fisiológico e, após total limpeza da lesão e do degermante usado, deverá ser colocada a cobertura com a finalidade de proteger contra agentes externos, proporcionando conforto e alívio ao paciente (GIOVANINI, *et.al*, 2008).

Diminuir o crescimento de microrganismo na ferida ou na área da incisão;

O objetivo principal do curativo é promover a cicatrização, diminuindo os fatores que podem retardar sua cura (GIOVANINI, *et.al*, 2008).

Algumas coberturas necessitam de curativo secundário que podem incluir as bandagens, que deverão ser colocadas de maneira que não fiquem frouxas nem comprimam em demasia. O enfaixamento dos membros deve iniciar-se da região distal para a proximal e não deve trazer nenhum tipo de desconforto ao paciente e para ter uma boa cicatrização (MENEZES, 2010).

7.3 PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA AVALIAÇÃO DA FERIDA

Determinar o tamanho da ferida é uma parte muito importante, em geral os pacientes são encaminhados à fisioterapia por causa da qualidade da ferida e não pela quantidade. Para que as feridas sejam confiáveis o paciente deverá estar posicionado de forma que a ferida possa ser examinada e aferida. Em geral a ferida muda pouco até que ela esteja relativamente sem infecção (IRION, 2012).

Tamanho: a determinação da área de superfície de uma ferida é adequada se não houver envolvimento de tecidos subcutâneos. Para descrever a superfície da ferida pode se basear no mostrador do relógio que indica a direção cefálica no tronco e a direção proximal em um membro como 12:00 horas, a direção caudal no tronco ou direção distal em membro como 6:00 horas. Utilizando o mesmo registro para o termo comprimento com a distância entre 12:00 horas e 6:00 horas, a largura é medida de 9:00 horas para 3: horas. Outros métodos são utilizados para determinação da largura maior e do comprimento maior independente da forma da ferida. Um método utilizado no momento é aferir a dimensão maior ao longo da ferida e a distância perpendicular a esta aferição. Outro método também utilizado é a régua para medir o comprimento e a largura da ferida, deve multiplicar o comprimento x largura e se tem o tamanho por cm²; Profundidade: relacionado a: Dano tecidual sem solução de continuidade na superfície da pele;

Profundidade: A profundidade de uma ferida deve ser determinada pelo envolvimento subcutâneo significativo, com as úlceras por compressão do estágio IV, determinando o volume das feridas superficiais, como queimaduras sem envolvimento subcutâneo, úlceras por compressão no estágio II ou estágio III, úlceras arteriais ou úlceras venosas. O meio mais simples de aferir a profundidade da ferida é com um aplicador com ponta de algodão de uma maneira semelhante à aferição da área transversal (IRION, 2012).

7.4 TIPOS DE TECIDOS

Tecido Necrosado: escolher o tipo de tecido necrosado predominantemente na ferida de acordo com a cor, a consistência e a aderência, usando o seguinte roteiro:

- Tecidos com Necrose Branca/cinza – Pode aparecer antes da ferida abrir, a superfície da pele está branca ou cinza;
- Esfacelo amarelo, não aderido: Fino, substância mucinosa, espalhando por todo o leito da ferida; facilmente separado do tecido da ferida;
- Esfacelo amarelo, frouxamente aderido: Espesso, viscoso, pedaços de fragmentos, aderido ao leito da ferida;
- Tecido preto/duro, firmemente aderido: Tecido firme e duro, fortemente aderido ao leito e às bordas da ferida (como uma crosta dura/casca de ferida).
- Tecido de granulação: Tecido de granulação é o crescimento de pequenos vasos sanguíneos e de tecido conectivo para preencher feridas de espessura total. O tecido saudável quando é brilhante, vermelho vivo, lustroso e granular apresenta-se de coloração rosa pálido ou esbranquiçado para o vermelho opaco;
- Exsudato (GOMES, 2005).

8 TIPOS DE COBERTURAS UTILIZADAS NOS CURATIVOS

Para que se faça a escolha do curativo adequado é essencial uma avaliação criteriosa. Essa análise deve incluir: condições físicas, nutricionais, idade do paciente e os medicamentos utilizados pelo mesmo, localização anatômica da ferida e suas características: forma, tamanho, profundidade, bordas, presença de tecido de granulação, quantidade de tecido necrótico e presença de drenagem na ferida. A escolha certa para realizar o curativo é necessário analisar a anamnese com histórico completo do paciente, observar as condições

físicas, idade e estado geral, outras doenças, forma, tamanho, profundidade, condições da pele em redor da ferida, quantidade de tecido de granulação, presença e quantidade de tecido necrótico e de drenagem na ferida (GEOVANINI, *et.al*, 2008).

