

AS PRINCIPAIS COBERTURAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO

THE MAIN COVERAGES USED BY THE NURSE

ANA CATARINA DE OLIVEIRA SILVA¹, EDSON DE SOUSA RODRIGUES FILHO², GRACELENA RAQUEL DA SILVA SOUSA^{3*}, JENNY FERREIRA DOS SANTOS E SILVA⁴, ANTONIA LIMA DA SILVA⁵, CARLA MARIANE DOS SANTOS ARAUJO⁶

1. Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Santo Agostinho, Teresina, Piauí; 2. Enfermeiro, Pós-graduando em Urgência e Emergência na Faculdade Santo Agostinho, Teresina, Piauí; 3. Enfermeira, Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica Pela Instituição de Ensino Superior Múltiplo- IESM; 4. Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Santo Agostinho, Teresina, Piauí; 5. Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Santo Agostinho, Teresina, Piauí; 6. Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Santo Agostinho, Teresina, Piauí.

* Rua Antonio Guimarães, 1473, Parque Piauí, Timon, Maranhão, Brasil. CEP: 65636-460. gracelenasousa@hotmail.com

RESUMO

As lesões na pele constituem-se em um problema desde os tempos remotos. Atualmente, esse agravo representa um problema de saúde pública, pois, milhões de pessoas são portadoras de algum tipo de lesão de pele. O tratamento de feridas envolve aspectos sistêmicos e locais, que são desenvolvidos por profissionais de diferentes áreas. 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. Este trabalho tem com objetivo conhecer as principais coberturas usadas no tratamento de feridas. O presente estudo foi realizado por meio de uma revisão integrativa, fez-se uma análise de uma lista de referências de artigos científicos e foram selecionados trabalhos publicados nos últimos cinco anos, nas bases de dados LILACS, SCIELO, BIREME, os quais foram escolhidos a partir da temática do trabalho. Através do presente estudo, tivemos a oportunidade de conhecer as coberturas utilizadas em feridas de diferentes origens e grau, seu mecanismo de ação e o intervalo da troca de curativo. Pois conhecendo cada efeito dessas coberturas se torna mais fácil a nossa escolha diante de um caso relacionado a feridas.

PALAVRAS-CHAVE: Feridas, coberturas, enfermagem.

ABSTRACT

Skin lesions have been a problem since ancient times. Currently, this is a public health problem, because millions of people are carrying some type of skin lesion. The treatment of wounds involves systemic and local aspects, which are developed by professionals of different areas. Although there is a wide variety of dressings, a single type of dressing does not meet the requirements to be applied to all types of skin wounds. This work aims to know the main coverages used in the treatment of wounds. The present study was carried out by means of an integrative review, an analysis of a list of references of scientific articles and selected papers published in the last five years in the databases LILACS, SCIELO, BIREME, which were chosen from Of work. Through the present study, we had the opportunity to know the coverages used in wounds of different origins and degree, its mechanism of action and the interval of the dressing

exchange. For knowing each effect of these coverages makes it easier for us to choose from a case related to wounds.

KEYWORDS: Wounds; roof; nursing.

1. INTRODUÇÃO

As lesões na pele constituem-se em um problema desde os tempos remotos. Atualmente, esse agravo representa um problema de saúde pública, pois, milhões de pessoas são portadoras de algum tipo de lesão de pele. Considerando que ferida seja uma ruptura causada por agente físico, químico ou biológico na pele, na membrana mucosa ou em qualquer outra estrutura do corpo, e que o processo de cicatrização é complexo, torna-se importante que o profissional de saúde considere a existência de fatores sistêmicos e locais intervenientes nesse processo (AGRA *et al.*, 2013).

Os fatores sistêmicos estão relacionados às condições gerais da pessoa portadora de ferida. Entre eles citam-se: tabagismo, idade, estado nutricional, algumas doenças crônicas e uso de alguns medicamentos. Quanto aos fatores locais, destacam-se a presença de infecção, hematoma, edema, corpos estranhos, tecido necrótico, ressecamento e quebra insuficiente de fibrina. Para proceder à avaliação da ferida e dos fatores locais intervenientes, deve-se considerar a avaliação da dor, a presença ou a ausência de pulso no membro acometido, a extensão e a profundidade da ferida, as características do leito da ferida e da pele ao redor desta, as características do exsudato e os sinais indicativos de infecção. Cabe ressaltar que, na avaliação do paciente, todos esses achados apresentam igual importância devendo ser analisados e inter-relacionados para posterior escolha do tratamento (EBERHARDTA *et al.*, 2015).

O tratamento de feridas vem evoluindo através dos tempos, proporcionando grandes avanços na compreensão dos processos e fenômenos envolvidos nas diversas fases da reparação tissular. Muito se tem investido em pesquisa e desenvolvimento de recursos e tecnologias com o objetivo de favorecer esses avanços.

