



ORIGINAL ARTICLE

DRESSING TECHNIQUES: PRACTICE OF NURSING ACADEMICS AN INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION

TÉCNICAS DE CURATIVO: PRÁTICA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

TÉCNICAS DE CURATIVO: PRÁCTICA DE ACADÉMICOS DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Ana Beatriz de Almeida Medeiros¹, Maria Julia Guimarães de Oliveira Soares², Marta Miriam Lopes Costa³, Antonio Adriano Rodrigues dos Santos⁴, Gilson de Vasconcelos Torres⁵, Felismina Rosa Parreira Mendes⁶

ABSTRACT

Objectives: to know how academics of nursing are performing the dressing technique, to observe the use of technical principles in the accomplishment of the procedure and to identify the use of materials appropriated for execution of the technical procedure. **Method:** exploratory study, from quantitative approach, with a sample composed by 24 academics. Data had been collected through a half-structuralized questionnaire. It has been approved by the Ethics Committee from Health Sciences Center of Federal University of Paraíba and by the Ethics Committee from Lauro Wanderley University Hospital, under the protocol number 011/09, considering the resolution 196/96 of the National Research Ethics Committee. **Results:** the most participants were female; the practical of hygienic cleaning of the hands is not made in the correct way for the majority of them; the materials and coverings had been used in adequate way. **Conclusion:** the dressing technique is not made, for the majority of the nursing academics, in agreement with what studied literature recommend. **Descriptors:** nursing; wounds and injuries; therapeutics.

RESUMO

Objetivos: conhecer como acadêmicos de enfermagem estão realizando a técnica de curativo, observar a utilização dos princípios técnicos na realização do procedimento e identificar a utilização de materiais adequados para execução do procedimento técnico. **Método:** estudo exploratório, abordagem quantitativa, com amostra composta por 24 acadêmicos. Os dados foram coletados através de um roteiro semi-estruturado. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, sob o seguinte número de protocolo: 011/09. Considerando a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resultados:** a maioria dos participantes era do sexo feminino; a prática de higienização das mãos é feita da maneira correta pela maioria deles; os materiais e coberturas foram utilizados de maneira adequada. **Conclusão:** a técnica de curativo é feita, pela maioria dos acadêmicos de enfermagem, em concordância com o que a literatura pesquisada recomenda. **Descritores:** enfermagem; ferimentos e lesões; terapêutica.

RESUMEN

Objetivos: conocer cómo las académicos están haciendo la técnica de curativo, observar el uso de los principios técnicos en la realización del procedimiento e identificar el uso de materiales adecuados para la aplicación del procedimiento técnico. **Método:** estudio exploratorio, enfoque cuantitativo con una muestra de 24 académicos. Los datos fueron recogidos através de un cuestionario semi-estructurado. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, y por el Comité de Ética del Hospital Universitario Lauro Wanderley, con el número de protocolo siguiente: 011/09, teniendo en cuenta la resolución 196/96 de la Comisión Nacional de Ética en Pesquisa. **Resultados:** la mayoría de los participantes eran mujeres; la práctica de lavarse las manos se hace de la manera correcta por la mayoría de ellos; los materiales y coberturas fueran usados correctamente. **Conclusión:** la técnica de curativo se hace por la mayoría de los académicos de enfermería, de acuerdo con lo que la literatura recomienda. **Descriptores:** enfermería; heridas y lesiones; terapêutica.

¹Enfermeira. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Tratamento de Feridas/UFPB. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem/UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: abamedeiros@gmail.com; ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Tratamento de Feridas/UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: mmjulieg@yahoo.com.br; ³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Doutora em Sociologia. Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: marthamiryam@hotmail.com.br; ⁴Enfermeiro. Mestrando do Programa de pós-graduação em enfermagem/UFPB, Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Tratamento de Feridas. Universidade Federal da Paraíba, Brasil. E-mail: driobs@gmail.com; ⁵Enfermeiro. Pós-Doutor em Enfermagem, Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Coordenador do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem/UFRN. Estágio Pós-Doutoral na Universidade de Évora. Bolsista CAPES. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: gyt@ufrnet.br; ⁶Enfermeira, Doutora em Sociologia, Professora Coordenadora da Escola de Superior de Enfermagem São João de Deus/ Universidade de Évora, Évora/Portugal. Membro do Instituto Universitário de Lisboa/ISCTE, CIES-IUL, Lisboa, Portugal. Preceptora do Estágio Pós-Doutoral. E-mail: fm@uevora.pt

INTRODUÇÃO

Ferida não se resume apenas à perda de solução de continuidade da pele. Tal termo tem um significado que vai além da própria lesão tecidual, é algo que fragiliza e que muitas vezes incapacita, sem obrigatoriamente necessitar de estímulos sensoriais.¹ Frente a esse conceito, realça-se a grande responsabilidade do profissional de enfermagem, o qual lida diretamente no cuidado com o cliente, diante de uma situação de destruição tecidual.

