



Recebido em
20-07-2017

Aprovado em
16-10-2017

Como citar este artigo

Vieira RQ; Sanchez BCS; Fernandes RP; Dias TN; Aquino UM; Santos AE. [Primeiros escritos sobre os cuidados de enfermagem em feridas e curativos no Brasil (1916-1947)]. Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2017;8(2):106-17.

Primeiros escritos sobre os cuidados de enfermagem em feridas e curativos no Brasil (1916-1947)

First writings on nursing care in wounds and dressings in Brazil (1916-1947)

Primeros escritos sobre los cuidados de enfermería en heridas y curativos en Brasil (1916-1947)

Ricardo Quintão Vieira^I, Bernardete Cristina Silva Sanchez^{II}, Renato Pinheiro Fernandes^{III}, Thais Nayara Dias^{IV}, Urias Mendes de Aquino^V, Audry Elizabeth dos Santos^{VI}

^I Bacharel em Biblioteconomia (USP) e Enfermagem (Uninove). Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. Residente do Programa de Residência em Enfermagem Clínico-Cirúrgica do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: ricqv13@outlook.com

^{II} Bacharel em Enfermagem. Residente do Programa de Residência em Enfermagem Clínico-Cirúrgica do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

^{III} Bacharel em Enfermagem. Residente do Programa de Residência em Enfermagem Clínico-Cirúrgica do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

^{IV} Bacharel em Enfermagem. Residente do Programa de Residência em Enfermagem Clínico-Cirúrgica do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

^V Bacharel em Enfermagem. Residente do Programa de Residência em Enfermagem Clínico-Cirúrgica do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

^{VI} Orientadora. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EEUSP. Doutora em Enfermagem pela Escola Paulista de Enfermagem- UNIFESP. Gerente de Enfermagem do Hospital Sírio Libanês. São Paulo, Brasil. E-mail: audry.santos@hsl.org.br

RESUMO

Introdução: os cuidados de enfermagem em feridas e curativos estão presente desde as primeiras publicações na área da saúde, indicando uma atribuição técnica enraizada em sua rotina profissional.

Objetivo: investigar os primeiros escritos brasileiros sobre os cuidados de enfermagem em feridas e curativos publicados em livros e artigos. **Método:** Optou-se por uma pesquisa documental, com uso de periódicos e livros publicados até 1949. Os textos foram buscados, lidos e compilados de acordo com os tipos de feridas e curativos, as atribuições dos enfermeiros, cuidados específicos, materiais e instrumentais. **Resultados:** oito livros brasileiros sobre a formação educação profissional de enfermeiros descreveram os cuidados gerais em curativos, além de enfatizar técnicas relacionadas à irrigação contínua de feridas, queimaduras e úlceras por pressão. **Conclusão:** os primeiros escritos sobre os cuidados

sobre feridas e curativos apresentaram diversificação e complexidade quanto aos recursos materiais e técnicas de aplicação, muitos deles de nomenclatura peculiar à época, o que provavelmente influenciou o repertório de conhecimentos e a formação dos incipientes enfermeiros profissionais.

Descritores: História da Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Ferimentos e Lesões, Bandagens.

ABSTRACT

Introduction: the nursing care in wounds and dressings has been present since the first publications in the health area, indicating a technical assignment rooted in its professional approach. **Objective:** to investigate the first Brazilian writings on nursing care in wounds and dressings published in books and articles. **Method:** We opted for a documentary research based on Brazilian periodicals and books published until 1949. The texts were searched, read and compiled according to types of wounded and dressings, the attributions of the nurses, specific care, materials and instruments. **Results:** eight Brazilian books about the professional nursing education described the general care in dressings, besides emphasizing techniques related to the continuous irrigation of wounds, burns and pressure ulcers. **Conclusion:** the writings about wounds and dressings presented diversification and complexity of material and technical resources of application, many of them of nomenclature peculiar to the time, which probably influenced the repertoire of knowledge and the formation of the incipient professional nurses.

Descritores: History of Nursing; Nursing Care; Wounds and Injuries; Bandages.

RESUMEN

Introducción: los cuidados de enfermería en heridas y curativos están presentes desde las primeras publicaciones en el área de la salud, indicando una asignación técnica enraizada en su rutina profesional. **Objetivo:** investigar los primeros escritos brasileños sobre los cuidados de enfermería en heridas y curativos publicados en libros y artículos. **Método:** se optó por una investigación documental, con uso de periódicos y libros publicados hasta 1949. Los textos fueron buscados, leídos y compilados de acuerdo con los tipos de heridas y curativos, las atribuciones de los enfermeros, cuidados específicos, materiales e instrumentales. **Resultados:** ocho libros brasileños sobre la formación educación profesional de enfermeros describieron los cuidados generales en curativos, además de enfatizar técnicas relacionadas a la irrigación continua de heridas, quemaduras y úlceras por presión. **Conclusión:** los primeros escritos sobre el cuidado de heridas y curativos presentaron diversificación y complejidad en cuanto a los recursos materiales y técnicas de aplicación, muchos de ellos de nomenclatura peculiar a la época, lo que probablemente influyó el repertorio de conocimientos y la formación de los incipientes enfermeros profesionales.

Descriptores: Historia de la Enfermería; Atención de Enfermería; Heridas y Lesiones; Vendajes.

INTRODUÇÃO

Os primeiros registros históricos sobre os cuidados de feridas estão presentes em blocos de argilas (2.500 a.C.), documentos em sânscritos (2.000 a.C.), papiros (1.650 a 1.550 a.C.) e escritos de Homero (800 a.C.) que descreveram a tríade clássica de intervenção para a terapia dermatológica para a cicatrização: lavar, cobrir com plastos (de óleo, cobre, zinco, prata, mercúrio, argila, plantas, resinas, vinagre, água quente, pão úmido, leite, mel, gordura animal, vinho, cerveja etc.) e, por último, proteger a ferida¹⁻³.