8.1 CURATIVO COM HIDROCOLÓIDE

Composição: por uma placa sobe forma de gel transparente, incolor, composto por 77,7% de agua, 20% de propilenoglicol e 2,3% de carboximetilcelulose sódica conservantes e uma camada externa de filme de espuma de poliuretano, e outra interna composta de gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica (FRANCO, 2008).

Mecanismo de ação: Promove o desenvolvimento de um meio ambiente úmido otimizando o processo de cicatrização da ferida e permitindo a troca do curativo sem causar danos ao tecido recém-formado. Estimula a angiogênese e o desbridamento autolítico. Acelera o processo de granulação tecidual. O profissional deve escolher o hidrocolóide com diâmetro que ultrapasse a borda da ferida no mínimo 3 cm, e trocar o curativo a cada um a sete dias, dependendo da quantidade de exsudação (FRANCO, 2008).

Indicação: é indicado para feridas abertas não infectadas e com leve a moderada exsudação. É contra indicada para feridas colonizadas ou infectadas, feridas com tecido desvitalizado ou necrose e queimaduras de 3º grau (FRANCO, 2008).

Modo de usar: lavar a ferida. Escolher o hidrocolóide, com diâmetro que ultrapasse a borda da ferida pelo menos 3 cm. Esse material é à prova d'água e lavável, retém odores, tem boa aparência e formas variadas que possibilitam adequação à área cruenta, podendo inclusive ser empregado em lesões das articulações, porem pode deixar a pele macerada se a exsudação se tornar abundante (FRANCO, 2008).

8.2 CURATIVO COM HIDROGEL

Composição: água (77,7%), carboximetilcelulose (CMC-2,3%) que facilita a reidratação celular e o desbridamento e propilenoglicol (PPG-20%), estimula a liberação de exsudato, é gel transparente, incolor (SILVA, *et. al*, 2011).

Indicação: para remoção de crostas e tecidos desvitalizados e necrosados de feridas abertas por meio de desbridamento autolítico. Deve ser trocado de 24 a 72 horas. É contra indicada para feridas de pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas. Os hidrocolóide têm diferentes apresentações, em placa (com diferentes espessuras e tamanhos), pasta ou pó, que facilitam o uso, tanto na aplicação como na remoção sem trauma, como uma infinidade de indicações (SILVA, *et. al*, 2011).

Contraindicação: pacientes sensíveis aos componentes do produto; feridas infectadas e altamente exsudativas (SILVA, *et. al*, 2011).

Mecanismo de ação: a absorção do exsudato promove um ambiente úmido que favorece o processo de cicatrização e auxilia no desbridamento autolítico; conservação das células variáveis; estimulação dos macrófagos; liberação de fatores de crescimento como PDGF (fatores de crescimento derivado de plaquetas), FGF (fator de crescimento de fibroblastos) e EGF (fator de crescimento epidermal) (SILVA, *et. al*, 2011).

Modo de usar: para realizar o curativo com hidrogel é necessário lavar o leito da ferida. Espalhar o curativo ou introduzi-lo na cavidade assepticamente. Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril devendo ser tocado sempre que o hidrocolóide saturar ou descolar; o curativo tem permanência de no máximo até 7 dias, desde que não haja vazamento de exsudato ou sinais clínicos de infecção (SILVA, *et. al*, 2011).

8.3 CURATIVO COM ALGINATO DE CÁLCIO

Composição: por fibras de algas marinhas impregnadas com cálcio e sódio, derivados de algas marinhas marrons, ácidos gulurônico e manurônico (SILVA, *et. al*, 2011).

Indicação: é indicado para feridas abertas, cavitárias, sangrantes, altamente exsudativas com ou sem infecção, deiscências, feridas com sinus, úlceras venosas e por compressão até a redução do exsudato (SILVA, *et. al*, 2011).

Contraindicação: lesões superficiais, feridas com ou sem exsudação, queimaduras, feridas com perda de tecido superficial e recobertas por tecido necrótico seco (SILVA, *et. al*, 2011).

Mecanismo de ação: sua ação com o cálcio presente no curativo de alginato induz hemostasia, a troca iônica auxilia no desbridamento autolítico, tem alta capacidade de absorção, resulta na formação de um gel que mantém o meio úmido propiciando a cicatrização (SILVA, *et. al*, 2011).

Modo de usar: feridas profundas deve modelar o alginato no interior da ferida. A oclusão pode ser feita utilizando gaze estéril, ataduras. Fitas microporoas ou fitas transparentes que pode ser utilizada sobre o alginato. Deve ser trocado em até 7 dias secundaria estiver saturada (SILVA, *et. al*, 2011).