O indivíduo cuidado deve, portanto, ser tratado com base numa visão holística, levando-se em conta suas dimensões biológicas, psicológicas e espirituais, sem esquecer que esta lesão pode estar interferindo na sua qualidade de vida, em sua auto-estima e consequentemente prejudicando o seu emocional.² Tal fato pode estar gerando conflitos não só pessoais mas também familiares, pois surgem necessidades e demandas decorrentes da condição de ser portador de uma ferida.³

O êxito no tratamento de feridas é obtido fazendo-se uso de uma sistematização de ações terapêuticas, a qual deve estar direcionada à avaliação da lesão, buscando informações sobre o estado atual da mesma, para, em seguida, estabelecer a terapia adequada.⁴ A terapia em questão deve ser personalizada, ou seja, deve-se levar em consideração todos os fatores individuais do cliente e os recursos materiais que estão dispostos.⁵ O tratamento de feridas não depende apenas da disponibilidade de materiais sofisticados, mas também da competência do profissional e de sua capacidade de avaliar e escolher a técnica a ser utilizada na situação em questão.⁶

No intuito de avaliar e selecionar a melhor forma de intervenção durante o tratamento de uma lesão, o enfermeiro tem a responsabilidade de conhecer a anatomia da pele, a fisiologia da cicatrização, os materiais modernos disponíveis no mercado, além dos fatores que afetam a cicatrização.⁷ Para tanto, se deve compreender que cicatrização baseia-se numa sequência de eventos que interagem para que ocorra a reparação do tecido lesado, tais eventos dividem-se em três fases: inflamatória, proliferativa e reparadora, as quais seguem uma sequência cronológica.^{6,8}

Na prática, o curativo é procedimento realizado predominantemente por auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo de responsabilidade do enfermeiro a supervisão, a provisão de produtos de acordo com a

disponibilidade da instituição, a orientação, o acompanhamento do procedimento e da evolução do cliente, o desenvolvimento de processos educativos e a avaliação dos trabalhadores.⁹

O estudo proposto é de grande relevância para o ensino, já que permite avaliar o nível de preparo do acadêmico de enfermagem para atuar como profissional; para a enfermagem, melhora a qualidade da assistência prestada, fato que influencia na reabilitação mais rápida do cliente.

OBJETIVOS

- Conhecer a forma com que os acadêmicos de enfermagem estão realizando a técnica de curativo no tratamento de feridas;
- Identificar dos princípios técnicos na execução da técnica de curativo, os cuidados de enfermagem no preparo do paciente e ambiente e utilização de materiais (coberturas e medicamentos) para a execução do procedimento técnico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, com uma abordagem quantitativa, relacionado à atuação dos estudantes de enfermagem na prevenção e no tratamento de feridas. O estudo se desenvolveu no Campus I da Universidade Federal da Paraíba, no Hospital Universitário Lauro Wanderley, localizado no município de João Pessoa, Paraíba, Nordeste-Brasil.

A população constou de 42 alunos do último período (9º) do curso de enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, cursando o Estágio Supervisionado II. A amostra compôs-se de 24 alunos regularmente matriculados no Curso de Graduação em Enfermagem da referida instituição de ensino, os quais desenvolveram atividades práticas nas unidades escolhidas, no período de março a maio de 2010. Tal amostra representou 57,1% da população. Para seleção dos participantes foram seguidos os seguintes critérios: estar matriculado no nono (9º) período do curso; encontrar-se nas unidades de Clínica Cirúrgica, Ala A ou B, desenvolvendo atividades práticas no período de coleta de dados e aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na operacionalização desta pesquisa utilizou-se um roteiro estruturado pertinente aos objetivos estabelecidos. O instrumento utilizado foi um roteiro construído por Pessoa¹⁰ no desenvolvimento da pesquisa intitulada “Observação da técnica de curativo

realizada pelos profissionais de enfermagem”, o qual foi seu Trabalho de Conclusão de Curso. Tal instrumento passou por adequações em alguns itens, com o intuito de adequar-se aos objetivos propostos por esse estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, sob protocolo n. 011/09. Todos os participantes aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹¹ e a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem.¹²

O procedimento de coleta de dados aconteceu através da observação não-participante durante a realização do curativo, desde o preparo da bandeja até a liberação do material contaminado no expurgo e higienização das mãos. Neste tipo de observação, o pesquisador não se integra ao grupo observado, permanecendo de fora. Presencia o fato, mas não participa dele, não se deixa envolver pelas situações, fazendo apenas o papel de espectador.¹³ O período de coleta de dados aconteceu de março a maio de 2010 durante os plantões dados pelos estudantes nas Clínicas Cirúrgicas ala A e ala B.

