

# Manual de Normas, Rotinas e Técnicas de curativos

**Autora**

**Roseli Marega Oda**

*Enfermeira Chefe da Seção de Enfermagem  
em Clínica Médica e Cirúrgica do Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru - SP  
Especialista em Saúde Pública e Administração Hospitalar*

**Colaboradoras**

Selma Regina Axcar Salotti

*Diretora da Divisão de Enfermagem do Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru - SP  
Especialista em Saúde Pública, Administração Hospitalar e Dermatologia pela  
Sobende Mestranda em Saúde Coletiva*

Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos Guimarães

*Enfermeira, Pesquisadora Científica III  
do Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru - SP  
Doutora em Enfermagem.*

Centro de Estudos "Dr. Reynaldo Quagliato"  
Bauru - Dezembro - 2004

Todos os direitos desta obra são reservados ao

*Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato*

Caixa Postal 3021 - 17034-971 - Bauru - SP - Brasil  
Telefone: (14) 3103-5866 - 3103-5867 - Fax: 3103-5914  
www.ilsl.br • e-mail: ensino@ilsl.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro)

---

Oda, Roseli Marega  
Manual de normas, rotinas e técnicas de curativos /  
Roseli Marega Oda; colaborado por Selma Regina A. Salotti e  
Heloisa C. Q. Carvalho Passos Guimarães.-- 1.ed. -- Bauru:  
Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2004.  
36p.: il.

1. Curativos 2. Manual I. Oda, Roseli Marega II. Título

ISBN 85-85691-02-6

NLM W0167

---

*Projeto Gráfico: José Custódio S. Júnior*  
*1ª edição: Dezembro/2004*  
*1.000 exemplares*

*"Não basta saber,  
é preciso também aplicar,  
não basta querer,  
é preciso também fazer".*

Goethe

# Prefácio

---

*As úlceras de membros inferiores inclusive aquelas que incidem em pé neuropático, constituem um problema sério, muitas vezes negligenciado, de tratamento oneroso e que culminam com alguma freqüência em terapêuticas drásticas como a amputação do membro comprometido.*

*O Instituto Lauro de Souza Lima vem se preocupando com essas condições já há algum tempo e, um esforço vem sendo desenvolvido para cuidar das mesmas por métodos objetivos e cientificamente válidos. Da equipe que participa desse processo se destaca a enfermagem e em particular a enfermeira Sra. Roseli Marega Oda que tem feito de tudo para manter vivo o entusiasmo para continuar o projeto de cuidado com as úlceras.*

*O manual que foi elaborado chegou bem na hora de preencher uma lacuna que há muito vem se formando pela falta de orientação para aqueles que cuidam diretamente das úlceras, para a enfermagem em geral e para os médicos, inclusive aqueles que seguem o programa de residência médica em dermatologia. Trata-se de instruções simples mas úteis para a realização dos curativos e do material atualmente disponível para a sua realização, aliadas a algumas noções essenciais sobre a cicatrização das úlceras.*

*Parabenizo a Sra. Roseli por este trabalho tão importante para a nossa Instituição.*

*Diltor V. A. Opromolla*

# Índice

---

1. Introdução.....	09
2. Justificativa do manual.....	10
3. Objetivo do manual.....	11
4. Embasamento teórico.....	11
4.1. Anatomia da pele.....	12
4.2. A Ferida.....	12
4.2.1. A evolução da ferida.....	12
4.2.2. Fases da cicatrização.....	13
4.2.3. A resolução das feridas.....	14
4.3. O Curativo.....	14
4.3.1. Técnica de Curativos.....	15
4.3.2. Tipos de coberturas utilizadas no curativo.....	17
4.3.2.1. A.G.E. Ácidos Graxos Essenciais.....	17
4.3.2.2. Alginato de Cálcio e Sódio.....	19
4.3.2.3. Carboximetilcelulose.....	20
4.3.2.4. Carvão Ativado.....	21
4.3.2.5. Carvão Ativado e Prata.....	22
4.3.2.6. Hidrocolóides.....	23
4.3.2.7. Hidrocolóide com Prata.....	24
4.3.2.8. Hidrogel.....	25

4.3.2.9. Hidropolímeros .....	26
4.3.2.10. Pasta ou Gel de Preenchimento.....	27
4.3.2.11. Sulfadiazina de Prata com Nitrato de Cerium .....	28
4 3 2 12 Pomada Enzimática .....	29
4.3.2.12.1. Colagenase .....	29
4.3.2.12.2. Fibrinolisinás .....	30
4.3.2.13. Bota de Unna. ....	31
5. Grupo de feridas .....	32
6. Protocolo do Grupo de Curativos .....	33
7. Conclusão .....	35
8. Referências .....	35

## 1. Introdução

As úlceras de membros inferiores constituem um problema muito sério e em geral suas causas são várias, representando alto custo para o seu tratamento, tomando necessário o seu acompanhamento por uma equipe multiprofissional.

Estas úlceras podem ser por estase venosa, isquêmicas, neuropáticas ou neuroisquêmicas.

Portadores de Hanseníase, Diabetes, mielomeningocele apresentam neuropatia, comprometendo a função de percepção da pele, acarretando alterações do tônus vascular, inibição da sudorese, anestesia da pele e a diminuição da capacidade de regeneração cutânea, o que possibilita a ocorrência de feridas<sup>(Sampaio et al 1998)</sup>

Estas lesões em que o trauma tem um papel importante, são complicadas por infecção e podem terminar em amputação, quando não for instituído um tratamento precoce e adequado.

Todo paciente com neuropatia deverá ser rigorosamente avaliado e submetido a ações para prevenção de incapacidades. Ex: o uso de calçado adequado, onde não haverá área de pressão e o impacto ao solo é diminuído.

Nos pés neuropáticos, geralmente as úlceras são plantares, a temperatura dos pés é mantida, os pulsos são palpáveis, a pele é seca e com fissuras, e geralmente não há presença de dor pela perda de sensibilidade protetora plantar. Neles são encontradas deformidades como proeminências de metatarsos, dedos em garra ou martelo, hipotrofia de interosseos, alterações do arco plantar e artropatia de Charcot, vaso dilatação no dorso do pé, e o pé é de aspecto róseo.