Essas intervenções baseavam-se em conhecimentos empíricos, mágicos e na patologia humoral, que consistia no equilíbrio do corpo humano em quatro humores básicos: sangue, catarro, bÍlis amarela e bÍlis negra, cujo desequilíbrio entre esses elementos causariam os males que prejudicavam a saúde em diversos aspectos⁴⁻⁵.

Diferentes abordagens de tratamento atravessaram séculos na história, como a manutenção do leito úmido da ferida pelos egÍpcios ou, ainda, pela conduta de gregos hipocráticos na produção

benéfica de pus na lesão³. Por sua vez, as técnicas que envolviam as coberturas por gazes sobreviveram longos períodos como a Idade Média, Renascimento e despontaram na Idade Moderna como alternativas duradouras de tratamento².

O debridamento de feridas avançou no Século XVI por meio de técnicas de limpeza com ferro em brasa e óleo quente. Nesse período, tem-se a primeira tentativa da abordagem holística de cuidado, estabelecida por Paré (1509–1590), que defendia a inclusão de nutrição adequada, controle de dor e assistência psicológica ao paciente³.

Acontecimentos marcantes do Século XVIII possibilitaram o desenvolvimento de produtos médico-hospitalares, além da melhoria das técnicas de intervenção em feridas, como a invenção do microscópico óptico, que possibilitou a criação da teoria celular, o desenvolvimento dos métodos de assepsia e antisepsia por Semmelweis (1.818–1.865), Pasteur (1.822–1.895) e Koch (1.843–1.910), além da produção dos primeiros antimicrobianos e antibióticos sistêmicos³.

Os profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, estavam inseridos nesse contexto social, cultural, científico e tecnológico com a mistura de práticas antigas e modernas de assistência a pacientes com feridas agudas e crônicas. Ao se investigar o desenvolvimento desse assunto em revistas publicadas no período anterior à Segunda Guerra Mundial, os enfermeiros já eram responsáveis pelos curativos de feridas em hospitais, domicílios e indústrias.

Aliás, a atuação de enfermeiros tecnicamente despreparados em campos de guerras foi tema de discussões entre médicos, oficiais do exército, membros do governo e ativistas da Cruz Vermelha na Inglaterra, devido à má qualidade da assistência de enfermagem que era prestada em campos de batalha⁶⁻⁷.

Esse despreparo de enfermeiros ocorreu devido à crescente demanda de cirurgias pela limpeza e esterilização dos instrumentais, fios de sutura e cobertura de curativos. Na década de 1940, um relato de experiência de um cirurgião afirmava que as infecções em feridas operatórias ocorriam devido à combinação de fatores relacionados aos recursos físicos e materiais das enfermarias, mas principalmente dos recursos humanos, citando especificamente os enfermeiros⁸.

Ele relatou técnicas inapropriadas de curativos, mesmo após orientações verbais, que não eram devidamente seguidas⁸. Devido a esse problema, ele passou dar as ordens registradas ao enfermeiro-chefe, que repassava aos seus enfermeiros subordinados, defendendo a ideia de que as enfermarias deveriam seguir os mesmos procedimentos de limpeza e assepsia das salas de operação. Após um ano seguindo essa linha de trabalho, obteve sucesso na redução de infecções de incisões operatórias, sendo que apenas 2% dos pacientes apresentou supuração de ferida⁸. Essas intervenções incluíam técnicas de lavagem de mãos dos enfermeiros antes dos curativos⁸.

Em outros relatos de caso, os médicos visitavam os pacientes, porém os enfermeiros estavam ocupados para atendê-los ou vice-versa. Essa incompatibilidade de horários causava desconforto para ambos os profissionais, além do paciente. Desde então, discutia-se a centralidade do cuidado, se era no paciente ou na disponibilidade dos profissionais envolvidos⁹. Como rotina, um hospital militar adotou a avaliação de feridas pelo médico a cada três dias, sendo que os enfermeiros identificavam as coberturas com datas. Havia casos em que os curativos eram realizados simultaneamente em toda a enfermaria, utilizando materiais compartilhados, limpos e esterilizados¹⁰.

Alguns hospitais disponibilizavam enfermeiros especialistas e até setores específicos para curativos, surgindo a figura do “enfermeiro do curativo”, responsável por acompanhar as visitas dos cirurgões no pós-operatório¹¹.

As estruturas físicas voltadas especificamente para esse trabalho eram chamadas de “unidades de curativo”, com recursos físicos e materiais específicos. Nesses setores, a equipe era formada por um médico, um enfermeiro assistente e um enfermeiro circulante. Várias técnicas assépticas e de manipulação de coberturas eram realizadas, inclusive com o uso de máscaras¹².

Por outro lado, os enfermeiros poderiam atuar em hospitais com condições precárias de atendimento a feridos de guerra. Havia limitações econômicas para materiais, instrumentais e esterilizadores, com uso de panelas para fervura de água. Além disso, muitos materiais eram reaproveitados rapidamente, como as faixas de *smarch* e as bandagens triangulares¹⁰.

Destacam-se diversos artigos de enfermeiros preocupados com a montagem, melhoria e otimização dos carrinhos de curativos, com descrição textual, ilustrada e fotográfica sobre o layout, distribuição de materiais e instrumentais^{11, 13-15}.

Diversas técnicas de curativos foram descritas por enfermeiros, como a drenagem à vácuo de feridas cirúrgicas, irrigação contínua por gotejamento de cateter, ferimentos com armas de fogo, extração de balas e estilhaços, curativos infectados, feridas com gangrena e tétano, úlceras por pressão, entre outros¹⁰⁻¹⁸. Esses curativos eram utilizados em diversas regiões anatômicas como a cefálica, abdominal, membros, tórax e abdomen¹⁷⁻²⁰. Os pacientes com câncer também recebiam curativos por enfermeiros devido aos procedimentos cirúrgicos em mama, boca, face, pescoço, antebraço e abdômen para inserção de colostomias^{18,21}.