Os dados foram computados em planilha do Ms Excel e apresentados em forma de tabelas expressos em frequências absolutas e relativas. Em seguida, foram discutidos à luz da literatura pertinente ao estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 24 investigados, 19 (79,2%) são do sexo feminino, e 5 (20,8%) são do sexo masculino. Quanto a idade dos pesquisados, obteve-se uma média de 23,3 anos, variando de 21 a 31 anos, 18 (75,0%) com faixa etária entre 21 e 23 anos, 4 (16,7%) entre 24 e 26 anos e apenas 2 (8,3%) na faixa de 27 anos e mais.

Esse perfil mostra que os acadêmicos de enfermagem historicamente possuem predominância do sexo feminino e jovens, e que a pouca participação masculina se deve em boa parte a fatores culturais os quais se perpetuam até os dias atuais, se tornando uma característica da profissão. Porém, o que se tem observado é, cada vez mais, o aumento gradativo do ingresso de estudantes do sexo masculino nos cursos de graduação em enfermagem e, conseqüentemente, da formação de novos enfermeiros, estes procuram a profissão devido ao amplo campo de atuação.¹⁴

No intuito de realizar um cuidado adequado, as regras e etapas da técnica de

curativo devem ser respeitadas, mantendo-se um procedimento seguro e eficiente. Dessa maneira, alguns aspectos técnicos serão pontuados adiante, os quais envolvem os momentos antecedentes à realização do procedimento, são eles: higienização correta das mãos e assepsia do carrinho ou bandeja de curativos.

No que diz respeito à higienização das mãos, prática tão relevante e imprescindível para a realização do curativo, 23 (95,8%) participantes, a realizaram antes do procedimento e 1 (4,2 %) não a fez. Apenas 19 (79,2%) o fizeram de maneira adequada, ou seja, friccionar palma-a-palma, sulcos interdigitais, palma-dorso, polegares, unhas-palmas e punhos; os outros 4 (16,6%) não realizaram da maneira correta.¹⁵ Após o procedimento, 22 (91,7%) estudantes realizaram a higienização das mãos, e 2 (8,3%) não realizaram. Entretanto, 21 participantes (87,5%) realizaram corretamente e 1 (4,2%) não o realizou de forma adequada.

Comparando os resultados, no que concerne a lavagem das mãos antes e depois do procedimento, pôde-se observar que entre aqueles, 19 (79,2%), que realizaram a lavagem correta das mãos antes do procedimento, 2 (5,3%) deixaram de lavar as mãos após o procedimento. Aquele que não realizou a lavagem das mãos antes, o fez após o curativo, entretanto de forma incorreta. E dos quatro que lavaram as mãos de maneira tecnicamente incorreta antes do curativo, realizaram a lavagem das mãos após o procedimento obedecendo aos princípios científicos. Destaca-se, ainda, que 17 (70,8%) realizaram o procedimento corretamente em ambos os momentos.

Os resultados em questão demonstram que um percentual elevado de alunos deixou de realizar a técnica corretamente, contribuindo, desta forma, para aumentar a probabilidade de o paciente adquirir infecção hospitalar. Vale destacar que o simples fato da não lavagem das mãos, conforme é preconizado, constitui um comportamento inadequado dos alunos que estão concluindo o curso de enfermagem e, brevemente, tornando-se profissionais. Tal resultado corrobora com resultados da pesquisa de Nonino, Anselmi e Dalmas,¹⁶ relativa a avaliação da qualidade do procedimento de curativo, em que é expressiva a não lavagem das mãos antes e após o procedimento, evidenciando que o hábito de lavar as mãos não está incorporado como uma ação de enfermagem importante na prevenção de riscos para os pacientes e trabalhadores.

Podemos acrescentar, ainda, que se configura um tipo de comportamento negligente, já que nenhum participante deixou de realizar o procedimento de lavagem correta das mãos nos dois momentos avaliados, mostrando que não havia o desconhecimento do fato. Essa atitude negligente do aluno, além de trazer riscos para o paciente, também contribui para a transmissão de microorganismos para si próprio e deste para as pessoas do seu convívio pessoal.

