

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS

Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

Coordenadoria do Curso de Enfermagem

**RELAÇÃO ENFERMEIRO E PACIENTE NA ASSISTÊNCIA AO
TRATAMENTO DE ÚLCERAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS NO
HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**

NEIDE BLÉFARI RACANELLI

Orientadora: Dr^a Renata Aparecida de Camargo Bittencout

Banca Examinadora:

Dr^a Lucinéia dos Santos

Pof^a Rosângela Gonçalves da Silva

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

Coordenadoria do Curso de Enfermagem

**RELAÇÃO ENFERMEIRO E PACIENTE NA ASSISTÊNCIA AO
TRATAMENTO DE ÚLCERAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS NO
HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**

NEIDE BLÉFARI RACANELLI

**PROF.^a DR.^a. RENATA APARECIDA DE CAMARGO
BITTENCOURT**

Assis – Novembro/2009

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

Coordenadoria do Curso de Enfermagem

**RELAÇÃO ENFERMEIRO E PACIENTE NA ASSISTÊNCIA AO
TRATAMENTO DE ÚLCERAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS NO
HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**

NEIDE BLÉFARI RACANELLI

Projeto de Pesquisa apresentado no curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis- IMESA/FEMA, como requisito para obtenção do Certificado de Conclusão de bacharel em Enfermagem.

Orientadora - Prof.^a Dr.^a Renata Aparecida de Camargo Bittencourt.

Assis – Novembro/2009

AGRADECIMENTOS

A Deus

Agradeço a Ti meu Deus pela força que sempre encontrei no seu amor.

Muitos foram os caminhos percorridos, por todos percorridos sempre achava que não era o meu caminho.

Ao decidir voltar a estudar, encontrei muita força dentro de meu ser força esta que vem do amor de DEUS.

Se hoje cheguei ao final foi por sua vontade e bondade.

Obrigada DEUS eu o amo.

Agradeço aos meus pais por terem me dado o dom maior, a vida.

Agradeço a minha orientadora pela sua dedicação e carinho.

Agradeço a todos os pacientes que me receberam com carinho, pela confiança e credibilidade em meu trabalho, sem eles não seria possível a realização do mesmo.

Agradeço a compreensão do Jefferson namorado de minha filha Jéssica pelas tantas horas que tirei-a de seu lado.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVO	2
CAPITULO I	
1. A PELE	3
1.1 Biomecanica da pele.....	7
2. ENVELHECIMENTO DA PELE.....	7
2.1 Envelhecimento da Epiderme.....	9
2.2 Envelhecimento da Derme.....	10
3. CICATRIZAÇÃO.....	11
3.1 Hemostasia.....	12
3.2 Inflamação.....	13
3.3 Reepitelização.....	14
3.4 Formação do tecido de granulação.....	15
3.5 Contração.....	16
3.6 Remodelação.....	16
4. TIPOS DE CICATRIZAÇÃO.....	17
4.1-Cicatrização de 1º intenção.....	16
4.2-Cicatrização de 2º intenção.....	16
4.3-Cicatrização de 3º intenção.....	17
CAPÍTULO II	
1. O IDOSO.....	20
1.1 Qualidade de vida do idoso.....	22
2. NUTRIÇÃO NO IDOSO.....	23
3. ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	25
Classificação das úlceras.....	28
Úlcera venosa.....	28

CAPÍTULO III

1. RELAÇÃO ENFERMEIRO E PACIENTE.....	30
---------------------------------------	----

CAPÍTULO IV

1. DEFINIÇÃO DE CURATIVO.....	33
1.1 FINALIDADES.....	33
2. TÉCNICAS DE CURATIVO.....	34
2.1-Material.....	36
3. ORIENTAÇÕES A FAMÍLIA E AO PACIENTE COM FERIDA EM ALTA HOSPITALAR.....	36

CAPÍTULO IV

1. RESULTADOS CLÍNICOS OBSERVADOS.....	38
DISCUSSÃO.....	46
CONCLUSÃO.....	48
BIBLIOGRAFIA.....	49

RESUMO

O idoso necessita de cuidados específicos, nutrição balanceada e aos hospitalizados com úlceras é preciso um olhar clínico da equipe multidisciplinar disponibilizando: atenção, carinho e compreensão. A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

O objetivo deste trabalho consistiu em observar a assistência ao tratamento de úlceras de pressão ou úlceras venosas em idosos realizados por profissionais da área da enfermagem no H.R.A. Como método para a realização do mesmo foi observar paciente hospitalizado com úlceras no H.R.A. e assistência no cuidado de paciente acamado na residência.

PALAVRAS CHAVES: idoso – úlceras – assistência de enfermagem – cuidado com paciente.

ABSTRACT

The senior needs specific cares, balanced nutrition and to the hospitalized with ulcers it is necessary a clinical glance of the team multidisciplinary disponibilizando: attention, affection and understanding. The enfermagem is a committed profession with the human being health and of the collectivity. Acts in the promotion, protection, recovery of the health and the people's rehabilitation, respecting the ethical precepts and you delegate.

INTRODUÇÃO

O tratamento de feridas vem se tornando uma área cada vez mais específica e científica, diferenciando-se progressivamente como uma especialidade no campo a atenção à saúde.

O profissional de saúde sofre também o impacto das lesões que se dispõe a tratar. O cuidar da ferida de alguém vai muito além dos cuidados gerais ou da realização de um curativo. A ferida é algo que fragiliza e muitas vezes incapacita.

O portador de uma lesão carrega consigo a causa dessa lesão: um acidente, queimadura, agressão, doença crônica, complicações após um procedimento cirúrgico, entre outros.

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais. (Resolução 160 do COFEN Art. 1º).

É responsabilidade do enfermeiro a prevenção e o controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem (COFEN 7.498/11-2).

Cuidar das feridas é um processo dinâmico, complexo e requer uma atenção especial, principalmente quando o paciente é idoso.

OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo observar a assistência ao tratamento de úlceras de pressão ou úlceras venosas em idosos realizados por profissionais da área de enfermagem no HRA.

CAPÍTULO I

1. A PELE

A pele é o maior órgão do nosso corpo, atingindo 16% do peso corporal, tendo várias funções importantes. Segundo SILVA, 2007, a pele possui funções vitais para a manutenção dos mecanismos de defesa contra doenças formando uma barreira protetora, separando o meio externo do interno, além de proteger o organismo contra a perda de água e atritos.

Conforme GLENN IRION, 2005, a pele participa da regulação da temperatura corporal, contém terminações nervosas sensitivas, defesa contra organismos patógenos, entre outros. A pele representa a primeira linha de defesa do organismo e, se sua manutenção for saudável e íntegra, constituirá uma das barreiras contra as lesões, sendo, indispensável à vida humana. O autor ressalta que através das terminações nervosas sensitivas, a pele recebe persistentemente informações sobre o ambiente, enviando-as para o sistema nervoso central. Através de seus vasos sanguíneos, glândulas e tecido adiposo (subcutâneo) colaboram na termorregulação do corpo. As glândulas sudoríparas que fazem parte da pele realizam a excreção de várias substâncias.

KREUTZ & SILVA, 1997, referem que o fato de a pele “nos ser familiar e palpável, não significa que seja simples e que a conheçamos adequadamente. Tampouco, que saibamos cuidá-la ou tratá-la dessa mesma forma”. GLENN IRION, 2005, enfatiza a necessidade do conhecimento da estrutura e função da pele como fundamento, tanto para a prevenção, quanto para os cuidados eficazes da ferida. Segundo KREUTZ & SILVA, 1997, a manutenção da sua integridade é um processo complexo porque numerosos fatores influenciam a sua habilidade para prover adequadamente suas funções, a exemplo da idade, exposição à radiação ultravioleta, hidratação, medicações, nutrição, danos, entre outros.

Na pele há diversas substâncias que impregnam certos tecidos orgânicos, dando ao organismo uma coloração chamada de melanina, tendo como função proteger contra os raios ultravioletas ressalta IRION, 2005.

A pele é constituída de duas camadas: epiderme, mais superficial, e a derme, mais profunda.

JUNQUEIRA & CARNEIRO, 1990, elucida que a epiderme é dividida em cinco camadas, são elas: basal, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea. Para DÂNGELO & FANTTINI, 1990, na epiderme, as diferentes camadas que a constitui mostram as fases pelas quais passam as células que vão sendo substituídas continuamente: nas camadas superficiais elas morrem e se convertem em escamas de queratina.

Conforme JUNQUEIRA & CARNEIRO, 1990, a camada basal, é integrada por células prismáticas, que ficam em repouso sobre a membrana basal que separa a epiderme da derme. Essa camada é rica em células tronco da epiderme, também chamada de camada germinativa. Calcula-se que a epiderme humana se renova cada 15 a 30 dias, dependendo principalmente do local e da idade da pessoa.

