



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Victor da Silva Lucas

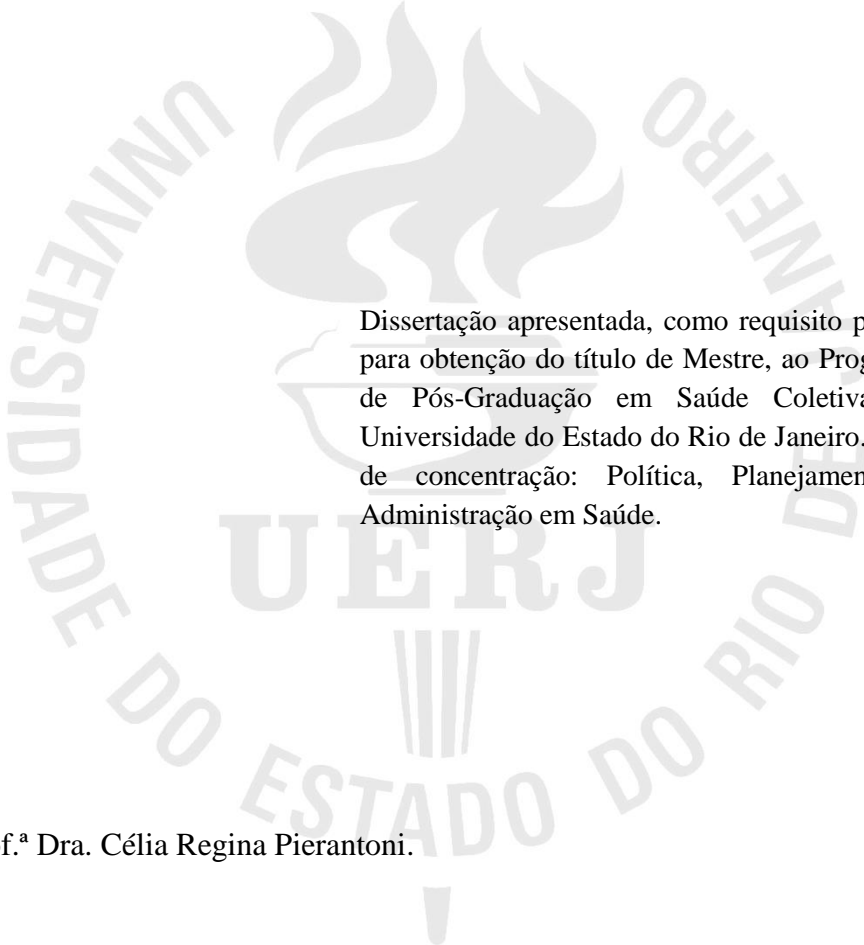
**Processo de acompanhamento de pacientes portadores de feridas na
atenção básica**

Rio de Janeiro

2013

Victor da Silva Lucas

Processo de acompanhamento de pacientes portadores de feridas na atenção básica



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni.

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

L933 Lucas, Victor da Silva.
Processo de acompanhamento de pacientes portadores de feridas na
atenção básica / Victor da Silva Lucas. – 20013.
74 f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.
Dissertação (mestrado) — Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Ferimentos e lesões – Tratamento – Teses. 2. Cicatrização de
feridas – Teses. 3. Cuidados primários de saúde – Teses. 4. Saúde
Pública – Angra dos Reis (RJ) — Teses. I. Pierantoni, Célia Regina.
II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina
Social. III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Victor da Silva Lucas

Processo de acompanhamento de pacientes portadores de feridas na atenção básica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 28 de novembro de 2013.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni (orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Roberto Parada
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Marismary Horsth de Setta
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2013

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo fôlego de vida, pela presença em minha vida e pela força para caminhar.

À minha família, pela paciência e apoio.

A todos os professores do Instituto de Medicina Social, pelo aprendizado e apoio.

RESUMO

LUCAS, Victor da Silva. *Processo de acompanhamento de paciente portadores de feridas na atenção básica*. 2013. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2013.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a análise do processo de acompanhamento dos clientes portadores de feridas na atenção primária do município de Angra dos Reis. Os objetivos são: verificar a existência de processo de acompanhamento de clientes portadores de feridas nas unidades de atenção primária do município de Angra dos Reis; analisar as dificuldades inerentes ao processo de acompanhamento de clientes portadores de feridas nas unidades de atenção primária do município de Angra dos Reis. O método foi descritivo, o tipo é de levantamento e de natureza quantitativa. O instrumento de coleta de dados foi o formulário, tendo como sujeitos do estudo a população de enfermeiros atuantes na atenção primária do município de Angra dos Reis e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde. O cenário utilizado foi o município de Angra dos Reis. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, através da Plataforma Brasil em 28/06/2013. A análise demonstrou que mais de 93% dos enfermeiros realizam curativos durante sua atuação profissional na atenção primária, destes, 80% realizam algum tipo de acompanhamento de clientes portadores de feridas. Este acompanhamento nem sempre é contínuo, por contada dificuldade técnica do próprio profissional, da interrupção do fornecimento de materiais por parte do almoxarifado, da baixa adesão do cliente e da inexistência de uma rotina institucionalizada. A insuficiência de produtos disponíveis no município para a realização de curativos também foi um fator descrito pelos sujeitos como prejudicador no processo de acompanhamento destes pacientes. Foi verificado que a utilização de produtos de segunda geração para realização de curativos, quando indicados de forma correta e respeitando o prazo de troca, proporciona uma economia nos fastos do município no que se refere ao tratamento tópico de feridas, economia esta que pode chegar à metade dos gastos. Este estudo foi relevante para a otimização do processo de acompanhamento de clientes portadores de feridas no município, bem como reorganização de fluxos, rotinas e do cuidado prestado.

Palavras-chave: Avaliação de processos (cuidados de saúde). Cicatrização de feridas. Atenção básica.

ABSTRACT

LUCAS, Victor da Silva. *Process monitoring of patients with wounds in primary care*. 2013. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2013.

This research aims to study the analysis of the monitoring of clients with wounds in primary care in the municipality of Angra dos Reis. The objectives are: to verify the existence of monitoring clients with wounds in primary care units of the municipality of Angra dos Reis process, to analyze the inherent difficulties in the monitoring clients with wounds process in the p primary care units of the municipality of Angra dos Reis. The method was descriptive, is the type of survey and quantitative nature. The instrument for data collection was the form, with the population of nurses working in primary care in the municipality of Angra dos Reis as subjects of study that signed the consent for, as defined in Resolution 196/96 of the National Council Health. The scenario used was the municipality of Angra dos Reis. The study was approved by Ethics Committee in Research of the UERJ's Institute of Social Medicine by Brazil on 28/06/2013 Plataform. The analysis showed that more than 93% of nurses do dressing during their professional careers in primary care, of which 80% use some type of monitoring clients with wounds. This monitoring is not always continuous, due to the technical difficulty of the professional himself, the interruption of the supply of material from warehouse, the low adherence of the client and the lack of an institutionalized routine. The failure of products available in the county for holding dressings was also described by subjects as a factor that harms in clinical patient management process. It was found that the use of second-generation products to perform curative when given correctly and respecting the exchange term, provides a saving in expenditure of the municipality with regard to topical treatment of wounds, this economy that can reach the half of the expenses. This study was relevant for optimizing the treatment of clients with wounds in the city process and reorganization of flows and routines of the care provided.

Keywords: Process assessment (health care). Wound healing. Dressings. Primary care.

SUMÁRIO

| | | |
|--------|--|----|
| | INTRODUÇÃO | 8 |
| 1 | REVISÃO DA LITERATURA | 11 |
| 1.1 | Anatomia e fisiologia da pele | 11 |
| 1.2 | Mecanismo de lesão celular | 11 |
| 1.3 | Classificação e tipos de feridas | 13 |
| 1.4 | Definição de úlceras vasculogênicas | 14 |
| 1.5 | Fisiologia da cicatrização | 18 |
| 1.6 | Finalidades dos curativos nas feridas | 21 |
| 1.7 | O processo de limpeza e soluções utilizadas | 22 |
| 1.8 | Desbridamento | 26 |
| 1.9 | Escolha de coberturas e soluções | 28 |
| 1.9.1 | <u>Curativo úmido com solução fisiológica a 0,9%</u> | 29 |
| 1.9.2 | <u>Curativo com ácido graxo essencial</u> | 29 |
| 1.9.3 | <u>Curativo com papaína</u> | 30 |
| 1.9.4 | <u>Bota de unna</u> | 32 |
| 1.9.5 | <u>Alginato de cálcio</u> | 33 |
| 1.9.6 | <u>Carvão ativado</u> | 33 |
| 1.9.7 | <u>Hidrocolóide</u> | 34 |
| 1.9.8 | <u>Pomadas enzimáticas</u> | 35 |
| 1.9.9 | <u>Hidrogel</u> | 35 |
| 1.9.10 | <u>Sulfadiazina de prata</u> | 36 |
| 1.9.11 | <u>Hidropolímero</u> | 36 |
| 1.9.12 | <u>Hidrofibra</u> | 37 |
| 1.10 | Acolhimento na atenção primária | 38 |

| | | |
|------|--|----|
| 1.11 | O papel do enfermeiro no acompanhamento de clientes portadores de feridas | 41 |
| 2 | LOCAL DA PESQUISA | 44 |
| 3 | OBJETIVOS | 45 |
| 3.1 | Objetivo geral | 45 |
| 3.2 | Questões norteadoras | 45 |
| 3.3 | Objetivos específicos | 45 |
| 4 | JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO | 46 |
| 5 | METODOLOGIA | 48 |
| 6 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS | 50 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 62 |
| | REFERÊNCIAS | 65 |
| | APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido | 69 |
| | APÊNDICE B - Formulário | 71 |
| | APÊNDICE C - Proposta de rotina para acompanhamento de clientes portadores de feridas | 74 |

INTRODUÇÃO

A preocupação com o cuidado de feridas remonta à antiguidade, quando o homem, em suas aventuras e lutas pela sobrevivência, era acometido por ferimentos das mais diversas ordens. Os povos antigos, ligando o processo de cura ao misticismo, de um modo geral curavam suas feridas com o uso intensivo da flora, acompanhado de rezas e rituais de fé (GEOVANINI, 2007).

Acredita-se que, na busca pelo tratamento destas afecções, a humanidade apresentou um leque bem variado de usos e costumes empíricos através dos tempos, e alguns absurdos, como é conhecido o uso no passado de excrementos de animais, de porções e drogas que eram associadas a magias, orações e sacrifícios.

O significado da palavra ferida atualmente ultrapassa a simples definição da perda da solução de continuidade da pele. Ao buscar sinônimos para ferida, é encontrada a palavra chaga, que por definição significa: coisa que penaliza, desgraça, aquilo que deixa cicatriz. Culturalmente a palavra ferida traz consigo um significado que sobrepuja a lesão tecidual. O cuidar da ferida de alguém vai muito além da realização do curativo. A ferida é algo que fragiliza e muitas vezes incapacita, causando dor (sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais), marca ou mágoa, além de as vezes ser uma doença incurável (JORGE E DANTAS, 2004).

Percebe-se que nos últimos anos a atenção primária vive um momento especial enquanto um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento, à efetividade e à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, ao provimento e à fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, 2012). O processo de acompanhamento dos pacientes portadores de alguma interrupção na solução de continuidade da pele está diretamente ligado ao acolhimento deste na unidade de atenção primária, e a resolutividade do caso na maioria das vezes se dará neste nível de assistência, uma vez que o grau de complexidade do indivíduo o coloca neste nível hierárquico do sistema de saúde.

E para que se tenha resolutividade do caso, a relação entre os profissionais e o doente deve ser baseada em respeito mútuo e dignidade. Os membros da equipe devem ter consciência da responsabilidade de indicar um tratamento adequado, bem como ter humildade

em reconhecer as próprias limitações e realizar encaminhamentos para outros profissionais, sempre que necessário. Por isso é importante a existência de um protocolo e da definição de fluxos para os clientes portadores de feridas, pois assim as condutas passam a ser igualmente desenvolvidas em todos os cenários da atenção primária.

Apesar de poucos estudos epidemiológicos sobre feridas, elas são muito frequentes na prática médica e absorvem grandes verbas da área da saúde destinadas a seu manejo. Pensando somente em um grupo de feridas, as úlceras de perna, vem aumentando sua frequência de acordo com o aumento da expectativa de vida da população mundial.

Nos EUA, ocorrem 600.000 casos novos de úlceras de perna ao ano. Na Suécia, entre quatro e 5% da população acima de 80 anos apresenta essa patologia, e o custo anual para tratamento dos pacientes com úlceras de perna está estimado em \$25 milhões (FRADE, 2005). Entretanto, não há dados estatísticos que demonstrem a prevalência no Brasil, devido aos registros desses atendimentos serem escassos. Contudo, sabe-se que o surgimento de feridas onera os gastos públicos e prejudica a qualidade de vida da população (MORAIS, 2008).

Outro fator relevante é que apesar da relevância da doença, pouco se conhece sobre sua distribuição na população do país ou mesmo em diferentes regiões. Sabe-se que o tratamento de uma úlcera é geralmente longo e difícil devido à diversidade de etiologias e terapêuticas (FRADE, 2005). Embora saibamos da existência do processo de acompanhamento de clientes portadores de feridas na atenção primária, o sistema de informação da atenção básica (SIAB) não demonstra a quantidade de pacientes portadores de feridas nos municípios.

Entretanto este sistema demonstra um alto registro de realização de curativos na atenção básica do município de Angra, o que não é parâmetro para identificarmos a quantidade de clientes portadores de feridas, mas que dá uma visão de que este procedimento é inerente à prática de enfermagem neste nível de atenção.

Em que pese à inexistência de registros publicados de atendimentos de pacientes portadores de feridas pelos serviços especializados, como dermatologia, angiologia, cirurgia plástica, entre outros, acredita-se que este tipo de atendimento ocorra com frequência na atenção secundária, o que deveria ocorrer somente em casos referenciados pela atenção primária.

A partir destas considerações, o interesse por este tema surgiu porque se sabe que no Brasil a população, de forma geral, está susceptível às feridas, independente de sexo, idade ou etnia. E isto determina um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele,

constituindo assim, um sério problema de saúde pública, principalmente na atenção primária. A temática do estudo trata do processo de acompanhamento dos clientes portadores de feridas na atenção primária do município de Angra dos Reis. Estudo relevante, uma vez que não há relato de dados estatísticos publicados sobre o processo de acompanhamento de pacientes portadores de feridas neste Município.

No próximo capítulo serão abordados alguns temas que dão suporte teórico à pesquisa, desde a anatomia e fisiologia da pele até terapias tópicas para cicatrização de feridas. Foi discutido também neste capítulo sobre o papel do acolhimento na atenção primária no processo de acompanhamento de pacientes portadores de feridas.

Após o levantamento bibliográfico, foram apresentados os objetivos do estudo e sua respectiva justificativa e relevância. Por conseguinte, a metodologia é abordada descrevendo como o estudo foi desenvolvido. A análise e conclusão discutem os dados e concluem o estudo. No fim do trabalho, foi proposta uma rotina de acompanhamento de pacientes portadores de feridas na atenção primária.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Anatomia e fisiologia da pele

Os autores Smeltzer e Bare (2002, p. 1372) constataam que “sendo o maior sistema orgânico do corpo, a pele é indispensável para a vida humana”. A pele forma uma barreira entre os órgãos internos e o ambiente externo e participa em muitas funções vitais do organismo.

A pele é constituída de duas camadas principais – a epiderme e a derme. Cada uma delas é composta de tipos de tecido diferentes e tem funções distintas. A epiderme é mais externa, fina e avascular, suas funções básicas são manter a integridade da pele e atuar como barreira física, já a derme oferece resistência, suporte e oxigênio a pele, ela contém vasos sanguíneos, folículos adiposos, vasos linfáticos, glândulas sebáceas e glândulas sudoríparas, também é composta por fibroblastos, colágeno e fibras elásticas (HESS, 2002).

Este mesmo autor ainda fala que, sendo a pele o maior órgão do corpo, constituindo cerca de 10% do peso corporal, está constantemente exposta a agressões físicas e mecânicas, que podem ter consequências físicas permanentes ou não. Suas funções são: proteção, sensibilidade, termorregulação, excreção, e metabolismo.

Outro componente da pele é o tecido subcutâneo (ou hipoderme) que contribui para impedir a perda de calor e constitui reserva de material nutritivo, pois é neste componente que está a maior concentração de vasos sanguíneos. O tecido subcutâneo também confere proteção contra traumas mecânicos (GEOVANINI, 2007).

1.2 Mecanismos de lesão celular

Todas as formas de lesão tissular iniciam-se com alterações moleculares ou estruturais nas células, que se encontravam em equilíbrio e eram capazes de lidar com a demanda fisiológica. Os estímulos patológicos ou estresse excessivo podem levar as células a situações de adaptações, preservando a viabilidade celular. Se esses estímulos forem agressivos a ponto de superar os limites de adaptação celular, resultará na lesão celular (SILVA, 2007). Este

mesmo autor ressalta que estas lesões podem ser reversíveis, mas se os estímulos persistirem, ela poderá se tornar irreversível, resultando em morte celular. As consequências da lesão celular não dependem exclusivamente do tipo, duração e intensidade do estímulo, mas também do tipo, estado e adaptabilidade da célula. Os principais fatores que podem causar uma lesão celular são: hipóxia, agentes físicos, químicos, infecciosos, reações imunológicas, distúrbios genéticos e desequilíbrios emocionais.

Os mecanismos que resultam em lesão celular após uma agressão por hipóxia são os mais frequentes identificados com problemas de saúde. Segundo Silva (2007) tais lesões englobam desde as lesões isquêmicas periféricas às lesões isquêmicas de órgãos vitais. Sendo a isquemia a causa mais comum de hipóxia, a persistência desta pode evoluir de maneira irreversível, causando a morte celular, conhecida como necrose.

A necrose é classificada basicamente em necrose de coagulação, liquefação, gordurosa, caseosa e gangrenosa. A necrose de coagulação é decorrente da desnaturação das proteínas, transformando o estado coloidal de mais líquido para mais sólido devido a perda de água. Caracteriza-se pelo aspecto enegrecido, ressecado e de difícil remoção, por conta da intensa aderência aos planos subjacentes (JORGE E DANTAS, 2004).

A necrose de liquefação ocorre da potente ação das enzimas hidrolíticas, que é comum em lesões bacterianas. O tecido caracteriza-se com coloração branco-amarelada, mole e desvitalizado, que pode estar associado a um exsudato fibroso. Diferencia-se da necrose de coagulação exatamente devido ao caráter amolecido e até liquefeito dos tecidos mortos (SILVA, 2007).

A necrose gordurosa caracteriza-se pela morte celular do tecido adiposo. Este tipo acomete mais o pâncreas e o tecido mamário após um trauma. A necrose caseosa é uma combinação das necroses de coagulação e liquefação, com aspecto mole, friável e de coloração branco-acinzentado. Já a necrose gangrenosa não apresenta um padrão diferenciado de morte celular, mas é abordado no meio profissional caracterizando uma agressão bacteriana ao tecido necrótico, geralmente nos membros inferiores e superiores (SILVA, 2007).

1.3 Classificação e tipos de feridas

Existem diferentes tipos de feridas, de acordo com a sua classificação. Elas podem ser classificadas, de acordo com Geovanini (2007), quanto à espessura, etiologia, evolução, quanto à presença de infecção e quanto ao comprometimento tecidual. Abaixo serão abordadas estas classificações de acordo com esta autora.

De acordo com a espessura, as feridas podem ser superficiais (atingem somente a epiderme e derme), profunda superficial (destroem também o subcutâneo) e profunda total (atinge o tecido muscular e estruturas subjacentes). Quanto à etiologia, elas podem ser traumática, cirúrgica, patológicas, iatrogênicas e por causas externas, que é o caso da úlcera por pressão.

Quanto à evolução, podem ser agudas ou crônicas. Quanto à presença de infecção são classificadas em limpas (livres de microrganismos patogênicos), limpas contaminadas (em tecidos de baixa colonização, sem contaminação significativa prévia ou traumas com menos de 6 horas), contaminadas (colonizadas por flora bacteriana considerável, quando nas cirurgias a técnica asséptica é desobedecida ou traumas acima de 6 horas) e infectadas (potencialmente colonizadas ou contaminação grosseira por detritos ou microrganismos, como parasitas). A última apresenta evidências de processo infeccioso, com presença de exsudação purulenta e odor característico.