Em domicílio, houve um relato de cuidado de enfermagem no cordão umbilical em recém-nascidos²².

Destaca-se ainda a presença de enfermeiros em empresas e escritórios, atuando em acidentes laborais. Essa preocupação baseava-se na necessidade econômica de se realizar curativos eficientes que proporcionassem o retorno rápido do acidentado ao seu ambiente de trabalho²³.

A descrição dessas publicações internacionais, especificamente as norte-americanas, indica grande responsabilidade dos enfermeiros na atuação de tratamentos em feridas. Essas atribuições foram provavelmente transmitidos aos primeiros enfermeiros profissionais do Brasil, sendo estes aculturados no modo de cuidar norte-americano. A Escola Anna Nery pode representar bem esse exemplo: criada, dirigida e guiada inicialmente por enfermeiras norte-americanas, o ensino dessa escola tornou-se padrão, por meio do Decreto 20.109 de 15 de junho de 1931, para as demais escolas de enfermagem brasileira por muitos anos²⁴⁻²⁵.

Diante dessa transposição de conhecimentos para os primeiros enfermeiros profissionais brasileiros, surgiram algumas questões: Quais foram os primeiros escritos sobre as atribuições de enfermagem em tratamentos de curativos? Quais foram os primeiros escritos sobre os cuidados de enfermagem em feridas? Quais eram as técnicas, materiais e instrumentais utilizados em feridas?

Assim, o objetivo da presente pesquisa é investigar os primeiros escritos brasileiros sobre os cuidados de enfermagem em feridas e curativos descritos em fontes de informações de enfermagem publicadas no território nacional.

MÉTODO

Optou-se por uma pesquisa documental, caracterizada pela coleta, análise e descrição de informações provenientes de documentos primários que ainda não foram apreciados por pesquisadores de determinada área do conhecimento²⁶. Além disso, os estudos de natureza documental são inovadores pois os mesmos documentos investigados podem ser investigados por pessoas diferentes ou em épocas diferentes a fim de serem reexaminados, reinterpretados de forma complementar ou, ainda, diferente da primeira análise realizada²⁷.

Atualmente, os enfermeiros pesquisadores apresentam-se cada vez mais dispostos a produzir mais conhecimentos históricos e, para isso, os documentos são fontes importantes para a formulações de questões em História da Enfermagem²⁸, em especial da História do Cuidado de Enfermagem.

Essa abordagem histórica consiste na investigação do seu fazer perante a sociedade, dos conhecimentos, habilidades e competências necessárias para que uma pessoa pudesse ser reconhecida como profissional de enfermagem em determinados recortes temporais e geográficos.

O olhar para o passado das técnicas da enfermagem permite não apenas levantar situações curiosas ou bizarras de atuação de enfermeiros, mas entender como os cuidados ao paciente eram percebidos, esperados, aceitos e compreendidos pela sociedade, pelos profissionais de saúde e pelos próprios enfermeiros.

Os cuidados de enfermagem representam os contratos sociais entre enfermeiros e sociedade sobre o que é permitido fazer com os pacientes sob a sua responsabilidade, e por meio do estudo histórico pode-se entender como contratos são suspensos, modificados ou perpetuados, conforme a mudança de fatores sociais, culturais, científicos, governamentais, religiosos, filosóficos, econômicos, entre outros.

Para guiar essa investigação, determinaram-se as fontes de pesquisa e o recorte temporal. As fontes de informações foram compostos de livros e artigos de periódicos voltados para a Enfermagem brasileira.

Os artigos publicados na revista “Annaes de Enfermagem”, único periódico da enfermagem vigente do ano de 1932 a 1941, foram lidos, pesquisando-se por aqueles que abordaram o assunto do presente objeto de pesquisa.

Além disso, buscou-se livros de enfermagem publicados até o final da década de 1940. Consultaram-se diversos catálogos de bibliotecas universitárias do Estado de São Paulo e sebos de livros antigos, cujos títulos foram consultados.

O recorte temporal do presente estudo deteve-se entre os anos de 1890 e 1949.

Em 1890, iniciou-se a partir da primeira experiência brasileira de profissionalização da enfermagem, no Rio de Janeiro, por meio da criação da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospício de Alienados²⁹, fato que deve ter reforçado a necessidade de formalização e sistematização de conhecimentos que pudessem ser construídos, registrados, disseminados e conservados na forma de fontes de informações, como livros, manuais, periódicos, entre outros.

Por sua vez, o final década de 1940 foi marcado pelo fim da tecnologia artesanal do cuidado de enfermagem, conforme proposta de Margarete Sandelowski³⁰. Essa abordagem indicava um modelo de cuidados de enfermagem baseados em competências manuais e instrumentais que valorizavam a destreza psicomotora, a força física para manipulação do corpo humano e as técnicas básicas de sondagem, cateterismo, injeções parenterais, curativos, entre outros. A tecnologia artesanal dos cuidados de enfermagem está presente nas primeiras formações profissionais da enfermagem brasileira, principalmente nas questões técnicas como os curativos, que dependem de habilidades manuais para serem executados.

Após a seleção dos textos selecionadas para a pesquisa, procedeu-se à leitura atenta e crítica dos mesmos, buscando-se extrair as informações relacionadas sobre feridas e curativos, as atribuições dos enfermeiros, cuidados específicos, materiais e instrumentais. O volume de dados semelhantes permitiu a reunião dos achados em quatro categorias relacionadas com os cuidados de enfermagem em feridas e curativos: cuidados gerais em curativos, irrigação contínua de feridas, queimaduras e úlceras por pressão.