A camada espinhosa é constituída por células cubóides ou ligeiramente achatadas; de núcleo central, citoplasma com curtas expansões que contem feixes de filamentos de queratina. Os filamentos de queratina e os desmossomos têm importante papel na manutenção da coesão entre as células da epiderme e na resistência ao atrito, segundo JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2004.

Para os autores a camada granulosa, composta de 3-5 fileiras de células poligonais achatadas, apresentam núcleo central e citoplasma contendo grânulos basófilos, chamados grânulos de querato-hialina, que não são envolvidos por membrana. Na camada lúcida, mais evidente na pele espessa é constituída por uma delgada camada de células achatadas, eosonófilas e translúcidas, cujos núcleos e organelas citoplasmáticas foram digeridos por enzimas dos lisossomos e desaparecerem. A última camada, mais superficial denominada camada córnea, tem a espessura muito variável e é constituída por células achatadas, mortas e sem núcleos, apresentando o citoplasma repleto de queratina.

Segundo GUIRRO, 1996, a derme é uma espessa camada de tecido conjuntivo, sob a qual se apoia a epiderme e que a comunica com a hipoderme que tem o objetivo principal de oferecer suporte e união aos órgãos subjacentes, além de permitir a pele uma considerável amplitude de movimento. O autor cita que na pele observam-se diversas estruturas anexas, são elas: pêlos, unhas, glândulas sudoríparas e sebáceas.

Conforme DÂNGELO & FANTINI, 1988, a derme é rica em fibras colágenas e elásticas que “conferem à pele sua capacidade de distender-se quando tracionada, voltando ao estado original desde que cesse a tração”, sendo representado por 77% do peso magro. A derme é ricamente irrigada, com extensas redes capilares, vasos linfáticos e nervos. Observa-se na derme a camada papilar, a mais superficial, e a camada reticular, a mais profunda. A camada papilar é delgada e menos vascularizada. Já a camada reticular é mais espessa e vascularizada, ambas as camadas contêm muitas fibras elásticas, responsáveis em parte, pela elasticidade da pele.

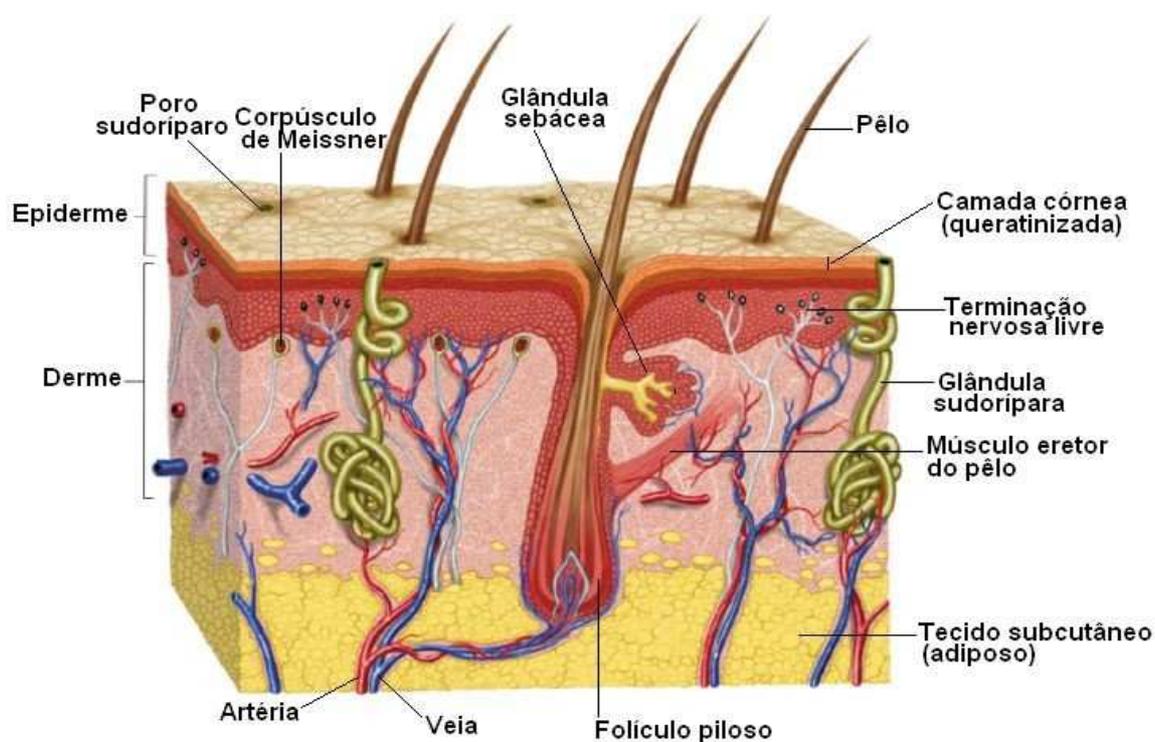


Figura I – Estrutura da Pele – Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas – Ministério da Saúde, 2002.

Os autores JUNQUEIRA & CARNEIRO, 1990, ressaltam que a hipoderme é uma camada rica em tecido adiposo (gordura), entretanto, a quantidade de tecido adiposo varia nas diferentes partes do corpo. Este tecido além de representar reserva energética, protege o organismo contra choques atuando ainda como isolante térmico. É mais espesso no sexo feminino do que no masculino e tem como funções impedir a perda de calor, e fazer a reserva de material nutritivo da pele que ainda age como proteção das lesões, por pressão ou estiramento entre as protuberâncias ósseas sobre as quais o indivíduo repousa. A pressão entre a pele e as protuberâncias ósseas é dissipada pelas deformações da gordura subcutânea, em vez de causar dano à pele e outros tecidos subcutâneos.

Para os autores GUYTON & HALL & DANTAS, 2003, as principais células da derme são os fibroblastos, responsáveis pela produção de fibras e de uma substância gelatinosa, a substância amorfa, na qual os elementos dérmicos estão mergulhados. Na pele existem estruturas acessórias como: folículos pilosos são conhecidos como pêlos e estes são constituídos por filamentos intermediários, principalmente de queratina. No corpo humano são encontrados dois tipos de pêlos, os finos não pigmentados que recobrem todo o corpo recebendo nome de pelugem. O segundo tipo é constituído pelos pêlos terminais que são mais resistentes, longos, grossos, pigmentados e facilmente observados.

As glândulas sebáceas produzem uma substância oleosa conhecida como sebo, estas glândulas são mais espessas no couro cabeludo e na face. Não são encontradas isoladas, mas sim dividem com os folículos pilosos uma abertura comum na superfície da pele. O sebo emana de um canal curto para o canal folicular e em seguida para a pele, descreve DANTAS, 2003.

A atividade secretora dessas glândulas é muito pequena até a puberdade, quando é estimulada pelos hormônios sexuais. As glândulas sebáceas são um exemplo de glândula holócrina, pois a formação da secreção resulta na morte das células. A secreção sebácea é uma mistura complexa de lipídeos que contém triglicerídeos, ácidos graxos livres, colesterol e ésteres de colesterol. A atividade dessas glândulas é muito influenciada pelos hormônios sexuais. (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2004).

Conforme IRION, 2005 “existem dois tipos de glândulas sudoríparas: as glândulas exócrinas (são inervadas por nervos simpáticos, colinérgicos) tem uma função termoreguladora, e as glândulas apócrinas (localizadas na derme e na hipoderme) apresentam um componente “social” ou emocional”, localizadas em regiões como axilas, perianal, pubiana e aréola mamária.

1.1 BIOMECÂNICA DA PELE

Conforme a explicação de IRION, 2005, a pele tem mais elasticidade do que o tecido conjuntivo denso dos ossos, dos ligamentos e dos tendões. Além de sua elasticidade a pele normal tem propriedades de tensão e viscosidade, portanto é descrita como uma propriedade viscoelástica. A reciprocidade das fibras do colágeno e a ligação às fibras elásticas, concedem à pele a capacidade de retornar a sua posição normal após uma força de estiramento. A substância fundamental que compõe esta elasticidade constitui glicosaminoglicanos e água.

O autor ainda ressalta que a pele pode sofrer lacerações com o uso imprudente de adesivos, contusões múltiplas, que se tornam freqüente no idoso, por outro lado a aplicação prudente de forças externas podem ajudar a reparar a pele de um modo mais funcional.

2. ENVELHECIMENTO DA PELE

Com o passar dos anos a pele vai envelhecendo, e com o envelhecimento ocorre a desidratação da pele, elimina o turgor e permite o relaxamento das fibras, (IRION, 2005).