Quanto ao comprometimento tecidual, elas são classificadas em estágios 1, 2, 3 e 4. O estágio 1 é considerado quando a pele está íntegra, mas apresenta sinais de hipermeia, descoloração ou endurecimento. No estágio 2 existe perda parcial de tecido, ulceração superficial com presença de bolhas ou cratera rasa. No estágio 3 tem perda total do tecido cutâneo, subcutâneo, podendo ir até a fáscia muscular. No último estágio ocorre grande destruição tecidual, com acometimento de músculos, tendões e até osso.

Em relação aos tipos de feridas, elas podem ser mecânicas (causadas por traumatismos externos), laceradas (quando as bordas são irregulares), químicas, térmicas, por eletricidade, por radiação, incisivas ou cirúrgicas, contusas (corte por objetos rombos), perfurantes, oncológicas, úlceras vasculogênicas, que se dividem em úlcera venosa (ferida crônica na perna proveniente de insuficiência venosa) e arterial (ferida crônica na perna proveniente de insuficiência arterial), úlcera por pressão (ocasionada por compressão do tecido mole durante um longo período de tempo), queimaduras e fístulas (trajeto anormal que conecta superfícies).

1.4 Definição de úlceras vasculogênicas

As úlceras de perna vêm ganhando destaque no que diz respeito às feridas, uma vez que com o aumento da expectativa de vida da população mundial este tipo de lesão tem sido frequente. Empiricamente, observa-se uma epidemia de feridas crônicas nas extremidades dos membros inferiores decorrentes de inúmeras causas. Relatos internacionais demonstram que cerca de 2% da população inglesa desenvolve úlceras nas extremidades inferiores (JORGE E DANTAS, 2004).

Como de fato a dimensão do problema é maior em idades mais avançadas, estes mesmos autores relatam que isso provoca um impacto econômico na área da saúde considerável, com inúmeras implicações causadas pelo aumento da dependência dos serviços de saúde, prolongado tempo de hospitalização, além de limitações físicas e emocionais

Além disso, como Hess (2002) revela, os profissionais de saúde deparam-se comumente com úlceras de MMII causadas por doenças venosa e arterial, e o tratamento dessas feridas frequentemente problemáticas pode ser difícil, impondo um pesado ônus ao bem-estar do paciente. De acordo com Jorge e Dantas (2004, p. 247) as úlceras de perna estão relacionadas a várias doenças, tais como: *Diabetes Mellitus* – DM, Doença Vascular Periférica – DVP, Insuficiência Venosa Crônica – IVC e outras. A IVC dos Membros Inferiores – MMII é uma doença com registro desde os papiros egípcios. Das doenças de etiologia venosa, é a que mais afeta o ser humano.

As intervenções de enfermagem a essa população devem considerar múltiplos aspectos entre os quais podem ser citadas as características sociodemográficas tais como gênero, idade, escolaridade, estado civil, renda e ocupação, que irão direcionar a linguagem na abordagem, a preocupação com a necessidade ou não de suporte social e capacidade no envolvimento de ações de prevenção de complicações. Soma-se a estas, as características de morbidade, tais como o tipo de circulação alterada, o tamanho e a localização da lesão, a existência de lesões anteriores, o estado de cicatrização da lesão e a existência de comorbidades que interferem na circulação e na cicatrização (MALAQUIAS *et al*, 2012).

Estes mesmos autores relatam que estudos realizados com pessoas acometidas por úlceras de perna, em tratamento em unidades de saúde, indicam convergência em algumas características socioeconômicas e demográficas entre a população que apresenta úlceras venosas, tais como, o predomínio do gênero feminino (de 55 a 85%), baixa renda e

escolaridade (em torno de 65%), e ausência de atividade ocupacional no momento da investigação. Contudo, outras características apresentam-se diversificadas, dependendo da região onde se realizou o estudo. Pesquisas realizadas no Brasil indicam que a faixa etária predominante da população afetada é de 51-70 anos, enquanto que estudos realizados em países da Europa indicam faixa etária predominante de 70 anos ou mais.

Segundo Smeltzer e Bare (2002, p.683) “a ulceração venosa constitui a mais grave complicação da IVC e pode estar associada a outras condições que afetam a circulação dos MMII”. E para melhor entender sobre esta patologia é necessário nos determos um pouco na fisiologia e fisiopatologia do sistema venoso. Dângelo e Fatinni (2003) nos ensinam que os capilares unem-se para formar vasos maiores chamados vênulas, que por conseguinte se unem para formar as veias. O sistema venoso é análogo ao sistema arterial. As paredes das veias, em contraste com aquelas das artérias, são mais finas e consideravelmente menos musculares.

As paredes de uma veia são compostas por três camadas: túnica íntima, média, e adventícia; com tudo essas camadas não são bem delineadas. A estrutura fina e menos muscular da parede venosa permite que estes vasos se distendam mais que as artérias. Com maior complacência, grandes volumes de sangue são armazenados nas veias sobre pressão baixa (DÂNGELO e FATINNI, 2003).

A pele e as veias ficam muito sensíveis com as defesas diminuídas, de modo que qualquer pequeno ferimento ou arranhão na parte inferior da perna pode transforma-se em úlceras. Isto é, uma pequena ferida causada por perda de tecidos, sem tendência para cicatrização, segrega um líquido de aspecto variável e, por vezes, mal cheiroso. A UV pode formar-se espontaneamente, sem nenhum traumatismo ou golpe local.

O sistema nervoso simpático que inerva a musculatura nervosa pode estimular as veias a se contraírem (venoconstricção), diminuindo assim o volume venoso e aumentando o volume de sangue na circulação geral. O espaço delimitado pela borda aderente e situado entre a válvula e a parede da veia chama-se seio da válvula (SMELTZER e BARE, 2002).

Sendo assim, o sangue ora contido na veia é impulsionado, e empurra a válvula de encontro à parede do vaso, circulando, portanto livremente em direção ao coração. Como a progressão da corrente sanguínea venosa não é contida, cessada a força que o impulsiona, tende o sangue a retornar pela força da gravidade.

Tal fato, de acordo com os autores Dângelo e Fatinni (2003), não ocorre porque o sangue se insinua no seio da válvula, ocupando-o integralmente e fazendo com que a borda livre se encoste à parede do vaso. Desta forma a luz da veia é temporariamente obliterada, até que o novo impulso faça o sangue progredir em direção ao coração. Um dos mais importantes

fatores do retorno do sangue venoso ao coração é a contração muscular, que comprimem a veia e impulsiona o sangue nelas contido.

Quando ocorre a insuficiência de uma válvula ou obstrução desta há a impossibilidade de impedir completamente o refluxo do sangue. A insuficiência de muitas válvulas de uma mesma veia provoca sua dilatação e conseqüente estase sanguínea; tal estado é conhecido pelo nome de varizes (DÂNGELO e FATINNI, 2003).

Esta obstrução das válvulas venosas nas pernas ou de um refluxo do sangue para trás das válvulas pode resultar na Insuficiência Venosa Crônica (IVC). As veias superficiais e profundas das pernas podem ser afetadas. A resultante hipertensão venosa pode acontecer sempre que houver um aumento prolongado na pressão venosa, como acontece com a trombose venosa profunda. Como as paredes das veias são mais delgadas e mais elásticas que as paredes das artérias, elas se distendem prontamente quando a pressão venosa se eleva de maneira consistente. Neste estado, os folhetos das válvulas venosas são estirados e impedidos de fechar por completo, permitindo assim, um refluxo ou fluxo retrógrado do sangue nas veias (Smelter e BareH, 2002).

Maffei (1995 apud JORGE e DANTAS, 2004, p. 247), nos mostra que a IVC é caracterizada por um conjunto de alterações físicas como edema, a hiperpigmentação, o eczema, a erisipela, a lipodermatosclerose, que ocorrem na pele e no subcutâneo, principalmente nos MMII decorrentes da hipertensão venosa de longa duração e/ou obstrução venosa e que culminam com formação de úlceras.

A doença vascular periférica lesa as artérias de grande, médio e pequeno calibre, e esta relacionada com a duração da doença de base, a idade, fatores genéticos, fumo, o sedentarismo, dislipidemia, hipertensão arterial, dentre outros. Na doença vascular periférica (DVP) ocorre o estreitamento dos vasos sanguíneos que levam o sangue à musculatura dos braços e pernas. A DVP ocorre onde há o bloqueio por coágulos de uma artéria.

Quando os vasos colaterais compensam de forma adequada a obstrução da artéria, pode ser que não haja sintomas em repouso, todavia, quando a demanda pelo fluxo sanguíneo aumenta, pode ocorrer claudicação intermitente. Os sintomas na fase final são dores em repouso, particularmente à noite, e ulceração ou gangrena (BORGES, 2006).

Já a doença arterial periférica caracteriza-se “pela aterosclerose decorrente de um processo degenerativo que afeta os grandes vasos por acúmulo de gordura na parede dos mesmos, levando a obstrução progressiva” (JORGE E DANTAS, 2004 p. 241). Outro autor como Hess (2002) refere ainda que a insuficiência arterial é a disfunção do fluxo sanguíneo

arterial que conduz a isquemia tecidual potencialmente, a necrose. A isquemia reversível tende a causar dor e resulta às vezes em ulceração. Sua causa mais comum é a aterosclerose.

Na ocorrência de úlceras, Hess (2002, p.113) mostra que a avaliação do diagnóstico compreende em colher a história de forma minuciosa, focalizando fatores de risco, como doença venosa prévia, trauma, trombose venosa profunda, gestações, insuficiência cardíaca congestiva, história familiar de doença venosa, obesidade e idade avançada. As úlceras venosas tendem a ser superficiais e, portanto, a apresentar margens lisas, sem comprometimento subjacente.

Glenn (2005, p.162) descreve que para tratamento e avaliação do cliente e da descrição das características de feridas de diferentes etiologias, deve-se desenvolver um método sistemático de exame de feridas sendo diferencial relativo aos objetivos propostos. Além disso, condições comórbidas podem ter um grande impacto sobre o prognóstico. Este método sistemático ao qual refere o autor é de exames das feridas no qual o profissional avalia cinco distintas áreas: coloração, odor, secreção, extensão e pele circundante.

As úlceras venosas na IVC caracterizam-se por dor descrita como dolorimento ou peso. O pé e o tornozelo podem estar edemaciados. As ulcerações situam-se na área do maléolo medial ou lateral (área da polaina) e são de maneira peculiar, grandes, superficiais e altamente exsudativas. A hipertensão venosa provoca extravasamento de sangue o qual irá tingir com o pigmento a área da polaina. Os pacientes com neuropatia frequentemente apresentam ulcerações no lado do pé sobre as cabeças dos metatarsos. Essas úlceras são indolores (Smelter e Bare, 2002).

Esses mesmos autores dizem em seus estudos que as úlceras arteriais na doença arterial crônica caracterizam-se por claudicação intermitente, que é a dor provocada pela atividade e aliviada depois de alguns minutos de repouso. O paciente também pode queixar-se de dor nos dedos ou no antepé em repouso. Quando o estabelecimento da oclusão é agudo, a dor isquêmica é incessante e raramente aliviada, mesmo com analgésicos opióides.

O aspecto das úlceras por insuficiência venosa costuma ser muito estereotipada – manchas de hemossiderina e endurecimento da pele circundante com uma base granulosa da ferida, que parece pronta para cicatrizar. Uma história de veias varicosas, uma ocupação que exija que o indivíduo permaneça de pé o dia inteiro e testes especiais podem então ser necessários para confirmar que a causa é uma insuficiência venosa. (GLENN, 2005).

Segundo Smelter e Bare (2002, p. 684), tipicamente “as úlceras arteriais são ulcerações pequenas, circulares e profundas nas extremidades dos artelhos ou nos seus

espaços interdigitais”. Com frequência ocorrem no lado medial do hálux ou na parte lateral do quinto artelho, podendo ser geradas por uma combinação de isquemia e pressão.

A úlcera arterial é mais profunda, como descrita anteriormente, bem demarcada, e sem presença de tecido de granulação, durante sua cicatrização tem uma cor mais rósea, em vez de cor avermelhada viva do tecido de granulação em feridas com fluxo sanguíneo adequado. Quando essas úlceras começam a aparecer o cliente tem dor mesmo estando em repouso. (GLENN, 2005).

A partir destas considerações, é possível perceber que existem características peculiares que diferenciam as úlceras venosas das arteriais. Isto possibilita que uma úlcera seja classificada como uma ou outra, e isto será primordial na tomada de decisão para o tratamento tópico. Como foi visto que a úlcera arterial é proveniente de uma insuficiência arterial, a chegada de oxigênio e nutrientes para cicatrização está débil ou inexistente. Com isso, a terapia tópica se dá apenas por manutenção do meio e aguardo da revascularização cirúrgica, para que a partir daí comece um investimento na terapia tópica.

Já na úlcera venosa, o investimento na terapia tópica e nas orientações para facilitar o processo cicatricial é primordial para o tratamento, uma vez que o problema não é pela irrigação arterial, mas pelo déficit na circulação e retorno venoso. Técnicas de melhoria externa do retorno venoso devem ser empregadas, a fim de controlar a hipertensão deambulatoria. Entretanto uma avaliação pelo serviço de angiologia pode ser importante no que tange a necessidade de intervenção cirúrgica.

1.5 Fisiologia da cicatrização de feridas

A cicatrização de uma ferida consiste em uma complexa sequência de eventos coordenados e desencadeados pelo organismo, que objetivam reconstruir estrutural e funcionalmente o tecido comprometido em sua maior plenitude (SILVA, 2007). O organismo humano procura reestabelecer a integridade do tecido cutaneomucoso agredido imediatamente após a instalação de uma lesão. Este processo natural de cicatrização desenvolve-se em três fases, conhecidas como fase inflamatória, proliferativa e reparadora (GEOVANINI, 2007).

A fase inflamatória, também conhecida como exsudativa, reativa ou defensiva, caracteriza-s pelos sinais típicos do processo inflamatório. Esta fase prepara a ferida para a

cicatrização, removendo os restos celulares e tecidos desvitalizados. Segundo Silva (2007), ela se inicia logo após o surgimento da ferida.

As principais funções desta fase, segundo Geovanini (2007), são a ativação do sistema de coagulação, a formação de trombos por meio de agregação plaquetária, o desbridamento da ferida, a defesa contra infecção e o controle central da cicatrização. Inicialmente ocorre uma vasoconstricção transitória de vasos sanguíneos e linfáticos, visando inibir uma perda sanguínea significativa da área lesada. Simultaneamente, ocorre o desencadeamento da cascata de coagulação.

Após ter havido uma completa coagulação, ocorre vasodilatação e conseqüentemente extravasamento de conteúdo plasmático para o meio extravascular, além de ocorrer migração de leucócitos polimorfonucleares para o tecido intersticial. Os neutrófilos iniciam o processo de migração unidirecional para o leito da ferida, iniciando a fagocitose e eliminando bactérias e restos celulares (SILVA, 2007).

Os macrófagos liberam ainda substâncias vasoativas e fatores de crescimento, que desempenham papel importante nas fases subsequentes do processo de cicatrização. O efeito destas substâncias, segundo Jorge e Dantas (2004), vai desde o desbridamento da ferida até a regulação de outras fases, como a angiogênese, a proliferação e diferenciação das células epiteliais e a migração celular. Quando essa fase vai chegando ao fim, a atividade fagocitária dos macrófagos começam a reduzir, assim como o edema e os outros sinais clínicos da inflamação.

A outra fase é a proliferativa, conhecida também como reconstrutiva ou fibroblástica. Uma vez que a ferida foi limpa pelos macrófagos, o reparo do tecido danificado continua. Inicia-se o processo de migração das células endoteliais da periferia para o centro da lesão. Elas se proliferam e dão origem a um tecido conhecido como tecido de granulação, que tem aspecto róseo e granular, em que ocorre intensa proliferação de novos vasos sanguíneos e fibroblastos.

O ambiente favorável para a formação do tecido de granulação, de acordo com Geovanini (2007), é proporcionado pelo aumento da concentração de oxigênio no leito da ferida. A síntese de colágeno é efetivada por meio de proteínas, gorduras, vitaminas A e C, carboidratos, zinco e oxigênio. Com o aumento da perfusão e da oxigenação, os fibroblastos são ativados para elaborarem o colágeno que irá se depositar na lesão. Esse processo evolui durante duas a três semanas.

A medida que a proliferação tecidual persiste, e que a ferida esta totalmente preenchida pelo tecido de granulação, ocorre uma epitelização gradual, formando uma fina

camada de pele. Inicia-se a contração da ferida, processo que consiste “na mobilização dos tecidos subjacentes, promovendo um movimento centrípeto da pele normal em toda sua estrutura” (SILVA, 2007 p. 73). A contração da ferida recompõe toda a lesão, resultando na formação do tecido cicatricial. Na medida em que a cicatriz vai se formando, o número de fibroblastos é reduzido, até o seu desaparecimento, encerrando esta fase de cicatrização.

Inicia-se então a última fase, conhecida como reparadora ou de remodelamento. Tem início na terceira semana, estendendo-se por longo período de tempo, dependendo da extensão, grau e localização da ferida (GEOVANINI, 2007). Os eventos que ocorrem nesta fase, para Jorge e Dantas (2004), são a diminuição progressiva da vascularização, dos fibroblastos, o aumento da força tênsil e a reorientação das fibras de colágeno.

A reorganização das fibras de colágeno é um processo que permite que o tecido cicatricial depositado seja arranjado tanto em orientação linear, como lateral, objetivando corrigir eventuais defeitos na cicatriz, como o quelóide ou cicatriz hipertrófica. Na medida em que o remodelamento avança, a coloração rosa e brilhante de uma cicatriz imatura vai sendo gradativamente substituído por um tom mais suave, até atingir um tom esbranquiçado, característico de uma cicatriz madura. Este processo pode durar até 15 meses (SILVA, 2007).

Este mesmo autor pondera que a natureza da cicatrização é a mesma para todas as feridas, mas o processo de cicatrização pode ocorrer de duas formas de acordo com a perda tecidual. Essas duas formas são conhecidas como cicatrização por primeira intenção, caracterizada por aproximação dos bordos da lesão por meio de sutura; e por segunda intenção, quando não há possibilidade de aproximação dos bordos da lesão e esta cicatrização ocorrerá com preenchimento de tecido novo, de dentro pra fora e das margens para o centro da ferida (SILVA, 2007).

Alguns fatores que podem impedir a cicatrização são fatores locais, como ressecamento da ferida (por ser mantida seca, pois manter em ambiente úmido favorece migração celular), manutenção de pressão continua traumas, déficit perfusional (que é favorecido pelo edema), condições nutricionais, presença de infecção, de tecido desvitalizado ou necrótico, idade e uso de algumas drogas, como corticoides e agentes citotóxicos (JORGE E DANTAS, 2004).

Se apropriando do conhecimento relacionado às fases da cicatrização, acredita-se que é possível uma melhor análise e acompanhamento da ferida por parte dos profissionais de saúde, uma vez que estes poderão escolher melhor os produtos a serem utilizados no curativo (que serão aprofundados mais adiante), de acordo com cada fase, e orientar melhor o cliente

sobre em que momento de recuperação da ferida este se encontra, minimizando ansiedades e transtornos.

1.6 Finalidades dos curativos nas feridas

Como foi visto anteriormente, o processo de cicatrização de uma ferida depende exclusivamente do próprio corpo humano. Embora esta reparação tecidual seja um processo sistêmico, é necessário favorecer e promover condições locais ideais para viabilizar o processo fisiológico. E este processo é chamado terapia tópica, e é por meio dela que muitas dessas condições são viabilizadas (SILVA, 2007).

Curativo é o procedimento de limpeza e cobertura de uma lesão, com o objetivo de auxiliar no tratamento da ferida ou prevenir a colonização dos locais de inserção de dispositivos invasivos diagnósticos ou terapêuticos (p. ex: cateteres, drenos, estomas e fixadores). A lesão deve ser mantida úmida quando o objetivo é o tratamento e o auxílio no processo de cicatrização, pois a umidade favorece e aumenta a velocidade da cicatrização; entretanto, nos locais de inserção de dispositivos invasivos, a umidade é fator de risco para colonização ou infecção bacteriana (JORGE e DANTAS, 2004).