Porém, a incidência e a prevalência de úlceras crônicas são ainda altas, repercutindo em elevados custos financeiros para as instituições de saúde e para as pessoas portadoras de feridas (SZWED; SANTOS, 2016).

Sabe-se que o profissional de enfermagem possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado holístico do paciente, como também desempenha um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas, uma vez que tem maior contato com o mesmo, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como de tem maior domínio desta técnica, em virtude de ter na sua formação componentes curriculares voltados para esta prática e da equipe de enfermagem desenvolvê-la como uma de suas atribuições (AGRA *et al.*, 2013).

Diante da importância de tratamento de feridas, surgiu a necessidade de realizar um estudo que pudesse investigar as principais coberturas de feridas utilizadas pelos enfermeiros assistenciais em pacientes hospitalizados, haja vista o tratamento constituir-se um processo complexo, que depende de avaliação sistematizada e cuidada de acordo com cada momento da evolução do processo de cicatrização.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado por meio de uma revisão integrativa que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível (BOTELHO *et al.*, 2011).

Para a elaboração da revisão integrativa, no primeiro momento o revisor determina o objetivo específico, formula os questionamentos a serem respondidos ou hipótese a serem testadas então realiza a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os dados obtidos nas coletas são analisados de maneira sistemática e finalmente interpretados, sintetizados e conclusões são formuladas originadas dos vários estudos incluídos na revisão integrativa (BOTELHO *et al.*, 2011).

Fez-se uma análise de uma lista de referências de artigos científicos e foram selecionados trabalhos publicados nos últimos cinco anos, nas bases de dados LILACS, SCIELO, BIREME, os quais foram escolhidos a partir da temática do trabalho. A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando-se as palavras-chaves, que foram: Feridas, coberturas, enfermagem.

De acordo com Soares *et al.* (2014), todos os estudos identificados por meio da estratégia de busca foram inicialmente avaliados por meio da análise dos títulos e resumos. Nos casos em que os títulos e os resumos não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, fez-se uma leitura na íntegra da publicação e por meio de banner mostraram o resultado para uma melhor argumentação dos achados.

Da pesquisa bibliográfica efetuada obteve um total de 35 artigos publicados entre os anos de 2011 a 2016. Após leitura, selecionou-se 29 artigos, iniciando leituras exaustivas dos textos, fazendo uma síntese de cada artigo e categorizando-os em aspectos importantes.

3. RESULTADOS

Pele: aspectos gerais

A pele recobre toda a superfície do corpo e é o seu maior órgão. Continua-se com as membranas mucosas que revestem os sistemas digestório, respiratório e urogenital, nos locais onde estes se abrem para a superfície. É dividida em duas camadas distintas, a epiderme e a derme, firmemente unidas entre si. A epiderme é a camada mais externa, composta por três diferentes linhagens celulares, os queratinócitos, os melanócitos e as células de Langerhans. A derme é a camada mais profunda e é formada por tecido conjuntivo (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A epiderme organiza-se em camadas e, à medida que as mais superficiais são eliminadas, as camadas mais profundas são restauradas por divisão celular. É constituída por cinco camadas, sendo elas, a germinativa, a espinhosa, a granulosa, a lúcida e a córnea. A camada germinativa é a mais profunda, e faz limite com a derme, e a camada córnea é a mais superficial. A camada córnea, constituída por células escamosas, cheias de queratina, proporciona proteção contra traumas físicos e químicos. As várias camadas de queratinócitos intimamente unidos uns aos outros, fornecem barreira contra a invasão de microorganismos e água. O pigmento melanina na epiderme protege os tecidos subjacentes dos efeitos nocivos da luz ultravioleta (DANTAS *et al.*, 2012).

A derme é uma espessa camada de tecido conjuntivo que se estende da epiderme até o tecido subcutâneo. Nesta camada situam-se os anexos da pele, muitos vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos. Pode ser dividida em camada papilar, mais externa, e camada reticular, mais interna. A derme contém muitos tipos diferentes de células, incluindo fibroblastos e fibrócitos, macrófagos, mastócitos e leucócitos sanguíneos, particularmente neutrófilos, eosinófilos, linfócitos e monócitos (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Esta camada fornece uma base firme para a epiderme e para os anexos cutâneos. As fibras colágenas proporcionam grande força de tensão e as fibras elásticas dão flexibilidade à pele. Os plexos vasculares fornecem sangue para a epiderme, sem

penetrá-la. O controle realizado pelo hipotálamo e pelas fibras nervosas simpáticas sobre o fluxo sanguíneo na derme proporciona um mecanismo de termorregulação. As terminações nervosas sensoriais da derme mantêm o indivíduo em contato com o meio ambiente (GONCALVES *et al.*, 2014).