Com a senilidade aspectos da morfologia externa da pele se tornam evidentes; há uma diminuição da umidade, ficando com uma aparência grosseira e escamosa, com conseqüente diminuição da elasticidade, que se manifesta como flacidez e enrugamento, tornando-se assim mais suscetíveis a irritações. Ocorre uma redução na habilidade proliferativa da camada epitelial, por ser lenta a reposição; interferindo na cicatrização, as fibras de colágeno se tornam rígidas, portanto apresentam turgor cutâneo diminuído, as camadas da pele sofrem uma atrofia e diminui a barreira cutânea.

Com o envelhecimento o tecido adiposo subcutâneo diminui, há uma redução dos capilares cutâneos refletindo na diminuição da irrigação sanguínea da pele, afetando o processo de cicatrização. SMELTZER & BARE, 2005; POTTER & PERRY, 2004.

Todas as alterações resultam em enrugamento da pele, no surgimento de manchas senis, extremidades mais frias, transpiração diminuída, ocorrendo à diminuição da termorregulação. Todas alterações ocasionadas na pele podem reduzir a tolerância à exposição ao sol, (SMELTZER; BARE, 2005, POTTER; PERRY, 2004).

As alterações cutâneas podem se apresentar nas diferentes camadas da pele: epiderme; derme e abrange a hipoderme. Os fatores determinantes serão aqueles os quais a pele foi exposta durante a vida toda, além dos fatores genéticos, hereditários, individuais, ambientes internos e externos, e muitos outros. Baseado em GLENN IRION, 2005, o envelhecimento da pele apresenta vários aspectos da morfologia externa, neles estão inclusos a diminuição da elasticidade que se manifesta como flacidez e enrugamento, ocorre um risco de acúmulo de neoplasias benignas e um risco aumentado de neoplasias malignas.

O envelhecimento traz alterações metabólicas, faz com que uma resposta reparadora seja lenta, pois a produção de linfócitos são reduzidos, existem as alterações vasculares quase sempre prejudicadas por uma má circulação, ocasionando a redução do suprimento de oxigênio no local de um ferimento, há uma diminuição leucocitária; uma produção de colágeno deficiente tanto qualitativo como quantitativo, além de outros prejuízos, Conforme IRION, 2005.

O idoso tem a pele fragilizada deixando – o mais suscetível ao desenvolvimento de lesões de pele, SILVA, 2005.

De acordo com MEIRELLES, 2007, para que aconteça a recomposição dos tecidos após um ferimento, devemos entender a fisiologia da cicatrização. A cicatrização consiste em uma complexa seqüência de eventos coordenados e desencadeados pelo organismo que objetivam reconstituir estrutural e funcionalmente o tecido comprometido em sua maior plenitude, compreendendo “três fases: inflamatória, fibrobástica e de remodelamento, as fases são altamente coordenadas; sobrepõem-se uma a outra e aos eventos que finalizam uma fase, estimulando o início da outra”.

Segundo a autora KREUTZ, 2004, que não opina no cuidado entre as feridas com os métodos secos ou úmidos, apenas enfoca que para que a mesma aconteça é necessário tempo e quantidade de energia que o organismo irá gastar para fechar a lesão, o enfermeiro pode ajudar o processo desde que aja, conhecimento, técnica e o uso de medicamento.

2.1 ENVELHECIMENTO DA EPIDERME

De acordo com COSTA & PORTO & SOARES, 2003, com o avanço da idade a pele sofre profundas transformações, alterações fisiológicas do tecido tegumentar que estão presentes no idoso destacam maior fragilidade cutânea e menor capacidade da pele de atuar contra fatores externos como: termorregulação deficiente em resposta ao calor que ocorre da diminuição do número de glândulas sudoríparas; pele mais seca e rugosa decorrente do menor número de glândulas sebáceas que resulta em pouca produção de óleo; menor estímulo sensitivo; perda da elasticidade, flacidez, alteração imunológica celular que resulta na diminuição da espessura da epiderme e da derme.

Com o envelhecimento da epiderme é observado um aumento no tamanho e na variabilidade das células; a quantidade de melanócitos diminui com o passar dos anos cerca de 10 a 20% por década, diminuindo os melanócitos, permanecendo uma quantidade menor de nervos, com isto a pele apresenta uma diminuição na tolerância da luz ultravioleta (UV). Além disso, os macrófagos que residem na epiderme e as células de Langerhans também sofrem uma redução de 20 a 50%, (GLENN IRION, 2005).

O risco de lesão da pele aumenta em virtude da diminuição da função de barreira por haver maior dificuldade em perceber estímulos traumáticos e agressivos, devido a redução da capacidade dos receptores sensoriais, explica COSTA & PORTO & SOARES, 2003.

2.2 ENVELHECIMENTO DA DERME

Ao inverso do que ocorre com a epiderme, a derme sofre uma redução significativa na espessura com o envelhecimento, em torno de 20%. Esta redução pode-se observar na aparência transparente da pele do idoso. Em relação aos mastócitos há uma redução de 30%, fazendo com esta redução ocorra menos inflamação como resultado de exposição à UV. Com o envelhecimento havendo uma regressão do leito vascular da derme; há uma diminuição do fluxo sanguíneo para os anexos da pele, resultando em atrofia e fibrose dos anexos, (GLENN IRION, 2005).

A transformação das fibras elásticas que com o envelhecimento se tornam mais espessas e desorganizadas, resulta na perda de elasticidade aumentando o risco de laceração, (GLENN IRION, 2005).

3. CICATRIZAÇÃO

Fase inflamatória ou inicial

A cicatrização envolve os seguintes processos:

- 1- Hemostasia;
- 2- Inflamação;
- 3- Reepitelização;
- 4- Formação do tecido de granulação;
- 5- Contração;
- 6- Remodelação.

Ao ocorrer uma lesão, ocorrem vários eventos para que haja à correção da lesão e da superfície da pele. A intensidade da lesão determina a seqüência de eventos, (IRION, 2005).

As feridas podem ser superficiais, lesando somente a epiderme, assim como ter uma espessura parcial, lesa somente uma parte da derme, ou a espessura total que é toda a derme; esta lesão de espessura total da derme desenrola-se uma seqüência programada de eventos, que pode ser otimizada ou não, dependendo da habilidade profissional da saúde.

Durante as fases da cicatrização ocorre um segmento ordenado e sobreposto de seis processos: ativação da hemostasia, ativação da inflamação, reepitelização, formação do tecido de granulação, contração e remodelação. (IRION, 2005).

De acordo com IRION, 2005, a cicatrização ocorre por regeneração das células epiteliais na superfície da ferida em decorrência da perda da inibição de contato e da migração de células epidérmicas em direção à superfície. Como não há nenhuma solução de continuidade da pele este tipo de cicatrização não forma cicatrizes, e as estruturas acessórias permanecem intactas. Mas estes tipos de lesões podem dissimular uma lesão grave mais profunda.

Quando estes ferimentos agravam parte da espessura da derme, cicatrizam de uma forma semelhante à das feridas superficiais.(IRION, 2005).

Uma série de fenômenos se sucede após trauma ou doença, a observação das feridas e a reestruturação constituem mecanismo complexo, em vários fatores contribuem para a criação dos tipos de cicatrização como hipertrofia, atrofia ou normotrofia da área lesionada.

Segundo IRION, a hemostasia e inflamação; tem início com o rompimento de vasos sanguíneos e o extravasamento de sangue. A lesão é seguida rapidamente pela ativação de agregação plaquetária e da cascata de coagulação, resultando na formação de moléculas insolúveis de fibrina e hemostasia. Durante este processo ocorre a ativação do complemento levando à seqüência de eventos da inflamação, inclusive por recrutamento de macrófagos e neutrófilos.

3.1 HEMOSTASIA

Plaquetas, coagulação e cascata da coagulação.

As plaquetas são fragmentos da célula que estão presentes no sangue, são formadas na medula óssea e sua principal função é a formação de coágulos, participando do processo de coagulação sanguínea, as plaquetas também são chamadas de trombócito. (IRION, 2005).

Segundo o autor, com a lesão tissular, as plaquetas são ativadas pelo colágeno e pela trombina, sucedendo uma solução positiva de secreção e agregação com isso aumenta a resposta plaquetária a lesão, com esta amplificação ocorrerá a ativação plaquetária, ocorrendo a liberação do fator de crescimento derivado das plaquetas (PDGF), que exerce papel importante na cicatrização; nos pacientes com diabétes o PDGF é encontrado em pequena quantidade.

A coagulação do sangue é um processo complexo no qual o sangue forma coágulos sólidos, sendo uma parte importante da hemostasia, na qual a parede do vaso sanguíneo danificado é coberta por um coágulo de fibrina, cessando o sangramento. Para que se forme a cascata de coagulação é necessário que ocorra reações químicas que leva à produção de fibrina, estimulada pelo fator de

Hangeman, que é ativado tanto pela exposição ao colágeno como pela liberação do fator tissular pelas células lesadas, (IRION, 2005).