Outro autor como Glenn (2005) afirma que com base no conhecimento da causa da ferida e dos possíveis fatores complicadores, podemos iniciar o processo de escolha de um curativo para a ferida. O conhecimento das finalidades dos curativos em geral, assim como das propriedades e propósitos de classes específicas, consiste em tornar diferenças substanciais nas propriedades de cada curativo.

Ainda neste ideal, Jorge e Dantas (2004) diz que a escolha do tipo de cobertura a ser utilizada está diretamente relacionada com sua função, que pode ser: proteção e absorção de umidade; absorção de exsudato e odores; desbridamento; limpeza e prevenção da contaminação exógena; compressão para minimizar acúmulo de fluídos; imobilização ou proteção de contra-traumatismo mecânicos.

O propósito mais simples do curativo serve para proteger a ferida do ambiente externo e evitar a contaminação. Um segundo propósito para os curativos é promover o descolamento e a remoção do tecido necrosado. Um terceiro propósito é o enchimento do espaço no interior de uma ferida, para evitar a formação de hematomas, abscessos, túneis e fístulas. O controle

da secreção, seja um exsudato purulento ou um transudato seroso, é um quarto propósito (GLENN, 2005).

Os autores Jorge e Dantas (2004) trazem em seus estudos que o procedimento técnico para realização de qualquer procedimento tem a função de padronizar e homogeneizar condutas. A técnica e os materiais para execução dos curativos são fatores que devem ser observados tanto quanto a escolha adequada do produto de tratamento. Para realização de curativos, há possibilidade da escolha da técnica limpa ou estéril.

A partir de então, é possível perceber que a realização de curativos se faz necessário para uma boa manutenção do local e favorecer a cicatrização, além de proteger a ferida de agentes externos e possivelmente infecciosos. Apropriando-se disto, o profissional que acompanha um cliente portador de ferida está respaldado em orientá-lo, desmistificando a cultura geral da sociedade que os ferimentos devem ficar “abertos para secar”.

1.7 O Processo de limpeza e soluções utilizadas.

Quando se fala em tratamento tópico de úlceras e feridas, o objetivo principal é manter a lesão úmida, limpa e a salvo de trauma físico, preservando a integridade cutânea do paciente. A escolha dos curativos mais eficientes e a implementação dos procedimentos ou técnicas apropriados ajudam a atingir esse objetivo (HESS, 2002).

As lesões com fechamento por primeira intenção são de baixo risco de contaminação exógena após 24 a 48 horas do fechamento, pois neste momento ocorre a formação de um selo fibrinoso e as células epiteliais marginais migram para a superfície da lesão, isolando as estruturas profundas do meio externo e protegendo a ferida contra contaminação exógena. O curativo destas lesões tem o objetivo de evitar traumas e manter o ambiente limpo e seco. Nas primeiras 48 horas. Após este período não há mais necessidade de curativos. A limpeza pode ser feita com solução salina. Havendo presença de exsudação após as 48 horas, recomenda-se manter a ferida fechada. (JORGE E DANTAS, 2004).

Os autores supracitados orientam que para estomas, que são regiões normalmente colonizadas, o curativo visa a prevenção de complicações, tais como as dermatites e a colonização por microrganismos da flora exógena. A limpeza periestoma e a escolha de dispositivos coletores adequados são fundamentais para o cuidado destas lesões.

Para as lesões abertas, o curativo e a cobertura terão as funções de manutenção da limpeza e tratamento local, a fim de auxiliar no processo cicatricial. A reparação tecidual não poderá evoluir de modo adequado, enquanto todos os agentes inflamatórios não forem removidos do leito da ferida, sendo assim o processo de limpeza torna-se de fundamental importância para essa reparação.

[...] no processo de limpeza das feridas, cada etapa da trajetória de reparação tem uma necessidade, e, para entender essa demanda, vários métodos e técnicas podem ser utilizados, optando-se por aqueles mais suaves ou mais agressivos, dependendo da condição do leito da ferida. Quando o conteúdo estranho não puder ser removido apenas com a simples lavagem da ferida, institui-se, então, uma forma de limpeza mais agressiva, a qual é conhecida como desbridamento. Não sendo este efetivo para remover a carga bacteriana e a ferida apresentar sinais clínicos de infecção local, recomenda-se o uso criterioso de antibióticos tópicos. (JORGE e DANTAS, 2004, p. 51).

A técnica utilizada para limpeza deve ser aquela que minimize traumas tanto mecânicos quanto químicos, Dantas e Jorge (2004, p. 56) nos dizem que “a técnica pode constituir-se de utilização de gazes úmidas para suave e cuidadosamente comprimir a ferida, despejar suavemente a solução sobre a ferida ou de irrigação sobre pressão com seringas”.

Estudos de Dealey (2001, pg.74) mostram que “os objetivos da limpeza da ferida são: remover qualquer corpo estranho, como fragmentos ou sujidade; remover fragmentos de tecidos soltos na superfície, como tecido necrótico; e remover todos os restos do curativo anterior”. Este mesmo autor ainda nos diz que um estudo feito por Thomlinson (1987 apud DEALEY, 2001, pg.74) considerou as várias maneiras de usar as mechas para limpar a superfície da ferida. Os resultados mostraram que o ato de limpar não reduzia o número de bactérias na superfície das feridas, mas simplesmente as redistribuía.

Para as feridas granuladas e limpas, preconiza-se o uso de irrigação cuidadosa e suave com solução salina, apenas limpar ao redor da ferida, evitando o leito, para não remover o exsudato da superfície, pois o mesmo contém fatores de crescimento, nutrientes e células proliferativas que atuam na reparação, e seriam retirados com a limpeza (JORGE e DANTAS, 2004).

O manual do Ministério da Saúde preconiza que o manuseio da úlcera deve ser realizado de forma cuidadosa e rigorosa, em toda a extensão e profundidade, podendo ser realizada com limpeza mecânica e irrigação. A limpeza mecânica, com gaze ou bolas de algodão, atualmente não é indicada, pois pode traumatizar as células recém-formadas,

desencadeando reações inflamatórias e aumentando o tempo de cicatrização. A limpeza com irrigação suave com solução fisiológica ou salina de cloreto de sódio a 0,9% é recomendada, porque esta solução não prejudica os tecidos e limpa a úlcera, removendo todo o exsudato e ou corpo estranho presente, sem traumatizar as células do leito da mesma, acelerando o processo de cicatrização.

Esta limpeza deve ser feita de preferência com soro fisiológico morno e em jato de 12psi (seringa de 20 ml e agulha 40x12), isto propiciará o desbridamento mecânico eficaz, diminuindo o risco de infecção da ferida, prevenindo a queda da temperatura no leito da ferida e estimulado a vasodilatação local. Em úlceras com tecido de granulação, deve-se utilizar seringa sem agulha, equipo adaptado diretamente no frasco do soro fisiológico ou jato obtido por pressão manual do frasco de soro fisiológico (bolsa plástica) furado com agulha de grosso calibre, tipo 40/12 ou 25/8 (BRASIL, 2008).

As feridas com resíduos, corpos estranhos, fragmentos e outros, realizam-se limpeza cuidadosa e com baixa pressão. Nessa situação, a gaze deve ser umedecida e suavemente pressionada ou friccionada sobre a ferida. Essa pratica é importante em feridas que apresentem espaços mortos que comprometem ou impossibilitam a visualização e dificultam a limpeza somente com irrigação (JORGE e DANTAS, 2004).

Os autores supracitados salientam que para as feridas mais profundas, estreitas ou com espaços mortos, a limpeza torna-se mais efetiva e adequadas, quando se faz a irrigação com a solução salina ou solução de papaína e nas feridas extremamente sujas, com aderência no leito ou infectadas, são indicadas soluções industrializadas não tóxicas e maior força mecânica, levando em consideração os aspectos já previamente mencionados (JORGE e DANTAS, 2004).

A força e o tipo de solução empregada dependerão da condição do leito da ferida. Na medida em que a ferida vai se tornando limpa, tanto a força mecânica como a concentração das soluções deve ser gradativamente diminuída a fim de preservar o tecido neoformado, embora a reparação tecidual, tanto por regeneração de tecido, seja sistêmica, é absolutamente necessário favorecer condições locais de terapia adequada para dar suporte e viabilizar o processo fisiológico (JORGE e DANTAS, 2004).

Em relação à técnica para realização de curativos, quanto ser limpa ou estéril, não existem publicações de pesquisas científicas definitivas sobre como limpar as feridas abertas. Jorge e Dantas (2004) abordam em seus estudos que a *National Pressure Ulcer Advisory* (NPUAP) recomendam para a limpeza de feridas crônicas técnica limpa e coberturas limpas,

sendo necessário para tal prática o uso individualizado dos materiais e que os mesmos sejam armazenados em local adequado após abertos.

Os mesmos autores trazem os estudos de Bates-Jasen de 1997, que relatam um estudo piloto em deiscências cirúrgicas no ambiente hospitalar, comparando técnica limpa e estéril. O trabalho não demonstrou diferença na cicatrização, concluindo que curativos limpos e técnica limpa estão adequados para a limpeza de feridas e que o custo é muito menor. No entanto existem situações em que a técnica limpa não é recomendada, tais como se houver invasão de corrente sanguínea e em pacientes imunossuprimidos. Nesses casos deve-se usar a técnica estéril.

Estes mesmos autores sugerem que quando as instituições optarem por essa prática (escolha de técnica limpa em ambientes domiciliares e unidades de saúde) seja realizado treinamento prévio de como trabalhar com esta técnica, pois embora as feridas crônicas sejam consideradas contaminadas ou colonizadas, motivo que fundamenta a utilização de tais procedimentos, é necessário que o profissional tenha a responsabilidade e o compromisso de preservar e proteger o paciente de contaminações oriundas de técnicas inadequadas e produtos contaminados.

Além da solução salina (soro fisiológico 0,9%) para a limpeza de feridas, outras soluções utilizadas na limpeza podem ser (GEOVANINI, 2007):

- Sabões – tem ação detergente, usado como primeira escolha para remoção de sujidades em caso de feridas traumáticas,
- Álcool etílico a 70% – age por desnaturação das proteínas. Sua atividade é reduzida na presença de matéria orgânica. Indicado para desinfecção de artigos semi-críticos e superfícies limpas, antissepsia de pele.
- Antissépticos – são substâncias hipoalergênicas de baixa causticidade que matam ou inibem o crescimento dos microrganismos, quando aplicados sobre a pele. Não devem ser usados em superfície (com exceção do álcool a 70%). Os mais utilizados são o Polivinilperrolidona (PVPI) e gluconato de clorexidina. Tem ação antibacteriana, mas devem ser utilizados com cautela, pois inibem a cicatrização por destruírem as estruturas celulares mesmo em concentrações clínicas normais (JORGE e DANTAS, 2004). Estes autores recomendam a utilização destas substâncias como primeira escolha em feridas que não tenham um suprimento sanguíneo adequado para cicatrizar, em pacientes imunodeprimidos, ou com balanço proteico negativo, pois o objetivo principal é a diminuição da carga bacteriana.

O uso de antissépticos no tratamento de feridas vem sendo discutido atualmente e os estudos na maioria deles, tem condenado seu uso. O Ministério da Saúde preconiza que seu uso na pele não íntegra pode acarretar prejuízo ao processo de cicatrização. Entre esses produtos destacam-se o permanganato de potássio a 0,01% e o polivinilpirrolidona-iodo 10% (povidine tópico). O povidine, em presença da matéria orgânica, tem sua ação reduzida ou inativada, é citotóxico para os fibroblastos, retardando a epitelização e diminuindo a força tensional da úlcera; pode também provocar reações alérgicas adversas. Podem causar queimaduras químicas se permanecerem em contato com a pele por período prolongado (BRASIL, 2008).

Além disso, outro fator relevante que devemos considerar é a Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988 (SVS do MS), ratificada na segunda edição de 1994, a qual traz que não são recomendadas para a antisepsia as formulações contendo mercuriais orgânicos, acetona, quaternário de amônio, líquido de dakin, éter, clorofórmio, água oxigenada, permanganato de potássio e açúcar.

A partir destas considerações, é possível perceber que as técnicas instituídas para limpeza de feridas objetivam manter a lesão limpa e úmida, utilizando procedimentos específicos para cada tipo de lesão e de tecido presente. Além disso, a utilização de soluções antissépticas só se dará com indicação específica, levando em consideração todos os fatores individuais do paciente. A escolha dos produtos deve ser avaliada mediante os recursos materiais e humanos disponíveis, indicações, contra-indicações, custos e eficácia.

1.8 Desbridamentos

Durante a fase inflamatória do processo de reparação das feridas, os neutrófilos e os macrófagos digerem e removem plaquetas, fragmentos e tecido avascular do leito da ferida. No entanto, quando ocorre um acúmulo de material para ser removido, esse processo natural torna-se insuficiente, ocasionando retardo na cicatrização. Sendo assim, a remoção desse material indesejado torna-se o objetivo central no planejamento dos cuidados, pois a presença da necrose interfere na cicatrização (JORGE e DANTAS, 2004).

O objetivo do desbridamento é promover a limpeza da ferida, para reduzir e impedir a proliferação bacteriana promovendo melhores condições de cicatrização. Este desbridamento

pode ser seletivo, quando a remoção não atinge tecidos vivos; ou não seletivo, quando ocorre a remoção também de tecidos vivos (GEOVANINI, 2007).

Existem vários métodos de desbridamento, que segundo Geovanini (2007) podem ser:

- Desbridamento Instrumental: é realizado com material cortante, como lâminas de bisturi e tesouras, podendo ser conservador – quando é realizada uma retirada seletiva de tecido necrosado, sem atingir os tecidos vivos; e cirúrgico – consiste na retirada maciça de material necrótico, que neste caso é feito pelo médico e utilizado anestesia.
- Desbridamento Mecânico: consiste na remoção de tecidos necrosados e corpos estranhos utilizando a fricção com gazes ou esponja macia umidecidas e irrigação sob pressão com jato de solução salina.
- Desbridamento Químico ou Enzimático: realizado por meio de enzimas exógenas atóxicas não irritantes, aplicadas na lesão, como a fibrinolisa, colagenase e papaína.
- Desbridamento autolítico: desbridamento natural de uma ferida, que ocorre por autodesintegração das células degeneradas pela ação de leucócitos e enzimas, sendo necessário manter o leito úmido para que este processo seja efetivo. Podem ser utilizadas coberturas que retêm a umidade, como filmes transparentes, hidrocolóides, gazes umidecidas com ácidos graxos essenciais (AGE), dentre outros.

Embora o desbridamento seja realmente vital para a reparação da ferida, existem determinadas situações não é a melhor indicação terapêutica, como as feridas de membros inferiores com perfusão duvidosa ou ausente, com necrose de coagulação estável. Nesse caso a escara representa menos risco, pois promove barreira para os tecidos vivos, diminuindo o risco de infecção. A retirada deixará a ferida aberta e vulnerável a infecções, uma vez que o tecido isquêmico não apresenta condições adequadas de oxigenação e conseqüente proteção contra infecções. Neste caso o melhor é realizar uma limpeza simples até que o problema vascular seja resolvido (JORGE E DANTAS, 2004).

Outra contra-indicação abordada pelos autores é a presença de necrose de coagulação em paciente em fase terminal. Justifica-se esta conduta devido às condições clínicas do paciente. Em caso de doenças terminais, o objetivo não deve mais ser a cura da ferida, mas a manutenção e promoção de conforto. As situações clínicas citadas acima são consideradas exceções para a prática de qualquer tipo de desbridamento. No entanto havendo a instalação de processo infeccioso, essas orientações não se aplicam o desbridamento deve ser implementado.

1.9 Escolha de coberturas e soluções

Fazendo um rápido levantamento do mercado farmacêutico nacional no sentido de buscar o que há de mais moderno em termos de produtos voltados para o tratamento tópico de feridas, percebe-se a existência de um número significativo de opções, cada qual com sua indicação específica. É notório que essa grande variedade ao mesmo tempo em que dá opção de escolha, cria outro sério problema, que é tirar o máximo proveito de cada um deles, de tal forma que se alcance uma ótima relação custo-benefício.

A necessidade ou escolha de um tratamento para a ferida depende do seu grau de contaminação, da maneira como foi produzida, dos fatores locais e sistêmicos relacionados com o processo de cicatrização e da presença e tipo de exsudado. O tratamento da ferida é o processo dinâmico que depende de avaliações sistematizadas, prescrições distintas de frequência e tipos de curativo ou cobertura necessários, que podem ser variáveis de acordo com momento evolutivo do processo cicatricial (JORGE e DANTAS, 2004).

Em vista da enorme diversidade de produtos pertencentes a diferentes grupos existentes no mercado, eles são classificados de acordo com sua indicação, contra-indicação, mecanismo de ação, vantagens e limitações, que de acordo com Silva (2007), podem ser:

- Epitelizantes: substâncias que aceleram o processo de cicatrização
- Absorventes: absorvem secreções sobre o leito da lesão
- Desbridantes: substâncias químicas que degradam tecidos
- Antibióticos: substâncias bactericidas e bacteriostáticas que impedem o crescimento das bactérias no leito da ferida
- Antissépticos: substâncias que reduzem a microbiota presente em tecidos vivos
- Protetores: geralmente na forma de coberturas, conferem proteção física ao leito da ferida.

A escolha do curativo correto, para Hess (2002), é uma tarefa difícil e desafiadora. O desenvolvimento de uma rotina de tratamento e o planejamento dos cuidados com a ferida exige a consideração dos fatores relacionados com a ferida e com a pele, com o paciente, e relacionados com o curativo. Portanto a combinação adequada dos materiais para os curativos das feridas deve levar em consideração todos os fatores pertinentes coletados de uma história

completa e de um bom exame físico. Abaixo estão listados os diversos tipos de coberturas e soluções a serem utilizadas na terapia tópica.

1.9.1 Curativo úmido com solução fisiológica a 0,9%

O tratamento é feito com a utilização de gazes de contato embebidas com solução fisiológicas. Este tratamento favorece o processo de autólise (degradação natural do tecido desvitalizado pela ação de enzimas, tais como as hidrolases ácidas) e estimula a formação do tecido de granulação (JORGE e DANTAS, 2004).

O soro fisiológico a 0,9% é o que apresenta menor probabilidade de causar traumatismo ou inflamação ao tecido. A aplicação de soro fisiológico como uma substância de limpeza pode ser realizada pelo seu simples derramamento sobre a ferida ou com a utilização de algum método de baixa pressão, como uma pêra de irrigação. (...) A limpeza sob pressão pode também ser considerada uma forma de desbridamento, dependendo do objetivo do uso da irrigação pressurizada com o soro fisiológico. (GLENN, 2005, pg. 247).

Candido (2001) explica que a lavagem da ferida com o soro fisiológico é recomendada, evitando a limpeza mecânica, pois atritos excessivos poderão danificar o tecido de granulação. A limpeza com essa solução a jato, ou seja, sob pressão, tem o intuito de facilitar a remoção de tecidos necróticos, como foi visto no outro capítulo. Não há contra-indicações relatadas para este produto.

1.9.2 Curativo com ácidos graxos essenciais (AGE)

Os AGE são precursores de substâncias farmacologicamente ativas envolvidas no processo de divisão celular e diferenciação epidérmica (tromboxanes, prostaciclina e prostaglandinas). São triglicerídeos de cadeia média capazes de alterar funções leucocitárias, modificando reações inflamatórias e imunológicas. Promovem quimiotaxia de leucócitos e neo-angiogênese, mantém o meio úmido e acelera o processo de cicatrização (CANDIDO, 2001).

Na classe dos epitelizantes, os AGE são compostos por óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja (FRANCO E GONÇALVES, 2008). Estão indicados, segundo Silva (2007), para qualquer lesão de pele, infectada ou não, indiferentemente do processo de cicatrização que se encontra a ferida. Não há contra-indicações e tem como vantagem a fácil aplicação e não contem substancias irritantes a pele. A desvantagem é que requerem troca diária e cobertura secundária.

A utilização dos AGE (Dersani®) representou um importante avanço no tratamento de lesões de pele. Tal sucesso fez com que muitos profissionais e serviços, na busca por redução do custo, passassem a utilizar outros produtos fabricados por laboratórios de baixo ou nenhum investimento em pesquisa clínica que foram lançados no mercado sem nenhum tipo de produção científica que comprovasse sua eficiência. A utilização de óleos, particularmente o de girassol (utilizado em alimentos), não apresenta nenhuma comprovação científica acerca de sua eficiência no tratamento de lesões (SILVA, 2007).