Nos pés isquêmicos há comprometimento arterial sendo que as úlceras são geralmente laterais e/ou dorsais, o pé é frio e arroxeadado, fica pálido com a elevação, há rubor postural, os pulsos pediosos e tibiais posteriores estão geralmente diminuídos ou ausentes e as laminas ungueais crescem pouco.

O pé neuroisquêmico: -é a associação do pé neuropático com o isquêmico.

## 2. Justificativa do manual

Após vários anos trabalhando com tratamento de doenças dermatológicas, sentimos a necessidade de aperfeiçoarmos conhecimentos técnicos e científicos no tratamento de úlceras de membros inferiores ocasionadas pela Hanseníase, *Diabete Mellitus*, Mielomeningocele e outras condições que apresentam lesões de difícil cicatrização.

Uma preocupação latente veio à tona. O que prescrever perante uma lesão deste tipo? Percebemos que cada enfermeiro recomendava um tipo de curativo, às vezes até para o mesmo tipo de lesão e, outros não conheciam nem a indicação do produto, não conseguindo obviamente resultado positivo.

O aparecimento rápido de novas coberturas tomou cada dia mais difícil a escolha da melhor opção. Isto estimulou ainda mais a participação em eventos e a busca do conhecimento científico. Os questionamentos foram aumentando e, com o conhecimento adquirido, algumas estratégias foram criadas para viabilizar uma postura adequada e comum ao enfermeiro do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL).

Sentimos a necessidade de realizar a padronização dos curativos, principalmente relacioná-los ao mecanismo de ação e sua fisiopatologia.

### 3. Objetivo do manual

- estabelecer as rotinas de curativo para os pacientes ambulatoriais e internados no I.L.S.L.
- normatizar as técnicas de curativos e escolha da cobertura ideal a ser utilizada no tratamento de feridas, nos pacientes internados.

O manual foi elaborado com base em um levantamento bibliográfico realizado na Biblioteca do ILSL com monografias, revistas, livros e ainda com a participações em congressos e jornadas, que enfatizam o tratamento de feridas neuropáticas, vasculopáticas, pé diabético e neuro-isquêmico. Além disso foi realizado um levantamento através do Medline e Lilacs com as palavras-chave feridas e curativos, no período de 1995 a 2004.

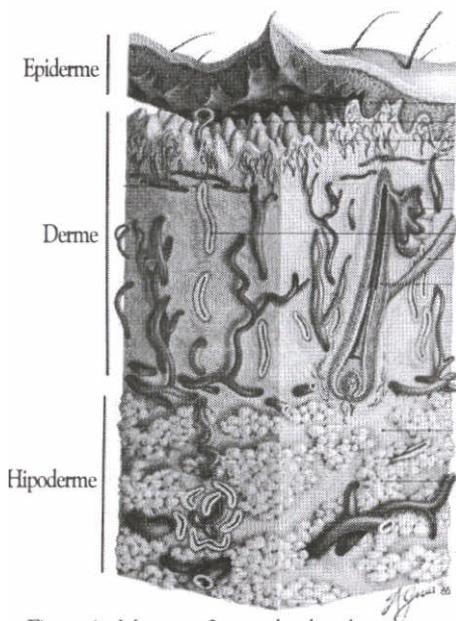


Figura 1 - Mostra as 3 camadas da pele e alguns anexos. Fonte: *A Medical Artist's interpretation* Audra J. Geras; Publishers: Sandoz Medical Publications, 1990. pag. 16.

### 4. Embasamento Teórico

#### 4.1. Anatomia da pele

A pele envolve e reveste externamente o corpo e é composta por 3 camadas: epiderme, derme, hipoderme. Corresponde a 15% do peso corporal e apresenta uma superfície de aproximadamente  $1,50m^2$ . Sua espessura é variável dependendo da região anatômica, da idade e do sexo. E a principal barreira do organismo, impede a perda excessiva de líquidos, protege contra ação de agentes externos, mantém a tempe-

ratura corpórea, é um órgão dos sentidos (térmico, doloroso e tátil) e sintetiza vitamina D na presença de raios solares. (Sampaio1998, Senac 1998, Bega 1998, Tiago 1995)

Ainda na pele encontramos: flora bacteriana transitória e flora bacteriana residente também conhecida por microbióta.

**Microbióta transitória** (flora bacteriana transitória) - Está sobre o tecido, devido à exposição ao meio ambiente, é muito variável e não se fixa ao epitélio. Sendo assim, é de fácil transmissão entre indivíduos, por roupas e objetos. É facilmente removida por líquidos como suor, água e antissépticos. (Carneiro, Marcelo *et al* 1998).

**Microbióta residente** (flora bacteriana residente) - É aquela que está sobre o tecido, mas que consegue aderir, sobreviver e colonizar a superfície das células epiteliais, sem causar, no entanto nenhum malefício e multiplicando - se em perfeito equilíbrio com o mecanismo antinfecioso do hospedeiro. Esta colônia de microorganismos pode ser removida parcial e temporariamente. (Carneiro, Marcelo, *et al* 1998)

## **4.2. A Ferida**

É a ruptura da integridade de um tecido, que pode apresentar diferentes profundidades, podendo atingir a epiderme, a derme ou alcançar o tecido celular subcutâneo, a fáscia e o tecido muscular. Podemos dividir as feridas em traumáticas, cirúrgicas e ulcerativas e ainda podemos classificá-las como: limpas ou assépticas e contaminadas ou sépticas. (Francisco Tiago1995)

### **4.2.1. A evolução da ferida.**

É um processo complexo e dinâmico que depende de avaliações

sistematizadas, tanto para tipo de cobertura como para frequência da troca. Está diretamente relacionada com os fatores intrínsecos do paciente, ex: alterações do fluxo vascular periférico, hipertensão venosa; alterações metabólicas sistêmicas, defeitos neurogênicos, lesões tumorais malignas, alterações genéticas que obrigatoriamente devem ser consideradas no tratamento destas lesões e também com os fatores extrínsecos como o fator sócio econômico, uso e desuso do membro afetado, repouso, crença e religião.