3.2 INFLAMAÇÃO

Neutrófilos

Para o autor IRION, 2005, a influência de leucócitos tem início com os neutrófilos inicialmente e mais tarde com os macrófagos. Os neutrófilos ampliam a permeabilidade dos vasos preservados provocando o extravasamento de plasma e proteínas e o intumescimento associado com a inflamação.

Devido a natureza inespecífica da ação dos neutrófilos, estes são solicitados e acabam causando dano tissular, causado pela liberação de enzimas e radicais livres.

Os neutrófilos são solicitados por diversos fatores relacionados à lesão e, em circunstâncias normais retiram-se da área de lesão após a remoção das bactérias e das células mortas. A ativação dos neutrófilos promove a liberação de elastase e colagenase, que degradam o tecido conjuntivo em torno da lesão, afirma IRION, 2005.

Macrófagos

De acordo com IRION, 2005, realizam o duplo papel de extermínio do material inviável e estimulação do crescimento de tecido novo. Os macrófagos desenvolvem o papel de coletores de lixo como arquitetos.

Os macrófagos auxiliam os neutrófilos na eliminação de microorganismos pela fagocitose. Além disso, é a célula mais eficiente na eliminação de fragmentos teciduais inclusive removendo por fagocitose os neutrófilos que perderam a função (piócitos). Além disso, liberam várias substâncias como prostaglandinas e

leucotrienos, substâncias com ação quimiotáticas, importantes no reparo da lesão. A presença dos macrófagos se faz necessário tanto para o início como para a propagação do tecido de granulação, (IRION, 2005).

Mastócitos

Durante o trauma os mastócitos perdem a sua granulação provocando a liberação de uma grande quantidade de sinalizadores químicos.

Apesar dos sinalizadores químicos terem sido liberados na área imediata da lesão, acredita-se que a desgranulação dos mastócitos é de suma importância na liberação de histamina, heparina e fator de necrose tumoral, (IRION, 2005).

3.3 REEPITELIZAÇÃO

Formação do tecido de granulação e reepitelização.

A reepitelização é a restauração da superfície do tecido lesado, que se dá pela movimentação dos ceratinócitos a partir das bordas livres. A medida que são formadas novas células nas bordas da ferida elas se aderem ao tecido de granulação ocorrendo assim a reepitelização, mas existe feridas que ocorrem a contração e a reepitelização tem início dentro das primeiras vinte e quatro horas.

A reepitelização oferece proteção, enquanto a granulação e a contração preenchem a falha no tecido (IRION, 2005).

3.4 FORMAÇÃO DO TECIDO DE GRANULAÇÃO

Segundo IRION, 2005, o tecido de granulação é a resposta inicial a uma ferida e consiste em tecido conjuntivo ricamente vascular, contendo capilares novos, fibroblastos abundantes e números variáveis de células inflamatórias.

O crescimento e a diferenciação celular são decisivos para o segundo importante processo no reparo da lesão tecidual – substituição de células parenquimatosas não regeneradas por tecido conjuntivo, que, por sua vez, produz uma cicatriz. Há quatro componentes neste processo:

- Migração e proliferação de fibroblastos;
- Depósito de matriz extracelular;
- Formação de novos vasos sanguíneos (angiogênese ou neovascularização);
- Maturação e organização da cicatriz, também conhecida como remodelamento.

De acordo com o autor, o processo de reparo inicia-se cedo na inflamação. Algumas vezes após 24 horas após a lesão, os fibroblastos e células endoteliais vasculares começam a proliferar para formar (em três a cinco dias) o tipo especializado de tecido (tecido de granulação) que é a característica da cicatrização.

O nome tecido de granulação deve-se à sua aparência rósea, de consistência mole, granular na superfície das feridas, mas os aspectos histológicos é que são característicos: a proliferação de novos e pequenos vasos sanguíneos e fibroblastos.

Os macrófagos estão quase sempre presentes no tecido de granulação, retirando da região os resíduos extracelulares. Os mastócitos também estão presentes em grande número, descreve, (IRION, 2005).

Com a cicatrização adicional, há um aumento dos constituintes extracelulares, principalmente colágeno, e uma diminuição do número de fibroblastos ativos e novos vasos. Vários dos vasos sanguíneos característicos dos estágios iniciais sofrem trombose e dissolução, e suas diversas células são reabsorvidas e digeridas por macrófagos.

O resultado final do tecido de granulação é uma cicatriz composta de fibroblastos fusiformes, de aspecto inativo, colágeno denso, fragmentos de tecido elástico, matriz extracelular, e relativamente poucos vasos. (IRION, 2005).

3.5 CONTRAÇÃO

IRION, 2005 explica que o processo de contração produz raios da pele integra ao redor da ferida em direção ao centro da ferida. A contração de feridas ataca toda a espessura da derme, realiza a redução da quantidade de tecido novo necessário para preencher a ferida.

3.6 REMODELAÇÃO

MEIRELES, 2007 ressalta que a fase de remodelação é denominada como fase de maturação, resumindo-se na reorganização das fibras de colágeno; que é um processo que permite que o tecido cicatricial seja aleatoriamente depositado colocado tanto em orientação linear, como lateral.

Conforme o autor esta fase tem início a partir da formação do tecido cicatricial e caracteriza-se pelas mudanças na forma, tamanho e resistência da cicatriz.

À medida que o remodelamento avança a coloração de tom rosa e brilhante de uma cicatriz imatura, será progressivamente substituído por um tom mais suave até atingir um tom esbranquiçado característico de uma lesão madura. (MEIRELES, 2007).

4. TIPOS DE CICATRIZAÇÃO

Cicatrização – primeira intenção

Para IRION, 2005, o exemplo menos complicado de reparo da ferida é a cicatrização de uma incisão cirúrgica limpa, não infectada aproximadas por suturas cirúrgicas. Essa cicatrização é chamada de **união primária ou cicatrização por primeira intenção**.

Após a incisão há morte de um número limitado de células epiteliais e células do tecido conjuntivo, bem como ruptura da membrana basal epitelial. O estreito espaço incisional é preenchido imediatamente com sangue coagulado contém fibrina e células sangüíneas e formação do hematoma, ressalta IRION, 2005.

Conforme IRION, 2005, haverá inflamação aguda e dissolução do coágulo segue-se rapidamente ao hematoma. Em 48 horas em uma ferida bem aproximada, uma camada contínua de células epiteliais cobre o local da lesão.

Para o autor, no 3º ou 4º dia o tecido de granulação invade a ferida e inicia-se o depósito de colágeno. Após 1 a 3 meses o tecido de granulação é desvascularizado, a cicatriz linear diminui de tamanho e muda de vermelho para branco e a cicatriz permanente é formada.

CICATRIZAÇÃO – Segunda Intenção

Quando há perda mais extensa de células e tecido, como ocorre no infarto, ulceração inflamatória, feridas superficiais que criam grandes falhas, o processo de reparo é mais complicado. Neste caso o tecido de granulação abundante cresce da borda para completar o reparo. Esta forma de cicatrização é denominada de união secundária ou cicatrização por segunda intenção (COTRAN. 2000).

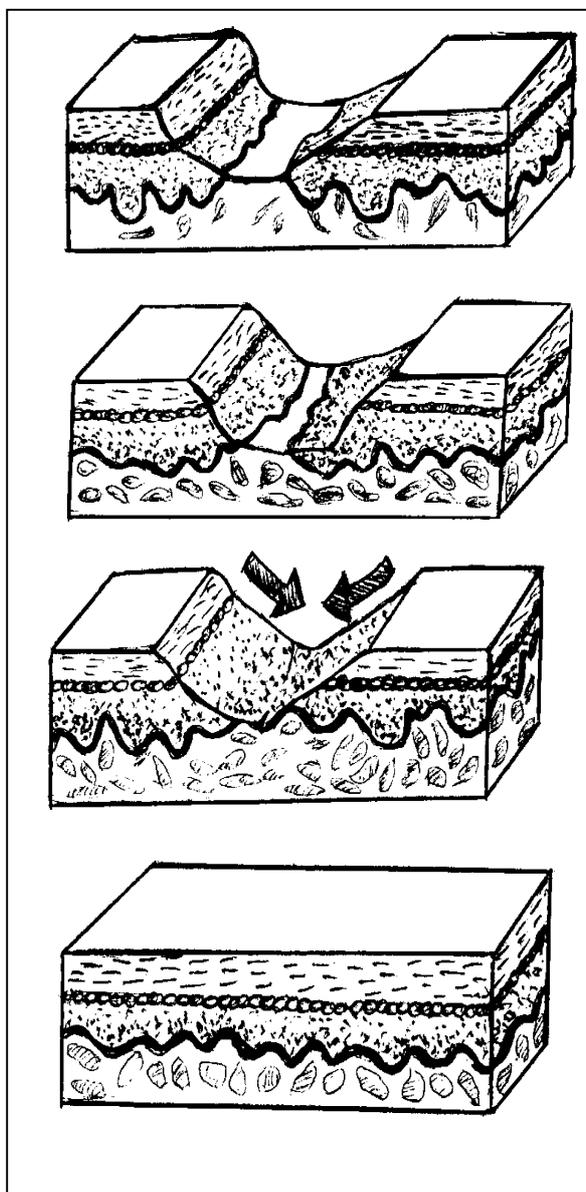
Na cicatrização de segunda intenção correm os seguintes eventos:

- 1) Grandes falhas teciduais inicialmente possuem mais fibrina e resíduos necróticos e exsudato que devem ser removidos. A reação inflamatória é mais intensa;
- 2) São formadas quantidades maiores de tecido de granulação;
- 3) Contração da ferida, que ocorre em extensas feridas superficiais. A contração foi atribuída, ao menos em parte à presença de miofibroblastos – fibroblastos alterados que possuem vários dos aspectos ultra-estruturais e funcionais das células musculares lisas contráteis;
- 4) Enquanto a cicatrização de uma ferida com margens apostas é rápida e deixa uma cicatriz pequena, freqüentemente invisível, a cicatrização de feridas com margens separadas é lenta e pode resultar em cicatrizes grandes deformantes.

CICATRIZAÇÃO – Terceira intenção

A de terceira intenção ocorre quando há fatores que retardam a cicatrização por conta da presença de infecção. Tão logo o processo infeccioso seja debelado, a ferida é finalmente suturada, e a posterior cicatrização ocorre por meio de reepitelização. Essa situação ocorre quando uma incisão é deixada aberta para drenagem do exsudato podendo ser posteriormente, fechada, esclarece FERNANDES, 2000 & SANTOS, 2001.

Abaixo demonstra a fisiopatologia do processo de cicatrização – Migração celular.



Fonte: Carmem Silvia de Campos Almeida Vieira - Coordenadora da Equipe de Realização de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAPÍTULO II

1. O IDOSO

O Estatuto do Idoso, 2003 descreve que na constituição federal existe uma lei que protege o idoso quanto aos seus direitos e atribuições. Envelhecer é um processo dinâmico, inevitável e progressivo, na qual as mudanças bioquímicas, funcionais, morfológicas e psicológicas ocasionam maior predisposição a processos patológicos que acabam levando a morte.

“O envelhecimento é um processo que apresenta algumas características: é universal por ser natural, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. A vida é um constante processo de modificações e a cada fase de seu desenvolvimento ocorrem transformações múltiplas acompanhadas de seus próprios desafios. É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina em relação á descobertas e tratamentos das doenças, as novidades farmacológicas, o desenvolvimento de técnicas estéticas etc... Nada impede o processo de envelhecimento”. CARVALHO (1983).

Conforme a constituição federal no art. 4º e os incisos I, II, III e IV, refere-se á priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços que compete ao governo, estado, município de realizarem centro de convivência à 3º idade para abrigá-los e desenvolver atividades aos mesmos, e assim priorizando o bem estar e até um aumento qualitativo da renda dos mesmos.

O envelhecimento não é conceituado como uma doença, mas pode determinar para muitos um transtorno. E um dos sinais mais claro da passagem dos anos é o conhecimento das mudanças produzidas no aspecto da pele, caracterizadas por alterações na sua estrutura e funções. O idoso apresenta uma

série de alterações na pele sendo resultado do processo de envelhecimento intrínseco e de fatores do meio ambiente, especialmente a radiação ultravioleta. A pele envelhecida participa das modificações involutivas que acontecem nos diversos setores do organismo classificada em dois tipos: intrínseca – cronológica (genética) ou patológica (genética ou não) e extrínseca (BRITO & RAMOS, 1996).

O autor relata que o idoso apresenta uma maior fragilidade cutânea e menor capacidade da pele atuar como barreira contra fatores externos, termorregulação deficiente em resposta ao calor, decorrente da diminuição do número de glândulas sudoríparas; apresentando pele seca e rugosa resultante do menor número de glândulas sebáceas, diminuição da elasticidade, flacidez, alteração da resposta imunológica celular e diminuição da espessura da derme e epiderme. O risco de lesão da pele aumenta em virtude da diminuição da função de barreira.

O doente crônico implica num processo de aceitação de caráter relativo em que momentos de negação de raiva, de agressividade, hostilidade e tristeza podem ocorrer. A dependência é um dos problemas do envelhecimento configurando em perda de espaço, de valores de autodeterminações decorre da condição de fragilidade, ou seja, idosos mais vulneráveis as situações adversas e que afetarão o desempenho nas atividades da vida diária, destaca (DEALEY, 2001).

As quedas no idoso são comuns e acompanhadas de seqüelas, o medo de cair pode levar a imobilidade e, com isto, piorar a circulação, levando a trombose, dificuldade na respiração levando as pneumonias e também facilitar a osteoporose com piora do condicionamento físico; como conseqüências, ocorrem maior dificuldade para levantar-se sem auxílio, diminuindo sua independência, salienta o autor.

Ao permanecer por um longo tempo em um leito, podem surgir no idoso, úlceras de pressão que são definidas como lesões localizadas na pele, causada pela interrupção do suprimento sanguíneo para a área, provocada por diversos fatores como a pressão, cisalhamento e fricção, ou a combinação desses três fatores (DEALEY, 2001).

MEIRELES, 2007 explica que as úlceras de pressão causam muita dor e sofrimento ao paciente, principalmente no idoso, o qual tem maior propensão em

desenvolve-la; pois as alterações normais da pele envelhecida constituem o principal fator de risco para este tipo de lesão.

A relação entre o enfermeiro(a) com o idoso nestas condições é de suma importância, deve-se transmitir segurança, carinho e respeito, para que o doente se sinta respeitado e que possa ter confiança no tratamento recebido e isto o levará a uma recuperação mais rápida ou melhor conforto de sua situação, ressalta o autor.

Segundo MEIRELLES, 2007, A enfermagem tem buscado promover a assistência ao indivíduo de forma cada vez mais científica e independente de outros profissionais da área da saúde, dentre as diversas ações vem atuando na prevenção e no tratamento às Úlceras de Pressão (UP), relacionados aos pacientes internados as diferentes especialidades inseridas no âmbito hospitalar.

O autor destaca que o idoso em consequência de sua fragilidade, debilitação está mais suscetível às úlceras de pressão quando acamados e as úlceras varicosas em consequência a debilidade vascular.

1.2 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

O Estatuto do Idoso, 2003, enfoca o direito à vida no Art.9º é obrigação do Estado, garantir a pessoa idosa à proteção a vida e a saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. § 3º É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório, ou constrangedor.

O poder público tem papel fundamental na tarefa de proporcionar boas condições de acesso à saúde a essa faixa da população, além de serviços, voltados ao lazer, cultura, atividades físicas, permitindo que a esperança e auto-estima permeiem a vida de quem já deu muito de si, ao longo dos anos, à comunidade e à sua família.

Segundo OKUMA, 1998, a qualidade de vida do idoso vem ocupando lugar de destaque, pois os avanços na medicina contribuíram para o aumento na expectativa de vida e no contingente de idosos. Alguns fatores favoráveis como aceitar mudanças, prevenir doenças, estabelecer relações sociais e familiares positivas e consistentes, manter um senso de humor elevado, ter autonomia e um efetivo suporte social contribui para a promoção do bem estar geral do idoso conseqüentemente, influenciam diretamente numa melhor qualidade de vida.

Conforme a autora OKUMA, 1998, estudos em gerontologia têm demonstrado que a atividade física aliada a outros aspectos tais como hereditariedade, alimentação balanceada e hábitos adequados, podem melhorar em muito a qualidade de vida dos idosos. Embora benefício incontestável para aqueles que a praticam, em relação à saúde física, mental, psicológica e social.

2. NUTRIÇÃO NO IDOSO

Segundo o Manual de Saúde do Idoso, 2003, explica que a nutrição é um importante determinante de saúde, adequada a capacidade funcional física e cognitiva, vitalidade, qualidade de vida e longevidade. A quantidade e a variedade dos alimentos e a integração social promovida durante as refeições são importantes para o bem estar psicológico das pessoas.

Quando há restrições a uma dieta equilibrada, haverá uma maior probabilidade de o indivíduo desenvolver um estado de desnutrição com os efeitos deletérios sobre a saúde e o bem estar que acarreta (BRITO & RAMOS, 1996).

Para FIGUEIREDO, 2007, a carência global ou um dos nutrientes necessários a homeostasia provoca fragilidade, incapacidade funcional, agravação de comorbidades existentes, queda de vitalidade e suscetibilidade a novas doenças, aumento da morbidade e da mortalidade.