Nesse sentido é necessário que os profissionais de enfermagem reflitam com base na lei do exercício profissional, que determina entre outras obrigações, que o profissional deve preservar a integridade do paciente; portanto seria pertinente não utilizar produtos que poderiam representar qualquer ameaça à saúde do cliente.

1.9.3 Curativo com papaína

Papaína é a enzima proteolítica contida no látex do vegetal *Carica papaya*, que possui a propriedade de decompor substâncias proteicas, sendo extraída do mamão desenvolvido, mas não amadurecido. A enzima papaína é uma protease capaz de hidrolisar as ligações peptídicas das proteínas (JORGE e DANTAS, 2004).

Candido (2001) retrata que atua como desbridante químico, provocando proteólise. Tem ação bacteriostática, bactericida e antiinflamatória. Proporciona alinhamento das fibras de colágeno, promovendo crescimento tecidual uniforme; aumenta a força tênsil da cicatriz e diminui a formação de quelóides.

A proteólise é importante, porque a presença de tecido necrótico e de fragmentos celulares na ferida retarda o processo de cicatrização. A atividade enzimática da papaína é

decorrente de um radical sulfidríla (SH) pertencente ao aminoácido cisteína, por isso, após diluição apresenta odor semelhante ao enxofre (LEITE *et al*, 2012).

Segundo estes mesmos autores, ao reduzir o pH do leite da ferida, estimula a produção de citocinas, promovendo a reprodução celular. Isto faz com que o meio fique desfavorável ao crescimento de microrganismos patogênicos. Embora a papaína seja utilizada no Brasil desde 1983, não há consenso entre os enfermeiros, quanto às indicações do uso da papaína, a forma como deve ser utilizada e o tempo de duração da solução após a diluição.

Segundo Jorge e Dantas (2004), a papaína não agride o tecido sadio pela ação da α_1 -antitripsina, uma globulina humana, presente nas células sadias, que inativa as proteases. É importante destacar que em lesões infecciosas, pode ocorrer irritação do tecido perilesional, porém isso não é provocado pelo contato da pele com a solução de papaína e sim pelo contato com o exsudato infeccioso da lesão.

Estudos demonstram que o produto pode ser utilizado nas diversas fases do processo de cicatrização, modificando a concentração. Atualmente, preconiza-se para tecido de granulação, uma concentração de 2% de papaína; na presença de necrose de liquefação, 4 a 6% e na necrose de coagulação, 8 a 10%, após escarectomia. Não foram referidas contra-indicações, entretanto houve relatos de ardência e dor durante e após a realização do curativo (LEITE *et al*, 2012).

Estes mesmos autores relatam que a papaína pode ser utilizada sob cinco formas de apresentação: polpa, pó, gel, em creme associado à ureia e/ou clorofila e *spray* (sendo as duas últimas, formulações não comercializadas no Brasil, apenas em fórmulas manipuladas). A maior parte é apresentada na forma em pó, diluída em água bidestilada ou em soro fisiológico. A papaína nessa apresentação consiste em um pó amorfo, levemente higroscópico, branco ou branco acinzentado, solúvel em água, em solução que varia de incolor a amarela clara pouco opaca.

A papaína deve ser mantida livre da luz e umidade, em recipiente fechado e refrigerado, com uso imediato para evitar a inativação das propriedades. Recomenda-se o uso de frascos opacos e pequenos, de plásticos, porcelana ou vidro. O uso de luvas, espátulas de madeira e máscara pelo profissional também é recomendado, isto porque a manipulação da papaína em pó tem risco de aspiração do produto, que pode causar doenças respiratórias, como enfisema pulmonar (evidenciado em estudos experimentais com ratos). A associação da papaína com outras substâncias exige atenção, pois é inativada ao reagir com agentes oxidantes como o ferro, o oxigênio, derivados de iodo, água oxigenada e nitrato de prata, luz e calor (LEITE *et al*, 2012).

O uso da papaína com silicato de magnésio hidratado em pó é uma boa opção, por demandar menor custo e por diminuição do tempo gasto do profissional para manipulação, além de não atuar como corpo estranho na ferida, favorecendo a cicatrização. A apresentação da papaína em creme demonstrou resultados insatisfatórios, como maceramento das bordas da ferida, com tecido de granulação friável e amolecido.

O manual de feridas do Ministério da Saúde (2002) recomenda que o curativo deva ser feito removendo o exsudato e o tecido desvitalizado, colocar gaze em contato, embebida com solução de papaína, e ocluir com cobertura secundária, fixando o curativo. A periodicidade de troca deverá ser no máximo de 24 horas, ou de acordo com a saturação do curativo secundário. A papaína em pó deve ser diluída em água destilada. A papaína gel deve ser conservada em geladeira.

“A utilização da papaína pode ser vantajosa, pois efetua desbridamentos seletivos, é de baixo custo e pode ser associada a coberturas de segunda geração” (CANDIDO, 2001, pg.97). Com isso, é possível descrever que este produto é uma boa opção como desbridante e estimulante do processo de cicatrização.

1.9.4 Bota de unna

Este tipo de tratamento consiste em uma terapia de compressão para as úlceras varicosas. “O tratamento definitivo para úlceras por insuficiência venosa envolve a terapia de compressão para melhorar a causa subjacente à hipertensão venosa” (GLENN, 2005, pg.152).

Hess (2002) traz em seu estudo que, ela é a opção mais popular para controlar edema das extremidades inferiores. É feita de faixas de gaze impregnadas com uma substância gelatinosa e pasta de óxido de zinco. Inicialmente aplicada úmida ao membro inferior comprometido, o dispositivo transforma-se em uma faixa de compressão rígida à medida que seca. Quando os músculos da panturrilha fazem força contra a faixa inelástica, bombeiam com mais eficácia, facilitando a remoção de líquidos do MMII.

Já Glenn (2005) nos mostra que a aplicação da bota de unna é trabalhosa, é difícil regular a pressão dentro dela e ela costuma ser útil apenas para clientes que deambulam, nos quais um curativo semi-rígido ajuda o mecanismo da bomba da panturrilha. Além disso, a bota de unna perde a eficácia à medida que o volume da perna diminui.

Estão contra-indicadas em úlceras arteriais e mistas, ou na presença de infecção ou miíase. Para aplicar a bota de unna, é necessário colocar o paciente em repouso com os membros elevados, higienizar o membro inferior que será aplicado e manter repouso por vinte minutos para secagem (JORGE E DANTAS, 2004).

1.9.5 Alginato de Cálcio

Na classe dos absorventes e hemostáticos, os alginatos são sais de polímero natural de ácido algínico derivado das algas marinhas marrons, composto pelos ácidos gulurônico e manurônico, com íons cálcio e sódio incorporado em suas fibras (JORGE E DANTAS, 2004).

O mecanismo de ação se dá da seguinte forma: o sódio presente no exsudato e no sangue interage com o cálcio presente no curativo de alginato. A troca iônica auxilia no desbridamento autolítico, tem alta capacidade de absorção, resulta na formação de um gel que mantém o meio úmido para a cicatrização e induz a hemostasia (FRANCO E GONÇALVES, 2008).

O autor acima relata que estão indicados nas feridas abertas, sangrantes, altamente exsudativas com ou sem infecção, até a redução do exsudato. Contra indicação: lesões superficiais com pouca ou nenhuma exsudação; queimaduras. Para Jorge e Dantas (2004) podem ser trocados a cada 48 horas, caso a ferida não esteja infectada, trocando somente a cobertura secundária diariamente. Para Silva (2007) tem como desvantagem o alto custo e por requer cobertura secundária. Geovanini (2007) podem ser trocados até em quatro dias, caso a ferida esteja pouco exsudativa.

1.9.6 Carvão ativado

No grupo dos antibióticos e bactericidas, também são autolíticos. Este tipo de curativo possui uma cobertura composta de uma almofada contendo um tecido de carvão ativado cuja superfície é impregnada com prata, que exerce uma atividade bactericida, reduzindo o número de bactérias presentes na úlcera, principalmente as gram negativas. O curativo não deve ser

cortado, porque as partículas soltas de carvão podem ser liberadas sobre a úlcera e agir como um corpo estranho (BRASIL, 2002).

Possui um alto grau de absorção e eliminação de odor das úlceras. O tecido de carvão ativado remove e retém as moléculas do exsudato e as bactérias, exercendo o efeito de limpeza. Como a prata exerce função bactericida, complementando a ação do carvão, estimula a granulação e aumenta a velocidade da cicatrização. É uma cobertura primária, com uma baixa aderência, podendo permanecer de três a sete dias. No início, a troca deverá ser a cada 24 ou 48 horas, dependendo da capacidade de absorção (BRASIL, 2008). Segundo Silva (2007) está contra-indicado em feridas secas, limpas ou queimadas, pois poderá ressecar demais o leito da ferida. Não é aconselhável em tecido de granulação pelo mesmo motivo.

1.9.7 Hidrocolóide

No grupo dos umidificantes e aceleradores do desbridamento autolítico, os hidrocolóides são curativos que podem ser apresentados sob a forma de placa, fita, fibra, pasta, gel, grânulos e pó. São curativos sintéticos derivados da celulose natural que contêm partículas hidrofílicas, que se transformam em gel em contato com o exsudato da ferida (BRASIL, 2008).

São curativos industrializados indicados no tratamento de feridas abertas não infectadas, com leve ou moderada exsudação, prevenção e tratamento de úlceras por pressão não infectadas. A camada externa é composta por uma espuma de poliuretano e serve como barreira térmica mecânica aos gases, líquidos e microrganismos (GEOVANINI, 2007).

A autora relata que a camada interna, composta de gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica, tem a propriedade de absorver exsudatos, manter o pH ácido e o leito da ferida úmido, estimulando o desbridamento autolítico e a angiogênese. Além disso, protege as terminações nervosas e alivia a dor.

Na escolha do hidrocolóide, é necessário um diâmetro que ultrapasse a borda da ferida pelo menos 3 cm. A periodicidade de troca pode ser a cada um a sete dias, dependendo da quantidade de exsudação. Apresenta as vantagens de serem 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. Apresentam como contra indicação: feridas colonizadas ou infectadas, feridas com tecido desvitalizado ou necrose e

queimaduras de 3o grau. A desvantagem é que a pele poderá ficar macerada se a exsudação se tornar abundante (FRANCO E GONÇALVES, 2008).

Outro autor realizou um estudo como se dava a contração de feridas em cães com a aplicação de substitutivos da pele, como o hidrocolóide. Ele chegou ao resultado de que o curativo hidrocolóide favorece a cicatrização de feridas abertas ocasionando redução acentuada da área da ferida nos primeiros sete dias (COELHO, 1999).

1.9.8 Pomadas enzimáticas

São compostas de enzimas específicas para determinados substratos com o objetivo de auxiliar no desbridamento da lesão; entretanto não há dados conclusivos sobre sua ação como processo estimulador do processo cicatricial, visto que com o aumento dos níveis da ação das proteinases, temos a degradação dos fatores de crescimento e dos receptores da membrana celular, que são importantes para o processo de cicatrização. (JORGE E DANTAS, 2004).

Compostas por colagenase clostridiopeptidase A e enzimas proteolíticas, tem como mecanismo de ação degradar seletivamente o colágeno nativo da ferida. Indicadas em feridas com tecido desvitalizado. Modo de usar: aplicar a pomada sobre a área a ser tratada. Colocar gaze de contato úmida. Cobrir com gaze de cobertura seca e fixar. Periodicidade de troca a cada 24 horas. Contra indicação: feridas com cicatrização por primeira intenção. Exemplo comercial: Irujol®; Kollagenase®; Santyl® (FRANCO E GONÇALVES, 2008).

1.9.9 Hidrogel

No grupo dos umidificantes e aceleradores do desbridamento autolítico, é um curativo hidroativo, industrializado sob a forma de placa de gel transparente, incolor, composto por 77% de água, 20% de propilenoglicol (PPG) e 2,3% de carboximetilcelulose (CMC). É indicado para a remoção de crostas e tecidos desvitalizados e necrosados de feridas abertas (GEOVANINI, 2007).

Age amolecendo e removendo 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. Está indicado em feridas superficiais moderada ou baixa exsudação. Contra indicação: pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas. Modo de usar: lavar o leito da ferida. Espalhar o curativo ou introduzi-lo na cavidade assepticamente. Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril. Periodicidade de troca: a cada um a três dias, dependendo da quantidade de exsudato. Vantagens: sensação de alívio na ferida e promove o desbridamento autolítico. Desvantagens: desidrata rapidamente e é relativamente caro (FRANCO E GONÇALVES, 2008).

1.9.10 Sulfadiazina de prata

No grupo dos antibióticos, bactericida e bacteriostático, é uma substância indicada na prevenção de colonização e tratamento de queimaduras. Os sais de prata desenvolvem estas ações por meio de seus íons, que precipitam proteínas, agindo na membrana citoplasmática da célula bacteriana (GEOVANINI, 2007).

Modo de usar: remover o excesso de pomada e tecido desvitalizado. Lavar a ferida e aplicar o creme, assepticamente, em toda extensão da lesão (5 mm de espessura). Colocar gaze de contato úmida. Cobrir com curativo estéril. Periodicidade de troca: no máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada. No momento da troca a pomada pode apresentar aspecto purulento devido a sua oxidação sem, contudo apresentar infecção real. Exemplo comercial: Dermazine®; Pratazine® (FRANCO E GONÇALVES, 2008).

1.9.11 Hidropolímero

No grupo dos absorventes, é um curativo adesivo poliuretano, revestido com espuma de hidropolímero de alta densidade. É composto por uma camada externa fina de silicone e gel. Alguns possuem alginato de cálcio e/ou prata associado. É indicado para feridas limpas em fase de granulação com média e pequena quantidade de exsudato. Também promove

desbridamento autolítico e o controle do exsudato e do meio úmido na ferida, e é indicado para feridas crônicas, com média e alta quantidade de exsudato (BRASIL, 2008).

A Periodicidade de troca pode ser sempre que houver presença de fluído nas bordas da almofada de espuma ou, no máximo, a cada 7 dias. Vantagens: é fácil de aplicar e absorve o exsudato presente. Desvantagens: pode aderir quando a exsudação diminuir. Exemplo comercial: Elasto-gel®; Hydrafoam®; Oprasorb®; Tielle® (FRANCO, 2008). Outra desvantagem abordada por Silva (2007) é a apresentação em tamanhos padronizados, o que impossibilita o corte e a adequação às diferentes partes do corpo.

Existem outros inúmeros tipos e apresentações de curativos e coberturas, entretanto os principais foram abordados neste capítulo. A terapia hiperbárica é outro tipo de terapia que vem ganhando destaque como importante coadjuvante no tratamento de úlceras crônicas e agudas, de natureza infecciosa, traumática ou inflamatória. É uma modalidade terapêutica em que o paciente respira 100% de oxigênio, a uma pressão 2 a 3 vezes superior à atmosférica, no interior de um equipamento próprio para este fim. Isto provoca um aumento extraordinário da quantidade de oxigênio transportada pelo sangue, observando uma melhor evolução no processo de cicatrização das feridas e o combate efetivo às infecções. Mas ainda é uma terapia de alto custo (SILVA, 2007).

Concluindo, a apropriação dos conceitos sobre os métodos de realização de curativos e escolha da melhor opção de cobertura se faz necessária para que se ofereça uma assistência de qualidade aos clientes e com uma relação melhor de custo-benefício, pois não raramente se observam equívocos, inclusive por parte dos profissionais envolvidos na área da enfermagem, relacionados à escolha do produto mais apropriado para o tratamento de lesões de pele. Tais enganos estão relacionados intimamente, segundo Silva (2007), com dois aspectos fundamentais: a investigação semiológica, que quando feita, está focada simplesmente na lesão, e o desconhecimento das informações farmacológicas do produto.

1.9.12 Hidrofibra

A Hidrofibra é um hidrocolóide em fibra na forma de nãotecido, branco semelhante ao algodão. É uma cobertura primária maleável em forma de placa ou fita. Tem capacidade de absorção 33% acima do alginato. Seu mecanismo de ação ocorre absorvendo o exsudato e se

transforma em gel translúcido com aumento de sua espessura, mantendo o meio úmido e auxiliando no desbridamento autolítico (MALAGUTTI E KAKIHARA, 2011).

Ao aplicar o produto na ferida, os mesmos autores relatam que a fibra deve cobrir toda a extensão da ferida e assegurar uma margem de 1cm, pois ao interagir com o exsudato ela expande. Deve permanecer no leito da ferida até cinco dias ou conforme sua saturação. Está indicada em feridas de diferentes etiologias infectadas ou não, com exsudato moderado a excessivo, profundas ou superficiais, com tecido necrótico ou não, pois como foi visto anteriormente faz desbridamento autolítico. Estes mesmos autores relatam que esta contraindicada em feridas secas ou pouco exsudativas, podendo ficar na ferida por no máximo 5 dias.

1.10 Acolhimento na atenção primária

Para acompanhar um cliente, primeiro este deve ter acesso ao sistema de saúde, e o acolhimento é a principal ferramenta para efetivar este acesso. O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gerência nas unidades de saúde favorece a construção de relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (NEVES E ROLLO, 2006).

A baixa resolutividade, a ausência de humanização no atendimento, a falta de monitoramento/avaliação da atenção básica, a necessidade de capacitação e a dificuldade de contratação de profissionais para atendimento à saúde foram apontados como problemas da atenção primária na Região de Saúde da Baía da Ilha Grande. A dimensão dos problemas descritos é diferente em cada um dos três municípios que integram a região, entretanto estão presentes em algum grau, em todos estes locais (RIO DE JANEIRO, 2009).

Os desafios elencados acima vêm sendo destacados em estudos de alguns autores, que demonstram que, em países do terceiro mundo, a contribuição da Atenção Básica à saúde das populações prevalece no espaço do discurso em detrimento dos fatos e das práticas (MEDINA e HARTZ, 2009).

O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho, como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.

Neste sentido é importante para o município que se responsabilize pelas ações e processos que buscam responder as necessidades em saúde que são colocadas pelos munícipes, e analise sua capacidade de resposta, os efeitos das intervenções realizadas, identifique e corrija eventuais problemas, amplie a capacidade de resolubilidade das equipes de saúde, dos gestores e da comunidade (TAKEDA E TALBOT, 2006).

Entende-se que o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família perpassa por todas as questões colocadas acima, na medida em que atua no processo de enfrentamento de problemas específicos e problemas comuns a todo território local, tomando por base a população adscrita e parâmetros de concentração e cobertura populacional.

Partindo desta prerrogativa, o Ministério da Saúde orienta, em sua Política Nacional de Humanização (PNH), que a Atenção Básica forneça formas de acolhimento e inclusão da clientela, em um ambiente confortável, ampliando o acesso, reduzindo filas e aumentando a resolutividade individual e coletiva (BRASIL, 2009). Deste modo, o acolhimento é uma forma de reorganização dos processos de trabalho nas unidades de saúde de Angra dos Reis e melhora a qualidade dos serviços prestados, atendendo às demandas dos usuários e trabalhadores.

O acolhimento ao reprocessar o trabalho na unidade de saúde, com base na formação de uma equipe multiprofissional - a equipe de acolhimento - conseguiu quebrar a verticalidade da organização do trabalho na unidade, mexendo radicalmente no processo de trabalho dos profissionais não médicos. Dados demonstraram, por exemplo, que o rendimento do profissional enfermeiro, aumentou em cerca de 600% (MERHY *et al*, 1999).

Esse estudo é corroborado por outro realizado em Chapecó (SP) por Franco *et al* (2004), onde se percebia que o modo como estava organizado o processo de trabalho reduzia a capacidade de respostas das equipes de saúde e subutilizava a capacidade de trabalho dos outros profissionais de saúde, sobrecarregando os médicos com problemas, os quais, outros poderiam resolver. Deste modo, após a reordenação dos processos de trabalho, os profissionais se viram mais envolvidos aumentando sua satisfação; os usuários tiveram o acesso ao serviço facilitado e atendimentos mais ágeis, decorrente do aumento na oferta de serviços, havendo eliminação das filas noturnas. De modo geral, este processo possibilitou maior aproveitamento da capacidade instalada.