A higiene das mãos, quando bem realizada, garante a diminuição da carga de contaminação que poderia ser levada para a ferida. As mãos dos profissionais de saúde são as principais fontes de infecção hospitalar, pois os mesmos lidam com diversos locais e situações de alta concentração de microorganismos, como: feridas infectadas, fezes, lixo, saco coletor de urina, drenos, entre outros. O risco de contaminação com esses materiais é grande e, se não ocorrer a lavagem das mãos, depois do contato com os mesmos e antes da realização do curativo, o controle da infecção não acontece.¹⁷

No intuito de dispor corretamente o material para a realização do curativo, utiliza-se o carrinho de curativo ou a bandeja de curativo. Na pesquisa em foco, observou-se a assepsia da bandeja, por ser o material disponível para tal. Para a assepsia da mesma, a solução utilizada foi o álcool à 70%, por possuir melhor eficácia como germicida, desnaturando as proteínas dos microorganismos. Sendo assim, o emprego da técnica asséptica é fundamental no controle da infecção.¹⁸

Este cuidado foi observado antes e após o procedimento e dos 24 pesquisados, apenas 4(16,7%) realizaram a limpeza da bandeja antes do procedimento, isto mostra que um número predominante dos estudantes, 20(83,3%), deixaram de realizar esse cuidado. Em relação aos cuidados pós procedimento, verificou-se que apenas 5 (20,8%) realizaram a assepsia da bandeja com a solução indicada, e 5(20,8%) o fizeram com água e sabão, os demais 14(58,4%) recolocaram a bandeja em local de origem, sem realizar a limpeza da mesma.

Pôde-se, portanto, verificar que a conduta dos acadêmicos de enfermagem que não executaram os cuidados com a assepsia da bandeja antes e depois do procedimento ora analisado nos reporta a perguntar: Qual o conhecimento dos alunos quanto a importância da realização desse cuidado? Será

que sabem as consequências dessa atitude ante a saúde do paciente? Na ausência da hipótese anterior, esse fato pode ser caracterizado como negligência e, caso haja conhecimento e inobservância dos cuidados exigidos para manutenção da integridade física do paciente, pode caracterizar uma conduta imprudente.¹⁹

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução COFEN-311, Art. 12, o profissional de enfermagem tem a responsabilidade de assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.²⁰

Diante dos significativos números relativos a não realização da assepsia da bandeja de curativos, pode-se evidenciar o grande risco de contaminação do material a ser utilizado nos curativos. Os participantes em questão estão, portanto, contribuindo para o desenvolvimento e infecções hospitalares devido à negligência na realização de tal procedimento.

Os tipos de feridas são classificados, quanto ao grau de abertura, como abertas ou fechadas. Senso assim, as feridas abertas têm as bordas afastadas e as fechadas, justapostas.²¹ Diante disso e observando-se, dentre as 24 situações observadas, 2(8,3%) se enquadram dentro do parâmetro de feridas abertas, e as outras 22(91,7%) situações fazem referência a feridas fechadas. Deve-se considerar que 4(16,7%) feridas fechadas eram acessos venosos centrais e 18(75,0%), feridas operatórias (FO), e destes, 8(44,4%) também estavam fazendo uso de drenos (fechados, abertos).

Tal fato é explicitado pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC²², evidenciando que as principais fontes de infecção de soluções de continuidade são os materiais utilizados, o profissional e o ambiente, de modo que um maior contato da lesão e do material com o ambiente aumenta o risco de contaminação e posterior infecção.

Com relação à orientação do paciente no que se refere ao procedimento a ser realizado, dos 24 estudantes, 21(87,5%), o fizeram e 3(12,5%) deixaram de fazê-lo. Deve-se levar em consideração que nenhum dos pacientes que receberam cuidados estava inconsciente, de modo que tinham condições de receber esclarecimentos acerca do procedimento a ser realizado.

Tabela 1. Distribuição dos discentes quanto ao preparo do paciente e ambiente. João Pessoa, 2010.

Orientação quanto ao procedimento	Nº	%
Realiza	21	87,5
Não Realiza	03	12,5
Local de disposição do material		
Correto	07	29,2
Incorreto	17	70,8

A esse respeito, de acordo com a Lei 10.241 de 17 de março de 1999²³, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo, devemos esclarecer que o paciente deve ter seus direitos respeitados (preservados) e, entre eles está o de receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, o material a ser utilizado, os riscos e consequências indesejáveis se o mesmo não for realizado e a duração esperada do procedimento.

O uso do biombo, no hospital, é um cuidado que se faz necessário por preservar a privacidade do paciente, fato que o deixa mais à vontade no momento da realização do curativo.²⁴ Entretanto, em nenhum dos procedimentos realizados pelos participantes, tal objeto foi utilizado. Ficando claro, portanto, que nenhum participante atendeu ao princípio de resguardar a privacidade do paciente.