A influência da flora no desenvolvimento do processo cicatricial é de extrema importância, pois, este é fisiológico, dinâmico que busca restaurar a continuidade dos tecidos. Devemos conhecer o processo da cicatrização, saber quais são os fatores que podem acelerá-la ou retardá-la, levando em consideração: o conhecimento da fisiopatologia, estrutura da pele, microbióta transitória, microbiótica resistente e fases da cicatrização (inflamatória, proliferativa e maturação).

#### **4.2.2. Fases da cicatrização.**

- **Fase Inflamatória** - há presença de rubor, calor e edema.
- **Fase Proliferativa** — Inicia-se durante o estágio inflamatório e termina aproximadamente 22 dias depois. Há a epitelização, neovascularização e a síntese de colágeno. Durante esta fase os sinais de inflamação diminuem, mas a ferida permanece vermelha e edemaciada. Fatores sistêmicos que influenciam (idade, proteínas, oxigênio, glicose).
- **Fase Maturação** — Diminuição da quantidade de fibroblastos, reorganização das fibras colágenas, diminuição do rubor tecidual,

início de uma aparência esbranquiçada, dependendo do metabolismo individual; este estágio poderá ter um tempo maior ou menor.

**4.2.3. A resolução das feridas cirúrgicas e as úlceras** - poderá ser por primeira ou segunda intenção dependendo da causa, tempo, conteúdo interno da lesão.

- **Por primeira intenção** - As bordas podem ser aproximadas por suturas (geralmente resultando em lesões cicatriciais quase imperceptíveis).
- **Por segunda intenção** - As bordas não podem ser aproximadas, resultando numa cicatriz maior, que poderá provocar deformidades.

#### **4.3.O Curativo**

A finalidade do curativo é: remover corpos estranhos, reaproximar bordas separadas, proteger a ferida contra contaminação, promover hemostasia, fazer desbridamento mecânico ou autolítico removendo tecido necrótico, reduzir o edema, absorver exsudato e edema, manter a umidade da superfície da lesão, fornecer isolamento térmico, promover a cicatrização da lesão, limitar a movimentação dos tecidos em torno da lesão, diminuir a intensidade da dor, além do conforto psicológico proporcionado, pois impede o paciente do contato visual com a lesão.

Inicia-se com a limpeza, que deve ser feita da área menos contaminada para a área mais contaminada, evitando-se movimentos de vaivém. Nas feridas cirúrgicas, a área mais contaminada é o tecido perilesional (ao redor da ferida), enquanto que nas úlceras ou feridas

infectadas a área mais contaminada é a do interior da lesão.

Deve-se remover as crostas e os detritos com cuidado; lavar a ferida com soro fisiológico e, quando houver sujidade, somente no início do tratamento (aproximadamente os 3 primeiros curativos) usar PVPI (polivinil pirrolidona iodo) degermante, ou gluconato de clorhexidina, que deverá ser totalmente removido com SF (Soro fisiológico) 0,9%. Após total limpeza da lesão e do degermante usado, deverá ser colocada a cobertura com a finalidade de proteger contra agentes externos, proporcionando conforto e alívio ao paciente. O principal objetivo do curativo é promover a cicatrização, diminuindo os fatores que podem retardar sua cura<sup>(Candido L.C.2001, Tiago, F.1995)</sup>.

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

O uso de antibióticos de ação local pode apresentar interferência no processo cicatricial e risco de desenvolver resistência bacteriana e hipersensibilidade. Por estes motivos as pomadas à base de antibiótico como: neomicina e cloranfenicol, ou mesmo a aplicação de rifamicina, são contra-indicadas tanto em feridas abertas, como na cicatrização de feridas cirúrgicas por primeira intenção.<sup>(Site Feridólogo Candido, L.C.)</sup>

### **4.3.1. Técnica de Curativos**

A melhor **técnica de curativo** começa com uma boa preparação do carro de curativos, o qual deve ser completamente limpo.

1. Limpar o carro de curativo.
2. colocar somente o material necessário

- a. solução fisiológica
  - b. gaze
  - c. esparadrapo hipoalergênico
  - d. fita adesiva
  - e. conjunto com 3 pinças
  - f. cobertura previamente escolhida
  - g. luvas de procedimento
  - h. bisturi descartável
  - i. recipiente para descarte de material perfuro cortante
  - j. recipiente para material contaminado
  - k. cesto de lixo
3. conduzir o carro de curativo até o quarto do paciente
  4. explicar ao paciente o que vai fazer
  5. remover o curativo existente
  6. proceder à limpeza com S.F 0,9%, sobre a lesão
  7. não provocar atrito desnecessário
  8. remover todo tecido desvitalizado (necrose, fibrina ou queratose)
  9. aplicar novamente o jato de S.F. a 0,9%
  10. secar toda a pele ao redor da lesão
  11. aplicar cobertura indicada
  12. ao terminar o curativo
    - a. deixar o carro de curativos, e a unidade do paciente em ordem
    - b. retirar as luvas
    - c. lavar as mãos
  13. anotar no prontuário o aspecto da lesão
    - a. tipo de secreção
    - b. quantidade
    - c. característica do tecido
- As soluções anti-sépticas degermantes são contra-indicadas em

lesões abertas, pois os tensoativos afetam a permeabilidade das membranas celulares, produzem hemólise e são absorvidos pelas proteínas, interferindo prejudicialmente no processo cicatricial, interrompendo a síntese do colágeno.

"... todo curativo deverá ser realizado do limpo, para o contaminado..."

### **4.3.2. Tipos de coberturas utilizadas no curativo**

Para que se faça a escolha da cobertura adequada é essencial uma avaliação criteriosa. Essa análise deve incluir: condições físicas, nutricionais, idade do paciente e os medicamentos utilizados pelo mesmo, localização anatômica da ferida e suas características: forma, tamanho, profundidade, bordas, presença de tecido de granulação, quantidade de tecido necrótico e presença de drenagem na ferida.

Após essa avaliação é feita a escolha da cobertura ideal. Dentre as coberturas avaliadas discutiremos cada uma delas, avaliando em qual situação deverão ser utilizadas.