Deste modo, é notável que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma unidade de atenção primária é diferente de um atendimento na unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento. A Atenção Primária trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui na maior parte das vezes registros desta clientela, e possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (BRASIL, 2012). E quando se fala em acompanhamento de feridas, isto não é diferente. Geralmente a equipe conhece este cliente.

Quando se fala em acesso, percebe-se que a equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. Um dos cadernos de Atenção Básica publicado pelo Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2012 p.16), traz que:

A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido a não observação das diferentes necessidades.

E com isso surge uma pergunta: Como fazer isso no cotidiano dos serviços, aonde muitas vezes chegam, ao mesmo tempo, várias pessoas com necessidades distintas? Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas priorizações (BRASIL, 2012).

Para isso, o trabalho em equipe é fundamental. Já na recepção da unidade, uma atendente, um porteiro ou um segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso. Por exemplo, uma criança com febre alta, um adulto com cólica renal, um usuário agitado, uma pessoa com dificuldade de respirar, um idoso com dor no peito. O reconhecimento destes e de outros sinais de risco pelos trabalhadores que comumente circulam ou permanecem nas áreas de recepção/esperas pode e deve ser apoiado.

Além disso, é recomendável que os demais profissionais façam ativamente esse tipo de observação, sobretudo nos horários em que a unidade de saúde estiver mais cheia. As atividades de “sala de espera”, por exemplo, são também oportunidades de identificação de riscos mais evidentes. Com certeza um cliente portador de uma ferida pode ser identificado na sala de espera e pode receber orientações que irão auxiliar no tratamento de sua lesão, como orientações sobre hábitos nutricionais, controle pressórico e da diabetes, dentre outros.

Mas é importante garantir espaços mais reservados para a escuta e a identificação de riscos e de vulnerabilidades individualmente. Tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas, e o risco nem sempre é reconhecido facilmente. Há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) pode intimidar ou desrespeitar os usuários.

Em algumas situações, ser portador de uma úlcera crônica é motivo de vergonha. Acreditamos que implantar uma ferramenta que facilite o acesso do cliente portador de úlcera facilita o processo de acompanhamento deste pela equipe e a adesão do usuário no tratamento, pois as ferramentas supracitadas colaboram para o aumento do vínculo entre cliente e profissional.

1.11 O papel do Enfermeiro no acompanhamento de clientes portadores de feridas

Quando se fala em terapêutica de feridas, 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 detém 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.

Como o profissional de enfermagem está diretamente relacionado ao tratamento de feridas, seja em serviços de atenção primária, secundária ou terciária, deve resgatar a responsabilidade de manter a observação intensiva com relação aos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da ferida ou interfiram no processo de cicatrização. Para tanto, é necessária uma visão clínica que relacione alguns pontos importantes que influenciam neste processo, como o controle da patologia de base (hipertensão, *diabetes mellitus*), aspectos nutricionais, infecciosos, medicamentosos e, sobretudo, o rigor e a qualidade do cuidado educativo. (MORAIS, 2008)

Vale salientar, ainda, a importância da associação dos curativos que serão utilizados a partir da sistematização do tratamento e de acordo com os aspectos e evolução da ferida. Dessa forma, será possível projetar um caminho clínico, pelo qual o profissional de enfermagem acompanhará a evolução das diversas etapas do tratamento da ferida, como

também realizará um planejamento de tratamento adequado, através de métodos terapêuticos que poderão ser aplicados juntamente com uma equipe multidisciplinar que, por sua vez, utilizará procedimentos e materiais, com a finalidade de levar a cicatrização da ferida sem complicações, com a restauração das funções e prevenção das seqüelas.

A falta de recursos (produtos) para realização de curativos resulta na generalização das soluções utilizadas, e até mesmo ao uso daquelas que foram abolidas por serem tóxicas as células, ou seja, por gerar destruição das estruturas celulares, podendo causar irritação cutânea ou reação alérgica, danificando e reduzindo a força tênsil do tecido. Com isso é extremamente importante a responsabilização do enfermeiro nesta prática, uma vez que:

[...] a responsabilidade do enfermeiro que se propõe a tratar das lesões de pele implica em conhecimento não apenas dos materiais de vanguarda, hoje disponíveis no mercado, mas, primeiramente, no entendimento da fisiologia da cicatrização e de todas as etapas do processo de reparo tissular. Sem esse entendimento, é improvável que o enfermeiro faça um diagnóstico correto e selecione a cobertura mais adequada para o tratamento da lesão. (JORGE e DANTAS, 2004, p.32).

Embasados em conhecimentos sobre a etiopatogênese e fisiopatologia do processo cicatricial, os enfermeiros habilitados tecnicamente, devem objetivar a promoção do melhor tratamento e orientação dos clientes com potencial para desenvolvimento e complicações daqueles acometidos com feridas, e na interação da adoção de medidas que serão atribuídas em sua prevenção.

Desta forma, quanto à autonomia deste profissional no tratamento tópico de pacientes portadores de alguma úlcera ou ferida, o Art. 8º da Lei 7498/86, Inciso I, alíneas e-f, delega ao Enfermeiro plena competência legal e técnica para a prescrição de curativos, além dos demais cuidados a serem prestados ao paciente. Sendo empregada tal importância, a existência de protocolos institucionais é um excelente respaldo a ser considerado.

Em 2007 a Prefeitura de Angra dos Reis publicou um decreto que regulamenta o protocolo de enfermagem, o qual padroniza a consulta de enfermagem nos diversos programas de saúde pública, além de instrumentalizar os profissionais em suas condutas (ANGRA DOS REIS, 2007). Entretanto o referido decreto não aborda em seu conteúdo nada que diz respeito ao acompanhamento de clientes portadores de feridas, bem como técnicas na realização de curativos e produtos a serem utilizados na terapia tópica.

Levando-se em consideração que a terapia tópica de feridas e o acompanhamento dos pacientes portadores de feridas na atenção básica se dão, em sua maioria, pela equipe de enfermagem, torna-se importante discutirmos um pouco sobre a autonomia desta classe profissional.

A enfermagem, etimologicamente, designa o sujeito que cuida do enfermo. Na segunda metade do séc. XIX, na Inglaterra, Florence Nightingale, demonstrou a necessidade de uma preparação formal e sistemática dos agentes de saúde, para a aquisição de conhecimentos que objetivassem manter o organismo humano em condições de não adoecer ou de recuperar-se de doenças, dotados do saber prático desenvolviam suas tarefas desprovidos de poder e prestígio; por isso, no entanto, uma prática autônoma independente da medicina. (BIANCO, 2000).

De acordo com Ferreira (1999) autonomia é liberdade ou independência moral ou intelectual, condição pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta, é autodeterminação. Portanto entendemos como autonomia, competência humana em seguir suas próprias leis, ou ainda, pessoa capaz de fixar as normas de sua conduta.

O que vem a ser então a autonomia? Compreende-se que para percebê-la como ação no cotidiano, é necessário também percebê-la na teoria. Autonomia é uma palavra grega que comporta o adjetivo pronominal *autos*, que significa ao mesmo tempo “o mesmo, ele mesmo e por si mesmo”, e *nomos*, que significa uso, lei, convenção, instituição (1998, p.18 apud BIANCO, Maria Helena B. C, 2000, p. 33).

Esta mesma autora ainda nos diz que o enfermeiro portador de conhecimento, de necessidades, não torna a enfermagem somente um papel a ser cumprido de voz uníssona, que responde tão somente pelas circunstâncias sociais e institucionais, que, muitas vezes, exercem pressão para diminuir a autonomia relativa, ou seja, cada indivíduo (profissional-enfermeiro) entende e faz valer a autonomia em sua prática, de diferentes maneiras.

Com isso à autonomia deste profissional no tratamento tópico de pacientes portadores de alguma úlcera ou ferida está respaldada no Art. 8º da Lei 7498/86, Inciso I, alíneas e-f, que delega ao Enfermeiro plena competência legal e técnica para a prescrição de curativos, além dos demais cuidados a serem prestados ao paciente. Sendo empregada tal importância, a existência de protocolos institucionais é um excelente respaldo a ser considerado.

2 LOCAL DA PESQUISA – O MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS

Angra dos Reis é um município que possui 819,6 km² segundo dados do último censo do IBGE e DATASUS/2008, e apresenta população de 168.666 mil habitantes, representando 71,1% do total da população da Região da Baía da Ilha Grande, com densidade populacional de 200,33 hab/km² (RIO DE JANEIRO, 2009). Apresenta significativas extensões de áreas insulares e sertões, com distribuição da população por um grande eixo longitudinal, o que pode ser um fator dificultante na padronização de condutas. Geograficamente está dividido em 5 distritos.

A população de pobres é superior à média estadual, assim como a concentração de renda, constituindo um importante problema matricial para a área da saúde (RIO DE JANEIRO, 2009). A população do município possui IDH de 0.772 e um nível de instrução semelhante à média do interior do estado, apresentando até o ano de 2000, 87,85% de indivíduos alfabetizados (104.758 hab.) e 12,15% (14.448 hab.) de não alfabetizados (IBGE, 2009).

O município possui 44 unidades de atenção básica, sendo 37 estratégias de saúde da família e 8 Unidades Básicas de Saúde. São 4 Centros de Especialidades Médicas, 5 Serviços de Pronto Atendimento (SPA) e 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que estão distribuídos um em cada distrito sanitário (com exceção do 4º distrito, que possui 1 SPA no Frade e um no Perequê), 1 Pronto Socorro no Centro da cidade. Possui um hospital que está para ser inaugurado este ano e a Santa Casa (localizada no centro) que dá apoio aos serviços hospitalares do município.

Em relação à organização da atenção primária do município, os dados do DATASUS (2012) revelam que Angra dos Reis apresentou cobertura de 79% para a Estratégia de Saúde da Família (sendo a mais baixa da região, mas o que pode ser justificada pela extensão do município) e 88,30% para a Estratégia de Saúde Bucal. Apesar desses índices, a média de consulta por habitantes por ano foi de 3 cons./hab/ano.

O índice de Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB) na região da Baía da Ilha Grande foi de 14,55%, representando a média do ISAB de Paraty (12,74%), Angra dos Reis (12,77) e Mangaratiba (31,89). É oportuno ressaltar que, quando analisado o ISAB por 1000 habitantes, Angra dos Reis apresenta menor índice (5,47 por 1000 hab.). Em relação aos dados de morbidade ressaltamos que Angra dos Reis em 2008 cadastrou 60,4% dos hipertensos e 49,6% dos diabéticos estimados. (RIO DE JANEIRO, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o processo de acompanhamento dos clientes portadores de feridas atendidos na atenção primária do município de Angra dos Reis.

3.2 Questões norteadoras

- a) Existe uma rotina institucionalizada no município de Angra dos Reis para o acompanhamento de clientes portadores de feridas?
- b) Existem fatores que prejudicam o acompanhamento dos clientes portadores de feridas no município de Angra dos Reis?

3.3 Objetivos específicos

- Verificar a existência de processo de acompanhamento de clientes portadores de Feridas nas unidades de atenção primária do município de Angra dos Reis.
- Analisar as dificuldades inerentes ao processo de acompanhamento de clientes portadores de feridas nas unidades de atenção primária do município de Angra dos Reis.

4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Este estudo busca auxiliar a melhoria da qualidade da assistência prestada aos clientes portadores de feridas, ressaltando a busca por aperfeiçoamentos, definição de fluxos e rotinas de cuidados. Contribuirá com dados estatísticos publicados sobre o processo de acompanhamento de pacientes portadores de feridas na região de Angra dos Reis, embasando e respaldando a prática dos profissionais atuantes na atenção primária deste município.

Outra relevância desta temática se refere à apropriação da enfermagem no acompanhamento destes clientes, resgatando esta prática, sendo imprescindível uma atualização contínua das bases técnicas/científicas para uma perfeita qualidade de atendimento. Jorge e Dantas (2004, p. 32) dizem que “muitos enfermeiros não percebem a importância de avaliar o cliente que apresenta uma lesão de pele para identificar fatores que impedem ou retardam a cicatrização”, e tal afirmativa traz à tona a responsabilidade da enfermagem neste acompanhamento.

Assim, esta temática é propícia quando se discute questões relativas à efetividade e resolutividade da atenção primária. Com a definição de fluxos e rotinas referentes ao acompanhamento desta parcela da população, acredita-se que haverá um aumento significativo na resolutividade do processo de acompanhamento de clientes portadores de feridas neste nível de atenção, além de organizar o fluxo entre os demais níveis, efetivando a princípio da equidade neste segmento.

Em relação aos custos do tratamento, com a definição de rotinas e fluxos no acompanhamento dos clientes supracitados, acredita-se que ocorrerá uma diminuição nos gastos públicos, pois com a padronização de ações, diminui os gastos com produtos que oneram o serviço e que podem não ser eficazes no tratamento. Para a gestão municipal, esta pesquisa pode contribuir cientificamente na confecção do protocolo de acompanhamento das feridas, bem como na organização do sistema e dos fluxos entre os diferentes níveis de atenção, aumentando a resolutividade e efetividade de cada nível.

5 METODOLOGIA

O presente estudo utilizou o método descritivo, uma vez que a pesquisa descritiva, segundo Alves (2003, p.52), “descreve as características de uma população ou de um fenômeno, ou ainda estabelece relações entre fenômenos (variáveis)”. Para atender aos objetivos estabelecidos, o método se baseou na descrição da rotina utilizada nas unidades de atenção primária do município de Angra do Reis para acompanhamento dos pacientes portadores de alguma ferida, fazendo uma análise com as orientações propostas na literatura.

Outro autor (Gil, 1999), salienta que as pesquisas descritivas têm como objetivo estudar as características de um grupo, entre estas, seus estados de saúde. É possível ainda descobrir as associações entre as variáveis, e que no caso deste estudo, estão inter-relacionadas com os diferentes métodos abordados na condução de um caso e as orientações propostas na literatura. Gil (1999) ainda pontua que este tipo de método sinaliza uma preocupação com a atuação prática.

A tipologia é de levantamento, que de acordo com Alves (2003, p.54):

Caracteriza-se pela investigação direta com pessoas, baseando-se nas informações colhidas de um grupo significativo de indivíduos a cerca de um problema. Após a coleta desses dados, seleciona-se uma amostra significativa, procede-se a análise quantitativa e projetam-se esses dados para o universo pesquisado.

Esta pesquisa é de natureza quantitativa por ter como característica “a busca de estabelecer uma relação entre causa e efeito entre as variáveis de tal modo que a pergunta ‘em que medida?’ seja respondida com razoável vigor” (ALVES, 2003 p.56,57). Esta mesma autora diz que a pesquisa de natureza quantitativa parte de parâmetros (características mensuráveis de populações, por exemplo), examina possibilidades de caráter particular, é metrificante e pressupõe a utilização da estatística.

A análise quantitativa decorrerá da própria natureza do objeto de investigação, uma vez que o propósito deste estudo é descrever a rotina adotada na atenção primária do município em questão e propor uma padronização de condutas.

O pesquisador no estudo quantitativo, para Polit; Beck; Hungler (2004, p.51), “parte do ponto inicial de um estudo (a colocação da questão) para o ponto final (a obtenção de uma resposta)”. Neste estudo, a pergunta inicial é se existe rotina institucionalizada para o acompanhamento de clientes portadores de feridas, para a obtenção de uma provável resposta que a padronização de condutas melhora a efetividade do tratamento.

Como sujeitos do estudo, foi abordada a população de enfermeiros atuantes nas unidades de atenção primária do município de Angra dos Reis. A opção para abordagem de todos os profissionais atuantes neste cenário se deu por conta do quantitativo de profissionais (levantado previamente), que possibilita a abordagem total (população).

A coleta de dados para realização da pesquisa foi feita através de um formulário, composto por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito, que contém informações sobre a existência de fluxos e rotinas no acompanhamento dos casos de portadores de feridas. O formulário contém perguntas objetivas, e foi aplicado pelo próprio pesquisador, na unidade onde o pesquisado encontra-se lotado. O formulário foi respondido no ato de aplicação, não podendo ser levado e entregue a posteriori. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo da participação.

O estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos como dispostos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, trazido no apêndice A do trabalho, que trata da pesquisa com seres humanos, preconizando o consentimento livre e esclarecido, como exigência ética e científica e garantindo a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade aos participantes da pesquisa.

O estudo teve como cenário as 45 unidades de atenção primária do município, sendo 37 estratégias de saúde da família e 8 de unidades básicas de saúde. A escolha pelo formulário para coletar os dados desta pesquisa se deu por ter lido estudos de Britto (2004) que abordavam uma série de vantagens na escolha do formulário como forma de coleta de dados, pelo fato deste poder ser utilizado com pessoas alfabetizadas ou não; e ser flexível, pois o pesquisador pode ajustar o formulário para uma maior compreensão do informante, orientar o preenchimento e elucidar o significado das perguntas.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética (parecer número 319.359, em 25/06/2013), a coleta de dados ocorreu na primeira quinzena de junho. As informações foram colhidas nas próprias unidades de saúde, no horário de funcionamento normal das mesmas. Os profissionais entrevistados foram comunicados previamente por telefone e agendados o melhor dia e horário para realizar a coleta. As unidades que não possuíam o profissional enfermeiro no período de coleta de dados (seja por algum afastamento ou exoneração) foram descartadas do estudo.

A análise dos dados foi feita após leitura minuciosa dos formulários aplicados aos enfermeiros do cenário do estudo, onde emergiram conclusões relacionadas aos objetivos propostos. Os dados foram levantados e analisados junto à literatura que aborda as questões sobre as técnicas na realização de curativos, assim como produtos utilizados em cada tipo de lesão. Os dados colhidos através do formulário estão analisados e representados em gráficos.

A proposição da uma rotina de acompanhamento dos pacientes portadores de feridas foi fundamentada na literatura especializada adotada no referencial teórico. Foi proposto protocolo para acompanhamento dos pacientes portadores de feridas, bem como as técnicas de realização de curativos e produtos a serem utilizados em cada caso, trazido no apêndice do trabalho.

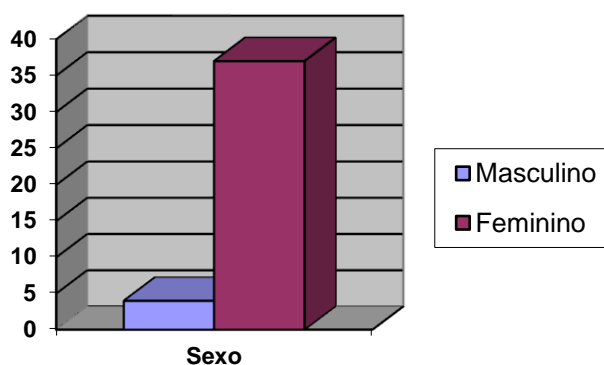
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após ter sido efetuada a coleta de dados, realizada na primeira quinzena de junho e que durou em média duas semanas, efetuou-se a análise quantitativa dos dados, na qual se verificou que haviam sido coletados dados de 37 enfermeiros. Os dados foram obtidos a partir de um formulário de perguntas fechadas. Toda a coleta de dados ocorreu nas próprias unidades de atenção básica do município estudado.

Todas as pessoas que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, oferecendo a oportunidade dos mesmos recusarem a participação. Nenhum sujeito se negou, porém a população não foi totalmente contemplada porque alguns enfermeiros estavam afastados do serviço por férias e outros haviam pedido exoneração e a unidade estava temporariamente sem enfermeiro, pois a secretaria de saúde estava em meio a um processo seletivo para contratação de profissionais.

Ao término da coleta de dados, foi realizada uma análise quantitativa dos dados obtidos. Para conhecer o perfil geral da amostra utilizada, foram levados em consideração sexo, idade, tempo de formado, e o grau de instrução. A variação de sexo foi muito grande, pois dos 37 enfermeiros entrevistados, 33 eram do sexo feminino. Na Figura 1 é possível visualizar o perfil do gênero da amostra.

Figura 1 - Perfil do gênero dos sujeitos do estudo.



Ao analisar a faixa etária dos sujeitos, foi possível perceber que esta variou de 26 a 56 anos. A Figura 2 mostra a faixa etária dos enfermeiros que fizeram parte do estudo. Determinei como 3 a amplitude de intervalo de classe utilizado. Duas pessoas não informaram sua idade.