8.4 CURATIVOS COM CARVÃO ATIVADO

Composição: composto por camada absorvente de alginato de cálcio e sódio, carboximetilcelulose sódica para contato com a pele, camada de carvão ativado para controle do odor e uma camada resistente à água. É produzido pela carbonização de raiom de viscose. Possui um sistema de poros no tecido capaz de reter bactérias, que são inativadas pela ação da prata, diminuindo a contagem bacteriana e, conseqüentemente odores desagradáveis (SILVA, *et. al*, 2011).

Indicação: feridas infectadas ou não, com ou sem odor, profundas com exsudação moderada ou abundante, fúngicas, neoplásicas, deiscência cirúrgicas com sinus ou tecidos necróticos, úlceras venosa e por compressão (SILVA, *et. al*, 2011).

Contraindicação: É contra indicado em feridas secas e recobertas por escara, feridas limpas, queimaduras, feridas pouco exsudativas, sangrantes ou recobertas com tecidos necróticos secos. O carvão ativado pode aderir e causar sangramento durante sua remoção, principalmente nas áreas com tecido de granulação (SILVA, *et. al*, 2011).

Mecanismo de ação: carvão ativado com prata tem ação bactericida que absorve o exsudato e filtra o odor, e com o alginato de cálcio é hemostático e realiza maior absorção e pode ser colocado sobre a exposição óssea ou tendões desde que a ferida seja altamente exsudativas (SILVA, *et. al*, 2011).

Modo de usar: deve ser remover o exsudato e o tecido desvitalizado. Colocar o curativo de carvão ativado sobre a ferida e ocluir com cobertura secundária estéril. Não deve ser cortado por soltar tecido e deixar corpo estranho na ferida, quando houver diminuição do exsudato do odor e ocorrer à granulação da ferida utilizar outro curativo. O curativo deve ser trocado a cada 48 ou 72 horas, dependendo do volume do exsudato ou a cada 3 ou 7 dias e a cobertura secundária sempre que estiver saturada (SILVA, *et. al*, 2011).

8.5 A.G.E. (ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS) COM VITAMINAS A E E E ÁCIDO LINOLÉICO

Composição: Ácido Cáprico, Ácido Caprílico, Ácido Capróico, Ácido Láurico, Ácido Linoléico, Lecitina, Palmitato de Retinol, Acetato de Tocoferol e Alfa-Tocoferol (FRANCO, 2008).

Indicação: prevenção de úlceras de pressão, feridas abertas superficiais com ou sem infecção. Revitaliza e mantém o equilíbrio hídrico da pele, melhorando sua elasticidade. O Ácido Linoléico, que auxilia na prevenção da formação de UP e contribui para o restabelecimento da integridade da pele (FRANCO, 2008).

Contraindicação: não relatada

Mecanismo de ação: promove a quimiotaxia e a angiogênese, mantém o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual. A aplicação em pele íntegra tem grande absorção, forma uma película protetora na pele, previne escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local (FRANCO, 2008).

Modo de usar: remover o exsudato e o tecido desvitalizado. Espalhar o AGE no leito da ferida ou embeber gazes estéreis de contato o suficiente para manter o leito da ferida

úmido até a próxima troca. Ocluir com cobertura secundária estéril de gaze e fixar. Frequência de Troca: em média de 12 horas (FRANCO, 2008).

O acompanhamento adequado é fundamental e deve ser feito por pessoa capacitada. Além disso, os pacientes podem reagir de forma totalmente diferente, mesmo apresentando feridas semelhantes. Os avanços tecnológicos nos têm possibilitado a utilização destes produtos que, evidentemente, aceleram a cicatrização das feridas e facilitam em muito a vida do paciente. O curativo com hidrocolóide podem ser molhados, durante o banho, sem perder suas propriedades (FRANCO, 2008).

8.6 BOTA DE UNNA

Composição: gaze elástica contendo óxido de zinco, glicerina, gelatina em pó e água. O produto comercializado é acrescido de glicerina, acácia, óleo de castor e petrolato branco para evitar o endurecimento (ODA, *et. al*, 2004).

Indicação: Para pacientes ambulatorial e domiciliar Úlceras venosas de perna e edema linfático (ODA, *et. al*, 2004).

Contraindicação: não deve ser utilizada em pessoas com sensibilidade conhecida ao produto ou a seus componentes; Úlceras mistas ou com comprometimento arterial, sinais de infecção e presença de miiase (ODA, *et. al*, 2004).

Mecanismo de ação: diminuir o edema através do movimento da "bomba venosa" (coração periférico de Barow), facilitando o retomo venoso auxiliando na cicatrização (ODA, *et. al*, 2004).