Como qualquer outro órgão, a pele está sujeito a sofrer agressões oriundas de fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos que irão causar o desenvolvimento de alterações na sua constituição como, por exemplo, as feridas cutâneas, podendo levar à sua incapacidade funcional (LIMA *et al.*, 2016).

No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia, determinando um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo assim, um sério problema de saúde pública. Porém não há dados estatísticos que comprovem este fato, devido os registros desses atendimentos serem escassos. Contudo, o surgimento de feridas onera os gastos públicos e prejudica a qualidade de vida da população (COSTA *et al.*, 2015).

Feridas 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. As feridas podem ser classificadas quanto à etiologia, complexidade e tempo de existência. Traumatismos, queimaduras, úlceras por pressão, úlceras por hipertensão venosa, feridas em membros inferiores de indivíduos diabéticos e feridas por radioterapia são exemplos de algumas das etiologias de feridas encontradas na prática clínica. Quanto à complexidade, define-se ferida simples como aquela que evolui espontaneamente para a resolução, seguindo os três estágios principais da cicatrização fisiológica: inflamação, proliferação celular e remodelagem tecidual. Já lesões que acometem áreas extensas e profundas, que necessitam de recursos especiais para sua resolução, têm seu processo de evolução natural alterado e representam ameaça à viabilidade de um membro ou feridas recorrentes que reabram ou necessitem de tratamento mais elaborado, são denominadas feridas complexas (AZEVEDO *et al.*, 2014).

O tratamento de feridas envolve aspectos sistêmicos e locais, que são desenvolvidos por profissionais de diferentes áreas. Os recursos financeiros do paciente ou até mesmo da unidade de saúde, a necessidade de continuidade da utilização do curativo e a avaliação de benefícios e custos são alguns dos aspectos a serem considerados no momento da escolha do tipo de curativo, que devem ser adequados à natureza, à localização e ao tamanho da ferida. 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. O tratamento local é denominado curativo ou cobertura que é definido como um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de material sobre uma ferida para sua proteção, absorção e drenagem, com o intuito de

melhorar as condições do leito da ferida e auxiliar em sua resolução. Curativos podem ser, em algumas ocasiões, o próprio tratamento definitivo, em outras apenas uma etapa intermediária para o tratamento cirúrgico (BELLINASSO *et al.*, 2014).

A diferença na utilização dessas coberturas, ou seja, para incisões cirúrgicas, a oclusão deverá ser por 24 a 48 horas mantendo o curativo seco. Nas feridas abertas entre curativo seco e curativo úmido deu lugar a uma proposta atual de oclusão e manutenção do meio úmido. A cicatrização através do meio úmido tem as seguintes vantagens quando comparadas ao meio, que é prevenir a desidratação do tecido que leva à morte celular acelerar a angiogênese, estimular a epitelização e a formação do tecido de granulação, facilitar a remoção de tecido necrótico, servir como barreira protetora contra microorganismo, promover a diminuição da dor, evitar a perda excessiva de líquidos, e evitar traumas na troca do curativo (BUSANELLO *et al.*, 2014).

A cicatrização da ferida envolve um processo complexo de eventos celulares e bioquímicos, desde a hemostasia e a fase inflamatória, que é caracterizada por aumento da permeabilidade vascular, quimiotaxia e ativação celular, em seguida, a fase proliferativa com migração de fibroblastos e células endoteliais, e por último, a maturação e remodelagem com deposição de colágeno, e qualquer falha pode resultar um retardo no processo de cicatrização da ferida, que é um problema clínico significativo, que impacta na recuperação do paciente e aumenta significativamente os custos da assistência de saúde. Dada a complexidade da lesão e suas conseqüências na vida do paciente, a atenção integral torna-se essencial. Os cuidados devem estar adequados à especificidade de cada lesão, exigindo condutas especiais de um profissional com conhecimento técnico e científico capacitado para o acompanhamento do processo de cicatrização (VIDERES *et al.*, 2013, MELO; ARAUJO, 2013).

A assistência de enfermagem no cuidado a feridas e as principais coberturas utilizadas para o tratamento das mesmas

No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia, determinando um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, causando elevados custos financeiros, tanto ao indivíduo acometido, quanto à instituição de saúde, sendo assim, um problema de saúde pública (AZEVEDO *et al.*, 2014).

Há algum tempo, o tratamento das lesões deixou de ser apenas focado na realização da técnica de curativo, incorporando toda a metodologia da assistência que o enfermeiro presta, com avaliação do estado geral do paciente, exame físico direcionado de acordo com a etiologia da lesão, escolha do tratamento e da cobertura a ser utilizada, além do registro de enfermagem e projeção prognóstica (BUSANELLO *et al.*, 2014).