É importante salientar que a leitura do documento pode apresentar diversos obstáculos à compreensão devido à presença de expressões em desuso e as diferenças de grafias utilizadas nos documentos originais, o que leva à necessidade de consultas a dicionários gerais e especializados na área da Saúde e de Enfermagem ou à consulta de materiais de referências publicadas no mesmo recorte temporal no intuito de se compreender os termos e expressões apresentados no texto original²⁸.

Para a presente pesquisa, utilizou-se diversas fontes de informações alternativas que pudessem ilustrar o significado e a descrição dos instrumentos, materiais, soluções e expressões que pudessem enriquecer os achados. Devido ao número expressivo dessas descrições, foram eleitas as notas de rodapé como opção de exibição de informações com o objetivo de se manter a fluidez na descrição histórica das informações estritamente pertencentes às fontes primárias.

Para discutir os achados, foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde, de qualquer fonte de informações, pertencentes ao mesmo recorte temporal, de 1890 a 1949, utilizando as expressões com truncagem (*): “curativo*”, “feri*”, “úlcer*”, “queimad*”, “escara*”, “irriga*”, “carrel”, pois foram os mais expressivos no texto coletado. Esses termos foram aplicados em campos gerais de buscas, sendo filtrados pelos critérios: bases de dados nacionais, recorte temporal da pesquisa e disponibilidade de texto completo. Após essa pesquisa, foi recuperado apenas um resultado, e mesmo assim não pertinente à pesquisa.

Não foi necessária a submissão da presente pesquisa a algum Comitê de Ética em Pesquisa, pois as fontes de informações consistiram em documentos publicados.

RESULTADOS

Após a busca das fontes de informações, foram lidos 155 artigos da Revista Annaes de Enfermagem, publicados entre 1932 e 1941, e não foram encontrados resultados significativos para o objeto da presente pesquisa.

Posteriormente, foram lidos 14 livros sobre enfermagem publicados no Brasil, entre 1916 e 1947, o que possibilitou a recuperação de oito fontes de informações que trouxeram conteúdos relacionados aos cuidados de enfermagem em feridas, curativos e cuidados com pele³¹⁻³⁸.

A leitura e extração de informações permitiu desenvolver quatro categorias que foram consideradas mais relevantes: cuidados gerais em curativos, irrigação contínua de feridas, queimaduras e úlceras por pressão, descritas a seguir.

Cuidados gerais em curativos

O curativo consistia no emprego de recursos físicos e químicos com o objetivo de facilitar a cura de uma lesão cirúrgica ou externa, evitar infecção, prevenir traumas externos, destruir microrganismos, facilitar a drenagem rápida e completa de exsudatos, manter os medicamentos no local e criar o ambiente favorável para a cura, proporcionando limpeza e o conforto do paciente^{31,33}. A presença de “botões carnosos”³⁷ indicava a formação de tecido novo e o fechamento da ferida³¹.

A assepsia e a antisepsia já se apresentavam como bases de conhecimento empírico para a realização de curativos. O termo assepsia referia-se à ausência de microrganismos, enquanto que antisepsia consistia na eliminação desses agentes biológicos. Esses princípios já eram aplicados em procedimentos que envolviam as mãos, instrumentais, caixas para curativos e até para os materiais básicos como algodão, gaze e ataduras³¹.

Os curativos eram classificados quanto à presença ou não de microrganismos na lesão. Quando assépticos, se utilizam materiais esterilizados ou antissépticos; ou sépticos, em que se utilizam soluções e materiais especiais para a cobertura^{31,34}.

Essas feridas sépticas poderiam ser drenadas por meio de tubos apropriados (drenos), inseridos em cavidades naturais ou acidentais³⁴. Se estivessem em processo de tratamento, o enfermeiro deveria investigar a presença de um cordão endurecido ao longo do leito da ferida com secreção purulenta, que desapareceria até a cura definitiva. Em feridas não tratadas, esperava-se odor fétido, edema e pus exacerbado³⁵.

As lesões poderiam ainda ser classificadas conforme a origem e o tipo. Os ferimentos por contusão eram acompanhados de aplicações de frio úmido local, compressas salinas ou solução chamada de vegeto-mineral⁸ ou solução de chumbo⁹. Em alguns casos, realizavam-se massagens para facilitar a reabsorção da equimose³⁷.

Os ferimentos por incisão utilizavam um tampão de gaze esterilizada, preso por uma atadura³⁴. Havia ainda os ferimentos por escoriação e perfurantes. As feridas cortantes ainda poderiam ser classificadas como imediatas ou secundárias, quando suturadas³⁷.

Por sua vez, os ferimentos causados por projéteis requeriam manutenção intacta dos orifícios, sem exploração da ferida. Quando havia estilhaços de projétil de grande calibre, tentava-se retirar os corpos estranhos com lavagens abundantes³⁵.

Os curativos poderiam ser descritos conforme a região anatômica do corpo, como por exemplo, na cavidade abdominal, no qual o paciente era mantido em jejum. Na região torácica, mantinha-se a imobilização do tronco. Havia os ferimentos em região craniana e maxilares, sendo mantido repouso absoluto, compressas de gelo e soluções especiais de óleo canforado e caféina³⁵.

Os curativos ginecológicos eram realizados com o espéculo, seringa de Braune, pinça longa e tampões retangulares de algodão. Na região uretral, havia a necessidade de se utilizar o uretroscópio e o cistoscópio. O espéculo também era utilizado nos curativos da região retal, nariz e ouvido. Os olhos requeriam uma sonda de Braune, frascos de conta-gotas e de lavagem³⁴.

Recomendava-se posicionar o paciente em decúbito dorsal para evitar vertigens ou síncope. Entretanto, poderia haver necessidade de utilizar a posição ginecológica para os curativos no aparelho reprodutor feminino, reto e ânus. Por sua vez, para os curativos oftalmológicos ou otorrinolaringológicos, o paciente permanecia sentado com a cabeça reclinada para trás. Essa posição também era utilizada na região dos dedos, mãos e cabeça³⁴.