Modo de usar: Quando utilizar a Bota de Unna já pronta, é necessário curativo secundário com atadura de crepe para melhor fixação. A troca deve de cada 7 dias desde que não apresente secreção ou sujidade (ODA, *et. al*, 2004).

8.7 GAZE NÃO ADERENTE

Composição: não aderente e transparente tela de acetato de celulose, impregnada com petrolatum (SILVA, *et. al*, 2011).

Indicação: lesões superficiais de queimadura; úlceras; áreas doadoras e receptoras de enxerto; abrasões; lacerações; feridas superficiais limpas (SILVA, *et. al*, 2011).

Contraindicação: feridas com cicatrização por primeira intenção e infectadas (SILVA, *et. al*, 2011).

Mecanismo de ação: não aderente às feridas e fluxo livre de exsudatos (SILVA, *et. al*, 2011).

Modo de usar: ao apresentar aderência ao leito ou de acordo com a saturação do curativo secundária. Pode acontecer irritação e reação granulomatosa; necessidade de cobertura secundária (SILVA, *et. al*, 2011).

8.8 HIDROFIBRA COM PRATA

Hidrofibra com prata ou Aquacel é um curativo tópico retentor de umidade, que pode liberar prata por até 14 dias. O fechamento da ferida é adquirido rapidamente, reduzindo assim, não só o custo de possíveis cirurgias, como também os efeitos adversos de anestésias (MOSER, 2013).

Composição: Curativos com tecnologia Hidrofibra com prata é composto de 100% de carboximetilcelulose sódica, hidrofibra com 1,2% de prata com apresentação antimicrobiana (SILVA, *et. al*, 2011).

Mecanismos de ação: grande capacidade de absorção e retenção do exsudato; redução de risco de maceração de bordas auxilia no desbridamento autolítico, estímulo a granulação e reepitelização; preenchimento de cavidades e espaços mortos; redução bactérias

e fungos por retenção mecânica; bactericida e fungicida de amplo espectro quando com a prata (SILVA, *et. al*, 2011).

Indicações: feridas em geral, com moderada e grande quantidade de exsudato, feridas limpas os curativos são feitos sem a prata e infectada ou grande colonização crítica com prata; úlceras neuropáticas ou venosas; queimaduras de segundo grau; úlceras por compressão; traumáticas e oncológicas; promovem um ambiente propício para a cicatrização da ferida, reduzem a perda de água e ajudam a reduzir a dor (SILVA, *et. al*, 2011).

Contra indicações: indivíduos com alergia ao componente do produto; feridas com necrose seca (SILVA, *et. al*, 2011).

Modo de usar: as trocas devem ser realizadas no máximo a cada 3 dias para feridas infectadas; de 3 a 7 dias para feridas limpas em caso queimaduras de segundo grau e áreas doadoras, deixar o curativo com a prata por 14 dias ou até quando for indicado clinicamente, realizando apenas curativo secundário sempre que saturar e recortando as partes do curativo de hidrofibra que forem se desprendendo conforme a ferida se reepitaliza (SILVA, *et. al*, 2011).

O princípio básico da hidrofibra com prata é não agredir mais a pele, ou seja, propiciar um ambiente adequado para a reepitelização, preferencialmente estéril, úmido e protegido do contato com o meio externo para a restauração do epitélio estratificado de queratinócitos a partir da membrana basal.

Uma das desvantagens deste curativo é a dificuldade em observar a condição da ferida, porém, não é um curativo completamente oclusivo. O curativo apresenta vantagens como disponibilidade, boa aderência, conforto do paciente e facilidade na aplicação (MOSER, 2013).

8.9 ESPUMA DE PRATA

Composição: Poliuretano ou silicone entremeado por bolhas de ar impregnada com prata.

Mecanismos de ação: Alta absorção com isolamento térmico. Aderência do silicone ao leito.

Indicações: Feridas exsudativas, colonizadas, superficiais ou profundas.

Contra indicações: não deve ser utilizado em pacientes com sensibilidade à prata. Não deve ser utilizado com soluções de hipoclorito ou peróxido de hidrogênio, pois ocorre inativação da prata. Não deve ser usada em feridas limpas e secas (SMANIOTTO, 2010).

Modo de usar: aplicar diretamente sobre a ferida com o lado liso e sem impressão para baixo de forma que ultrapasse a borda da ferida em pelo menos 2 cm em toda a sua extensão. Trocar quando houver saturação da cobertura/extravasamento do exsudato, não ultrapassando a 7 dias após a aplicação. Não necessita de cobertura secundária (SMANIOTTO, 2010).