As úlceras de pressão são manifestações mais comuns em pacientes acamados por falta de cuidado quando este é tratado a domicílio, talvez por falta de

conhecimento do cuidador onde deixa o acamado por muito tempo em uma só posição possivelmente sem alimentá-lo corretamente, destaca FIGUEIREDO, 2007.

A nutrição é essencial com o fornecimento de proteínas, aminoácidos, minerais como o zinco vitaminas A, C, E, além de ácidos graxos essenciais. A suplementação pode fazer parte da conduta alimentar, fazendo que haja uma melhora e redução das feridas podendo chegar a 60%, destaca a autora ADRIANA BRANDÃO, 2009.

Segundo o autor, ANJO, 2004, ao realizar uma revisão sobre alimentos funcionais conclui que os alimentos quando ingeridos possuem substâncias biologicamente ativas que realizam processos fisiológicos e metabólicos que podem contribuir com a cicatrização de feridas e na melhoria da circulação dos membros inferiores. Os carboidratos servem como fornecedores de energia para função dos leucócitos, macrófagos e fibroblastos. Hábitos como a alimentação e o fumo influenciam sobremaneira o processo de cicatrização, daí a importância de se obter essas informações.

Conforme o PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE FERIDAS: O estado nutricional do paciente reflete no processo de cicatrização, devemos sempre avaliar o índice de massa corporal (IMC), para caracterizar baixo peso ou obesidade e, sabermos assim, intervir de maneira eficaz.

A seguir descrição de alguns alimentos ricos em vitaminas (A e C) e minerais (ferro e zinco). Este conhecimento é essencial para nortear as orientações a serem fornecidas aos pacientes portadores de feridas.

Alimentos ricos em Vitaminas e Sais Minerais

Alimentos Ricos Em vitamina A	Alimentos ricos Em vitamina C	Alimentos Ricos Em zinco	Alimentos Ricos Em Zinco
Almeirão	Acerola	açaí	Carne
Brócolis (folhas cruas)	Brócolis	Aveia (flocos crus)	Fígado
Cenoura	Couve	Beterraba (crua)	Ovos
Couve	Espinafre	Brócolis (flores crua)	Leite
Espinafre	Goiaba	Café Solúvel	Cereais integrais
Fígado de boi cru	Beterraba crua	Espinafre cru	Leguminosas
Goiaba Vermelha	Brócolis (folhas cruas)	Feijão Preto	
Manga	Caju	Fígado de boi cru	
Moranga	Caju (suco)	Laranja Seleta	
Taioba	Laranja (suco)	Lentilha seca crua	
Pimentão	Limão Verde (suco)	Soja Crua	

Fonte: Protocolo de Assistência para portadores de feridas, Belo Horizonte, 2003.

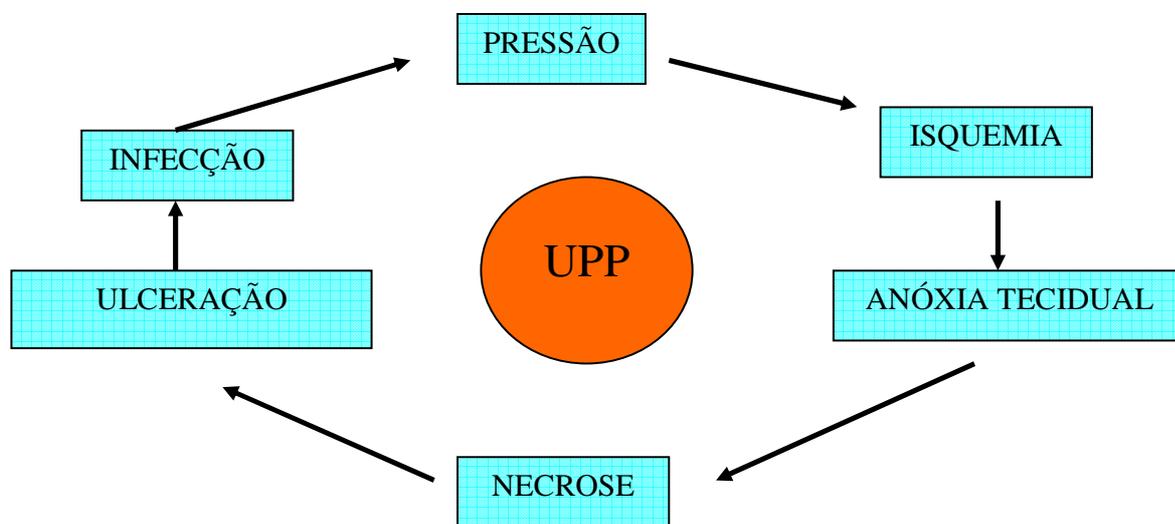
3. ÚLCERAS POR PRESSÃO

É a área onde ocorre a morte celular quando esta é comprimida entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado. (DEALEY, 2001).

O autor relata que são conhecidas como escaras ou úlcera de decúbito, ou seja, é uma lesão causada por uma pressão não aliviada que resulta em danos nos tecidos subjacentes (tecido subcutâneo, músculo, articulações, ossos).

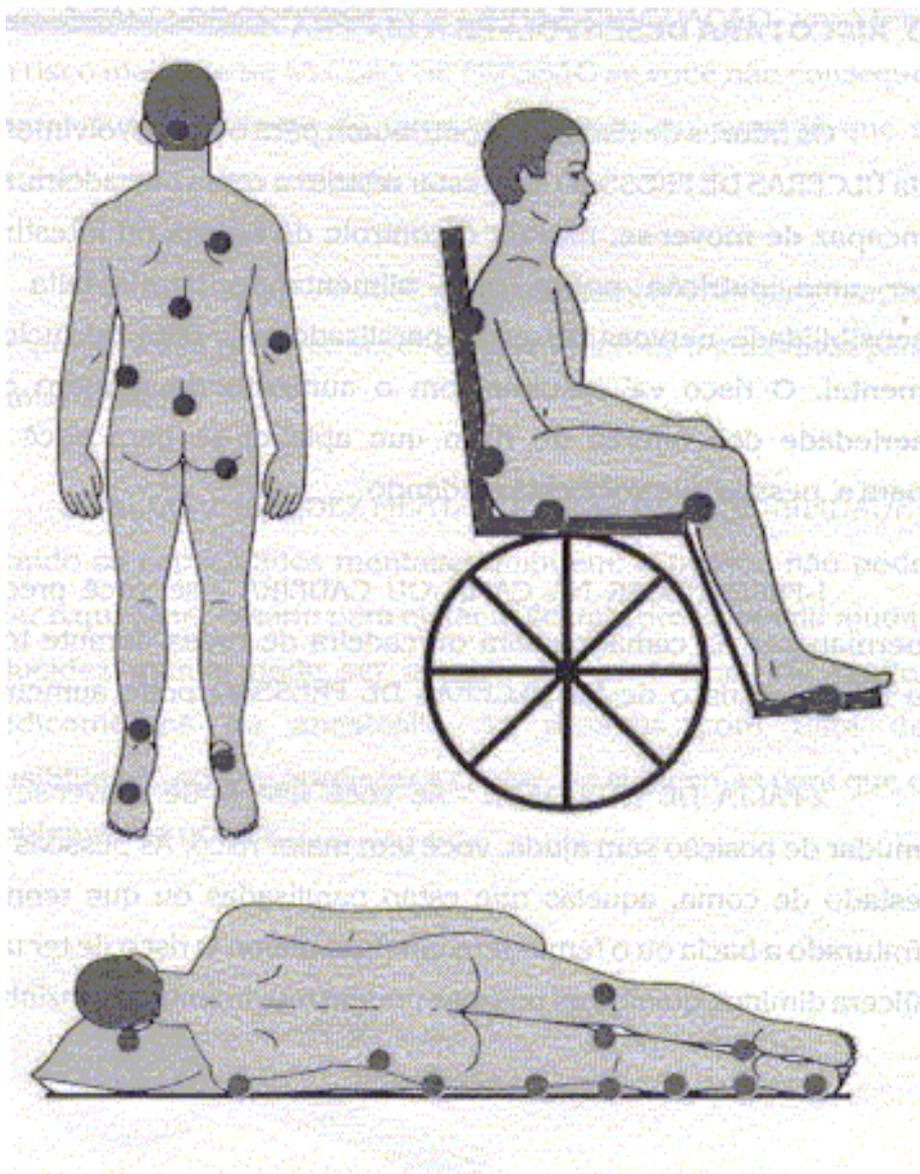
Estas úlceras ocorrem nas proeminências ósseas e são graduadas em estágios I, II, III, IV para que possa classificar o grau de danos observados nos tecidos.