Figura 2 - Faixa etária dos sujeitos do estudo.

| <i>IDADE</i> | <i>Fi</i> | fir% |
|--------------|-----------|-------------|
| 26 /-- 28 | 5 | 14 |
| 29 /-- 31 | 13 | 37 |
| 32 /-- 34 | 9 | 26 |
| 35 /-- 37 | 1 | 3 |
| 38 /-- 40 | 3 | 8,5 |
| Acima de 40 | 4 | 11,5 |
| TOTAL | 35 | 100 |

O tempo de formação acadêmica da amostra variou entre 2 a 29 anos. A análise elucidou que dos 37 enfermeiros entrevistados, 6 tinham até 5 anos de formados, 20 tinham de 6 a 10 anos de formados, 3 tinham de 11 a 15 anos de formados, 1 tinha de 21 a 25 anos de formado, e apenas 1 tinham mais de 25 anos de formado. 6 pessoas não responderam o tempo de formado. Foi possível perceber que a maior parte da população estudada apresentava um tempo de formação superior a 5 anos, o que demonstra uma experiência na profissão. A tabela abaixo permite uma visualização melhor deste perfil (Figura 3):

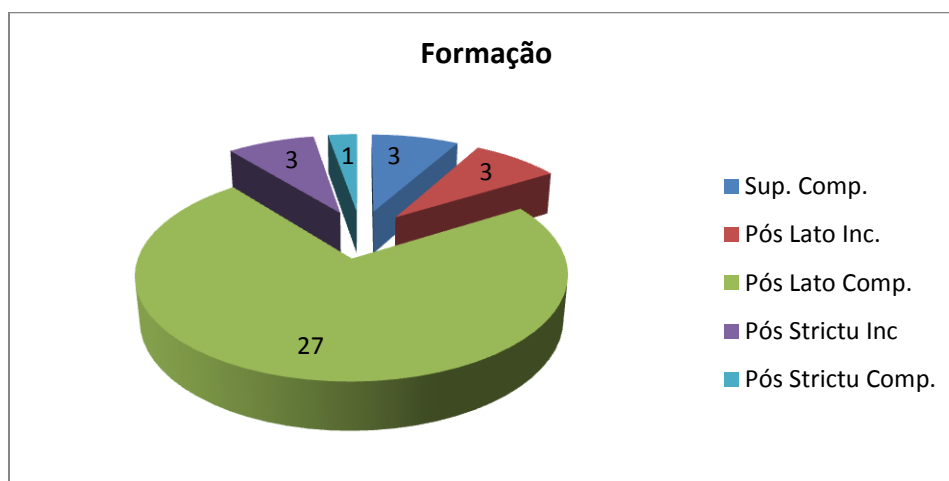
Figura 3 - Tempo de formação acadêmica dos sujeitos.

| <i>TEMPO DE FORMAÇÃO (anos)</i> | <i>fi</i> | fir% |
|---------------------------------|-----------|-------------|
| Até 5 | 6 | 19 |
| 6 /-- 10 | 20 | 64,5 |
| 11 /-- 15 | 3 | 9,5 |
| 16 /-- 20 | 0 | 0 |
| 21 /-- 25 | 1 | 3,5 |
| Acima de 25 | 1 | 3,5 |
| TOTAL | 31 | 100 |

Pôde-se verificar que os enfermeiros do município estudado buscam um aperfeiçoamento profissional, pois dentre os entrevistados, 27 enfermeiros têm pós-graduação, o que representa 73%. 3 estão cursando pós-graduação Lato Sensu, 3 estão cursando pós graduação Strictu Sensu e 1 concluiu. Apenas 3 não cursaram e nem cursam nenhum tipo de especialização.

Com isso, podemos concluir que 34 profissionais, o que representa mais de 90% da amostra, buscaram ou estão buscando aperfeiçoamento profissional. E isto demonstra que a atenção básica do município estudada possui um corpo de profissionais enfermeiros experientes e com boa formação, o que pode facilitar e otimizar a qualidade da assistência ao cliente portador de feridas. O gráfico abaixo mostra este perfil (Figura 4):

Figura 4 - Grau de instrução dos sujeitos.



Em relação à unidade de atuação, a maior parte dos enfermeiros participantes atuava em estratégia de saúde da família. Isso já era esperado por conta do cenário estudado, que possui 37 unidades de estratégia de saúde da família (ESF) e apenas 8 unidades de atenção básica. Dos 37 enfermeiros participantes, 30 trabalham em ESF, o que representa mais de 95% da amostra. Apenas 7 trabalham em UBS.

Ao proceder a análise sobre a realização de curativos por parte dos enfermeiros durante sua atuação profissional nas unidades de atenção básica, quase a totalidade realiza (35 enfermeiros, o que representa praticamente 95% da amostra), apenas 2 enfermeiros responderam que não realiza curativos durante sua atuação profissional. Isto justifica a necessidade de discussão do tema trazido neste estudo, uma vez que este procedimento (realização de curativos) está inerente na atuação dos profissionais na atenção primária.

Em relação à existência de alguma rotina institucionalizada no município estudado que auxilia na realização de curativos, todos os enfermeiros responderam que não existe nenhuma rotina institucionalizada que os auxilia na realização de curativos. E quando questionados se eles apresentavam algum tipo de dificuldade na terapia tópica de feridas, 18 responderam que apresentavam dificuldades na realização de curativos e 17 não apresentavam. Dos participantes, 22 responderam que apresentam dificuldade na avaliação de feridas e na

prescrição da terapia tópica e 15 responderam que não apresentam dificuldades nestas áreas.

Isto demonstra que mais de 50% dos enfermeiros apresentam algum tipo de dificuldade na terapia tópica de feridas, seja na realização do procedimento, na avaliação da ferida ou na prescrição do tratamento. Atrelando isto a inexistência de uma rotina, podemos subentender que a inexistência de uma rotina pode prejudicar na qualidade da assistência, pois sabemos que uma rotina institucionalizada para guiar um procedimento faz com este tenha uma tendência a ser igualitário em todas as unidades. Os gráficos abaixo demonstram visualmente os dados relatados acima (Figuras 5, 6 e 7):

Figura 5 - Dificuldade na Realização de Curativos.

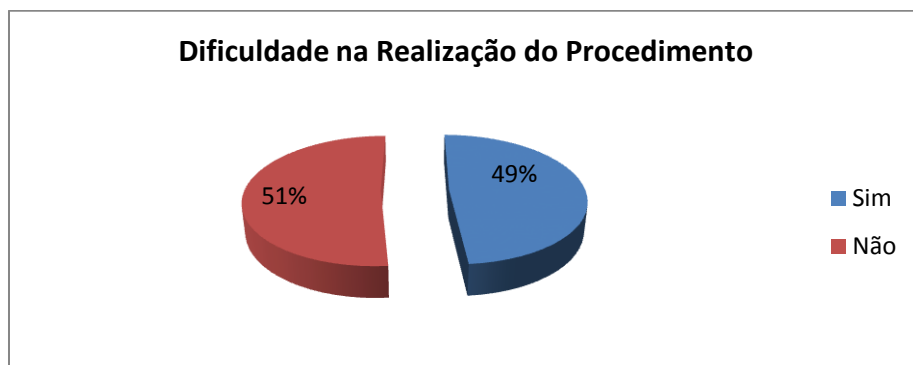


Figura 6 - Dificuldade na Avaliação de Feridas.

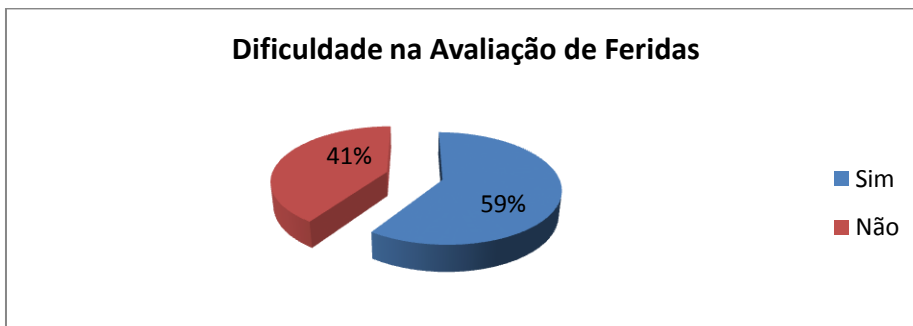
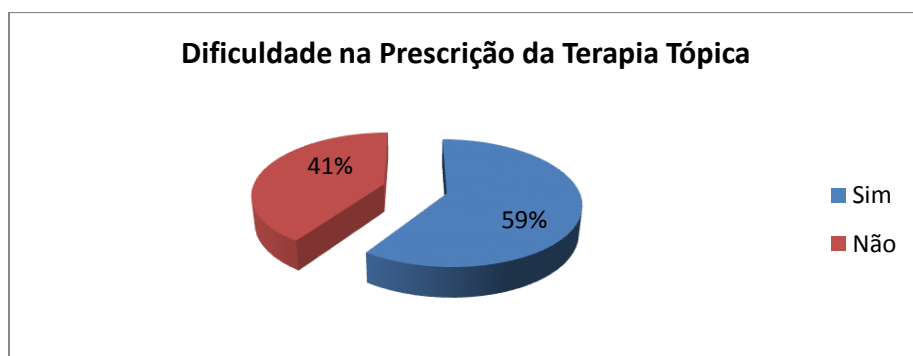


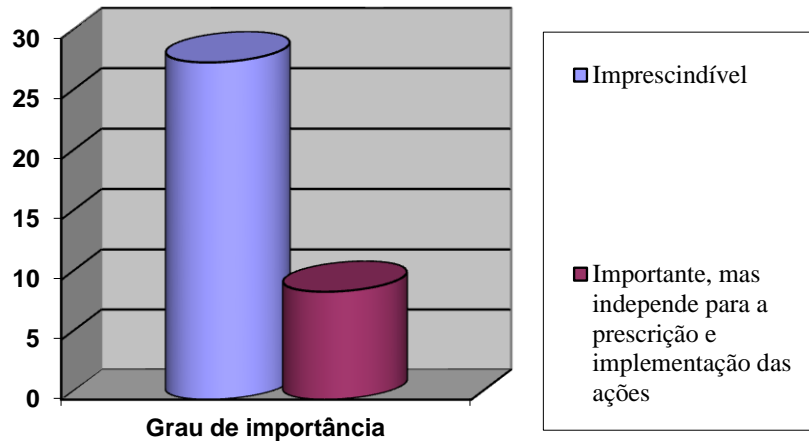
Figura 7 - Dificuldade na Prescrição da Terapia Tópica.



Ao serem questionados sobre o grau de importância que os mesmos atribuíam à existência de algum protocolo de terapia tópica de feridas para guiar suas condutas, 28 responderam que julgam imprescindível, e 9 acham importante. Nenhum enfermeiro

respondeu que considera irrelevante. Isto demonstra que 100% dos enfermeiros julgam que a existência de uma rotina se faz necessária no município para guiar as condutas na prática de realização de curativos, e acompanhamento de clientes portadores de alguma ferida. O gráfico a seguir relata esta situação (Figura 8):

Figura 8 - Grau de importância que os enfermeiros atribuem à existência de um protocolo de terapia tópica de feridas para guiar suas condutas.



Quando questionados se realizavam o acompanhamento de clientes portadores de feridas que moram na área de abrangência de suas unidades de atuação, 31 enfermeiros responderam que realizam acompanhamento e 6 responderam que não. Isto demonstra mais de 80% dos enfermeiros realizam algum tipo de acompanhamento de clientes portadores de feridas.

Atrelando isto aos dados anteriores, o acompanhamento de clientes se faz presente na atenção básica do município, em que pese a boa formação dos profissionais, eles julgam necessário a existência de uma rotina institucionalizada para otimizar suas práticas no que tange o acompanhamento de clientes portadores de feridas. A Figura 9 demonstra os últimos dados abordados no estudo:

Figura 9 - Realização de Acompanhamento de clientes portadores de feridas.



Quando questionados se este acompanhamento era contínuo, desde o início da lesão até a cicatrização ou manutenção da lesão crônica, 20 enfermeiros responderam que é contínuo e 17 responderam que não. Isto demonstra que quase 50% não realizam continuamente o acompanhamento de clientes portadores de feridas. Isto se dá porque 3 deles atribuem esta descontinuidade a dificuldade técnica do próprio profissional, 13 à interrupção do fornecimento de materiais por parte do almoxarifado, 13 a baixa adesão do cliente e 10 a inexistência de uma rotina institucionalizada. Os gráficos a seguir (Figuras 10 e 11) demonstram melhor esta situação:

Figura 10 - Enfermeiros que realizam acompanhamento contínuo.

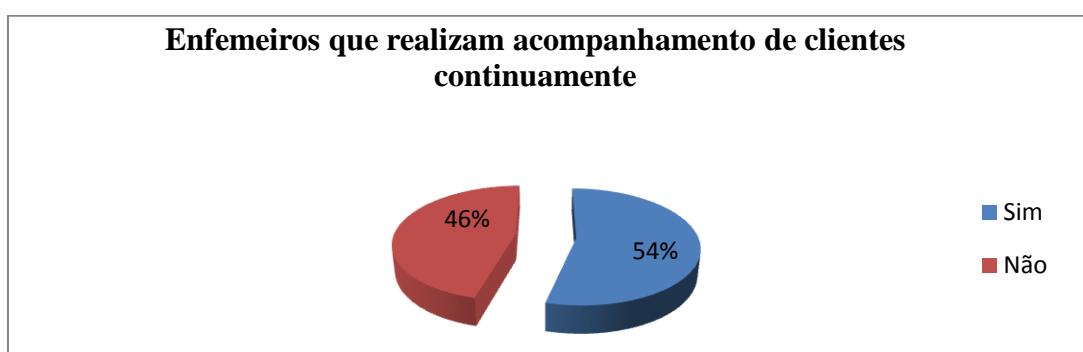
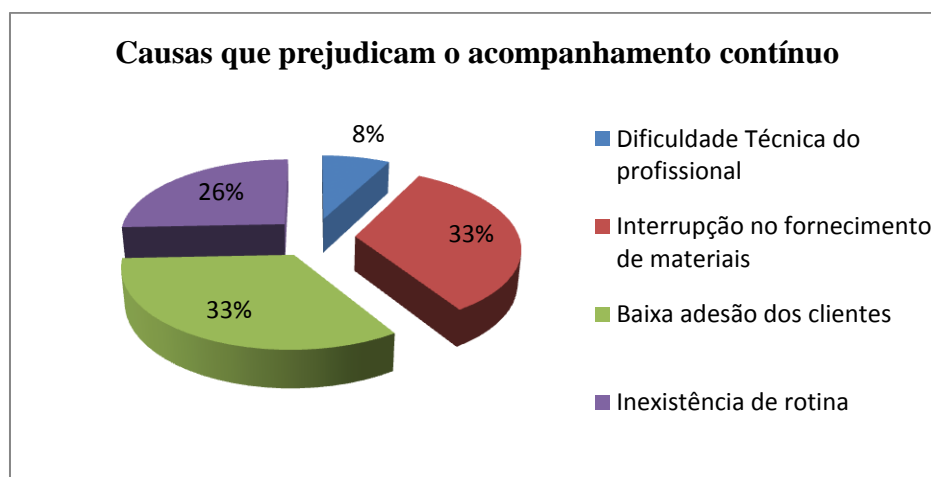


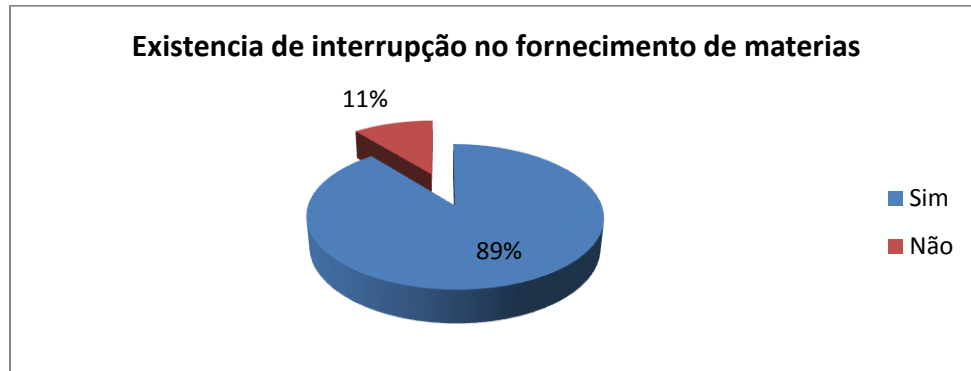
Figura 11 - Causas atribuídas pelos enfermeiros à falta de continuidade no acompanhamento de clientes portadores de feridas.



Entretanto, quando questionados se existe interrupção significativa no fornecimento pelo almoxarifado de matérias para realização de curativos, 33 enfermeiros responderam que sim e apenas 4 que não existe interrupção significativa. Se quase 90% dos participantes relatam que existe interrupção no fornecimento de materiais e esta interrupção é significativa, podemos entender que a continuidade no acompanhamento dos clientes portadores de feridas

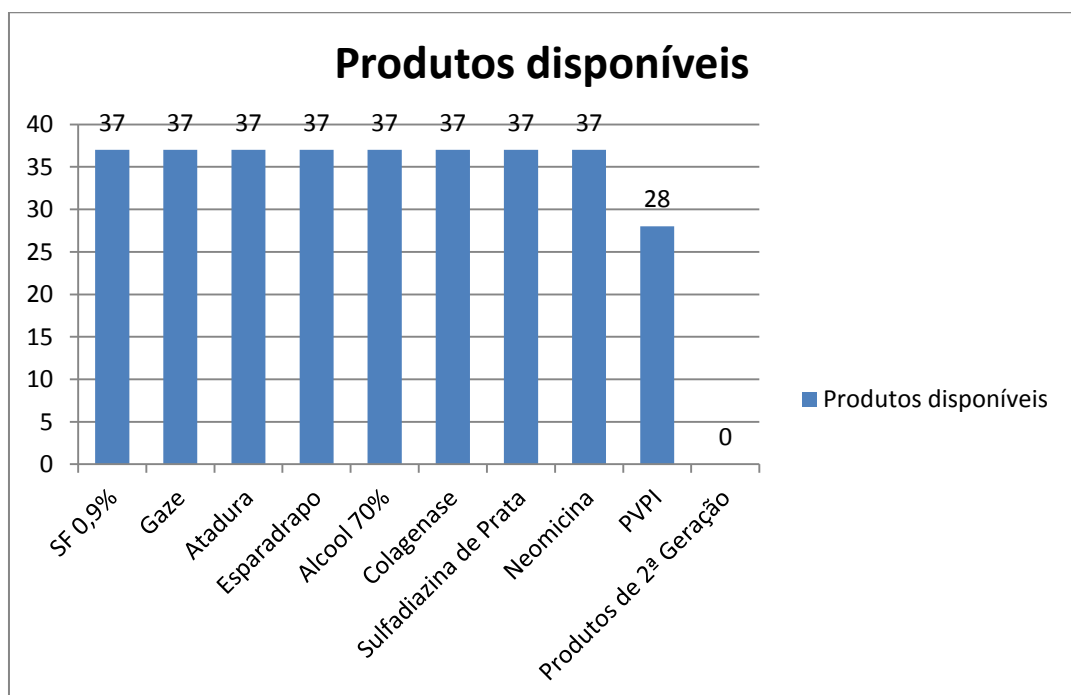
pode ser prejudicada se não há materiais disponíveis num determinado período de tempo. A Figura 12 demonstra visualmente os dados relatados:

Figura 12 - Enfermeiros que relatam uma interrupção significativa do fornecimento pelo almoxarifado de materiais para realização de curativos.



Outro fator importante na análise dos dados, é que ao identificar os materiais disponíveis no almoxarifado para realização de curativos, todos os enfermeiros responderam que tem disponíveis os materiais básicos para a realização do procedimento, como: soro fisiológico a 0,9%, álcool a 70%, gaze, atadura e esparadrapo. Em relação a produtos para utilizarem na lesão, todos responderam que possuem disponíveis colagenase, neomicina e sulfadiazina de prata. Alguns enfermeiros (28) responderam que possuem disponível PVPI e 16 responderam que possuem bota de unna. Nenhum enfermeiro respondeu que existe disponível produtos de segunda geração, como o AGE, Hidrocolóide, Carvão ativado, Alginato de cálcio, Hidrogel, Hidrofibra e Papaína (Figura 13).