Outro aspecto observado foi o local da disposição do material de curativo durante o procedimento. O local devido para a disposição do material a ser utilizado é a mesa que fica ao lado do leito do paciente, pois está livre de contato com o mesmo, evitando que este possa vir a esbarrar no material. Tal fato pode ocorrer se o material for colocado no leito do paciente.²⁵ Sabendo-se disso, 7 (29,2%) dispuseram o material em local apropriado, ou seja, na mesa auxiliar, e 17 (70,8%) não o fizeram, colocando-o sobre o leito do mesmo, aumentando, assim, o risco de contaminação pelo contato.

Durante o procedimento, houve a necessidade de se observar a utilização de máscara cirúrgica pelos estudantes que estavam lidando com as feridas. As máscaras devem ser usadas durante situações com risco de respingos de material orgânico em mucosas nasal, oral e durante o contato com clientes portadores de doenças transmitidas por gotículas ou pelo ar.

Tabela 2. Procedimento de realização do curativo segundo pesquisados. João Pessoa, 2010.

Uso de máscara	nº	%
Sim	19	79,2
Não	05	20,8
Evita conversar durante o procedimento		
Evita	16	66,7
Não evita	08	33,3
Luvas para retirada de curativo anterior		
Sim	22	91,7
Não	—	—
Já havia sido retirado	02	8,3
Abertura do pacote de curativos		
Contamina	—	—
Não contamina	23	95,8
Não foi responsável pela abertura	01	4,2

Desse modo, pôde-se observar que 19(79,2%), fizeram uso de máscara durante o procedimento e 5(20,8%) não fizeram uso. Deve-se salientar que de todos os procedimentos observados, apenas 10(41,7%) lesões se enquadravam como necessário o uso de máscara. Assim, observou-se que dentre aqueles que usaram máscaras apenas 8 (41,2%) participantes o fizeram, justificados pela indicação da realização de curativo em drenos (mobilização e limpeza), deiscência de ferida com a realização de irrigação com soro fisiológico 0,9% através de sonda e 2 (10,5%)

dentre aqueles que não usaram essa EPI , deveriam ter feito uso.

Outro aspecto observado diz respeito ao cuidado do aluno em não conversar durante a realização do curativo, 8(33,3%)não obedeceram a esse princípio e 16(66,7%) respeitaram essa norma, mantiveram-se calados obedecendo aos princípios básicos de evitar situações de risco para a transmissão de microorganismos para a ferida.

As luvas também são materiais utilizados para evitar contaminação. A utilização destas para a retirada do curativo é imprescindível, já que as mesmas impedem o contato com

fluidos orgânicos, mucosa, pele não íntegra e reduzem a transmissão de patógenos de cuidadores para clientes e também entre clientes. As luvas devem ser trocadas após a manipulação de cada cliente e as mãos lavadas após a sua retirada.¹⁷ Marin, Vilela, Takeda e Santos,²⁶ em seu relato de experiência, concordam com o autor anterior e reafirmam a importância da utilização de luvas de procedimento para a retirada do curativo sujo, evidenciando que o uso das mesmas influencia para que o curativo seja realizado respeitando os princípios de assepsia.

Sendo assim, ao se observar o material utilizado para se retirar um curativo anterior, pôde-se perceber que 22(91,7%) participantes utilizaram luvas de procedimento e 2(8,3%) não precisaram utilizar nenhum material pois não havia cobertura anterior ou a mesma já havia sido retirada pelo paciente no banho.

Outro cuidado relevante diz respeito à abertura do pacote de curativos quanto à obediência dos princípios científicos e quanto ao risco de contaminação. Dos 24 profissionais observados, nenhum contaminou o pacote ao abri-lo, 23 (95,8%) abriram da forma correta e não contaminaram, preservando o nível estéril do material, e 1 (4,2%) não abriu o pacote de curativos, pois precipitou-se e calçou as luvas estéreis antes de realizar o procedimento de abertura, pedindo a um colega para fazê-lo.