O cuidado do enfermeiro com o paciente que possui esse perfil requer dos profissionais, muito além da prática do curativo, abordagem também, da compreensão da fisiologia da pele, fisiologia da cicatrização, conhecimento científico e conhecimento sobre os tipos de coberturas existentes no mercado. Sem esse conhecimento, é impossível que se possa fazer um diagnóstico correto do tipo de lesão e realizar a indicação do produto adequado para a prevenção ou tratamento da lesão (BUSANELLO *et al.*, 2014).

A ferida é algo que fragiliza, podendo, em muitas das vezes, incapacitar o paciente de desenvolver suas atividades diárias. A pessoa que tem uma lesão carrega consigo a origem dessa lesão: queimadura, trauma, doença crônica, complicações após um procedimento cirúrgico, entre outros. A prevenção e tratamento de feridas devem ser realizados em clínicas, unidades básicas de saúde da família, consultórios, ou seja, ambientes que tenham uma equipe multidisciplinar com profissionais da saúde, capacitada para esta finalidade, seja ela de iniciativa pública ou privada, dispondo também de materiais adequados (VIDERES *et al.*, 2013, MELO; ARAUJO, 2013).

Ao longo dos últimos anos, a enfermagem e outros profissionais da saúde vêm buscando, na literatura, conhecimentos relativos à prevenção de danos teciduais e do tratamento e cuidados com feridas que possam melhorar sua práxis neste sentido. No Brasil, a dermatologia na perspectiva da enfermagem, atualmente vem se desenvolvendo através da atuação da assistência direta do enfermeiro ao paciente em unidades ambulatoriais, domiciliares e hospitalares (AZEVEDO *et al.*, 2014).

Cabe salientar que o cuidado de feridas é um processo dinâmico, complexo e que requer uma atenção especial principalmente quando se refere a uma lesão crônica. Deve-se levar em consideração que as feridas crônicas evoluem rapidamente, são refratárias a diversos tipos de tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a normal cicatrização (PINHEIRO *et al.*, 2013).

O profissional de saúde precisa estar ciente de que os curativos úmidos produzem secreções de aspectos diversos e estas secreções devem ser reconhecidas e informadas ao paciente e aos familiares. 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 aceleram a cicatrização das feridas e facilitam em muito a vida do paciente (SILVA *et al.*, 2013).

Foi na prática diária de Enfermagem, que passou a desenvolver uma grande responsabilidade no tratamento e prevenção de lesões, devendo o Enfermeiro avaliar a lesão e prescrever o tratamento mais adequado, além de orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na execução do curativo. A prática de cuidados a pessoas com feridas é uma

especialidade dentro da enfermagem e ao mesmo tempo é um desafio que requer conhecimento específico, habilidades e abordagem holística, busca de novos conhecimentos para fundamentar essa prática (BELLINASSO *et al.*, 2014).

A avaliação sistematizada e contínua no tratamento de feridas, sendo realizada pela equipe de enfermagem de forma coerente irá qualificar a assistência, tornando-a adequada no tratamento de feridas e obtendo resultado satisfatório para o cliente proporcionando uma reabilitação mais rápida e eficaz (BUSANELLO *et al.*, 2014).

As sulfonamidas são substâncias derivadas de um corante vermelho-alaranjado, seu poder antimicrobiano foi oficialmente descrito em 1935 pelo patologista e bacteriologista alemão Domagk, dando origem ao medicamento denominado. Os principais derivados do grupo químico sulfonamidas são sulfanilamida, sulfametoxazol, trimetoprima, pirimetamina, sulfisoxazol, sulfacetamida e sulfadiazina. A sulfadiazina de prata 1% é um creme indicado para profilaxia e tratamento de infecções em queimaduras e áreas de abrasão em enxerto de pele, além de adjuvante de curto prazo na infecção de úlcera de perna e de decúbito. Sua ação causa a precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo ação bactericida imediata, e ação bacteriostática residual, pela liberação de pequenas quantidades de prata iônica. Realizar o curativo no máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada (FERREIRA; PAULA, 2013; TAVARES; SILVA, 2015; MOSER *et al.*, 2013; MOSER *et al.*, 2014).

A collagenase é composta por collagenase clostridiopeptidase A, enzimas proteolíticas e cloranfenicol a 1%. Utilizada em feridas com tecido desvitalizado independentemente de sua origem e localização, em ulcerações e necroses (úlceras varicosas, úlcera por decúbito, gangrenas das extremidades, especialmente gangrena diabética, congelamentos); e em lesões de difícil cura (lesões pós-operatórias, por irradiação e por acidentes), é potencialmente eficaz no tratamento pelo fato de possuir a capacidade de destruir as células de colágeno que forma o tecido morto da ferida. Desta forma, as novas células têm mais espaço para se proliferarem. É pouco efetiva em grandes áreas necróticas. Sua utilização é de a cada 24 horas (SANTOS *et al.*, 2016).