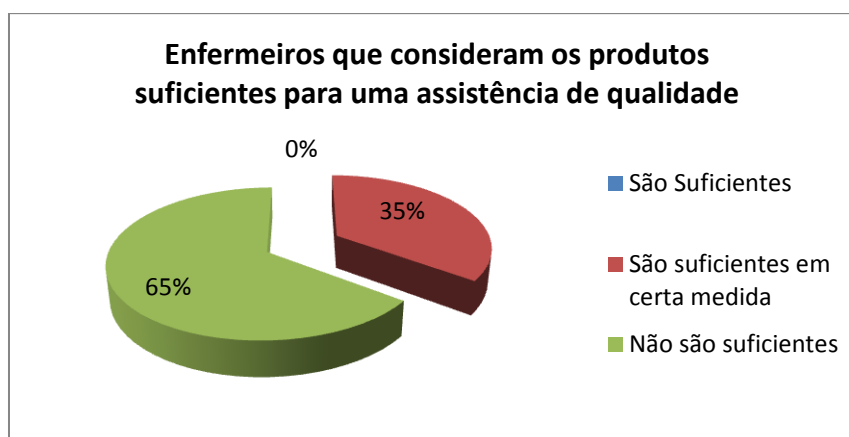
Figura 13 - Produtos disponíveis no almoxarifado para realização de curativos.



Quando questionados se estes produtos disponíveis são suficientes para a prestação de uma terapia tópica de feridas com qualidade, 24 enfermeiros responderam que não são suficientes e 13 responderam que são suficientes em certa medida. Nenhum enfermeiro considerou que os produtos atualmente disponíveis no almoxarifado são suficientes para a prestação de uma assistência de qualidade aos clientes portadores de feridas.

Isto demonstra que 100% dos enfermeiros sentem a necessidade de ter mais produtos para curativos disponíveis, a fim de propiciar uma assistência de mais qualidade a seus clientes, uma vez que nenhum profissional se sente suficientemente provido de materiais para uma assistência de qualidade. A Figura 14 demonstra este perfil.

Figura 14 - Enfermeiros que consideram os produtos disponíveis suficientes para a prestação de uma assistência de qualidade.



Quando questionados se já sentiram alguma necessidade de encaminhar um cliente portador de uma ferida para um serviço especializado em terapia tópica, 33 dos enfermeiros responderam que já sentiram esta necessidade. Apenas 4 responderam que não. E quando questionados se o município disponibiliza algum serviço especializado para encaminhamento, todos os enfermeiros disseram que não.

Podemos perceber que praticamente 90% dos enfermeiros em algum momento sentiu a necessidade de encaminhar este tipo de cliente para um serviço especializado. Alguns dados podem ser levados em consideração neste aspecto: a inexistência de uma rotina institucionalizada pode em algum momento gerar dúvidas quanto à conduta a ser tomada; a dificuldade técnica de alguns profissionais no acompanhamento de clientes portadores de feridas; a interrupção no fornecimento de materiais por parte do almoxarifado e a insuficiência de materiais para curativos disponíveis podem reforçar esta necessidade de encaminhamento (Figura 15).

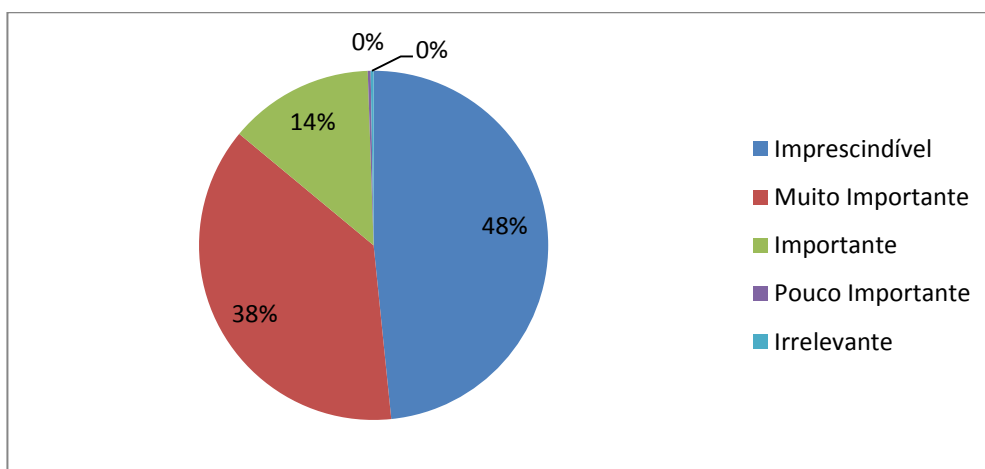
Figura 15 - Enfermeiros que relatam em algum momento ter sentido a necessidade de encaminhar um cliente portador de feridas para um serviço especializado em terapia tópica.



Com isso, foi analisado o que os enfermeiros percebiam quanto à existência de um serviço multiprofissional de terapia tópica de feridas. 18 acreditam ser imprescindível, 14 acreditam que é muito importante e 5 acreditam que é importante. Nenhum enfermeiro julgou pouco importante ou irrelevante a existência deste serviço no município.

Isto justificaria a possível criação de um serviço especializado e multiprofissional de terapia tópica de feridas no município, que em certa medida poderia otimizar a assistência de clientes portadores de feridas. A existência de um fluxo e de uma rotina (protocolo) poderia atender a esta necessidade dos profissionais da atenção básica. O gráfico a seguir demonstra que mais de 85% acreditam ser imprescindível e muito importante (Figura 16).

Figura 16 - Grau de importância atribuída pelos enfermeiros à existência de um serviço multiprofissional de terapia tópica de feridas.



Com a análise dos dados, pôde-se perceber que mais de 93% dos enfermeiros realizam curativos durante sua atuação profissional na atenção primária, e destes, 80% realizam algum

tipo de acompanhamento de clientes portadores de feridas. Entretanto, este acompanhamento nem sempre é contínuo por uma série de questões, como dificuldade técnica de alguns profissionais na terapia tópica de feridas, interrupção no fornecimento de materiais por parte do almoxarifado e principalmente pela insuficiência de materiais para a prestação de uma assistência de qualidade.

Além disso, a inexistência de uma rotina institucionalizada para auxiliar na realização de curativos pode prejudicar na uniformidade de condutas nas diferentes unidades do município, infringindo o princípio da equidade do SUS. Em que pese a busca dos enfermeiros por qualificação profissional em pós-graduações, mais de 90% em algum momento já sentiu a necessidade de encaminhar um cliente para um serviço mais especializado e multiprofissional em terapia tópica de feridas, entretanto o município não possui este tipo de serviço, o que pode dificultar o acompanhamento dos clientes portadores de feridas.

Para verificar se a utilização de produtos de segunda geração no tratamento de feridas, como o hidrocolóide, hidrogel e alginato de cálcio podem diminuir os gastos do município com curativos, foram realizados alguns cálculos de custos na realização de curativos. Levando-se em consideração que a limpeza de uma ferida seja realizada somente com soro fisiológico a 0,9%, utilizando-se gaze, agulha 40x12 e luva de procedimento, foi calculado um valor para limpeza das feridas (Figura 17).

Figura 17 – Cálculo de Produtos.

| Material para limpeza - Custo | |
|--------------------------------------|-----------------|
| Sol. Fisiol.0,9% 250 ml | –R\$1,65 |
| Gaze (1 embalagem) | –R\$0,45 |
| Agulha 25 x 8 mm | –R\$0,18 |
| Luva procedimento (par) | –R\$0,13 |
| Total da limpeza: | R\$ 2,41 |

Foi calculado em média a quantidade de pomada utilizada em cada curativo e os produtos utilizados para o fechamento da lesão, somados ao valor da limpeza diária e multiplicado por 7 dias semanais (uma vez que curativos realizados com pomadas devem ser trocados diariamente). A partir daí foi possível calcular o custo semanal na utilização dos produtos hoje disponíveis no município. Foram utilizados os preços de mercado destes produtos verificados no mês de maio deste ano (Figura 18).

Figura 18 – Custo do procedimento com materiais de primeira geração.

| Produto utilizado | Material para troca de curativo diária e Custo diário | Custo semanal de utilização do produto. |
|---|--|--|
| Colagenase 10% 30 grs. = 26,89 | Colagenase: 5 grs. ao dia = 4,48 Atadura 15 cm- 1,60 Esparadrapo 20 cm - 0,35 Gaze (2 embal.) - 0,90 Total do curativo: 7,33 | Troca diária + limpeza diária x 7 dias (semana) $(7,33 + 2,41) \times 7 = 68,18$ Total semanal = R\$ 68,18 |
| Colagenase c/ cloranfenicol 10 grs. = 24,69 | Colagenase c/ cloranfenicol 5 grs. ao dia = 12,35 Atadura 15 cm- 1,60 Esparadrapo 20 cm - 0,35 Gaze (2 embal.) - 0,90 Total do curativo: 15,20 | Troca diária + limpeza diária x 7 dias (semana) $(15,20 + 2,41) \times 7 = 123,27$ Total semanal = R\$ 123,27 |
| Sulfadiazina dePrata 30grs. = R\$ 25,00 | Sulfadiazina de Prata 5 grs. ao dia = 4,16 Atadura 15 cm- 1,60 Esparadrapo 20 cm - 0,35 Gaze (2 embal.) - 0,90 Total do curativo: 7,01 | Troca diária + limpeza diária x 7 dias (semana) $(7,01 + 2,41) \times 7 = 82,60$ Total semanal = R\$ 65,94 |

Levando-se em consideração que os produtos de segunda geração têm um tempo de permanência maior, podendo alguns ficar até sete dias, foi realizado um calculo do custo semanal de utilização destes produtos, levando em consideração que a troca fosse realizada 2 vezes por semana. A tabela abaixo demonstra os custos do tratamento (Figura 19).

Figura 19 - Custo do procedimento com materiais de segunda geração.

| Produto | Material para troca de curativo e Custo | Custo semanal de utilização do produto |
|--|--|--|
| Hidrogel 80 grs. = R\$ 56,70 | Hidrogel - 5 grs. ao dia = 3,54 Atadura 15 cm - 1,60 Esparadrapo 20 cm - 0,35 Gaze (2 embal.) - 0,90 Total do curativo: R\$ 6,39 | Troca diária + limpeza diária x 2 dias (trocas de curativos por semana) (6,39 + 2,41) x 2 = 17,60 Total semanal = R\$ 17,60 |
| Hidrocolóide placa 10x10 = R\$15,30 | Hidrocolóide placa 10 x 10 = 15,30 Atadura 15 cm- 1,60 Esparadrapo 20 cm - 0,35 Total do curativo: R\$ 17,25 | Troca diária + limpeza diária x 2 dias (trocas de curativos por semana) (17,25 + 2,41) x 2 = 39,32 Total semanal = R\$ 39,32 |
| Alginato de Cálcio e Sódio Placa 10 x 10 = R\$ 26,00 | Alginato de Cálcio e Sódio placa 10 x 10 = 26,00 Atadura 15 cm- 1,60 Gaze (2 embal.) - 0,90 Esparadrapo 20 cm – 0,35 Total do curativo: R\$ 28,85 | Troca diária + limpeza diária x 2 dias (trocas de curativos por semana) (28,85 + 2,41) x 2 = 60,72 Total semanal = R\$ 62,52 |

Com isso é possível perceber que a utilização dos produtos de segunda geração, quando indicados de forma correta e respeitando o prazo de troca, proporciona uma economia nos gastos do município no que se refere ao tratamento tópico de feridas, economia esta que pode chegar à metade dos gastos. Isto pode ser um fator relevante para a avaliação do gestor em possibilitar a compra destes produtos para utilização no município. Além disso, sabemos que a realização do curativo muitas das vezes provoca dor no paciente. Quando utilizamos produtos em que a troca semanal é menor, proporcionamos para este cliente um conforto maior na terapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo proporcionou verificar a existência de processo de acompanhamento de clientes portadores de feridas nas unidades de atenção primária do município de Angra dos Reis e analisar as dificuldades inerentes ao processo de acompanhamento de clientes portadores de feridas nas unidades de atenção primária do município de Angra dos Reis.

O método descritivo permitiu descrever e discutir as características da população de estudo, e a natureza quantitativa embasou a análise dos dados descritos. Dados qualitativos foram abordados na análise, que não modificou a essência quantitativa do estudo, mas permitiu avaliar algumas características da população do estudo que contribuíram para a análise.

Podemos evidenciar com o desenvolvimento desta pesquisa que grande parte dos sujeitos deste estudo apresenta experiência na profissão, pois tem mais de 5 anos de formação, e a grande maioria busca aperfeiçoamento profissional em cursos de pós-graduação lato sensu e stricto sensu. Isto é um fator que pode facilitar a melhoria da qualidade da assistência aos clientes portadores de feridas, pois o município possuindo uma equipe experiente e de boa formação, acredita-se que isto pode ser um facilitador para discussão de rotinas de qualidade.

Com a análise dos dados, pôde-se perceber ainda que a realização de curativos se faz presente na rotina assistencial do enfermeiro da atenção básica do município estudado, e que o acompanhamento dos clientes portadores de feridas é feito neste nível de atenção. Entretanto alguns fatores prejudicam a continuidade deste acompanhamento, como a dificuldade técnica do próprio profissional, a interrupção do fornecimento de materiais por parte do almoxarifado, a baixa adesão do cliente e a inexistência de uma rotina institucionalizada.

Além disso, outro fator que pode prejudicar o acompanhamento de clientes portadores de feridas e a prestação de uma assistência de qualidade é a insuficiência de produtos disponíveis no município para a realização de curativos. Como foi visto anteriormente, a escolha do curativo correto é uma tarefa difícil e desafiadora.

O desenvolvimento de uma rotina de tratamento e o planejamento dos cuidados com a ferida, para Hess (2002), exige a consideração dos fatores relacionados com a ferida e com a pele, com o paciente, e relacionados com o curativo. Portanto a combinação adequada dos materiais para os curativos das feridas deve levar em consideração todos os fatores pertinentes coletados de uma história completa e de um bom exame físico. Entretanto se a oferta de produtos para a terapia tópica de feridas é insuficiente, o acompanhamento desta cliente se torna ainda mais difícil.

Como 50% dos enfermeiros relataram ter algum tipo de dificuldade na terapia tópica de feridas, seja na realização do procedimento, avaliação de feridas ou prescrição do tratamento, a existência de uma rotina institucionalizada se faz necessário a fim de prestar uma assistência de qualidade aos clientes que possuem feridas. A criação de um serviço especializado e multiprofissional para terapia tópica de feridas se faz necessário para a prestação de uma assistência em outro nível de atenção, caso seja necessário.

Em relação aos custos do tratamento, com a definição de rotinas e fluxos no acompanhamento dos clientes supracitados, e a partir de uma capacitação dos profissionais envolvidos neste acompanhamento no que tange a utilização dos produtos para tratamento tópico de feridas, acredita-se que ocorrerá uma diminuição nos gastos públicos em praticamente 50%, pois com a padronização de ações, diminui os gastos com produtos que oneram o serviço e que podem não ser eficazes no tratamento.

Este estudo forneceu relevantes contribuições para a otimização e melhoria da qualidade da assistência prestada aos clientes portadores de feridas, ressaltando a busca por definição de fluxos e rotinas pela gestão municipal. No apêndice B deste estudo proponho uma rotina de acompanhamento de cliente portadores de feridas, a ser avaliado pela gestão, discutido e viabilizado de acordo com as condições financeiras do município e após capacitação dos enfermeiros sobre indicação, contra-indicação e utilização dos produtos atualmente disponíveis para curativos.

Respalda ainda a prática dos profissionais enfermeiros atuantes na atenção básica, a partir de dados estatísticos publicados sobre o processo de acompanhamento de pacientes portadores de feridas na região de Angra dos Reis. Isto pode colaborar com a apropriação da enfermagem no acompanhamento destes clientes, resgatando esta prática, sendo imprescindível uma atualização contínua das bases técnicas/científicas para uma perfeita qualidade de atendimento, pois como foi descrito por Jorge e Dantas (2004, p. 32) “muitos enfermeiros não percebem a importância de avaliar o cliente que apresenta uma lesão de pele para identificar fatores que impedem ou retardam a cicatrização”, e tal afirmativa traz à tona a responsabilidade da enfermagem neste acompanhamento.

Assim, esta temática é propícia quando se discute questões relativas à efetividade e resolutividade da atenção primária. Com a definição de fluxos e rotinas referentes ao acompanhamento desta parcela da população, acredita-se que haverá um aumento significativo na resolutividade do processo de acompanhamento de clientes portadores de feridas neste nível de atenção, além de organizar o fluxo entre os demais níveis, efetivando a princípio da equidade neste segmento.

Conclui-se então que este estudo pôde proporcionar uma pesquisa embasada cientificamente que visa um cuidado para o cliente portador de feridas objetivo, livre de conotações subjetivas, e respaldado em um protocolo de ações que busca uma inter-relação das intervenções de enfermagem com a rotina proposta para acompanhamento de feridas.

Cabe ressaltar ainda que a Enfermagem tem papel principal no acompanhamento de clientes portadores de feridas. Com isso precisa almejar uma busca incessante pelo conhecimento científico em tratamento de feridas. Então a partir daí o reconhecimento profissional surge em uma sociedade que muitas das vezes não reconhece o papel do profissional enfermeiro e sua importância na equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, Magda; *Como escrever Teses e Monografias: um roteiro passo a passo*. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

ANGRA DOS REIS. Decreto nº 5.252, de 13 de março de 2007. Regulamenta o protocolo de enfermagem no município de Angra dos Reis e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Angra dos Reis*, Poder Executivo, Angra dos Reis, RJ, 29 mar. 2007. Seção 1, p.19.

BIANCO, Maria Helena Borgato Cappo. *Construção da Autonomia do Enfermeiro no Cotidian*. Bauru: Edusc, 2000.

BORGES, Flávia. Doença Vascular Periférica. *Ver. Esc. Enf. Ribeirão Preto*. São Paulo. Disponível em: www.eerp.usp.br; acessado em 12/11/2006, às 22:00h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Cartilhas da PNH – Ambiência/ Secretaria de Atenção a Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 32p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica*. – 2. ed., rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.92 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.56 p. il. - (Série J. Cadernos de Reabilitação em Hanseníase; n. 2).

BRASIL. Sistema de Informação da Atenção Básica. DATASUS. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acessado em: 20 de outubro 2012.

BRAZIL, Carlos. O jovem e o mercado de trabalho. *Universia Brasil: Notícias de atualidades*. Disponível em: <http://noticias.universia.com.br/destaque/noticia/2005/12/23/454190/ovem-e-mercado-trabalho.html>. Acesso em: 22 maio 2013.

CANDIDO, Luiz Cláudio. *Nova Abordagem no Tratamento de Feridas*. São Paulo: SENAC, 2001.

COELHO, Maria C. O.; OLIVEIRA, Cleuza M. F.; TENÓRIO, Ana Paula M. Contração de Feridas após Cobertura com Substitutos Temporários de Pele. *Revista Ciência Rural*, v. 29, n. 2, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em janeiro de 2013.

DÂNGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. *Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

DEALEY, Carol; *Cuidando de Feridas – Um Guia para as Enfermeiras*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio século XXI – O dicionário da Língua Portuguesa*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRADE, Marco A. C. et al. *Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região*. Anais Brasileiro Dermatologia. 2005; 80(1): 41-6. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em janeiro de 2013.

FRANCO ET AL. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004.

FRANCO, Diogo; GONÇALVES, Luis Fernando. *Feridas Cutâneas: a escolha do curativo adequado*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia. Vol. 35 - Nº 3, Mai. / Jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em janeiro de 2013.

GEOVANINI, Telma. *Manual de Curativos*. São Paulo: Corpus, 2007.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisas*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GLENN, Irion. *Feridas: Novas Abordagens, manejo clínico e Atlas em cores*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

HESS, Caty Thomas. *Tratamento de Feridas e Úlceras*. 4ªed. Editora Reichmann & Affonso, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Revistas do Censo 2000*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/> Acessado em: 31 de janeiro de 2013.

JORGE, Silvia Angélica; DANTAS, Sônia Regina Pérez Evangelista. *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas*. São Paulo: Atheneu, 2004.

LEITE, Andréa Pinto et al . Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre , v. 33, n. 3, set. 2012 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300026&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 25 jan. 2014.