Os instrumentais utilizados nos curativos consistiam em pinças (Pean, Michel, Kocher, de dissecação e dente de rato), tesouras (retas, curvas e de ablação), estiletos, bisturis de cabo fixo, navalhas cirúrgicas e tentacânulas³³⁻³⁵. Além disso, utilizavam-se agulhas de Reverdin para fios de sutura, cubas, afastadores de Farabeuf para bordas de feridas e baldes³⁵. Os tubos para drenagem poderiam ser feitos de borracha com orifícios laterais, de vidro, alumínio e metal niquelado (dreno de Mouchotte, utilizado para o útero). Quando associado à gaze, o dreno³¹ era denominado de Mikulicz¹⁰. A Figura 1 ilustra alguns desses instrumentais para o curativo.

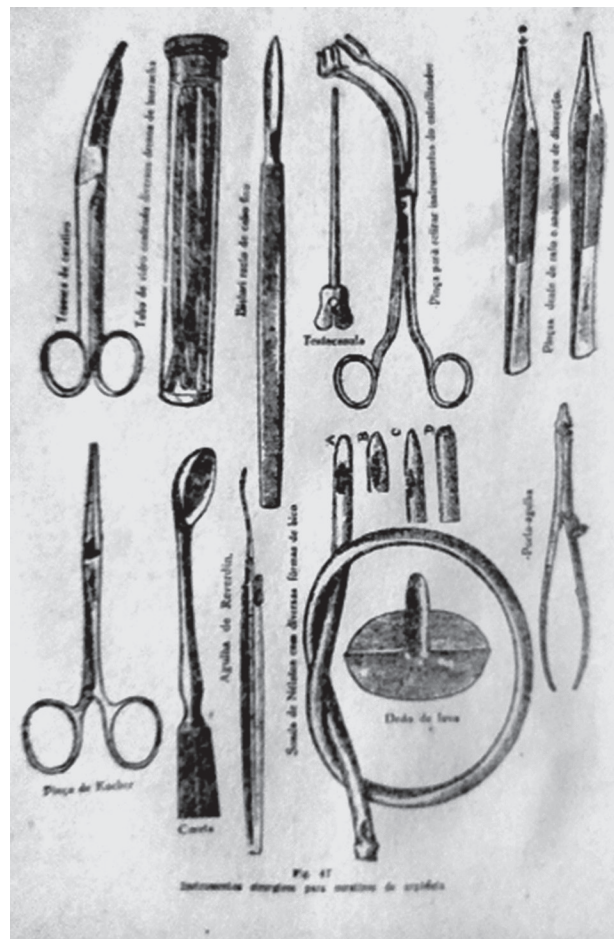


Figura 1 – Ilustração de alguns instrumentais para curativos de urgência. De cima para baixo, da esquerda para direita, têm-se: pinça de Kocher, cureta, agulha de Reverdin, sonda de Nelaton (com diversos bicos), dedo de luva (dentro da sonda), porta-agulha, tesoura de curativo, tubo de vidro com drenos de borracha, bisturi reto de cabo fixo, tentacânula, pinça para retirada de instrumentos do esterilizador, pinça dente de rato e de dissecação. Fonte: Magalhaes EA. Noções práticas de socorros de urgência e enfermagem. [Rio de Janeiro]: [Laemmert]; 1942. p. 60.

Os materiais de consumo consistiam em palitos esterilizados, dedos de luva para desbridar abscessos, gazes (musselinas¹¹, antissépticas, iodoformadas), algodão hidrófilo, ataduras (gaze, cambraia e linho), papel apergaminhado (impermeáveis a líquidos), tecidos impermeáveis (borracha), compressas e esparadrapo^{33, 35, 37}.

Por sua vez as soluções utilizadas nos ferimentos eram bem diversificadas, indicando muitas opções para os enfermeiros, entre elas a água oxigenada, tintura de iodo, colódio¹², nitrato de prata a 2% ou 10%, cloreto de zinco, pós secativos puros ou em forma de pomada (dermatol¹³, aristol¹⁴, oxydo, peroxydo de zinco ou ektogan), solução bicarbonatada e pomada (de lanolina¹⁵, neutra, Reclus¹⁶), iodofórmio, ácido fênico, ácido bórico, vaselina esterilizada¹⁷, mertiolato¹⁸, cromo, viofórmio¹⁹, sulfamida²⁰, água fervida, ácido tânico²¹ a 5%, líquido de Dakin²² (hipoclorito de sódio e ácido bórico²³) e geléia²⁴ de Amertan^{31, 34, 37}.

Os instrumentais, materiais de consumo e soluções poderiam ser organizados em carrinhos de curativos, conforme pode se apreciar na Figura 2.

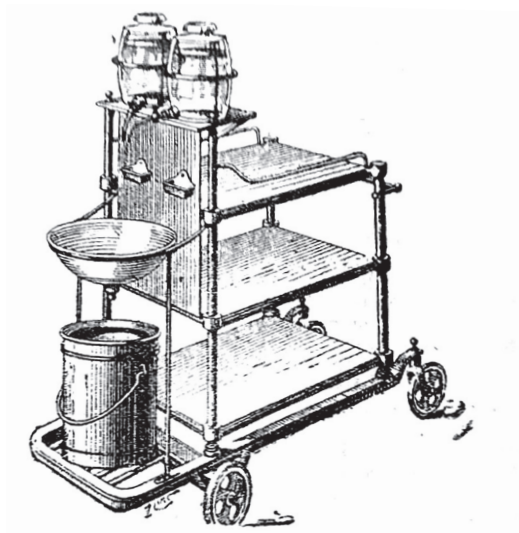


FIG. 79 – Carro lavabo para curativos

Figura 2 – Ilustração de carro e lavabo para curativos. Fonte: Santos GF. O livro do enfermeiro e da enfermeira: para uso dos que se destinam a profissão de enfermagem e das pessoas que cuidam dos doentes. Rio de Janeiro: Difusão; 1916. p. 179.