Quimicamente, um ácido graxo consiste em uma série de átomos de carbono, unidos uns aos outros por ligações simples saturado ou duplas insaturado, com um grupo carboxil e uma cauda hidro-carbonada chamada de grupo metil. Os ácidos graxos apresentam diferentes tamanhos de cadeia de 3 a 24 átomos de carbono. O AGE é composto por óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja. Os ácidos graxos formam uma classe de compostos que contém uma longa cadeia hidro-carbonada e um grupamento carboxila terminal. Apresentam três funções principais:

são componentes estruturais das membranas biológicas; atuam como precursores de mensageiros intracelulares e são oxidados, nesse caso, gerando adenosina trifosfato (ATP). Existem diversos tipos de ácidos graxos, mas se tratando de tratamento de feridas, o ácido linoléico e o ácido linolênico são os mais importantes, pois não podem ser sintetizados pelos mamíferos, por não possuírem a enzima delta 9-dessaturase, sendo assim chamados de ácidos graxos essenciais (AGE) (MOTA *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2012; SILVA; HAHN, 2012).

A indicação é para o tratamento de todos os tipos de lesões, tais como úlceras por pressão, úlcera venosa de estase, com ou sem infecção, e prevenção de úlceras por pressão. Sua ação consiste em promover 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. Fazer a troca de curativo sempre que o curativo secundário estiver saturado ou, no máximo, a cada 24 horas (MOTA *et al.*, 2015).

Os Hidrocolóides são curativos contendo agentes em formato gelatinoso, geralmente carboximetilcelulose sódica (NaCMC), pectina e gelatina. São normalmente embalados em placas de filme ou espuma de poliuretano, autoadesivas algumas e impermeáveis à água. De acordo com cada fabricante, a superfície de contato com a ferida pode apresentar variações. Estão disponíveis em placas mais finas ou mais espessas de diferentes formas. Pode ser encontrado também em formato de pasta empregada para preenchimento de cavidades. Os mesmos atuam por interação com os exsudatos formando um composto úmido gelatinoso entre o curativo e o leito da úlcera, este composto propicia o desbridamento autolítico, otimizando assim a formação do tecido de granulação. Por outro lado, acredita-se que, proporcionando uma cobertura das terminações nervosas expostas no leito da ferida, também auxiliam na diminuição da dor, muito embora os mecanismos que lhes conferem esse atributo ainda não estejam bem elucidados. E diminuem os eventos infecciosos na medida em que oferecem certa barreira bacteriana (PINHEIRO *et al.*, 2013).

Quanto ao uso deve se lavar a ferida. Escolher o hidrocolóide, com diâmetro que ultrapasse a borda da ferida pelo menos três centímetros. Sua troca é a cada um a sete dias, dependendo da quantidade de exsudação (PIRES *et al.*, 2016).

O Hidrogel é um gel transparente e incolor usado no tratamento de feridas composto por água (77,7%), carboximetilcelulose (2,3%) e propilenoglicol (20%). Além disso, o alivia a dor do paciente no local da ferida, pois umidifica as terminações nervosas expostas. É indicada para tratar feridas superficiais moderadas ou baixa exsudação. Remover as crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados ou necrosados. Sua ação consiste em amolecer e remover o tecido

desvitalizado através de desbridamento autolítico. A água mantém o meio úmido, o CMC facilita a re-hidratação celular e o desbridamento. O PPG estimula a liberação de exsudato (SILVA, HAHN, 2012; SILVA *et al.*, 2016).

O Hidrogel deve ser aplicado na ferida, após a limpeza da pele, num intervalo de no máximo três dias. Porém, a aplicação do Hidrogel e a frequência de troca dos curativos deve ser feita e decidida, de preferência, por um enfermeiro. Em forma de curativo é de uso único, não devendo ser reutilizado e, por isso, deve ser jogado no lixo após a troca do curativo (SILVA *et al.*, 2013).

O alginato de cálcio é uma fibra de não tecido, impregnada de alginato de cálcio e sódio, extraídas de alga marinha contendo ácido alginico como seu princípio ativo. É indicado para feridas superficiais, com perda parcial de tecido (placa) ou lesões cavitárias, profundas, altamente exsudativas, com ou sem infecção. Quando entra em contato com o exsudato ou sangue o alginato forma um gel fibroso, hemostático e rico em cálcio que interage com a ferida absorvendo o excesso de exsudato ou sangue e mantendo o meio úmido. Não deve ser utilizado em feridas secas ou com pouco exsudato, pois pode haver aderência e maceração da pele adjacente (PINHEIRO *et al.*, 2013).