Embora atualmente a variedade de curativos seja cada vez maior e a pressão da indústria farmacêutica para ocupar espaço no mercado não pare de crescer, ainda não se têm curativos ideais, capaz de auxiliar o reparo tecidual em varias situações. Cabe aos profissionais da saúde fazer a melhor escolha, sem nunca esquecer o quadro sistêmico que está envolvido no tratamento de uma ferida (SMANIOTTO, 2010).

Ao avaliar uma ferida deve-se identificar a influência direta da “história da ferida”. Como causa, tempo de existência, presença ou ausência de infecção. Além disso, deve ser avaliada a dor, edema, extensão e profundidade da lesão às características do leito da ferida. A sua classificação constitui importante forma de sistematização, necessária para o processo de avaliação e registro que podem se classificar pela origem ou pelo tipo de agente causal. O profissional deve avaliar o grau de contaminação, que possui um importante fator na escolha do tratamento (CARNEIRO, 2010).

Ao avaliar uma pessoa portadora de feridas o profissional deve ser qualificado para que possa atuar de forma coerente dentro das necessidades em que se encontra o cliente. É importante avaliar o cliente como um todo, uma vez que o profissional deverá conhecer os processos de cicatrização e os fatores que dificultaram esse processo. O tratamento de feridas vem evoluindo com técnicas e medicamentos adequados para que se possam obter melhores resultados. A escolha do medicamento adequado dependerá da correta avaliação, do conhecimento sobre o produto, sua eficácia, custo, disponibilidade no mercado, no bem estar e conforto do cliente. O uso inadequado do tratamento pode prejudicar ou retardar a

cicatrização. A escolha do produto irá depender do tipo de procedimento, tamanho, presença de drenagem ou sinais de infecção da ferida (CARNEIRO, 2010).

As feridas só terão evolução satisfatória se for seguido um plano de tratamento com rapidez e agilidade onde é necessária a ajuda de uma equipe multiprofissional para a cicatrização da ferida. É de responsabilidade dos profissionais de enfermagem que a recuperação do cliente aconteça de maneira rápida e menos traumática possível, por isso cabe a eles orientá-los e ensiná-los (CARNEIRO, 2010).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração destas propostas de rotinas de curativos foi padronizar a escolha das coberturas e a formação do grupo de curativo. Pois não existe o melhor produto ou aquele que pode ser utilizado durante todo o processo cicatricial. Devemos conhecê-los, pois cada um possui indicação e contraindicação, benefício e custo.

A equipe de enfermagem tem papel importante no tratamento de feridas e precisam estar cientes de suas responsabilidades. É evidente que tal papel deve ser visto no contexto da equipe multidisciplinar, porque as feridas não podem ser encaradas como algo isolado do resto do corpo.

Diferentes especialidades médicas também estão envolvidas no tratamento de feridas, de modo que os membros da equipe variam de acordo com as necessidades do paciente. Em muitas áreas, as equipes multidisciplinares estão preparando políticas para o tratamento de feridas e a prevenção das úlceras de decúbito. Tais esforços devem ser aplaudidos, pois trarão grandes melhoras aos padrões de atendimento ao paciente.

A avaliação do paciente e da ferida deve ser feita de maneira metódica. Os registros são vistos como parte integrante e essencial do tratamento, permitindo boa comunicação entre profissionais. A prescrição da cobertura utilizada deverá ser feita pelo enfermeiro e avaliação periódica para mudança de cobertura durante a evolução do processo de cicatrização. Os curativos sequenciais podem ser feitos pelo técnico e auxiliar de enfermagem que segue a prescrição do enfermeiro e executa a técnica do curativo e aplicação da cobertura.

Durante o tratamento, não raramente há necessidade de envolver outros membros da equipe multidisciplinar no processo.

No caso de pacientes em risco de desenvolver escaras de decúbito ou naqueles que já sofrem um papel importante no planejamento desses aspectos do tratamento e na coordenação

dos dados oriundos de outros membros da equipe. Desse modo se estabelecerá uma estratégia que maximizará a cicatrização de feridas.

BIBLIOGRAFIA

CANDIDO, L.C. **Tratamento Tópico e Cirúrgico de Úlcera Neuropática** – “Pé Diabético”. In: Abstract Compact Disc do IV Congresso Brasileiro de Estomaterapia e I Congresso Brasileiro de Enfermagem em Dermatologia, São Paulo (SP), 2001.

CARNEIRO, Cristiane M; SOUSA, Franliane B. de; GAMA, Fernanda N. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. **Revista enfermagem integrada** – Ipatinga: Unileste-mg - v.3 – nº.2 - nov./dez. 2010

FRANCO, Diogo, Gonçalves, Luiz. Fernando. **Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado.** Rev. Col. Bras Cir. 2008; v. 35, nº 3. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>. Acesso em: 25/03/2014.