No que diz respeito à limpeza da ferida, recomenda-se que as feridas sépticas sejam limpas de fora para dentro e as assépticas, de dentro para fora. Isso significa que a limpeza deve ocorrer no sentido do local menos contaminado para o mais contaminado, numa só direção, sem fricção e movimentos de ida e volta, de modo que não haja contaminação do tecido sadio, no caso da ferida séptica, nem da ferida em si, no caso da asséptica.¹⁵

O curativo de lesões fechadas por primeira intenção (incisão simples ou incisão com pontos subtotais ou totais) tem a função de proteção contra traumas mecânicos nas primeiras 24 a 48 horas e devem ser mantidos limpos e secos. As coberturas já não são mais necessárias após esse período, com exceção dos casos de presença de exsudação.⁵

Para se realizar curativo desse tipo de ferida, deve-se proceder a limpeza da incisão com gaze, montada em pinça, molhada com SF 0,9%, fazendo-se movimentos únicos, de cima para baixo e de dentro para fora, ou seja, primeiro na incisão e depois nas laterais; secar a incisão e as laterais da mesma forma. Se tiver ocorrido abertura de pontos, intencional ou não, pode-se introduzir SF 0,9% com o auxílio de seringa e colocar uma gaze

no lado oposto para reter a solução. A troca deve ser realizada a cada 24 horas ou sempre que o curativo apresentar-se úmido. Após o período de 48 horas, estando a incisão seca, não se faz necessário ocluir o curativo.^{5,24}

O curativo de lesão aberta tem função de manutenção da limpeza e tratamento local, com o objetivo de auxiliar o processo cicatricial. Para tanto, a escolha do produto a ser utilizado dependerá das características específicas de cada lesão.²⁴

Sendo assim, a forma correta de realizar o procedimento é utilizar gaze, montada em pinça, molhada com SF 0,9% para a limpeza ao redor da ferida; lavar o leito da ferida com SF 0,9% em jatos através de seringa de 20mL com agulha 40x12; se necessário, fazer remoção de fibrina ou tecido desvitalizado através de força mecânica com gaze embebida em SF 0,9%, tendo o cuidado de realizar movimentos leves e lentos para não prejudicar o processo de cicatrização. Cobrir todo o leito da ferida com gaze embebida em SF 0,9%, de forma a manter o leito da ferida úmido ou fazer uso de algum curativo específico, em seguida, ocluir com curativo secundário seco.⁵

Drenos são dispositivos inseridos com o intuito de manter um canal para retirada de fluidos e exsudatos de feridas ou cavidades. Os cuidados a serem tomados com os locais de inserção desses dispositivos relacionam-se à limpeza para prevenir complicações com a pele adjacente e cuidados específicos com a manipulação do mesmo.²⁴

No que diz respeito à limpeza da inserção do dreno, a mesma deve ser realizada com gaze, montada em pinça, embebida em SF 0,9%, fazendo-se movimentos semicirculares e únicos, primeiramente na inserção do dreno e, em seguida, na área ao redor, secando-se e colocando-se coletor adequado, se necessário.⁵

O procedimento a ser realizado no caso do curativo de inserção de cateter é o seguinte: deve-se limpar o local da inserção do dispositivo com gaze, montada em pinça, molhada com SF 0,9% em movimentos semicirculares e utilizando as duas faces da gaze; em seguida, faz-se a limpeza da área ao redor da inserção do cateter; seca-se as duas regiões (ponto de inserção e ao redor), cada uma com uma gaze; aplica-se, então, a solução antisséptica na inserção, na região ao redor e na extensão do cateter, para prevenir a colonização bacteriana; logo após, aplica-se clorexidina alcoólica na pele circundante com movimentos circulares até 2 cm da pele adjacente distal; por fim, coloca-se gaze no local de inserção ou um protetor semipermeável.⁵

Em outro estudo ¹⁵ não se faz referência ao uso de clorexidina. O mesmo relata que a limpeza do local da inserção de cateteres vasculares, introdutores e fixadores externos deve ser feita com SF 0,9%, em seguida

secando-se com gaze e aplicando-se PVP-I tópico; por fim, oclui-se com uma fina camada de gaze fixada com esparadrapo, ou com uma cobertura semipermeável.

Tabela 3. Distribuição dos acadêmicos de enfermagem conforme a sequência recomendada para a limpeza da ferida. João Pessoa, 2010.

Feridas fechadas	Obedeceram	Não Obedeceram
Ferida Operatória (da incisão cirúrgica para fora; de cima para baixo)	10	-
Ferida Operatória + Drenos (1º ferida, depois dreno: da incisão cirúrgica para fora e da inserção do dreno para fora; de cima para baixo)	07	01
Cateter (da inserção do cateter para fora; de cima para baixo)	04	-
Feridas abertas		
De fora para dentro, ou seja, das bordas para o leito da ferida; de cima para baixo	02	-
Total	23	01

Diante disso, pôde-se observar que 23 (95,8%) obedeceram à sequência recomendada para a limpeza da ferida de que cada um estava tratando. Apenas 1(4,2%) observado não fez da forma correta, ou seja, ferindo os princípios de limpeza da ferida. O estudante em questão limpou a ferida operatória de baixo para cima e o dreno de fora para dentro. Já com relação à utilização de movimentos únicos para a limpeza da ferida, 22 (91,7%) fizeram uso dessa técnica e 2 (8,3%) não fizeram. 24 (100,0%) dos participantes fizeram a limpeza mecânica utilizando gazes e pinças.