Na aplicação deve-se lavar a lesão com soro fisiológico 0,9% e promover o desbridamento. Deve-se modelar a placa ou fita, preenchendo as cavidades e ocluir com cobertura secundária, selecionada conforme o volume de exsudato. Quanto a troca de curativo, em feridas infectadas (24 horas), feridas limpas com sangramento (48 horas), feridas limpas ou exsudação intensa (quando saturar). Trocar o curativo secundário sempre que estiver saturado (BUSANELLO *et al.*, 2014).

O carvão ativado puro impregnado com prata (0,15%), envolto em um não tecido de nylon poroso, selado nas quatro bordas. O carvão atrai as bactérias da ferida como um ímã, enquanto a impregnação com a prata combate os microorganismos, o que reduz a colonização bacteriana e controla a infecção. É indicado em casos de feridas crônicas, lesões traumáticas e cirúrgicas, curativos com ou sem infecção, com odor e fibrina (LIMA *et al.*, 2016).

Quanto ao uso tem que remover o exsudato e o tecido desvitalizado. Colocar o curativo de carvão ativado sobre a ferida e ocluir-la com cobertura secundária estéril. A troca é a cada 1-4 dias, dependendo da quantidade de exsudação (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O adesivo de hidropolímero é uma almofada de espuma é composta de camadas sobrepostas de não tecido e hidropolímero, é revestida por poliuretano, proporciona um ambiente úmido e estimula o desbridamento autolítico. Absorve o exsudato e expande-se à medida que a absorção se faz. É indicado em tratamentos de feridas abertas não infectadas com leve a moderada exsudação. Não indicadas a feridas

infectadas ou com tecidos necrosados (SILVA *et al.*, 2013).

Em relação ao uso da espuma é preferível posicionar o curativo sobre o local de forma que a almofada de espuma cubra a ferida e a parte central lisa fique sobre ela. A trocar do curativo deve ocorrer sempre que houver presença de fluido nas bordas da almofada de espuma ou, no máximo, a cada sete dias (BELLINASSO *et al.*, 2014).

No curativo à vácuo utiliza-se uma esponja, tubos conectores, película adesiva, reservatório para secreções e bomba de pressão negativa. Esta técnica consiste na colocação de um curativo de espumas com células abertas dentro da cavidade da ferida, recobertas com um plástico selante e a aplicação de pressão negativa controlada que estimula vascularização, granulação e retração da ferida, com o sistema de drenagem das secreções das feridas, com uso desse sistema reduz-se a quantidade de microrganismos que colonizam a ferida e por consequente diminui-se o edema, o que favorece uma maior irrigação do fluxo sanguíneo para o local e a posteriormente a fase de revascularização se inicia formando o tecido de granulação. Indicado para o tratamento de feridas Agudas e feridas traumáticas, as úlceras de pressão (escaras), as feridas crônicas abertas (úlceras de estase e úlceras diabéticas), queimaduras, a troca do curativo deve ser feito no intervalo de dois a cinco dias ou quando saturar a esponja (SILVA *et al.*, 2013; SIMÃO *et al.*, 2013).

A papaína é uma enzima proteolítica complexa de origem vegetal extraída do látex do mamão (carica papaya), que vem sendo utilizada nas últimas décadas por vários pesquisadores em estudos, tanto a partir da forma bruta como liofilizada, para o auxílio dos processos de cicatrização tecidual, em função do seu poder acelerador de crescimento tecidual, bactericida, bacteriostático e debridante de tecidos necrosados, desvitalizados e infectados (LEITE *et al.*, 2012).

Os poderes de debridamento químico, bactericida e bacteriostático, induzidos pela papaína têm sido exatamente alguns dos fatores responsáveis para que profissionais de saúde no Brasil optem pela utilização desta enzima como recurso curativo em todas as fases do processo de cicatrização de feridas (ARAUJO *et al.*, 2015).

A indicação da utilização de soluções de papaína, em várias concentrações, durante todas as fases do processo de cicatrização de feridas, entretanto, é dependente das características de cada fase em que se encontra a lesão. Assim, em casos de feridas secas ou com tecido de granulação a indicação na literatura é de que as concentrações de papaína devem variar de 2% e 4%, quando da presença de exsudato purulento e/ou infecções, estas concentrações devem variar de 4% a 6% e quando da presença de tecido necrótico abundante recomenda-se a utilização de papaína na concentração de 10% (SILVA *et al.*, 2016)

A grande variedade de curativos industrializados possibilita melhor adequação e manejo das diversas

condições das feridas. Podemos nos defrontar, porém, com dúvidas em relação à forma de indicá-los já que os diferentes curativos podem ser aplicados em condições bastante semelhantes. Deve-se frisar que, para a resolução de uma ferida o organismo e a área cruenta devem ter condições favoráveis. As condições clínicas desfavoráveis devem ser melhoradas para que se possa facilitar e acelerar a evolução natural do processo de cicatrização da ferida (LIMA *et al.*, 2016).