Os enfermeiros realizavam cuidados dermatológicos que envolviam outras soluções de continuidade como brotoejas, picadas e mordidas de animais, com uso de pasta de bicarbonato de sódio ou solução de amônia, além da remoção de ferrão de insetos³⁸.

Irrigação contínua de feridas

A irrigação contínua de feridas, também denominada de método de Carrel²⁵, era reconhecida como técnica importante de curativos, apesar de trabalhosa, pois requeria assistência constante, o que não era possível na maioria dos serviços^{31, 33-34}.

O método de irrigação de feridas utilizava como princípio o sistema gravitacional com bandeja, seringa ou barril de Janet³³. O irrigador suspenso ficava entre um e um metro e meio acima do leito do paciente, contendo a solução antisséptica e um tubo de borracha. Por sua vez, a ferida era coberta por tampão ou compressas de gaze, algodão não hidrófilo, fixados de forma frouxa, permitindo a permeabilidade dos tubos³⁴. Esse sistema pode ser apreciado na Figura 3, a seguir.

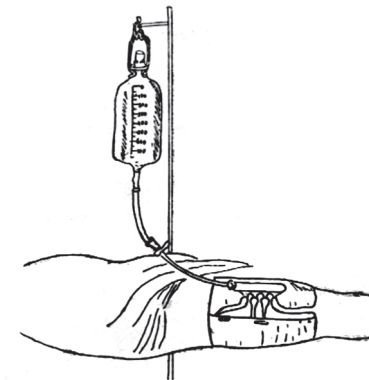


Figura 3 – Ilustração da aplicação do método de Carrel em coxa direita do paciente. Fonte: Vidal ZC. Technica de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara; 1933. p. 140.

As soluções antissépticas eram alvos de polêmicas, pois já se conheciam as suas propriedades histológicas, principalmente o sublimado²⁶, ácido fênico e o formol. Como opções menos irritantes havia o líquido de Dakin-Carrel (ou Líquido de Dakin), o mais recomendado, que era semelhante ao pó de Vincent²⁷ ou à água de Labarraque²⁸ diluída. Essas soluções à base de cloro foram utilizadas durante as guerras devido às suas propriedades menos irritantes para a pele e ao seu baixo custo de aquisição^{31,34,37}.

A irrigação poderia ser utilizada em pós-operatórios, em cavidades naturais (nariz, ouvido, vagina, útero, uretra e bexiga) ou ainda para tratamento de feridas com esfacelo ou supuração³⁷. Em uma referência, a irrigação era um procedimento médico, nos quais os enfermeiros apenas colaboravam na entrega de materiais e assistência ao paciente durante o procedimento³⁴. A manipulação da técnica pode ser observada na Figura 4, a seguir.



Figura 4 – Ilustração de enfermeira manipulando e controlando o fluxo do sistema de irrigação do curativo. Fonte: Possolo A. Curso de enfermeiros. [Rio de Janeiro]: Freitas Bastos; 1939. p. 177.

Queimaduras

As queimaduras eram classificadas em quatro graus, conforme o comprometimento tecidual. Quando ocorriam lesões de primeiro grau, utilizava-se pó de amido canforado²⁹, linimento³⁰ calcário³¹, solução de bicarbonato de sódio, talco boricado ou compressas de água boricada fria^{35,38}. Quando causadas por agentes químicos, eram lavadas com grande quantidade de água fervida para diluição do agente químico, com o objetivo de diminuir sua ação sobre os tecidos³⁷. As classificações podem ser apreciadas segundo a área de extensão, conforme se observa na Figura 5.

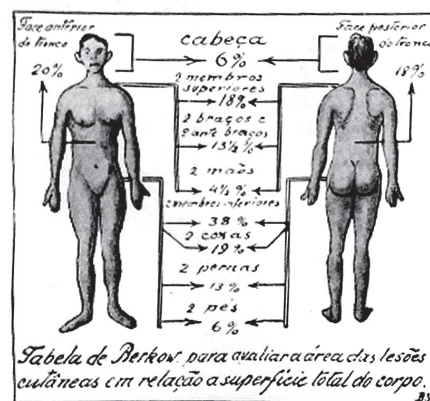


FIG. 40
Esquema ou tabela de Berkow

Figura 5 – Tabela de Berkow, utilizada para avaliação da extensão de queimaduras corporais para mensurar a gravidade da queimadura. Fonte: Briquet R. Manual da socorrista de guerra. São Paulo: Empresa Gráfica da Revista dos Tribunais; 1943. p.68-9.

As queimaduras de segundo grau: as vesículas e flictenas (bolhas serosas), não deviam ser rompidas, e sim drenadas por meio de uma punção asséptica com ponta flambada de agulha³⁵. Para isso, as bolhas e suas bordas eram preparadas com água e sabão, enxugadas e pinceladas com iodo a 2% ou mercúrio cromo. Após a drenagem, enxugava-se com gaze esterilizada e a cobertura era realizada com uma espessa camada de algodão hidrófilo^{34-35,37}. O uso de iodo sobre as lesões não era um consenso entre os enfermeiros³⁸.

Algumas vezes, aplicava-se uma camada de geleia não gordurosa de sulfamida. Nas queimaduras causadas por óleo ou gorduras utilizava-se a benzina como dissolvente³⁷. Em outras situações, uma leve camada de ambrina³² era aplicada sobre a ferida, previamente seca por uma ducha de ar quente, cuja troca era realizada diariamente³⁴. Por sua vez, a tanagem³³ consistia na pincelagem da área queimada com solução de ácido tânico a 5% e, após alguns minutos, uma solução de nitrato de prata a 10%³⁷.