A utilização das gazes montadas em pinças é feita, juntamente com o soro fisiológico, para retirar o tecido morto da ferida. Não deve ser feita uma pressão muito grande, pois pode acontecer a retirada não só de tecido desvitalizado, mas também de tecido de granulação e isso não é interessante para a cicatrização eficaz e rápida.¹⁵

A solução fisiológica 0,9% é indicada para limpeza e tratamento de feridas pelo fato de limpar e umedecer as mesmas, favorecendo a formação de tecido de granulação e amolecendo os tecidos desvitalizados. A manutenção do calor local é importante no procedimento de cicatrização, pois facilita a ocorrência das reações químicas (metabolismo, síntese de proteínas, fagocitose, mitose), as temperaturas devem girar em torno de 36,4 °C a 37,2 °C. Por esse motivo recomenda-se a utilização de solução fisiológica 0,9% aquecida, e também manter aquecido o local da lesão.¹⁵

Outra solução utilizada, porém contra-indicada, na limpeza de feridas sem infecção é o PVP-I. Este é citotóxico para feridas e destrói os fibroblastos.²¹ Esta é uma solução anti-séptica e tem ação sobre as atividades celulares e sobre a viabilidade dos fibroblastos

e queratinócitos, que são células presentes no exsudato da lesão, além de atingir os neutrófilos, o que interfere nas atividades imunológicas. Esta solução é indicada para tratamento de infecção de ferida e para a região ao redor da ferida com o intuito de retirar os microorganismos e evitar que os mesmos migrem para o leito da ferida.¹⁸

Sabendo-se da atuação destes dois agentes, incluiu-se no instrumento de coleta de dados a observação referente ao tipo de solução utilizada na limpeza da ferida. Sendo assim, todos os participantes (100,0%) fizeram uso de solução fisiológica 0,9% em temperatura ambiente; e 4 (16,7%) estudantes observados fizeram uso de solução anti-séptica (PVP-I tópico) após utilizar a solução fisiológica nas inserções de acessos centrais.

A forma mais segura de se realizar a limpeza de ferida aberta é através da irrigação da solução com seringa e agulha, sendo a seringa de 20 mL e a agulha de calibre 40x12. A utilização deste material se dá pelo fato de produzir uma pressão ideal e efetiva para facilitar a reparação tecidual, minimizando traumas aos tecidos.²⁷ Porém, o que pôde ser observado durante a coleta de dados foi que nas feridas em que se poderia fazer uso desse tipo de irrigação, não se fez, utilizou-se a limpeza mecânica com gaze montada em pinça.

No que diz respeito à cobertura colocada após a limpeza do curativo, esta deve se adequar ao tipo de lesão. Fez-se uso, portanto, de filme transparente ou membrana de poliuretano em 4 (16,7%) situações, sendo estas inserções de catéteres venosos centrais. A utilização desse tipo de curativo estava correta, pois tal produto é indicado para fixação de cateteres vasculares; Promove a permeabilidade seletiva, permitindo a difusão gasosa e evaporação da água e sendo

impermeável a fluidos e microorganismos, além de poder ser utilizado como curativo secundário.¹⁵

Nos demais curativos, 20 (83,3%), foram utilizadas coberturas do tipo gazes (úmidas, quando em feridas abertas, e secas, quando em feridas fechadas), compressas, ataduras e esparadrapos. Yamada²⁷ confirma o que já foi dito, que em feridas abertas indica-se a colocação de gaze estéril umedecida com solução fisiológica sobre o leito da ferida e nos casos de feridas fechadas, gazes secas e após 24 a 48 horas, não se coloca cobertura.

Com relação ao manuseio do material contaminado, todos os estudantes o fizeram de maneira adequada. De acordo com a rotina das clínicas observadas, desprezam-se as pinças em depósito com solução específica para a limpeza das mesmas; campos ou roupas em baldes destinados para os mesmos; material contaminado em balde com saco específico; líquidos ou secreções em vaso sanitário (estes procedimentos de destino de material e de lixo devem ser feitos com luvas).

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos, nos foi dada a oportunidade de conhecer, de maneira mais aprofundada, o modo com que acadêmicos de enfermagem realizam a técnica de curativo. Constatou-se, portanto, que a técnica de curativos é feita, pela maioria dos mesmos, em concordância com o que a literaturas pesquisadas recomendam.