Em feridas com extensas e profundas placas necróticas, deve ser considerado o desbridamento cirúrgico, complementado pelo desbridamento químico através de pomadas ou curativos especiais. Em áreas com fibrina ou necrose superficial circunscrita, o desbridamento químico pode ser suficiente para limpar a ferida e possibilitar a reepitelização. Quando não se evidencia necrose, mas há infecção ou em regiões passíveis de contaminação, a pomada com sulfadiazina de prata costuma ser uma boa indicação. Sua aplicação e retirada são fáceis e indolores. Contudo, deve-se estar atento ao fato de que, após 12 horas de contato da pomada com a ferida, esta sofre oxidação e perde seu efeito maior, apresentando aspecto viscoso e esverdeado, semelhante à secreção purulenta, mesmo sem infecção. Com relação à exsudação das feridas, a avaliação deverá ser em relação às características e à quantidade de secreção produzida, à presença de infecção e à capacidade de absorção do curativo empregado (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Em muitos casos, a frequência da troca de curativo é menor, como os hidrocolóides, podem ser molhados, durante o banho, sem perder suas propriedades. O curativo a vácuo tem apresentado resultados interessantes, principalmente em feridas complexas e profundas ou em pacientes com feridas crônicas e doenças associadas. A economia se fará, entretanto, pela diminuição do tempo de recuperação e, automaticamente, dos gastos embutidos neste período. Embora o curativo ideal ainda não esteja disponível, contamos atualmente com um arsenal terapêutico capaz de enfrentar situações que há pouco pareciam insolúveis (AZEVEDO *et al.*, 2014).

4. CONCLUSÃO

Ao final deste trabalho percebemos que o aumento de pessoas acometidas por lesões cutâneas é significativo e é de suma importância atentar-se sobre o tratamento, conhecer os meios mais recomendados para se ter uma boa evolução das fases da reparação tecidual, principalmente utilizando coberturas. É ainda de fundamental importância considerar qual o método curativo que trará o menor desconforto possível ao paciente.

O presente estudo de um modo geral não apresenta se lacunas, visto que, nos últimos cinco anos houve um número considerável de publicações, fazendo que os profissionais da área da saúde em especial o enfermeiro tenha um conhecimento através de pesquisas seguras baseado em evidências.

Através do presente estudo, tivemos a oportunidade de conhecer as coberturas utilizadas em feridas de diferentes origens e grau, seu mecanismo de ação e o intervalo da troca de curativo. Pois conhecendo cada efeito dessas coberturas se torna mais fácil a nossa escolha diante de um caso relacionado a feridas.

Prestar um cuidado de qualidade a clientes portadores de feridas é um desafio a ser enfrentado por toda a equipe, em especial pelo enfermeiro. O profissional deve se atentar não apenas para a lesão em si, mas ter a sensibilidade para planejar holisticamente o cuidado humanizado a esse paciente, visando o bem estar do mesmo, fazendo com que o tratamento seja eficaz.