#### **4.3.2.1. A.G.E. - Ácidos graxos essenciais**

*(Trigliceril CM<sup>®</sup>, AGE Derm<sup>®</sup>, Dersani<sup>®</sup>, AGE Ativador dérmico<sup>®</sup>.)*

**Composição** — óleos vegetais poliinsaturados (ácidos graxos essenciais), vitamina A, vitamina E, lecitina de soja e lanolina.

**Função** — transporte de materiais pelas membranas celulares, o que garante a vida da célula através do fluxo equilibrado de nutrientes, resíduos e produtos da atividade biológica.

São componentes estruturais importantes de todas as membranas, seja revestindo uma célula ou em seu interior.

- Triglicerídeos de cadeia média capaz de alterar funções leucocitárias, modificando reações inflamatórias e imunológicas, acelerando o processo de granulação, utilizado tanto no tratamento de lesões abertas, como na profilaxia de úlceras de decúbito, formando uma película protetora sobre a pele. (Site feridologo – Candido L.C.)
- Ácido linoleico, ácido caprílico, vitamina A e lecitina de soja. Promovem quimiotaxia dos leucócitos e neo-angiogênese, mantêm o meio úmido e aceleram o processo de granulação. (Site feridologo – Candido L.C.)

**Indicação** — proteção, hidratação, restauração da pele e área receptora do enxerto.

**Contra-indicação** — sensibilidade ao produto

**Frequência de troca** — cada 24 horas

**Técnica do curativo:**

- Remover curativo anterior, umidecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até se soltar, cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados.
- Realizar a limpeza com S.F. 0,9%
- Passar AGE sobre o tecido perilesional e a lesão
- Colocar gaze embebida em AGE sobre a lesão
- Realizar o enfaixamento do local

Trabalhos mostram que o uso de A. G. E. em lesões de pele leva a uma resposta rápida e eficiente com desenvolvimento de tecido de granulação, intensa angiogênese (proliferação de vasos sanguíneos) e aceleração do processo de cicatrização em poucos dias. (L.M. Fama Indústrias e Comércio Ltda.)

### 4.3.2.2. ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO

(*kaltostat*<sup>®</sup>, *Fibracol Plus*<sup>®</sup>, Sultrasorb A<sup>®</sup>)

**Composição** — ácido algínico derivado de algas marinhas marrom espécie "*laminaria hipyperbore*" e 2 moléculas de ácido glurônico para 1 de ácido manurônico. (Convatec Serviços de Informações)

**Função** — As fibras são embebidas com íons cálcio e sódio em concentrações variáveis. Os íons de sódio e cálcio, presentes no sangue e no exsudato interagem com os mesmos íons encontrados nos curativos. Essa troca iônica cálcio x sódio induz a hemostasia em 3-5 minutos, auxilia no desbridamento autolítico, promove grande absorção do exsudato e mantém o meio úmido com formação de um gel. (Site- Feriodologo-Candido L. C.)

**Indicação** — lesões cavitárias, úlceras de pressão, venosas, arteriais, diabética, área doadora da pele e outras lesões com sangramento não hemorrágico.

**Contra-indicação** — lesões secas e sensibilidade ao produto

**Frequência de troca** — em lesões infectadas troca diária e limpas de acordo com a saturação

#### **Técnica do curativo.**

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até se soltar, cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados e resíduos da cobertura anterior.
- Realizar a limpeza com S.F. 0,9%
- Colocar cobertura de Alginato de Cálcio e Sódio na lesão deixando uma pequena borda (0,5 cm)
- Colocar chumaço de gaze e algodão
- Realizar o enfaixamento do local

### **4.3.2.3. CARBOXIMETILCELULOSE** (*Aquacel\**)

**Composição** — fibras agrupadas de carboximetilcelulose sódica sem integrantes ativos.

**Função** — tem ação hidrofílica que retém o fluido através da formação de um gel fraco ao redor das fibras, no entanto absorve o fluido diretamente na estrutura da fibra, aumentando significativamente o volume de fluido que pode ser absorvido e retido, por unidade de peso do material do curativo, esta absorção é por drenagem vertical, permitindo uma rápida absorção do líquido nas fibras, quando o curativo se torna uma faixa de gel macia, coesa e transparente mantendo o leito da ferida morno e úmido ideal para uma boa cicatrização. (Hydrofiber TM Curativo para feridas – Monografia Jhon Chen e colaboradores 1998)

**Indicação** — lesões crônicas (úlceras de pressão e MMII), agudas (laceração, incisões, área doadora), queimadura de 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> graus e para controle de pequeno sangramento. (Bristol Myers Squibb Brasil)

**Contra-indicação** — sensibilidade ao produto

**Frequência de Troca** — até 7 dias

**Técnica do curativo:**

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até se soltar, cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados resíduos de curativo anterior.
- Realizar a limpeza com S.F. 0,9%
- Colocar cobertura de Carboximetilcelulose na lesão deixando uma pequena borda de aproximadamente 1,5cm
- Colocar compressas de gaze.
- Realizar o enfaixamento do local quando houver necessidade, ou fixar a cobertura com esparadrapo hipoalérgico.

#### 4.3.2.4. CARVÃO ATIVADO (*Carboflex*<sup>®</sup>)

**Composição** — uma camada impermeável resistente à água, não adesiva, uma absorvente (alginato e hidrocolóide) uma área central com carvão ativado. (Bristol Myers Squibb Brasil)

**Função** — a cobertura em contato com a lesão absorverá o exsudato e formará um gel macio o qual proporcionará um ambiente úmido, em temperatura ambiente, evitando o resfriamento e a exposição desnecessária da lesão. (Site – Feridologo – Candido L.C.)

**Indicação** — em lesões agudas, crônicas, que exalam mal odor e lesões infectada. infectada. (Bristol Myers Squibb Brasil)

**Contra-indicação** — sensibilidade ao produto

**Frequência de troca** — até 7 dias. (Convatec –Division of E.R., Squibb & Sons)

##### **Técnica do Curativo:**

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até se soltar, cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados.
- Realizar a limpeza com S.F 0,9%
- Colocar cobertura de Carvão ativado sobre a lesão.
- Colocar compressas de gaze.
- Realizar o enfaixamento do local quando houver necessidade, ou fixar a cobertura com esparadrapo hipoalérgico.
- O curativo secundário em alguns casos são trocados diariamente e em outros são mantidos por dois dias dependendo da quantidade de exsudato ou secreção eliminada.