GEOVANINI, Telma; JÚNIOR, Alfeu Gomes de O. **Manual de curativos.** 2ª ed. ver. e ampl. – São Paulo: Corpus, p. 49–51. 2008.

GOMES, Flávia Valério de L; COSTA, Mônica Ribeiro. **Princípios Básicos para Avaliação e Intervenções no Tratamento de Feridas.** 2005

GUIMARÃES, Mario Cesar. **Feridas e Curativos: Uma forma simples e prática de tratar.** 2011.

IRION, Glenn L. **Feridas.** Novas abordagens, Manejos clínicos e Atlas em Cores. 2ª ed. Guanabara Koogan, p. 146, 2012.

MENEZES, Cíntia; MEIRELES, Míddian; OLIVEIRA, NAIARA BARBOSA; SANTOS, Noélia dos; SOUZA, Rafaela; BEHRMANN, Thácila. **Curativos e coberturas especiais.** Valença – Bahia, 2010

MOSER, Heloisa; PEREIRA, Renato Rodrigues; PEREIRA, Maurício José Lopes. **Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial.** Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, SC, Brasil. /2013.

ODA, Roseli Marega; SALOTTI, Heloisa C. Q. Manual de normas, rotinas e técnicas de curativos. 1ª ed. -- Bauru: **Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato**, p.36, 2004.

POTTER, P.A; PERRY, A. G. **fundamentos de enfermagem: conceito, processo e pratica.** 5ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.com>. Acesso em: 20/2014.

SILVA, Roberto C. Lyra da (orgs) [et al]. **Feridas: Fundamentos e atualizações em enfermagem.** 3ª edição. São Caetano do Sul, S. P. Editora Yendis. P. 608-609-613, 2011.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; MEIRELES, Isabella Barbosa. Feridas. **Fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3ª ed. revista e ampliada, p. 604-611, 2011.

SMANIOTTO, Pedro Henrique de S.; FERREIRA, Marcus Castro; ISAAC, Cesar; GALLI, Rafael. **Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas**. Vol. 27 nº 4, 2012.

SMANIOTTO, Pedro Henrique de S.; GALLI, Rafael; CARVALHO, Viviane F. de, FERREIRA, Marcus C. Tratamento clínico das feridas – curativos. **Rev. Med.** (São Paulo). V. 89, nº 3/4, p.137-41, 2010.

VALE, Everton C. Siviero do. **Anais Brasileiros de Dermatologia**: Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. Rio de Janeiro. 2005. V. 80 nº. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30/03/2014.

ANEXOS

CARTILHA DE CURATIVO ESPECIAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO EQUIPE DE SAÚDE US ABAETÉ

O tratamento das feridas inclui métodos clínicos e cirúrgicos e o curativo é o tratamento clínico mais frequentemente utilizado para auxiliar a reparação tecidual.

Feridas: perda da solução de continuidade do tegumento.

Finalidades do curativo: Reduzir o edema, absorver exsudato e edema; Reaproximar bordas separadas; Proteger a ferida contra contaminações e infecções.

Técnicas para realizar curativos de feridas: que deve ser feita da área menos contaminada para a área mais contaminada, evitando-se movimentos de vaivém.

Princípios básicos para avaliação da ferida: determinação da área de superfície da ferida; A profundidade de uma ferida.

TIPOS DE COBERTURAS UTILIZADAS NOS CURATIVOS

Para que se faça a escolha do curativo adequado é essencial uma avaliação criteriosa.

CURATIVO COM HIDROCOLÓIDE

Mecanismo de ação: Promove o desenvolvimento de um meio ambiente úmido otimizando o processo de cicatrização da ferida e permitindo a troca do curativo sem causar danos ao tecido recém-formado. Estimula a angiogênese e o desbridamento autolítico. Acelera o processo de granulação tecidual. O profissional deve escolher o hidrocolóide com diâmetro que ultrapasse a borda da ferida no mínimo 3 cm, e trocar o curativo a cada um a sete dias, dependendo da quantidade de exsudação.

Indicação: é indicado para feridas abertas não infectadas e com leve a moderada exsudação. É contra indicada para feridas colonizadas ou infectadas, feridas com tecido desvitalizado ou necrose e queimaduras de 3º grau.

Modo de usar: lavar a ferida. Escolher o hidrocolóide, com diâmetro que ultrapasse a borda da ferida pelo menos 3 cm. Esse material é à prova d'água e lavável, retém odores, tem boa aparência e formas variadas que possibilitam adequação à área cruenta, podendo inclusive ser empregado em lesões das articulações, porém pode deixar a pele macerada se a exsudação se tornar abundante (FRANCO, 2008).