5. REFERÊNCIAS

- [01] AGRA, G. *et al* Cuidados paliativos ao paciente portador de ferida neoplásica: uma revisão integrativa da literatura. Revista brasileira de cancerologia, v. 59, n. 1, p. 95-104, 2013.
- [02] ARAÚJO, E. Q. X. *et al*. Papaína-ureia como agente desbridante: revisão de literatura. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 38, n. 3, p. 636-646, 2015.
- [03] AZEVEDO, I. C. *et al*. F.Tratamento de Feridas: A Especificidade das Lesões Oncológicas. Saúde e Pesquisa, v. 7, n. 2, 2014.
- [04] BELLINASSO, P. R. M. *et al*. Educação continuada e permanente na enfermagem: práticas baseadas em evidências científicas para o cuidado dos indivíduos com feridas. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, v. 6, n. 2, 2014.
- [05] BOTELHO, L. L. R. *et al*. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Soc, v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011.
- [06] BUSANELLO, J. *et al*. Fisiologia e prática de enfermagem no cuidado de portadores de feridas. Revista Ciência em Extensão, v. 10, n. 3, p. 254-261, 2014.
- [07] CAVALCANTE, B. L. L.; LIMA, U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. Journal of Nursing and Health, v. 2, n. 1, p. 94-103, 2012.
- [08] COSTA, R. K. S. *et al*. Instrumento para avaliar o cuidado de graduandos de enfermagem à pessoa com ferida. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 2, p. 317-325, 2015.
- [09] DANTAS, D., *et al*. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil-[doi: 10.4025/ciencuccuidsaude.v10i2.8572](https://doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v10i2.8572). Ciência, cuidado e saúde, v. 10, n. 2, p. 366-372, 2012.
- [10] EBERHARDT, T. D. *et al*. Mensuração de feridas: revisão da literatura. Ciência & Saúde, v. 8, n. 2, p. 79-84, 2015.
- [11] FERREIRA, A. M. *et al*. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 3, p. 752-760, 2012.
- [12] FERREIRA, F. V.; PAULA, L. B. Sulfadiazina de prata versus medicamentos fitoterápicos: estudo comparativo dos efeitos no tratamento de queimaduras. Rev. bras. queimaduras, v. 12, n. 3, p. 132-139, 2013.
- [13] GONÇALVES, E. F., *et al*. As percepções dos graduandos de enfermagem diante do paciente com feridas na atenção básica. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 8, n. 2, 2014.
- [14] LEITE, A. P. *et al*. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 33, n. 3, p. 198-207, 2012.
- [15] LIMA, A. *et al*. Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas agudas e crônicas. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, v. 10, n. 6, 2016.
- [16] MELO, M. H. L.; ARAUJO, E. P. Diabetes mellitus e o processo de cicatrização cutânea. Cogitare enferm, v. 18, n. 1, p. 170-2, 2013.
- [17] MOSER, H. H. *et al*. Uso de curativos impregnados com prata no tratamento de crianças queimadas internadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. Rev Bras Queimaduras, v. 13, n. 3, p. 147-53, 2014.
- [18] MOSER, H.H. *et al*. Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial. Rev Bras Queimaduras, v. 12, n. 2, p. 60-7, 2013.
- [19] MOTA, D. *et al*. Evidências na utilização dos ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT, v. 2, n. 3, p. 55-64, 2015.
- [20] OLIVEIRA, B. G. R. B., *et al*. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 14, n. 1, p. 156-63, 2012.
- [21] OLIVEIRA, R. A. *et al*. Análise das Intervenções de Enfermagem Adotadas para Alívio e Controle da Dor em Pacientes com Feridas Crônicas: Estudo Preliminar. Revista Estima, v. 3, n. 2, 2016.
- [22] PINHEIRO, L. S. *et al*. Uso de hidrocolóide e alginato de cálcio no tratamento de lesões cutâneas, Rev Bras Enferm. vol.66,n.5, p.760-70, 2013.
- [23] PIRES, R. P. *et al*. A prevenção de lesões Peri-incisionais em cirurgia ortopédica com a utilização da cobertura hidrocolóide transparente: relato de experiência. Revista Estima, v. 1, n. 1, 2016.
- [24] SANTOS, E. *et al*. A eficácia das soluções de limpeza para o tratamento de feridas: uma revisão sistemática. Revista de Enfermagem Referência, n. 9, p. 133-144, 2016.
- [25] SILVA, A. A. *et al*. Assistência de enfermagem no tratamento de feridas por terapia de pressão subatmosférica (VAC) NA UTI. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 10, n. 2, 2016.
- [26] SILVA, C. C. R. *et al*. Uso da papaína: conhecimento de enfermeiros em um hospital da cidade de São Paulo. Revista Estima, v. 8, n. 1, 2016.
- [27] SILVA, D. C. *et al*. Cuidado de enfermagem aos usuários com úlceras venosas. Revista Contexto & Saúde, v. 11, n. 20, p. 851-854, 2013.
- [28] SILVA, D. S.; HAHN, G. V. Cuidados com úlceras venosas: realidade do brasil e portugal. Rev Enferm UFSM ,vol.2 ,n.2, p.330-338, 2012.
- [29] SIMÃO, T. S. *et al*. Curativo a vacuo para cobertura temporaria de peritoneostomia. ABCD arq. bras. cir. dig, v. 26, n. 2, p. 147-150, 2013.
- [30] SOARES, C. B. *et al*. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev Esc Enferm USP, v 18. n 2. P.335-45, 2014.
- [31] SZWED, D. N.; SANTOS, V. L. P. Fatores de crescimento envolvidos na cicatrização de pele. Saúde, v. 1, n. 15, p. 7-17, 2016.
- [32] TAVARES, W. S.; SILVA, R. S. Curativos utilizados no tratamento de queimaduras: uma revisão integrativa. Rev Bras .Queimaduras.vol.14, n.4,300-6,2015.
- [33] VIDERES, A. R. N. *et al*. Fatores estressores e estratégias de coping de pacientes hospitalizados em tratamento de feridas. Rev Rene. vol.14, n.3, p.481-92, 2013.