#### **4.3.2.5. CARVÃO ATIVADO E PRATA (Actisorb Plus®)**

**Composição** — carvão ativado puro impregnado com prata (0,15 %) , envolto em um não tecido de nylon poroso, selado nas quatro bordas (Jhonson & Jhonson Medical)

**Função** — o carvão atrai as bactérias da ferida como um ímã, enquanto a impregnação com a prata combate os microorganismos, o que reduz a colonização bacteriana e controla a infecção. (Site- Feridologo – Candido L.C. 2001)

**Indicação** — em feridas crônicas, lesões traumáticas e cirúrgicas, curativos com ou sem infecção, com odor e fibrina. (Site – Feridologo – Candido L.C. 2001)

**Contra-indicação** — necrose, úlcera isquêmica.

**Frequência de troca** — até 7 dias

**Técnica do curativo:**

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até se soltar, cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados.
- Realizar a limpeza com S.F. 0,9% .
- Colocar cobertura de Carvão ativado e Prata sobre a lesão deixando uma pequena borda de aproximadamente 1,0 cm, este curativo poderá ser recortado desde que utilizado técnicas assépticas e protegida a borda com esparadrapo hipoalérgico, isolando totalmente o conteúdo interno da cobertura que não poderá entrar em contato com a pele íntegra ou a lesão do paciente
- Colocar compressas de gaze.
- Realizar o enfaixamento do local quando houver necessidade, ou fixar a cobertura com esparadrapo hipoalérgico.
- O curativo secundário em alguns casos são trocados diariamente e em outros são mantidos por dois dias.

#### **4.3.2.6. HIDROCOLÓIDES**

*(DuoDerrn®, Comfeel Plus®, Tegaserb®)*

**Composição** — gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica.

**Função** — Age promovendo umidade através da interação da camada interna do curativo com a lesão, formando um gel que proporciona desbridamento por autólise. Estimula a neo-angiogênese, facilitada pelo meio hipóxico e promove a manutenção do pH. <sup>(Site – Feridologo-Candido L.C., Coloplast do Brasil, Convatec – Division of E.R.Squibb & Sons.</sup>

**Indicação** — lesões sem infecção, com ou sem exsudato, necrose, prevenção de úlcera de decúbito.

**Contra-indicação** — lesões com infecção e/ou secreção

**Frequência de Troca** — até 3 dias para lesões necrosadas e 7 dias para preenchimento de lesões limpas com tecido de granulação

##### **Técnica do Curativo:**

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até se soltar, cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados e resíduos da cobertura anterior.
- Realizar a limpeza com S.F. 0,9% .
- Colocar cobertura hidrocolóide deixando uma borda de 2 a 2,5 cm em toda borda da lesão, em caso de lesão mais profunda fazer o preenchimento de 50 % da cavidade com gel ou pasta antes de colocar a placa
- Fazer manobras compressivas para a adesão da cobertura no leito da ferida e no tecido perilesional.
- Neste tipo de cobertura não deverá ser usado compressas de gaze, chumaço ou bandagem para finalizar.

**Obs.** No centro da lesão irá iniciar um abaulamento da placa, dando a impressão de uma bolha, este gel é de coloração castanha e não deverá ser removido, caso haja extravasamento a cobertura deverá ser substituída.

#### **4.3.2.7. HIDROCOLÓIDE COM PRATA (Contreet H<sup>®</sup>)**

**Composição** — Filme de permeabilidade, alginato de cálcio e prata.

**Função** — barreira bacteriana protetora antibacteriana prevenindo o desenvolvimento da infecção da ferida, reduz o odor (Coloplast do Brasil, Convatec).

**Indicação** — indicado para tratamento de feridas com exsudação de intensidade moderada ou baixa, colonizadas, queimadura de 1º e 2º grau, área doadora de pele, incisões cirúrgicas e abrasões.

**Contra-Indicação** — Este produto não deve ser utilizado por período muito longo, pessoas que apresentem processo alérgico aos produtos. Coloplast do Brasil, Convatec

**Frequência de Troca** — 3 a 7 dias, sendo necessário a troca quando ocorrer extravasamento do gel

##### **Técnica do Curativo:**

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até se soltar, cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados.
- Realizar a limpeza com S.E 0,9% .
- Colocar cobertura Hidrocolóide com Prata deixando uma borda de 2 a 2,5 cm em toda borda da lesão, em caso de lesão mais profunda fazer o preenchimento de 50 % da cavidade com gel ou pasta para antes de colocar a placa.
- Fazer manobras compressivas para a adesão da cobertura no leito da ferida e no tecido perilesional.
- Neste tipo de cobertura não deverá ser usado compressas de gaze, chumaço ou bandagem para finalizar.

- **Obs.** No centro da lesão irá iniciar ou abaulamento da placa, dando a impressão de urna bolha. Este gel é de coloração castanha e não deverá ser removido. Caso haja extravasamento, a cobertura deverá ser substituída.

#### 4.3.2.8. HIDROGEL, (Nugel®, Saf-gel®, Purilon®, Suprasorb G®).

##### **Composição:**

A<sub>1</sub>- Gel transparente, hidroativo, amorfo, contendo alginato e sódio. Jhonson & Jhonson

A<sub>2</sub>- Gel transparente, hidroativo, composto de água purificada, carboximetilcelulose e alginato e sódio. Coloplast do Brasil, Convatec

**Função** — O hidrogel cria um ambiente propício na recuperação de feridas, ajuda o autólise, enquanto o componente de alginato aumenta sua consistência facilitando sua aplicação.