CURATIVO COM HIDROGEL

Indicação: para remoção de crostas e tecidos desvitalizados e necrosados de feridas abertas por meio de desbridamento autolítico. Deve ser trocado de 24 a 72 horas. É contra indicada para feridas de pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas. Os hidrocolóide têm diferentes apresentações, em placa (com diferentes espessuras e tamanhos), pasta ou pó, que facilitam o uso, tanto na aplicação como na remoção sem trauma, como uma infinidade de indicações.

Contraindicação: pacientes sensíveis aos componentes do produto; feridas infectadas e altamente exsudativas.

Mecanismo de ação: a absorção do exsudato promove um ambiente úmido que favorece o processo de cicatrização e auxilia no desbridamento autolítico; conservação das células variáveis; estimulação dos macrófagos; liberação de fatores de crescimento como PDGF (fatores de crescimento derivado de plaquetas), FGF (fator de crescimento de fibroblastos) e EGF (fator de crescimento epidermal).

Modo de usar: para realizar o curativo com hidrogel é necessário lavar o leito da ferida. Espalhar o curativo ou introduzi-lo na cavidade assepticamente. Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril devendo ser tocado sempre que o hidrocolóide saturar ou descolar; o curativo tem permanência de no máximo até 7 dias, desde que não haja vazamento de exsudato ou sinais clínicos de infecção (SILVA, *et. al*, 2011).

CURATIVO COM ALGINATO DE CÁLCIO

Indicação: é indicado para feridas abertas, cavitárias, sangrantes, altamente exsudativas com ou sem infecção, deiscências, feridas com sinus, úlceras venosas e por compressão até a redução do exsudato.

Contraindicação: lesões superficiais, feridas com ou sem exsudação, queimaduras, feridas com perda de tecido superficial e recobertas por tecido necrótico seco.

Mecanismo de ação: sua ação com o cálcio presente no curativo de alginato induz hemostasia, a troca iônica auxilia no desbridamento autolítico, tem alta capacidade de absorção, resulta na formação de um gel que mantém o meio úmido propiciando a cicatrização.

Modo de usar: feridas profundas deve modelar o alginato no interior da ferida. A oclusão pode ser feita utilizando gaze estéril, ataduras. Fitas microporoas ou fitas transparentes que pode ser utilizada sobre o alginato. Deve ser trocado em até 7 dias secundaria estiver saturada (SILVA, *et. al*, 2011).

CURATIVOS COM CARVÃO ATIVADO

Indicação: feridas infectadas ou não, com ou sem odor, profundas com exsudação moderada ou abundante, fúngicas, neoplásicas, deiscência cirúrgicas com sinus ou tecidos necróticos, úlceras venosa e por compressão.

Contraindicação: É contra indicado em feridas secas e recobertas por escara, feridas limpas, queimaduras, feridas pouco exsudativas, sangrantes ou recobertas com tecidos necróticos secos. O carvão ativado pode aderir e causar sangramento durante sua remoção, principalmente nas áreas com tecido de granulação.

Mecanismo de ação: carvão ativado com prata tem ação bactericida que absorve o exsudato e filtra o odor, e com o alginato de cálcio é hemostático e realiza maior absorção e pode ser colocado sobre a exposição óssea ou tendões desde que a ferida seja altamente exsudativas.

Modo de usar: deve ser remover o exsudato e o tecido desvitalizado. Colocar o curativo de carvão ativado sobre a ferida e ocluir-la com cobertura secundária estéril. Não deve ser cortado por soltar tecido e deixar corpo estranho na ferida, quando houver diminuição do exsudato do odor e ocorrer à granulação da ferida utilizar outro curativo. O curativo dever ser trocado a cada 48 ou 72 horas, dependendo do volume do exsudato ou a cada 3 ou 7 dias e a cobertura secundária sempre que estiver saturada (SILVA, *et. al*, 2011).

A.G.E. (ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS) COM VITAMINAS A E E E ÁCIDO LINOLÉICO

Indicação: prevenção de úlceras de pressão, feridas abertas superficiais com ou sem infecção. Revitaliza e mantém o equilíbrio hídrico da pele, melhorando sua elasticidade. O Ácido Linoléico, que auxilia na prevenção da formação de UP e contribui para o restabelecimento da integridade da pele.

Contraindicação: não relatada

Mecanismo de ação: promove a quimiotaxia e a angiogênese, mantém o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual. A aplicação em pele íntegra tem grande absorção, forma uma película protetora na pele, previne escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local.