Esse conhecimento acerca de como realizar o procedimento de curativo e tratar lesões, consequentemente, facilita a atuação desses futuros profissionais no cuidado com qualidade. Porém houve fragilidade em alguns pontos, de modo que os princípios destes não foram respeitados, se fazendo, então, necessário uma supervisão mais apurada e a realização de treinamentos no que diz respeito aos cuidados quanto a contaminação antes e após o curativo, fato que melhoraria ainda mais a qualidade da assistência prestada aos pacientes portadores de lesões.

REFERÊNCIAS

1. Dantas SRPE. Aspectos históricos do tratamento de feridas. In: Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo (SP): Atheneu; 2003. p. 3-6.
2. Azevedo MF. Feridas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
3. Bandeira AG, Bielemann VLM, Gallo CMC, Casarin ST. Assistência de enfermagem aos familiares de clientes portadores de feridas: limites e possibilidades. REV Enferm UFPE Online[periódico na internet]. 2010 out/dez [acesso em 22 nov 2010];4(4):1692-700. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1050/pdf_216
4. Marques RG. Técnica Operatória e Cirurgia Experimental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
5. Bajay HM, Jorge AS, Dantas SRPE. Técnicas básicas para a realização de curativos no âmbito hospitalar. In: JORGE AS, DANTAS SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 69-79.
6. Mandelbaum SH, DI Santis ÉP, Mandelbaum MHS. Cicatrization: current concepts and auxiliary resources - Part II. An. Bras. Dermatol. [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2008 Set 18] 78(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000500002&lng=en&nrm=iso
7. Silva LD, Pereira SRM, Mesquita AMF. Procedimentos de enfermagem: semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2004.
8. Meneghin P, Vattimo MFF. Fisiopatologia do processo cicatricial. In: Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 31-42.
9. Nonino EAPM, Anselmi ML, Dalmas JC. Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. Rev Latino-Am Enfermagem[periódico na internet]. 2008 [acesso em 10 Set 2008] 16(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-692008000100010&lng=en&nrm=i
10. Pessoa OS, Soares MJGO. Observação da técnica de curativos realizada pelos profissionais de enfermagem[Monografia]. UFPB: João Pessoa; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196, de 10 de Outubro de 1996. Brasília;1996.
12. Brasil. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução COFEN-311, de 8 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro; 2007.
13. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
14. Prado LB, Tsuchida LS, Koga LS, França GRL, Gomes PL, Melo KS, et al. A escolha do

Medeiros ABA, Soares MJGO, Costa MML et al.

Dressing techniques: practice of nursing academics...

curso de enfermagem pelo sexo masculino. Londrina: UEL; 2004.

15. Geovanini T, Junior AGO, Palermo TCS. Manual de curativos. São Paulo: Corpus; 2007.

16. NONINO EAPM, ANSELM ML, DALMAS JC. Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. Rev Latino-Am Enfermagem[periódico na internet]. 2008 jan/fev[acesso em 5 dez 2010] 16(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_09.pdf

17. Junior WMC, Nascimento WG. Aspectos microbiológicos e importância do controle das infecções. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2ª ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2007. p. 83-122.

18. Ribeiro SMCP. Soluções anti-sépticas em curativos. In: JORGE AS, DANTAS SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 45-67.

19. Machado ACC. Código de processo civil interpretado. 4ª ed. São Paulo: Editora Manole; 2004.

20. Brasil. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução COFEN-311, de 8 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro; 2007.

21. Gomes FVL, Costa MR, Mariano LAA. Manual de curativos. Goiás: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; 2005.

22. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas Recomendadas - SOBECC. 5ª Ed. São Paulo: SOBECC; 2009.

23. São Paulo. Lei Estadual Nº 10.241 de 17 de março de 1999. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, n. 51. São Paulo; 1999. Seção 1, p.1

24. Silva RCL. Feridas cirúrgicas. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2ª ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2008. p. 363-85.

25. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 6ª ed. São Paulo: Elsevier; 2006.

26. Marin MJS, Vilela EM, Takeda E, Santos IF. Assistência de enfermagem ao portador de alterações na integridade cutânea: um relato de experiência de ensino-aprendizagem. Rev Esc Enferm USP[periódico na internet]. 2002 [acesso em 3 dez 2010] 78(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a06.pdf>

27. Yamada BFA. O processo de limpeza de feridas. In: Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 45-67.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/02/28
Last received: 2011/03/12
Accepted: 2011/03/13
Publishing: 2011/04/01

Address for correspondence

Ana Beatriz de Almeida Medeiros
Rua Aeroporto de Congonhas, 34,
CEP: 59080-520 – Neópolis, Natal (RN), Brasil