**Indicação** — para amolecer e hidratar áreas necróticas ou desvitalizadas, facilitando remoções das mesmas, estimula tecido de granulação e epitelização e preenchimento de cavidades. Cotoplast do Brasil, Jhonson & Jhonson, Convatec

**Contra-Indicação** — lesões com infecção e/ou secreção.

**Frequência de Troca** — a cada 24 horas até 3 dias dependendo da avaliação da lesão nos caso de curativos com gaze ou bandagem ou aqueles com a finalidade de desbridamento autólítico e, até 7 dias para os com placas.

Técnica do Curativo:

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.E 0,9 % até se soltar, cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados e resíduos do gel sem traumatizar o tecido de epitelização.
- Realizar a limpeza com S.F. 0,9% .
- Esta cobertura deverá ser usada como se fosse uma pomada, aplicar

uma fina camada sobre a lesão e ocluir com compressa de gaze e bandagem quando necessário, em caso de lesão mais profunda poderá ser feito preenchimento de 50 % da cavidade com gel antes de colocar a placa de filme transparente, hidrocolóide ou hidropolímero,

- Quando a cobertura secundária for filme transparente, hidrocolóide ou hidropolímero não deve ser usado compressas de gaze, chumaço ou bandagem para finalizar. No centro da lesão irá iniciar um abaulamento da placa, dando a impressão de uma bolha; este gel não deverá ser removido. Somente em caso de extravasamento a cobertura deverá ser substituída.

#### **4.3.2.9. HIDROPOLÍMEROS** (*Tielle®*, *Allevyn®*, *Lyotoam®*)

**Cobertura** — composta por um tecido adesivo de poliuretano, revestido com uma almofada de espuma de hidropolímero de alta densidade.

**Função** — Mantém a umidade, absorvendo e retendo o excesso de exsudato através de sua estrutura porosa que se expande aderindo ao leito da ferida, evitando maceração.

**Indicação** — lesões sem infecção, ligeiramente exsudativa, em tecido de granulação e prevenção de úlcera de decúbito. Site Feriodologo – Candido L.C.2001, Jhonson & Jhonson Medical, Smith + Nephew

**Contra-Indicação** — lesões com infecção e/ou secreção

**Frequência de Troca** — até 7 dias e para prevenção até 10 dias

**Técnica do Curativo:**

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até se soltar; cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados
- Realizar a limpeza com S.F. 0,9% .
- Aplicar a cobertura fazendo movimentos compressivos nas borda e

centro da lesão para uma boa aderência da cobertura

- Neste tipo de cobertura não deverá ser usado compressas de gaze, chumaço ou bandagem para finalizar.

#### **4.3.2.10. PASTA OU GEL DE PREENCHIMENTO**

*(Duodem gel®, Confeel pasta®, Nugel®, Saf-gel®, Purilon®, Suprasorb G®).*

**Composição** — hidrocolóides naturais, pectina e carboximetil-celulose.

**Função** — até o preenchimento total do espaço da lesão cavitária, são usados associados aos hidrocolóides em placa, a pasta expande interagindo com exsudato, mantendo um meio úmido. Coloplast do Brasil of E.R, Jhonson & Jhonson, Medical.

**Indicação** — preenchimento de cavidades em lesões sem infecção ou exsudato, necrose, lesões secas ou fibrina.

**Contra-Indicação** — lesões com infecção e/ou secreção

**Frequência de Troca** — até 3 dias para lesões necrosadas e 7 dias para preenchimento de lesões limpas com tecido de granulação. Em lesões cavitárias é necessário curativo secundário, com hidrocolóide placa e nada mais.

#### **Técnica do Curativo:**

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até se soltar, cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados e resíduos da pasta
- Realizar a limpeza com S.F. 0,9%.
- Em caso de lesão mais profunda fazer o preenchimento de 50 % da cavidade com gel ou pasta antes de colocar a placa, esta cobertura poderá ser usada como se fosse uma pomada em uma fina camada sobre a lesão.

- Neste tipo de cobertura não deverá ser usado compressas de gaze, chumaço ou bandagem para finalizar.
- Obs. No centro da lesão irá iniciar um abaulamento da placa, dando a impressão de uma bolha; este gel é de coloração castanha e não deverá ser removido só em caso de extravasamento a cobertura deverá ser substituída.

#### **4.3.2.11. SULFADIAZINA DE PRATA COM NITRATO DE CERIUM (*Dermacerium*®)**

**Composição** — sulfadiazina de Prata 1,00% associada ao nitrato de cério 0,40%. Silvester Labs Química e Farmacêutico Ltda

**Função** — Antimicrobiano tópico de quarta geração, composta por sulfadiazina de prata a 1% que lhe confere características bactericidas imediata e bacteriostáticas residual, provocando precipitação protéica, agindo diretamente na membrana citoplasmática bacteriana, eficaz contra os  $G^+$ ,  $G^-$ , vírus, dermatófitos, fungos e/ou infecções mistas. Site-Feridologo-Candido L.C.

**Indicação** — queimadura, tecido desvitalizado: fibrinoso, fibrose, necrose, tem poder bactericida.

**Contra-Indicação** — sensibilidade aos componentes

**Frequência de Troca** — diária

**Técnica do Curativo:**

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até soltar as compressas de gaze, cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados e resíduos da pomada.
- Realizar a limpeza com S.F. 0,9% .
- Passar uma fina camada de sulfadiazina de prata com nitrato de cerium sobre a lesão, em tecido perilesional é necessário passar uma

solução de AGE para proteção do tecido.

- Neste tipo de cobertura deverá ser usado compressas de gaze, chumaço ou bandagem para finalizar.

#### **4.3.2.12. POMADA ENZIMÁTICA** (*Colagenase e Fibrinolisina*)

**Função** - Acelerar processos catabólicos da degradação e digestão enzimática, atuar como desbridantes químicos da rede de fibrina, e anabólicos de proliferação e regeneração. Quando necessário o desbridamento mecânico poderá ser associado para remoção de tecidos necróticos, tecidos infectados e corpos estranhos. Há controvérsias quanto à eficácia na estimulação da granulação e epitelização, já que o aumento das proteinases provoca a degradação dos fatores de crescimento e dos receptores de membrana celular, que são fundamentais no processo de cicatrização. Site Feridologo Candido, LC

**Contra-Indicação** — associação da pomada enzimática com antibiótico de uso tópico. Não há eficiência dos antibióticos de ação local, por apresentarem baixa concentração nas camadas tissulares.