Úlcera de pressão é esquematicamente descrita como:



CAMARGO, 1971, classifica os fatores preponderantes das alterações cutâneas relacionadas à idade, processos patológicos, diminuição de perfusão tecidual, edema, desnutrição, e físicos como a pressão, força de cisalhamento, fricção, tonicidade muscular, estado mental, motricidade involuntária exacerbada, idade, sexo, incontinência urinária, estes fatores contribuem para a ruptura da pele como a maceração que é a redução da resistência da pele causada pela umidade.

A seguir apresenta os pontos de maior probabilidade de desenvolver úlcera de pressão ou escaras em pacientes, acamados e cadeirantes.



Fonte: Guia de prevenção de Úlcera de Pressão ou Escara. Orientação para pacientes e adultos. BERGASTRON, N; ALLMAN, RM; CARLSON, CE, et al. Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention, 1992.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS

São classificadas quanto à causa, em cirúrgicas e não cirúrgicas; conforme o tempo de reparação: agudas e crônicas, e, de acordo com a profundidade, deve-se levar em consideração a extensão de parede tissular que envolve a epiderme, derme, hipoderme e são classificadas em graus, I, II, III, e IV.

GRAU I – Acontece o comprometimento da epiderme, a pele íntegra apresenta sinais de hiperemia, descoloração ou endurecimento.

GRAU II – Sucede a perda parcial do tecido envolvendo a epiderme ou a derme; a ulceração é superficial apresentando escoriação ou bolha.

GRAU III – Há o comprometimento da epiderme, derme e hipoderme (tecido subcutâneo).

GRAU IV – Comprometimento da epiderme, derme, hipoderme e tecidos mais profundos atingindo fáscia, envolve músculos, tendões e possivelmente osso e articulações.

Caracteriza-se por tecido necrótico e podendo levar as complicações como osteomielite, piartrose (formação de secreção purulenta dentro da cavidade articular) e Fontsepsimia, (PIANUCCI, 2004; BARE 2005; MEIRELES, 2007).

Abaixo o diagrama demonstra a pressão exercida na região de uma proeminência óssea.

3.2 ÚLCERA VENOSA

Ocorrem devido à insuficiência venosa crônica por varizes primárias, seqüela de trombose profunda, anomalias valvulares venosas ou outras causas que interferem o retorno venoso (MEIRELES, 2007).

De acordo com MAFFEI, 1995, a incapacidade venosa crônica tem como sinal um conjunto de alterações físicas como edema, hiperpigmentação, eczema, erisipela e lipodermatosclerose, ocorrem principalmente nos membros inferiores devido a hipertensão venosa ou obstrução venosa que atingem na formação de úlceras.

IRION, 2005 ressalta que a principal causa das úlceras venosa é a hipertensão venosa e a conseqüente hipertensão capilar, sendo responsável a difusão diminuída de nutrientes através do espaço intersticial, acarretando a desnutrição da pele, assim como do tecido subcutâneo.

Este tipo de úlcera são mais freqüentes nas extremidades, ao redor dos tornozelos principalmente interno. É comum os pacientes apresentarem varizes próximas e sangramentos por essas lesões. Além do quadro clínico do comprometimento venoso há outros fatores como: peso, cansaço, edema, eczemas etc... estas lesões apresentam aspectos característicos como: bordos irregulares e escavados, além da infecção que quando presente, poderá acarretar a necrose da pele, (MEIRELES, 2007)

CAPÍTULO III

1. RELAÇÃO ENFERMEIRO E PACIENTE

O ser humano ao se deparar com as dificuldades, principalmente em relação a saúde, primeiro acha tudo ruim; e começa a se achar impotentes perante a nova situação e incapazes de transformar essas situações estagnadas em algo de bom e produtivo. Ao se deparar com o sofrimento, ao invés de enfrentar o problema nos dividimos entre razão e sentimento e isso nos leva a uma baixa estima.

Ao se tratar de uma ferida é rapidamente percebido em nossa pele, pois ai é o seu começo, mas também é uma informação de que algo não está bom em nosso corpo, ou em algum órgão, a pele é o órgão que reveste todos os demais órgãos, é o comunicador de nossas emoções, portanto reflete tudo o que se passa em nossos órgãos internos.

Mostra nossas reações psíquicas, e o nosso desequilíbrio emocional, e ao olharmos como um portador de feridas está reagindo qual a sua real intenção em curar-se e se está realmente colaborando com o tratamento.

O paciente pode reagir de diversas maneiras ao tentar suportar a dor expressando em choro, gemer, reclamar e até mesmo se afastar de sua fonte causadora abandonando o tratamento.

Conforme as orientações CANDIDO, 2001, o enfermeiro tem usar de sua habilidade experiência considerar a intensidade de dor e respeitar o limiar que cada um tem, saber ouvir, observar perceber e entender, tolerar, refletir e agir de maneira que inclua o indivíduo como um todo, sabendo respeitar seus valores, seu querer e seus hábitos para que haja uma interação entre o profissional e o paciente.

A enfermagem tem um papel importante na assistência, é de garantir a manutenção da integridade da pele observando e utilizando intervenções planejadas para impedir o comprometimento dessa integridade, ressalta, SMELTTZER& BARE, 2005.

Alicerçado nesses dados podemos averiguar a importância de se ampliar o conhecimento nestas áreas, assim como fatores de riscos, prevenção e tratamento,

no sentido de contribuir para uma assistência de enfermagem adequada e eficiente, ser capaz de atuar diretamente no problema pautado em habilidades teórica-práticas e assim favorecendo a ampliação de resultados, (CANDIDO, 2001).

O enfermeiro representa um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas, uma vez que tem maior contato com o paciente, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, (MORAIS et al 2000).

De acordo, com MEIRELLES, 2007, devem ser coesos valorizar sua função em busca da integridade do paciente, para que possa garantir a sua adesão ao tratamento, é preciso enfatizar a sua participação no processo de cura. O enfermeiro deve estimular o paciente para as atividades da vida diária, mostrando-lhe a importância do auto cuidado na sua recuperação e melhoria da qualidade de vida.

Segundo MORAIS et al 2000, o profissional de saúde sendo um dos responsáveis pelos cuidados ao paciente portador de feridas, vem buscando estratégias de prevenção, avaliação e tratamento para o controle, visando promover condições que favoreçam uma cicatrização eficaz, sem maiores complicações ou comprometimentos. Para que isto possa ocorrer os enfermeiros tem buscado recursos, materiais adequados e treinamentos específicos para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar estes são fatores indispensáveis para que possam ser viabilizados as condições necessárias para o estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes neste processo.

NANDA, 2009, salienta que um dos instrumentos que o enfermeiro tem que é de suma importância é a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), processo este que vai instrumentalizar o trabalho, facilitando a aplicação dos conhecimentos técnicos, estabelecendo fundamentos para tomada de decisões e o registro adequado da assistência prestada.

Para que ocorra a SAE primeiramente o enfermeiro irá buscar a história do paciente e da ferida adquirida, realizando uma inspeção, ou seja avaliar a superfície, buscando sinais de cicatrizações, averiguando a temperatura do paciente; irá analisar as características definidoras(presença de ferida, drenagem amarela, cheiro, a proximidade das bordas, dentro outros) para que possa diagnosticar a ferida, analisando os seguintes parametros: Diminuição da integridade da pele que

estará relacionado com uma incisão cirúrgica, efeitos de pressão, acidente químico, secreções e excreções; Risco de infecção, relacionada à má nutrição, perfusão tecidual alterada, relacionado com interrupção do fluxo arterial, interrupção do fluxo venoso; distúrbios da auto-estima relacionado com a percepção das cicatrizes, (NANDA, 2009).

Com avaliação das feridas o enfermeiro irá traçar seu plano de cuidados, realizará uma prescrição, com as metas, resultados esperados, prescrições e justificativas, estabelecerá suas metas e seus resultados, determinando as terapias de acordo com a gravidade e o tipo de ferida e a presença de alguma condição que cause complicação, como infecção, má nutrição, imunossupressão e diabetes, capaz de afetar a cicatrização da ferida.

Em caso de alta precoce o enfermeiro terá que trabalhar junto ao paciente e seus familiares para que possa manter uma cicatrização estando o paciente no hospital ou não.

A primazia do enfermeiro no cuidado da ferida depende das condições do paciente se estável ou emergencial, depende do tipo, do local e do tratamento da ferida.

É de suma importância que o profissional se preocupe em compartilhar a evolução de enfermagem com seu cliente, seus familiares e outros integrantes da equipe.

CAPÍTULO IV

MATERIAL E MÉTODO

1. DEFINIÇÃO DE CURATIVO

É um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção.

Objetivo do curativo: Auxiliar o organismo a promover a cicatrização, eliminar os fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão e diminuir infecções cruzadas, através de técnicas e procedimentos adequados.