As queimaduras de terceiro grau eram tratadas integralmente com compressas quentes embebidas em água, água boricada, solução de ácido tânico a 1 ou 4%, diadermina boricada³⁴, solução saturada de ácido pícrico³⁵ e sulfato de cobre³⁶, linimento de óleo calcário timolado³⁷ ou líquido de Dakin³⁵.

As queimaduras de quarto grau ou a carbonização envolviam procedimentos radicais como a amputação de membros³⁵. Eram cuidadosamente limpas em ambientes antissépticos, por meio de lavagem com água e sabão esterilizados, aplicados por meio de esponjas de gaze fina³⁷. A região carbonizada era envolvida com gaze asséptica e algodão hidrófilo ou coberto com compressas umedecidas em soluções antissépticas³⁵.

Ao se deparar com tantas referências de soluções que eram aplicadas sobre o leito da ferida provocada em tecidos queimados, reflete-se sobre seu impacto sobre o aspecto doloroso ao qual o paciente estava submetido tanto na aplicação e sua retirada entre os curativos, já que as medidas para diminuir esse sofrimento foi praticamente inexistente.

Úlceras por pressão

Denominadas de escaras por decúbito, os enfermeiros já apresentavam noções sobre os pontos de pressões sobre a pele e sua relação com as proeminências ósseas, especialmente nas regiões sacra, coluna vertebral, escápulas e os calcanhares. Ensinava-se que as pessoas magras eram susceptíveis por conta da sobrecarga de pressão corporal. O enfermeiro cumpria as prescrições feitas pelo médico e mantinha a ferida livre de sujeiras, a fim de evitar as graves infecções na úlcera.^{29,33}

Além disso, avaliava o aparecimento de manchas dolorosas e vermelhas. Se ele fizesse uma pressão momentânea com os dedos sobre esses pontos avermelhados e se mantivessem, uma úlcera por pressão já estava em formação^{32,36}.

A prevenção dessas lesões consistia em ações de esticar os lençóis, mantê-los secos e livres de migalhas de pão e outros alimentos, mudar frequentemente o paciente de decúbito e realizar a higiene após micções e evacuações³⁸. A pressão nos pontos proeminentes poderia ser alternada com auxílio de coxins de grãos finos, rodas pneumáticas de borracha, rodilhas de algodão e ataduras, coxins de água morna, colchão de água e ar^{32-33,38}.

A cama de água tinha a função dupla de para aliviar pressão e fornecer calor ao corpo. Para isso, a cama era esvaziada diariamente e preenchida com água a 38°C. Por sua vez, a cama de ar exigia preparo local especial com bombas de preenchimento, cobertores e tábuas especiais devido aos estrados de madeira presentes na época³³.

Quando se identificava sinais de dor e vermelhidão na pele, o enfermeiro banhava frequentemente a região com água fria, água e sabão, água com vinagre, água ardente, vinho ou suco de limão^{32,37}. Em seguida massageava-se o local utilizando-se álcool, manteiga de cacau, óleo de amêndoas, lanolina, talco ou pomada isolante³⁷⁻³⁸. Acreditava-se que essa conduta aumentava a irrigação sanguínea e com isso, aumentava-se a resistência da pele³². Também não havia consenso entre os enfermeiros sobre o uso de álcool e talco, que detinham o potencial de ressecamento da pele³⁸.

Em úlceras formadas, os curativos recebiam atenção especial devido à possibilidade destes criarem superfícies irregulares que poderiam causar outras pressões^{32,36}.

As lesões deveriam ser lavadas com água esterilizada, líquido de Dakin, água oxigenada ou similares, enxugando-se com gaze. Como complemento, aplicavam-se soluções e coberturas com gaze,

fixando o curativo com esparadrapo ou atadura; a finalização consistia em uma roda de borracha sobre o curativo³⁶.

A úlcera por pressão poderia ser classificada como gangrenosa quando apresentava uma coloração azul escura sem modificação após compressão local e indolor à palpação. Esse tipo de lesão era frequentemente encontrada em pacientes considerados como graves³².

Os textos lidos apontaram que havia preocupações com a prevenção da formação de lesões teciduais, o que aponta o embrião do pensamento crítico da enfermagem sobre os riscos aos quais os pacientes estavam submetidos, desenvolvimento ainda incipiente e menos descrita em relação às intervenções para as feridas já consolidadas, porém é um aspecto de grande importância para o período estudado.

Conclusão

A investigação realizada surpreendeu as expectativas iniciais em relação ao leque de opções de curativos disponíveis aos enfermeiros naquela época, pois envolviam diversos e complexos recursos materiais e técnicas de aplicação.

Ainda que muitos termos descritos no texto apresentassem difícil entendimento de seus conceitos e aplicações, eles indicavam que havia um vasto repertório de soluções, insumos e técnicas. Aliados com as orientações médicas, os enfermeiros poderiam atuar na escolha das intervenções, do uso de soluções antissépticas e cicatrizantes, da manipulação dos leitos teciduais e das coberturas.

Percebeu-se que alguns livros traziam técnicas de curativos com melhor sistematização de ideias que as outras, destacando-se os textos escritos pelas autoras enfermeiras, que traziam uma estrutura de descrição mais completa, contendo materiais, equipamentos e técnicas em formato de tópicos.

Houve apenas uma referência relacionada à dor apresentada pelo paciente, aspecto que sugeriu pouca abordagem do cuidado integral nesse contexto histórico, o que pode indicar um paradigma voltado substancialmente para a execução de procedimentos, em detrimento do impacto dessas técnicas na qualidade de vida do paciente. Isso reforça o cuidado de enfermagem fragmentado que se limitava apenas a visualizar e tratar a ferida, com exceção das úlceras por pressão, que apresentavam primórdios da atuação preventiva de enfermagem.

A partir dessa investigação histórica, sugere-se que outras pesquisas semelhantes possam ser desenvolvidas a partir de outras fontes de informações, tais como grades curriculares e manuais de procedimentos não publicados, se ainda estiverem guardados em alguma instituição ou em posse de enfermeiros, em seus arquivos pessoais.