- **4.3.2.12.1. COLAGENASE** (Iruzol-mono®)

**Composição** - colagenase, clostridiopeptidase - A e enzimas proteolíticas.

**Função** - Atua seletivamente degradando o colágeno nativo (necrólise).

**Indicação** - Lesões que apresentam tecidos desvitalizados: Necrose, fibrose.

**Contra-indicação** - em pacientes com hipersensibilidade a essa enzima.

**Vantagem** — fácil disponibilidade e o baixo custo.

**Desvantagem** — pouco efetiva em grandes áreas necróticas.

**Frequência de Troca** — 12 ou 24 horas.

**Técnica do Curativo:**

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até soltar as compressas de gaze, cuidado para não promover trauma.
- Remover tecidos desvitalizados e resíduos da pomada.
- Realizar a limpeza com S.F. 0,9% .
- Passar uma fina camada de Colagenase sobre a lesão.
- Neste tipo de cobertura deverá ser usado compressas de gaze, chumaço ou bandagem para finalizar:

• **4.3.2.12.2 FIBRINOLISINAS** (*Iruxol<sup>®</sup>* e *Fibrase<sup>®</sup>*)

Emolientes de origem bovina, compostos de fibrolisinas, desoxirribonucleases e 1% de cloranfenicol.

A associação com o antibiótico é ineficiente no tratamento local de infecções, podendo induzir a resistência bacteriana e ainda encarece o produto. Através da ação lítica da fibrolisina e da desoxirribonuclease sobre o ácido desoxirribonucléico dissolvem o exsudato e os tecidos necróticos.

**Vantagem** — de fácil disponibilidade e baixo custo.

**Desvantagem** — pouco efeito em desbridamentos intensos.

**Contra-Indicação** — em paciente com hipersensibilidade a substâncias bovinas.

**Frequência de Troca** —12 ou 24 horas.

**Técnica do Curativo:**

- Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F.

0,9 % até soltar as compressas de gaze, cuidado para não promover trauma.

- Remover tecidos desvitalizados e resíduos da pomada.
- Realizar a limpeza com S.F. 0,9% .
- Passar uma fina camada de Fibrinolisinias sobre a lesão.
- Neste tipo de cobertura deverá ser usado compressas de gaze, chumaço ou bandagem para finalizar.

• **4.3.2.13. BOTA DE UNNA** (*Flexi Dress®*, *Varicex ®*, *Viscopast®*)

**Composição** — gaze elástica contendo óxido de zinco, glicerina, gelatina em pó e água. O produto comercializado é acrescido de glicerina, acácia, óleo de castor e petrolato branco para evitar o endurecimento. Site- Feridologo- Candido L.C.

**Função** — diminuir o edema através do movimento da "bomba venosa" (coração periférico de Barow), facilitando o retomo venoso auxiliando na cicatrização. Site - Feridologo - Candido LC.. Moya. J MorisonBSc 1991, Convatec — Division of E.R.Smith & Nephew

**Indicação** — Úlceras venosas de perna e edema linfático;

**Contra-Indicação** — Úlceras mistas ou com comprometimento arterial, sinais de infecção e presença de miíase.

**Frequência de Troca** — cada 7 dias desde que não apresente secreção ou sujidade.

**Quando utilizar a Bota de Unna já pronta** — é necessário curativo secundário com atadura de crepe para melhor fixação.

**Cuidados Importantes** - aplicação com a técnica correta.

Técnica correta de aplicação:

- Colocar o paciente em repouso com MMII elevados por 30 minutos.
- Verificação dos pulsos pedioso e tibial
- IPB (índice de perna e braço — pressão arterial sistólica do MI dividida pela pressão arterial sistólica do MS)
- Iniciar a bandagem pela epífise distal dos metarsianos
- Manter o calcanhar em ângulo reto (90°)
- Envolver o membro sem deixar aberturas, enrugamento ou muita pressão.
- Aplicar a bandagem até 2 dedos abaixo do joelho

## **5. Grupos de feridas**

O grupo de estudos de feridas é constituído por uma equipe multiprofissional composto por: Assistente Social, Biólogo, Enfermeiro, Farmacêutico Bioquímico, Fisioterapeuta, Médico, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, onde se discute a fisiopatologia da ferida e sua resolução. Estes profissionais tem como finalidade fazer diagnóstico, avaliar, acompanhar o tratamento e participar das discussões de caso dos pacientes portadores de feridas, internados no Instituto Lauro de Souza Lima até o final do tratamento ou alta. Este grupo ainda está iniciando suas atividades, sendo que para um futuro próximo, todo paciente com úlcera internado ou em atendimento ambulatorial do Instituto será avaliado e atendido pelo Grupo de Estudo de Feridas e Grupo de Curativos.

**Grupo de Curativos:** é o grupo que executa os curativos, composto por enfermeiro do Grupo de estudos, auxiliares treinados e supervisionados por este enfermeiro.

O Enfermeiro do Grupo de Curativo determina as atividades de

Enfermagem (avaliação da lesão, limpeza, prescrição da cobertura a ser utilizada e evolução diária ou de acordo com a troca da cobertura nos casos das de longa duração). O uso de antibiótico tópico só poderá ser feito com prescrição médica, com justificativa para o Grupo de Estudos, já que estes medicamentos não estão mais sendo utilizados devido à interferência no processo cicatricial e risco de desenvolver resistência bacteriana e hipersensibilidade baixa absorção e alta sensibilidade.