1.1 FINALIDADES:

- Limpar a ferida;
- Promover a cicatrização, eliminando fatores que possam retardá-la.
- Tratar e prevenir infecções;
- Prevenir contaminação exógena;
- Remover corpos estranhos;
- Proteger a ferida contra traumas mecânicos;
- Promover hemostasia;
- Reduzir edemas;
- Drenar e/ou absorver secreções e exsudatos inflamatórios;
- Diminuir odor;
- Manter a umidade da ferida;
- Fornecer isolamento térmico;

- Dar conforto psicológico ao paciente;
- Diminuir a intensidade da dor;
- Limitar a movimentação em torno da ferida.

2. TÉCNICA DE CURATIVO:

Normas Gerais:

- Lavar as mãos antes e após cada curativo, mesmo que seja em um mesmo paciente;
- Verificar data de esterilização nos pacotes utilizados para o curativo (validade usual 7 dias);
- Expor a ferida e o material o mínimo de tempo possível;
- Utilizar sempre material esterilizado;
- Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las antes de retirá-las;
- Não falar e não tossir sobre a ferida e ao manusear material estéril;
- Considerar contaminado qualquer material que toque sobre locais não esterilizados;
- Usar luvas de procedimentos em todos os curativos, fazendo-os com pinças (técnica asséptica);
- Utilizar luvas estéreis em curativos de cavidades ou quando houver necessidade de contato direto com a ferida ou com o material que irá entrar em contato com a ferida;
- Se houver mais de uma ferida, iniciar pela menos contaminada;
- Nunca abrir e trocar curativo de ferida limpa ao mesmo tempo em que troca de ferida contaminada;
- Quando uma mesma pessoa for trocar vários curativos no mesmo paciente, deve iniciar pelos de incisão limpa e fechada, seguindo-se de ferida aberta não infectada, drenos e por último as colostomias e fístulas em geral;
- Ao embeber a gaze com soluções manter a ponta da pinça voltada para baixo;

- Ao aplicar ataduras, fazê-lo no sentido da circulação venosa, com o membro apoiado, tendo o cuidado de não apertar em demasia.
- Os curativos devem ser realizados no leito com toda técnica asséptica;
- Nunca colocar o material sobre a cama do paciente e sim sobre a mesa auxiliar, ou carrinho de curativo. O mesmo deve sofrer desinfecção após cada uso;
- Todo curativo deve ser realizado com a seguinte paramentação: luva, máscara e óculos. Em caso de curativos de grande porte e curativos infectados (escaras infectadas com áreas extensas, lesões em membros inferiores, e ferida cirúrgica infectada) usar também o capote como paramentação;
- Quando o curativo for oclusivo deve-se anotar no esparadrapo a data, a hora e o nome de quem realizou o curativo.

Após a realização do curativo proceder a:

- Recomposição do paciente;
- Recomposição do ambiente;
- Lavar as mãos;
- Destino correto do material utilizado no curativo segundo as normas de Biossegurança.

Evolução:

- Registro do procedimento incluindo avaliação da ferida;
- Após cada curativo devem ser anotadas no prontuário do paciente as seguintes informações sobre a lesão:
 - Localização anatômica;
 - Tamanho e profundidade;
 - Tipo de Tecido
 - Presença de secreção / exsudato (quantidade, aspecto, odor);

- Bordas e Pele peri-ulceral;
- Presença de crosta;
- Presença de calor, rubor, hiperemia e edema.

2.1 MATERIAL

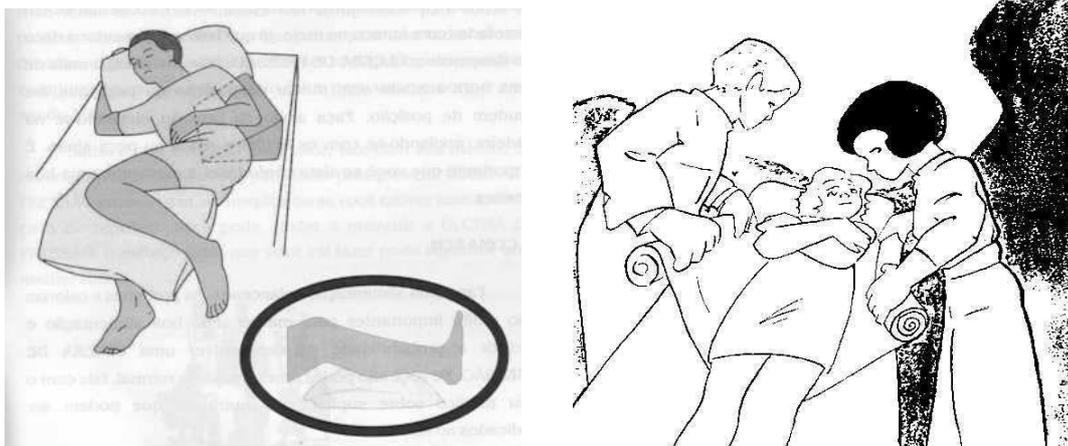
- SF 0,9% (soro fisiológico);
- Gases;
- Medicação prescrita;
- Ataduras;
- Luvas de procedimentos;
- Bacia plástica;
- Saco de lixo;
- Micropore ou fita crepe.

3. ORIENTAÇÕES A FAMÍLIA E AO PACIENTE COM FERIDA EM ALTA HOSPITALAR:

- Ter cuidado com o curativo, evitando sujidades;
- Realizar o curativo diariamente;
- Incentivar o cliente no autocuidado;
- Procurar elevar a autoestima do cliente sempre que possível;
- Influenciar as atividades da vida diária sempre que possível;
- Incentivar o cliente a repousar algumas horas por dia;
- Orientar uma alimentação equilibrada para que possa ter sucesso na cicatrização;

Ao paciente acamado:

- Realizar mudança de decúbito a cada duas horas;
- Realizar massagem para ativar e melhorar a circulação e condições da pele;
- Hidratar e lubrificar a pele com óleos ou cremes;
- Proteger as proeminências ósseas.

Forma correta de posicionar o paciente:

Fonte: Guia de prevenção de Úlcera de Pressão ou Escara. Orientação para pacientes e adultos. BERGASTRON, N; ALLMAN, RM; CARLSON, CE, et al. Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention, 1992.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS CLÍNICOS OBSERVADOS

Durante o período de 3 meses (julho, agosto e setembro) foram observados pacientes internados no Hospital Regional de Assis – HRA com úlcera de pressão e varicose, atentando para o tratamento e as prescrições realizadas em cada paciente.

- H.M.F 63 anos do sexo feminino, (Paraguaçu Paulista/SP), portadora de úlcera varicose em MIE- Membro Inferior Esquerdo, refere realizar o curativo em casa, com a piora precisou ser hospitalizada, sendo necessário um enxerto, após melhora recebe alta para continuar o tratamento na unidade de sua cidade. Método de curativo dentro do hospital SF0,9% (soro fisiológico) em jato, hidrogel e ocluído. O relacionamento do profissional sempre muito carismático transmitindo confiança ao paciente no entanto a paciente não permitiu que fosse fotografada.

- I.F. 60 anos do sexo feminino, (Platina/SP), portadora úlcera varicose em MIDE – Membro Inferior Direito e Esquerdo. No dia 23/06/09 foi internada no Hospital Regional de Assis– HRA, para tratamento das úlceras infectadas. A paciente relata ter estas úlceras há 34 anos, faz curativo em posto de saúde de sua cidade de origem, na qual refere que os serviços prestados não são bons. Durante o período de um mês e meio observou-se a realização dos curativos feita por uma auxiliar de enfermagem no Hospital Regional de Assis. Método de curativo no hospital: Assepsia realizada com SF 0,9% em jato, uso de hidrogel e ocluído. Após a melhora recebeu alta com recomendações de curativos diários. Como demonstra as fotos a baixo.



Foto 1 – tecido de granulação



Foto 2 – tecido de granulação

- I.M.S. – 55 anos do sexo feminino, (Ourinhos-SP), diabética e com problemas vasculares (vasculite), com necrose tecidual extensa no pé direito e possíveis trombose arterial (M.I.D – membro inferior direito).

Histórico da doença: grande lesão infectada com formação de bolhas e áreas de necrose tecidual, cianose e ausência de pulsos. Pé isquêmico, frio e escuro, portadora de diabetes e com evolução de quatro dias após o uso de pomada anti-inflamatória. No dia 24/06/09 deu entrada no Hospital Regional, sendo realizado assepsia e remoção de tecidos necróticos em sala cirúrgica. Permanecendo no hospital no dia 01/07/09 retorna a sala cirúrgica na qual foi realizada a amputação dos 5 dedos do pé direito. No final do mês seguinte recebe alta hospitalar para dar continuidade do tratamento no centro de saúde mais próximo de sua residência. Conforme demonstra as fotos a baixo.



Foto 1 – ferida com fibrina



Foto 2 – ferida com fibrina