MALAQUIAS ET AL. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. *Revista Escola Enfermagem*

USP. São Paulo, 46(2): 302-310, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em janeiro de 2013.

MALAGUTTI W, KAKIHARA CT. *Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, Onizete. *A múltipla jornada de trabalho: O enfermeiro e as possíveis intercorrências*. 2005. 49 f. Monografia (graduação em enfermagem) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2005.

MEDINA, M. G. e HARTZ, Z. M. A. *O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde*. Caderno Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.5, pp. 1153-1167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/22.pdf>. Acesso em: 30 de janeiro de 2013.

MERHY ET AL. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2): 345-353, abr-jun, 1999.

MORAIS, Gleicyanne F.C.; OLIVEIRA, Simone H.S.; SOARES, Maria Julia G.O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Revista Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 98-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: janeiro 2013.

NEVES, C. A.; ROLLO, A. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª Edição. 2006. Brasília- DF. (Série B. Textos básicos em Saúde).

OLIVEIRA, Maria Marly. *Como Fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

PATACO, Vera; et al. *Metodologia para trabalhos acadêmicos e normas de apresentação gráfica*. Rio de Janeiro: Rio, 2004.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tétano; HUNGLER, Bernadette P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação*. Porto Alegre: Artimed, 2004.

POTTER, Patrícia A; PERRY Anne G. *Grande Tratado de Enfermagem Prática – Clínica Prática Hospitalar*. 3ª ed. São Paulo: Santos, 1998.

POTTER, Patrícia A; PERRY Anne G. *Grande Tratado de Enfermagem Prática*. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2001.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa Social Métodos e Técnicas*. 3ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Atlas S.A., 1999.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado e Defesa Civil. *Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 17 jul 2009. Disponível em: <

<http://www.saude.rj.gov.br/informacao-em-saude/543-caderno-de-informacoes-em-saude-2009.html>>. Acesso em: 31 de janeiro de 2013.

RUDIO, Franz Victor. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. 29. ed. Petrópolis: Atlas, 1999.

SANTOS. L. V. O mercado de trabalho. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. São Paulo, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 22 maio 2007.

SAVOLDI, Nina Aurora Mello. *Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem da UTI Pediátrica*. 2004. 136p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, Roberto C. L. *Feridas: Fundamentos e atualizações em Enfermagem*. 2ed. São Paulo: Yendis, 2007.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. *BRUNNER & SUDDARTH Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 569-571, 2006.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado: “O Processo de Acompanhamento dos Clientes Portadores de Úlceras e Feridas na Atenção Primária do Município de Angra dos Reis”, desenvolvido pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, coordenada /conduzida por Victor da Silva Lucas. Este estudo tem por objetivo “Verificar a rotina desenvolvida nas unidades de atenção primária do município de Angra dos Reis no acompanhamento de clientes portadores de úlceras ou feridas; Propor uma rotina de acompanhamento de clientes portadores de úlceras ou feridas à luz da literatura nas unidades de atenção primária do município de Angra dos Reis”.

Você foi selecionado(a) por desenvolver suas atividades profissionais na Atenção Básica do município de Angra dos Reis, uma vez que os sujeitos do estudo é a população de enfermeiros atuantes na atenção básica do município de Angra dos Reis. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Ao participar do estudo você pode se sentir constrangido ao colaborar para o levantamento de uma assistência atualmente prestada de forma ineficiente na sua área adscrita ou até mesmo no município como um todo, se sentir constrangido ou imponente ao perceber que desenvolve ações tecnicamente incorretas por conta de inexistência de protocolos, fluxos e/ou materiais, sofrer algum tipo de assédio moral por colaborar com o levantamento dos possíveis problemas citados acima, caso o anonimato não fosse mantido. Ainda assim você pode se sentir desatualizado quanto as atuais técnicas abordadas na literatura para acompanhamento de clientes portadores de feridas.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um formulário de perguntas objetivas, que será aplicado pelo próprio pesquisador, na unidade onde o pesquisado encontra-se lotado. O formulário deverá ser respondido no ato de aplicação, não podendo ser levado e entregue a posteriore. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O levantamento das informações será realizado em sala com porta fechada, minimizando exposição visual do entrevistado e auditiva de suas falas.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Victor da Silva Lucas, cargo enfermeiro, endereço: Rua Dr. Licio de Souza Carvalho, 07 – Coroa Grande – Itaguaí – RJ. TEL: (21) 7982-2244 – (21) 3782-2999.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante _____

Assinatura do(a) pesquisador _____

APÊNCIDE B – Formulário

Pseudônimo:

Idade:

Sexo:

Tempo de Formado:

Grau de Instrução:

- Superior Completo
- Pós Graduação Lato Sensu Incompleta
- Pós Graduação Lato Sensu Completa
- Pós Graduação Strictu Sensu Incompleta
- Pós Graduação Strictu Sensu Completa

Unidade de Atuação: ESF UBS

1 – Você realiza curativos durante sua atuação profissional na unidade de atenção primária?

- sim não

2 – Existe alguma rotina institucionalizada pelo município de Angra dos Reis que te auxilia na realização de curativos?

- sim não

3 – Você enfrenta alguma dificuldade técnica na realização de curativos (do procedimento)?

- sim não

4 – Você enfrenta alguma dificuldade técnica na avaliação e classificação de uma ferida?

- sim não

5 – Você enfrenta alguma dificuldade na prescrição do tratamento tópico de uma ferida, por falta de conhecimento do melhor produto a ser indicado?

- sim não

6 – Qual o grau de importância você atribui a existência de um protocolo de terapia tópica de feridas para guiar suas condutas nesta prática?

- Imprescindível
- Importante, mas não imprescindível
- Irrelevante.

7 – Sua unidade de atuação faz acompanhamento dos clientes portadores de feridas que moram na sua área de abrangência?

- sim não

8 – Este acompanhamento é contínuo, ou seja, do início da lesão até a cicatrização, ou mesmo a manutenção da lesão crônica?

- sim não

9 – Se não é contínuo, a que você atribui do acompanhamento do cliente portador de ferida?

- Dificuldade Técnica do próprio profissional
- Interrupção do fornecimento de materiais por parte do almoxarifado
- Baixa adesão do cliente ao tratamento
- Inexistência de uma rotina institucional implantada

10 – Existe interrupção significativa do fornecimento pelo almoxarifado de materiais para realização de curativos?

- sim não

11 – Quais produtos você tem disponível no almoxarifado para a realização de curativos?

- gaze soro fisiológico atadura esparadrapo colagenase
- sulfadiazina de prata neomicina PVPI álcool a 70%
- hidrocolóide carvão ativado alginato de cálcio AGE
- Hidrogel Bota de Uma Papaína Hidrofibra

12 – Você considera que os produtos disponíveis no almoxarifado são suficientes para prestação de uma terapia tópica de qualidade para os clientes portadores de feridas?

- São suficientes
- são suficientes em certa medida
- não são suficientes

13 – Você já teve algum momento que sentiu necessidade de encaminhar o cliente portador de uma ferida para um serviço especializado em terapia tópica?

- sim não

14 – Existe algum serviço no município que você possa encaminha este cliente caso sinta necessidade?

- sim não

15 – Qual o grau de importância você atribui a existência de um serviço multiprofissional de terapia tópica de feridas?

- Imprescindível
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Irrelevante

APÊNDICE C - Proposta de rotina para acompanhamento de clientes portadores de feridas na atenção básica

PACIENTE PORTADOR DE FERIDA CHEGOU À UNIDADE

↓
 AVALIAÇÃO INICIAL PELO ENFERMEIRO

FERIDA TRAUMÁTICA

↓
 PRECISA DE SUTURA?

SIM

NÃO

↓
 AVALIAÇÃO MÉDICA

↓
 PRESCRIÇÃO DO CURATIVO PELO ENFERMEIRO

ÚLCERA VASCULOGÊNICA

SIM

NÃO

ARTERIAL

VENOSA

↓
 NECROSE DE COAGULAÇÃO

↓
 NECROSE DE LIQUEFAÇÃO E OU TECIDO DE GRANULAÇÃO

↓
 MANTER SECO E AVALIAÇÃO MÉDICA

↓
 MANTER ÚMIDO E AVALIAÇÃO MÉDICA

FERIDA CRÔNICA

ÚLCERA POR PRESSÃO

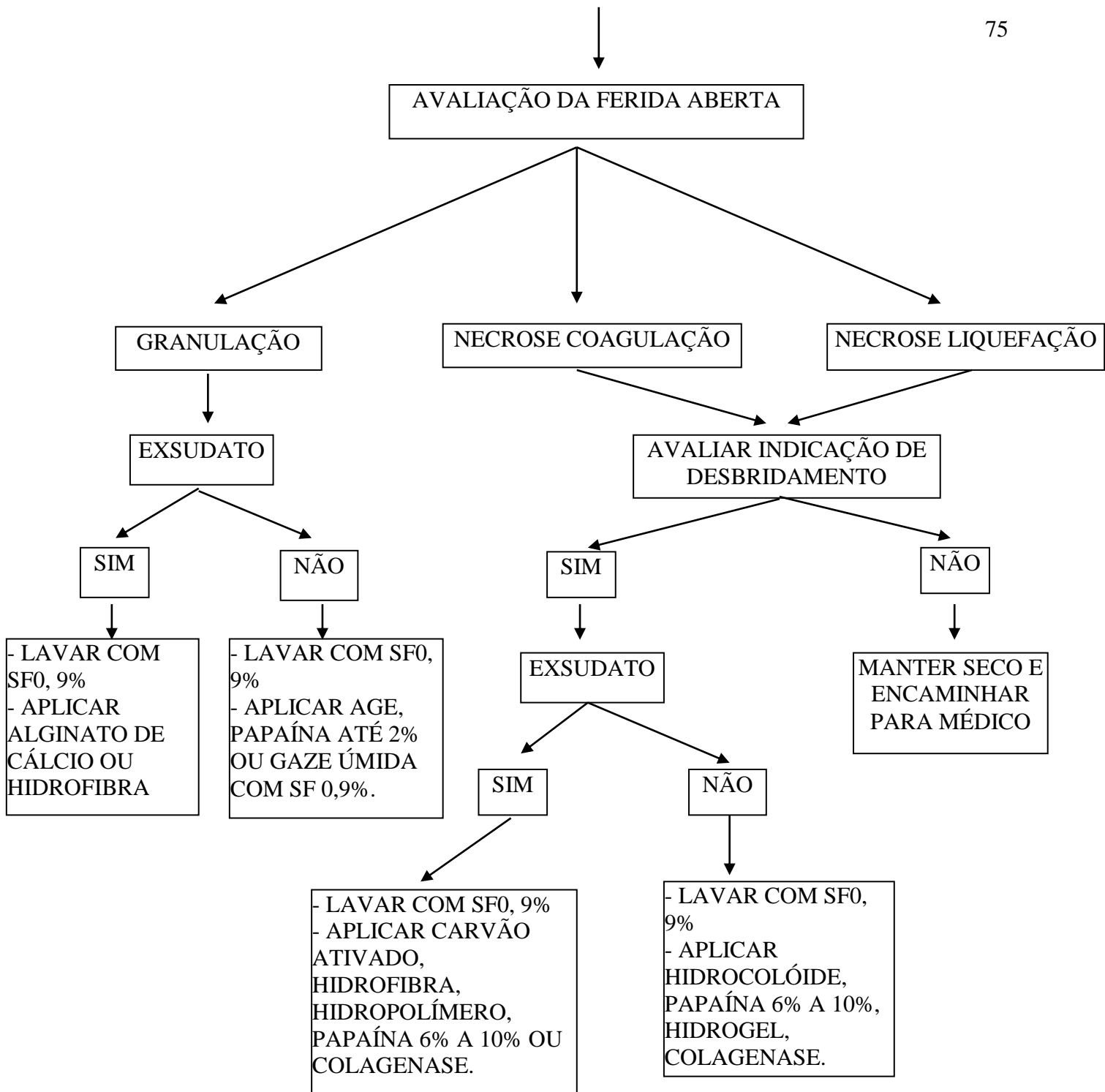
AFECÇÃO DERMATOLÓGICA OU TRAUMÁTICA CRONIFICADA

SINAIS DE INFECÇÃO SISTÊMICA

SIM

NÃO

↓
 AVALIAÇÃO MÉDICA



APÓS APLICAR COBERTURA PRIMÁRIA, APLICAR A SECUNDÁRIA: GAZE, COMPRESSA, ESPARADRAPO, ATADURA OU FILME SEMIPERMEÁVEL.

FINALIDADE DO CURATIVO:

1. Remover corpos estranhos
2. Reaproximar bordas separadas
3. Proteger a ferida contra contaminação e infecções
4. Promover hemostasia
5. Preencher espaços mortos e evitar formação de seroma
6. Favorecer a aplicação de produtos tópicos
7. Remover tecido necrótico
8. Reduzir edema
9. Absorver e favorecer a drenagem de exsudatos
10. Manter a umidade da ferida e isolamento térmico
11. Diminuir a dor e manter conforto

PROCEDIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVOS:

1. Separar material necessário
2. Lavar as mãos
3. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado
4. Retirar o curativo sujo (caso haja)
5. Avaliar a ferida (etiologia, estágio, dimensão, grau de contaminação, exsudato, tipo de tecido, desbridamento, dor, pele peri-ferida, margem).
6. Realizar limpeza da ferida: lavar com soro fisiológico 0,9% em jato, utilizando uma seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou perfurar o frasco de soro com agulha 40x12.
7. Realizar desbridamento caso indicado (mecânico ou instrumental)
8. Aplicar cobertura primária de acordo com indicação (vide anexo)
9. Aplicar cobertura secundária (gaze, atadura e esparadrapo).
10. Orientar quanto à manutenção do curativo.

| COBERTURA | INDICAÇÃO | MECANISMO DE AÇÃO | CONTRA-INDICAÇÃO | MODO DE USO | PERIODICIDADE DE TROCA |
|--|--|--|--|--|-------------------------------|
| CURATIVO ÚMIDO COM SORO FISIOLÓGICO 0,9% (SF 0,9%). | Manutenção da ferida úmida | - Limpa e umedece a ferida; - Favorece a formação de tecido de epitelização Amolece os tecidos desvitalizados - Favorece o desbridamento autolítico | Feridas com cicatrização por primeira intenção e locais de inserção de cateteres, introdutores, fixadores externos e drenos. | Após limpeza da ferida, aplicar gaze embebida com o soro fisiológico a 0,9%, fechar com cobertura secundária. | Máximo de 24 horas |
| ANTISSÉPTICOS | Antissepsia de pele, locais de inserção de cateteres, introdutores, fixadores externos e drenos. | Atividade antimicrobiana, agindo como bactericida ou bacteriostático. | Feridas abertas | Após limpeza da ferida, passar gaze embebida com o antisséptico, fechar com cobertura secundária. | A cada 24 horas |
| AGE | Qualquer lesão de pele, independente da fase de cicatrização. | Promove atração dos leucócitos e angiogênese, mantém o meio úmido e promove a granulação. Em pele integra forma uma película protetora e proporciona nutrição celular local. | Alergia ao produto. | Após limpeza da ferida aberta, aplicar gaze embebida com o AGE e fechar com cobertura secundária. Em pele integra aplicar diretamente na pele. | Máximo em 24 horas |
| COLAGENASE | Feridas abertas com presença de tecido desvitalizado ou necrosado | Age seletivamente degradando o colágeno nativo da ferida. | Feridas com cicatrização por primeira intenção e alergias ao produto. Há controvérsias quanto ao seu uso em tecidos de granulação, por dificultar sua proliferação e manutenção. | Após limpeza da ferida, aplicar pomada, fechar com cobertura secundária. | A cada 24 horas |

| | | | | | |
|------------------------------|---|--|---|---|--------------------------------------|
| PAPAÍNA | Feridas abertas | Desbridamento químico pela dissociação das moléculas de proteína dos tecidos necróticos. É bactericida e bacteriostático, acelera o processo de cicatrização. Sua ação dependerá do percentual utilizado: - 0,5 a 2%: manutenção do tecido de granulação - 2 a 4%: presença de necrose de liquefação - 6 a 8%: presença de necrose de coagulação - acima de 10%: necrose de coagulação de difícil remoção. | Contato com metais, devido ao poder de oxidação. Não pode entrar em contato com luz solar. Manter em temperatura fria. Não deve ser usada em pacientes com alergias ao produto. | Após limpeza da ferida, aplicar a papaína (em pó umidificar com SF0, 9%) no leito da ferida, fechar com cobertura secundária. | A cada 24 horas |
| SULFADIAZINA DE PRATA | Queimaduras e prevenção de colonização | Ação bactericida imediata e bacteriostática residual. O íon prata age diretamente na membrana citoplasmática das bactérias. | Alergia ao produto | Após limpeza da ferida, aplicar a pomada no leito da ferida, fechar com cobertura secundária. | A cada 24 horas |
| HIDROCOLÓIDE | Prevenção e tratamento de feridas abertas não infectadas, pouco exsudativas, com ou não tecido necrótico. | Formado por caboximetilcelulos e, estimula a angiogênese e o desbridamento autolítico, acelerando o processo de degradação tecidual. Mantém a ferida úmida | Feridas exsudativas e queimaduras de 3º grau. | Após limpeza da ferida, aplicar o hidrocolóide (em placa ou em pasta), fechar com cobertura secundária (caso aplique em pasta). | Quando saturar. No máximo em 7 dias. |

| | | | | | |
|---------------------------|---|---|--|--|---------------------|
| CARVÃO ATIVADO | Feridas infectadas, altamente exsudativas e fétidas. | Formado por almofada impregnada com carvão ativado e prata, envolto por camada de tecido não tecido, absorve o exsudato e filtra o odor. Quando impregnado com prata, exerce ação bactericida. | Feridas limpas, queimaduras e quando há exposição de tendão ou osso. | Após limpeza da ferida, aplicar placa de carvão ativado (não recortar), fechar com cobertura secundária. | Máximo de 5 dias |
| ALGINATO DE CÁLCIO | Feridas abertas, sangrantes, exsudativas. | Formado por fibras não tecido, derivados de algas marinhas e com íons cálcio e sódio, induz a hemostasia por conta de trocas iônicas entre sangue e o curativo, forma um gel que mantém o meio úmido, tem capacidade absorviva e auxilia no desbridamento autolítico. | Feridas pouco exsudativas e queimaduras. | Após limpeza da ferida, aplicar o alginato de cálcio no leito da ferida, fechar com cobertura secundária. | Máximo de 4 dias. |
| HIDROGEL | Feridas abertas, com tecido desvitalizado e/ou necrótico. | Gel composto por 77% de água, caboximetilcelulose, amolece e remove o tecido desvitalizado por desbridamento autolítico, mantém o meio. | Pele íntegra, feridas cicatrizando por primeira intenção, feridas altamente exsudativas. | Após limpeza da ferida, aplicar o hidrogel no leito da ferida, fechar com cobertura secundária. | Máximo de 72 horas. |
| HIDROPOLÍMERO | Feridas abertas não infectadas | Almofada de espuma formada por camadas de não tecido e hidropolímero revestido por poliuretano, absorve o exsudato, proporciona ambiente úmido, auxilia no desbridamento. | Queimaduras de 3º grau, lesões com vasculite ativa, feridas infectadas. | Após limpeza da ferida, preencher o leito da ferida e espaços mortos com o hidropolímero, fechar com cobertura secundária. | Máximo de 7 dias. |

| | | | | | |
|-------------------|--|--|------------------------------------|---|----------------|
| HIDROFIBRA | Feridas abertas, exsudativas, com necrose. | A Hidrofibra é um hidrocolóide em fibra na forma de não tecido, branco semelhante ao algodão. É uma cobertura primária maleável em forma de placa ou fita. Tem capacidade de absorção 33% acima do alginato. Seu mecanismo de ação ocorre absorvendo o exsudato e se transforma em gel translúcido com aumento de sua espessura, mantendo o meio úmido e auxiliando no desbridamento autolítico. | Feridas secas ou pouco exsudativas | Após limpeza da ferida, preencher o leito da ferida e espaços mortos com hidrofibra, fechar com cobertura secundária. | Máximo 5 dias. |
|-------------------|--|--|------------------------------------|---|----------------|

FLUXOGRAMA PARA ESCOLHA DE COBERTURAS EM CURATIVOS