## **6. Protocolo do Grupo de Curativos**

Nome do paciente \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ anos - Profissão \_\_\_\_\_

Tempo de atividade profissional \_\_\_\_\_ horas/dia

Patologia de base \_\_\_\_\_

Tempo de doença \_\_\_\_\_

Lesão:

Tempo \_\_\_\_\_

Tamanho:

Largura \_\_\_\_\_

Comprimento \_\_\_\_\_

Profundidade \_\_\_\_\_

Característica \_\_\_\_\_

Tipo de tecido \_\_\_\_\_

Secreção \_\_\_\_\_

Perilesional / tipo de tecido \_\_\_\_\_

Bordas \_\_\_\_\_

Descolamento \_\_\_\_\_

Fissura \_\_\_\_\_

Fístula \_\_\_\_\_

Abscesso \_\_\_\_\_

### Alteração do sistema circulatório

		MIE	MID
Arterial-pulso periférico	A1- pedioso presente		
	A2- Tibial presente		
Venosa-presença de:	V1 Teleangectasia		
	V2 Edema		
Linfático	Presença de edema		
Cor	Normal		
	Pálido		
	Cianótico		
Temperatura	normal		
	Fria		
	Quente		
Perfusão	Boa		
	Deficitária		
	Hiperemia reativa		

PA - MS = \_\_\_\_\_ mmHg

PA: MIE= \_\_\_\_\_ mmHg / MID= \_\_\_\_\_ mmHg

IPPB= E \_\_\_\_\_ IPPB= D \_\_\_\_\_

Hábitos e vícios: tabagista ( \_\_\_\_\_ cigarros /dia )  
 etilista( \_\_\_\_\_ / dia)

Cobertura indicada

Data da avaliação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Evolução

---



---

## **7. Conclusão**

A proposta da elaboração deste manual foi padronizar a escolha das coberturas e a formação do grupo de curativo.

As úlceras em geral são multifatoriais. Para seu tratamento é necessário identificar e abranger esses fatores, ter noções sobre anatomia, fisiopatologia da pele, fases da cicatrização, execução correta das técnicas de curativos, conhecimento adequado dos tipos de coberturas disponíveis e, o mais importante à indicação correta e precisa dos mesmos, sempre levando em conta o custo benefício.

A vivência na prática de enfermagem nos traz a consciência que não existe o melhor produto ou aquele que pode ser utilizado durante todo o processo cicatricial. Devemos conhecê-los, pois cada um possui indicação e contra-indicação, benefício e custo, o importante é ponderar e utilizar sempre o bom senso!

## **8. Referências**

- 1 Alvarez O; Rozint J; Wineman.D. Moist environment for healing: Matching the dressing to the wounds, 1 (1); 35-49, 1989.
- 2 Aron, Suzann. Apresentação em simpósio APECIH - Análise crítica dos modelos propostos para avaliação de feridas, 2.001.
- 3 Baxter,C.; Mertz,PM. Local factors that affect wound healing — IN; Eaglstein. W .H. Wound care manual, 25- 37,1990
- 4 Brune; L.S. St Suddarth,D.S. — Moderna prática de enfermagem, 2th, ed interamericana,v. 1, p. 118-136, 1978
- 5 Cândido, Luis Cláudio, [www.feridologo.com.br](http://www.feridologo.com.br) Site desde 15/11/00, atualizado em 14/12/01
- 6 Carneiro, Marcelo et Al, curativos: o que se usar?, R.S, 1998.
- 7 Jhon Chen et al, Monografia - Aquacel TM Hidrofibre TM Dressing: The Next Step Wound Dressing Technology-1998

- 8 Field, C.K.; Kerstein, M. D. Overview of wound healing in a moist environment- Am. Journal Surgery, 167, Supl. IA: 2S- 6S, 1994.
- 9 Kirster harting, M.D — Theory Advanced Wound Healing Resource.
- 10 Krieg, T; Harding, K.G. — Aquacel TM hidrofibre TM dressing: The NextStep in wound dressing Technology- Proceeding Satellite Symposium European Academy of Dermatology Si. Venereology—fev 1998.
- 11 Laurence, J.C. Dressings and wound infections- Am- Journal Surgey 167, Supl.IA: 21S-24s, 1994
- 12 Leaper; DJ.: Proliferatic and Therapeutic role of antibiotics in wound care — Am. Journal Surgey, 167, supl. IA: 15S -18S, 1994.
- 13 Lucras, George C., Tratamento da ulcera isquêmica da extremidade com curativo hidroativo, Cir. Vasc. Angiol 10(1): 26-28, 1994
- 14 Lyon, Ross T. et al, Parametros de Desempenho Clinico para a Cicatrização de Ulceras Venosas Crônicas, Nova York, Nova York 1998.
- 15 Mandelbaum, Maria Helena, Apresentação em simpósio APECIH - recursos usados em tratamento de feridas, 2.001
- 16 Monetta, L. Use of the new resources of dressings at a nursing office, Rev. Paul. Enf., v 11, n. 1, p 1926- 1.992
- 17 Oda, R.M; Galan, N.G.A.; Opromolla, D.V.A, Úlceras de perna na Hanseníase, Manual de prevenção de incapacidades e Reabilitação em Hanseníase, p 130-133
- 18 PSc, Moya J. Morison et al, A Colour to the Assessment and management of leg ulcers, Printed by grafos S.A., Arte sobre papel, Barcelona- Spain, 1994.
- 19 Ricci, E et al, Atualização do tratamento local das ulcera, edizioni Minerva Medica, Torino 1999.
- 20 Sampaio, S.A. P; Rivtti, E.A, Dermatologia led, São Paulo Artes Medico, 1998.
- 21 Tanaka, Alice - Apresentação em Simpósio APECIH, Grupo de Curativos - Como eu faço? 2.001
- 22 Tiago, Francisco. Feridas: Etiologia e Tratamento, FAEPA, 2º edição, S.P. 1995.
- 23 Universidade Estadual de Campinas Hospital da Clinicas, Grupo de feridas. Manual de Tratamento de feridas, Campinas, S. P., 1999
- 24 [www.dermatologianet.com.br](http://www.dermatologianet.com.br)
- 25 [www.feridologo.com.br](http://www.feridologo.com.br)- Candido, L.C. -2001
- 26 Winter, G.D. Formation of the scab and the rate of epithelisation of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. Nature, n.193, p.293-294, 1962.
- 27 Bulas dos fabricantes: Coloplast do Brasil, Convatec — Division of E.R, Squibb & Sons, Jhonson & Jhonson Medical, Silvester Labs Química e Farmacêutica Ltda, Smith & Nephew