Espera-se ainda que a presente pesquisa possa reforçar a contribuição dos primeiros profissionais brasileiros de enfermagem nos cuidados aos indivíduos que necessitavam de assistência para curar suas lesões, e que os dados apresentados possam oferecer uma visão dos primórdios e da trajetória da Enfermagem Fundamental, em Estomaterapia, Cirúrgica e Dermatológica.

REFERÊNCIAS

1. Shah JB. The history of wound care. *J Am Col Certif Wound Spec.* 2011 Sep;3(3):65-66.
2. Daunton C, Kothari S, Smith L, Steele D. A history of materials and practices for wound management. *Wound Practice and Research.* 2012 Nov;20(4):174-86.
3. Mouës CM, Heule F, Legerstee R, Hovius SE. Five millennia of wound care products: what is new? A literature review. *Ostomy Wound Manage.* 2009 Mar;55(3):16-8, 20-2.
4. DePalma RG, Hayes VW, Zacharski LR. Bloodletting: past and present. *J. Am. Coll. Surg.* 2007 Jul;205(1):132-44.
5. Whitaker IS, Rao J, Izad D, Butler PE. *Hirudo medicinalis*: ancient origins of, and trends in the use of medicinal leeches throughout history. *Br. j. oral maxillofac. surg.* 2004;42:133-7.
6. [Anônimo1]. Nurses for the sick and wounded at scutari. *The Lancet.* 1854;64(1630):449-50.
7. Stanley A. The nursing of the wounded. *The Lancet.* 1914;184(4756):1016.

8. Charney J, Williamson MB, Bernhart FW. An apparatus for the determination of the tensile strength of healing wounds. *Science*. 1947;105(2728):396-97.
9. Gothson D. Ward dressings. *Am. j. nurs.* 1913;13(7):511-13.
10. Sumner IK. How dressings are done at the front. *Am. j. nurs.* 1915;15(10):823-8.
11. Whitney W; Kelley IV. Equipment for surgical dressings. *Am. j. nurs.* 1930;30(5):580-1.
12. Mcallister SE, Pulaski EJ. A technic for dressing septic wounds. *Am. j. nurs.* 1947 Jun;47(6):396-8.
13. Brown NG. A movable perineal dressing tray as used at the Robert W. Long Hospital, Indianapolis. *Am. j. nurs.* 1924;24(11):875-6.
14. Newton ME. The noiseless perineal dressing cart. *Am. j. nurs.* 1928;28(7):667-8.
15. [Anônimo 2]. Tidying a dressing carriage. *Am. j. nurs.* 1926;26(12):938.
16. [Anônimo 3]. Vacuum cleaning applied to operative wounds. *Am. j. nurs.* 1905;6(2):110.
17. Manning WR, Farmer EH. Practical cover for wet dressings. *Am. j. nurs.* 1942;42(10):113-5.
18. Shonley MH, Kotosky M. Cancer dressings. *Am. j. nurs.* 1948 Mar;48(3):237.
19. Bell MG. A practical dressing support. *Am. j. nurs.* 1934;34(7):681.
20. Coe V, Macivor V. The stiles dressing. *Am. j. nurs.* 1940;40(3):285-8.
21. Haviland B. An effective colostomy dressing. *Am. j. nurs.* 1949;49(3):154.
22. Hunt AS. Cord Dressing. *Am. j. nurs.* 1929;29(4):404.
23. Montgomery Virginia L. Dressing the industrial injury correctly. *Am. j. nurs.* 1922;22(4):269-71.
24. Santos TCF, Barreira IA, Fonte AS, Oliveira AB. Participação americana na formação de um modelo de enfermeira na sociedade brasileira na década de 1920. *Rev. Esc. de Enferm da USP*. 2011; 45(4):966-73.
25. Freitas GF. Trajetória histórica da legislação da enfermagem brasileira. In: Freitas GF, Oguisso T. Ética no contexto da prática de enfermagem. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p.73-92.
26. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. 2009 jul.;1(1):1-15.
27. Godoy JMT. Alguns desafios dos estudos de historiografia. Projeto História. *Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História*. 2010 dez.;41:195-214.
28. Silva Junior OC. Pesquisa documental. In: Oguisso T, Campos PFS, Freitas GF. Pesquisa em História da Enfermagem. Barueri: Manole; 2011. p.339-62.
29. Moreira A. A profissionalização da enfermagem. In: Oguisso T. Trajetória histórica e legal da enfermagem. Barueri: Manole; 2007. p.98-119.
30. Sandelowski M. "Making the best of things": 1870-1940. In: Hein EC. Nursing issues in the twenty-first century. Philadelphia: Lippincott Williams; 2001. p.262-8
31. Santos GF. O livro do enfermeiro e da enfermeira: para uso dos que se destinam a profissão de enfermagem e das pessoas que cuidam dos doentes. Rio de Janeiro: Difusão; 1916.
32. Sant'Anna J, Rocha M, Jr, Rocha JM. Breviário das mães e das enfermeiras: noções de hygiene natal e infantil. Rio de Janeiro: Leuzinger; 1930.
33. Vidal ZC. Técnica de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara; 1933.
34. Possolo A. Curso de enfermeiros. [Rio de Janeiro]: Freitas Bastos; 1939.
35. Magalhaes EA. Noções práticas de socorros de urgência e enfermagem. [Rio de Janeiro]: [Laemert]; 1942.
36. Reidt AV, Albano D. Técnica de Enfermagem: Enfermagem Clínica. São Paulo: [Rissolillo]; 1942.
37. Briquet R. Manual da socorrista de guerra. São Paulo: Empresa Gráfica da Revista dos Tribunais; 1943.
38. Viveiros E. Enfermagem no lar. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1947.