Modo de usar: remover o exsudato e o tecido desvitalizado. Espalhar o AGE no leito da ferida ou embeber gazes estéreis de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmido até a próxima troca. Ocluir com cobertura secundária estéril de gaze e fixar. Frequência de Troca: em média de 12 horas (FRANCO, 2008).

BOTA DE UNNA

Indicação: Para pacientes ambulatorial e domiciliar Úlceras venosas de perna e edema linfático.

Contraindicação: não deve ser utilizada em pessoas com sensibilidade conhecida ao produto ou a seus componentes; Úlceras mistas ou com comprometimento arterial, sinais de infecção e presença de miíase.

Mecanismo de ação: diminuir o edema através do movimento da "bomba venosa" (coração periférico de Barow), facilitando o retomo venoso auxiliando na cicatrização.

Modo de usar: Quando utilizar a Bota de Unna já pronta, é necessário curativo secundário com atadura de crepe para melhor fixação. A troca deve de cada 7 dias desde que não apresente secreção ou sujidade (ODA, *et. al*, 2004).

GAZE NÃO ADERENTE

Indicação: lesões superficiais de queimadura; úlceras; áreas doadoras e receptoras de enxerto; abrasões; lacerações; feridas superficiais limpas.

Contraindicação: feridas com cicatrização por primeira intenção e infectadas.

Mecanismo de ação: não aderente às feridas e fluxo livre de exsudatos.

Modo de usar: ao apresentar aderência ao leito ou de acordo com a saturação do curativo secundária. Pode acontecer irritação e reação granulomatosa; necessidade de cobertura secundária (SILVA, *et. al*, 2011).

HIDROFIBRA COM PRATA

Mecanismos de ação: grande capacidade de absorção e retenção do exsudato; redução de risco de maceração de bordas auxilia no desbridamento autolítico, estimulo a granulação e reepitelização; preenchimento de cavidades e espaços mortos; redução bactérias e fungos por retenção mecânica; bactericida e fungicida de amplo espectro quando com a prata.

Indicações: feridas em geral, com moderada e grande quantidade de exsudato, feridas limpas os curativos são feitos sem a prata e infectada ou grande colonização crítica com prata; úlceras neuropáticas ou venosas; queimaduras de segundo grau; úlceras por compressão; traumáticas e oncológicas; promovem um ambiente propício para a cicatrização da ferida, reduzem a perda de água e ajudam a reduzir a dor.

Contra indicações: indivíduos com alergia ao componente do produto; feridas com necrose seca.

Modo de usar: as trocas devem ser realizadas no máximo a cada 3 dias para feridas infectadas; de 3 a 7 dias para feridas limpas em caso queimaduras de segundo grau e áreas doadoras, deixar o curativo com a prata por 14 dias ou até quando for indicado clinicamente, realizando apenas curativo secundário sempre que saturar e recortando as partes do curativo de hidrofibra que forem se desprendendo conforme a ferida se reepitaliza (SILVA, *et. al*, 2011).

ESPUMA DE PRATA

Indicações: Feridas exsudativas, colonizadas, superficiais ou profundas.

Contra indicações: não deve ser utilizado em pacientes com sensibilidade à prata. Não deve ser utilizado com soluções de hipoclorito ou peróxido de hidrogênio, pois ocorre inativação da prata. Não deve ser usada em feridas limpas e secas.

Modo de usar: aplicar diretamente sobre a ferida com o lado liso e sem impressão para baixo de forma que ultrapasse a borda da ferida em pelo menos 2 cm em toda a sua extensão. Trocar quando houver saturação da cobertura/extravasamento do exsudato, não ultrapassando a 7 dias após a aplicação. Não necessita de cobertura secundária (SMANIOTTO, 2010).

REFERÊNCIAS

FRANCO, Diogo, Gonçalves, Luiz. Fernando. **Feridas cutâneas:** a escolha do curativo adequado. Rev. Col. Bras Cir. 2008; v. 35, nº 3. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>. Acesso em: 25/03/2014.

ODA, Roseli Marega; SALOTTI, Heloisa C. Q. Manual de normas, rotinas e técnicas de curativos. 1ª ed. -- Bauru: **Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato**, p.36, 2004.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; MEIRELES, Isabella Barbosa. Feridas. **Fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3ª ed. revista e ampliada, p. 604-611, 2011.

SMANIOTTO, Pedro Henrique de S.; GALLI, Rafael; CARVALHO, Viviane F. de, FERREIRA, Marcus C. Tratamento clínico das feridas – curativos. **Rev. Med.** (São Paulo). V. 89, nº 3/4, p.137-41, 2010.