



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ESTUDANTE DO TÉCNICO EM
ENFERMAGEM SOBRE ÚLCERA DE PRESSÃO**

RÔMULO ANTUNES RODRIGUES

ORIENTADORA: LAHIR CHAVES DIAS

PORTO ALEGRE

2013



Ministério da
Saúde



RÔMULO ANTUNES RODRIGUES

**A EXPERIÊNCIA DE UM ALUNO DO CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
SOBRE ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Relatório apresentado como pré-
requisito de conclusão do Curso
Técnico em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Lahir Chaves Dias

PORTO ALEGRE
2013

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a minha família, pelo exemplo de responsabilidade e honestidade que recebi, aos meus colegas do curso técnico de enfermagem do GHC e, em especial para minha filha Isadora Kraus Rodrigues, nascida em março de 2012, que desde então faz parte da minha vida. E também a toda equipe de saúde, grupo de professores e enfermeiros do GHC que contribuíram pra minha formação. Em especial para minha orientadora, professora e enfermeira Lahir Chaves Dias.

RESUMO

Este relatório descreve a minha experiência durante o estágio para a formação no curso técnico em enfermagem da escola GHC, experiência significativa que foi a primeira visualização que fiz de uma úlcera de decúbito em estágio bastante avançado, marcante a ponto de me fazer escolher este tema para estudar e entender melhor. Fiz um relato sobre o meu primeiro contato com uma úlcera de pressão (UP) e os cuidados prestados ao paciente. A úlcera de pressão ocorre devido a uma diminuição parcial ou total do fluxo sanguíneo nas camadas da pele o que pode ocorrer principalmente nas zonas de proeminência óssea. Identifico as ações de enfermagem na prevenção e tratamento das úlceras de pressão. A prevenção é um fator importante no cuidado das pessoas acamadas por muito tempo, seja por acidente, ou doença. A UP torna-se um agravante para o paciente que já está debilitado, aumentando a sua permanência no hospital e conseqüentemente os riscos para outras complicações.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGE - Ácidos Graxos Essenciais

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição

HF - Hospital Fêmeina

HCR - Hospital Cristo Redentor

HCC - Hospital da Criança Conceição

SF - Solução Fisiológica a 0,9%

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

SUS - Sistema Único de Saúde

UP - Úlcera de pressão

TCM - Trigliceril de Cadeia Média

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 RELATO DE EXPERIÊNCIA	8
3 ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	9
3.1 ESTÁGIOS DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	11
4 MEDIDAS PREVENTIVAS.....	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS.....	15

1 INTRODUÇÃO

Este relato é baseado na vivência de campo de estágio realizado durante o segundo semestre do curso técnico em enfermagem da escola GHC. O GHC é formado por quatro hospitais e doze postos do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), além dos três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC.

Os hospitais do GHC são: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital da Criança Conceição (HCC), Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Fêmeina (HF), todos com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Escolhi este tema porque cursando o segundo semestre do curso, durante o estágio supervisionado, realizei pela primeira vez um curativo numa úlcera de pressão (UP). Fiquei impressionado ao ver aquela escara em estágio tão avançado e o paciente que relatava não sentir dor. Este episódio me serviu de motivação para estudar mais sobre o tema e então descrever a importância dos cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento das UP.

O objetivo desse trabalho é relatar a experiência vivenciada e aprimorar meus conhecimentos sobre a prevenção e o tratamento da úlcera de pressão em pessoas acamadas por muito tempo, a fim de me qualificar profissionalmente e conseqüentemente proporcionar melhor assistência aos pacientes.

Dados da literatura internacional estimam que entre 3% a 14% de todos os pacientes hospitalizados atualmente desenvolvem UP. Nos portadores de problemas crônicos e residentes em asilos para idosos a incidência estimada é de 15% a 25%. No Brasil não conhecemos dados que indiquem a incidência e prevalência em hospitais, mas sabemos empiricamente que o problema existe e é bastante frequente (ROGENSKI, 2002).

A UP prolonga a hospitalização, dificulta a recuperação do paciente e aumenta o risco para o desenvolvimento de outras complicações, portanto deve ser motivo de preocupação de toda a equipe, principalmente da enfermagem e todos os esforços devem ser direcionados para minimizar estes riscos.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Foi em campo de estágio no HNSC, no serviço de internação no quarto andar, que presenciei e realizei pela primeira vez um curativo numa UP, na região sacra. A partir daí, em diversos momentos estive em contato com pacientes hospitalizados em diferentes áreas de internação do HNSC quando pude observar um número razoável de paciente com UP.

A primeira experiência ocorreu na unidade 4B que atende pacientes nas especialidades de neurologia e gastroenterologia, com 42 leitos distribuídos em 14 quartos. O quadro funcional é composto por três enfermeiros e onze técnicos de enfermagem nos quatro turnos (manhã, tarde, noite 1 e noite 2), para o atendimento dos 42 pacientes, já que a lotação da unidade de internação fica sempre próxima a 100 %.

Os pacientes são atendidos por uma equipe multiprofissional, contando com fisioterapeutas, nutricionistas, clínico geral, neurologistas, gastroenterologistas, além da equipe de enfermagem já citada.

Neste dia de estágio eu estava com outra colega prestando cuidados a um determinado paciente, paraplégico, que permanecia internado para realização de exames quando, durante a realização do banho de leito, ao colocá-lo em decúbito lateral, tive a visão das costas do paciente e assim, de uma escara em estágio avançado (com aproximadamente 4 cm de diâmetro e 7 cm de profundidade), na região sacra e completamente suja de fezes. A minha fisionomia mudou, e minha colega logo me perguntou o que tinha acontecido, pois fiquei pálido e meus lábios ficaram brancos. Jamais irei esquecer esse dia, pois foi muito impressionante e marcante para a minha vida profissional.

Relatei a colega o que estava visualizando e, respirando fundo, chamei a enfermeira supervisora para me orientar. Esta me acalmou e orientou como fazer a limpeza e o curativo na UP. Realizei o curativo sob sua supervisão, lavando-o com Solução Fisiológica a 0,9% (SF) a fim de realizar a limpeza, retirada de secreção e de tecidos necrosados soltos.

Ainda durante o banho pude perceber que os calcanhares estavam avermelhados, indicando uma lesão inicial de UP. Logo após o banho pude realizar também um curativo nos calcanhares utilizando o material preconizado para este estágio de lesão na pele (solução a base de Ácidos Graxos Essenciais -AGE ou Trigliceril de Cadeia Média -TCM, gazes, envolvendo-os com atadura e fixando com esparadrapo). Coloquei ainda coxins entre os tornozelos e a cama para aliviar a pressão, o que é recomendado no protocolo seguido pelos profissionais de enfermagem da instituição (BRASIL, 2002).

Ao me deparar com esta situação percebi que teria que enfrentá-la desde o início, já que a mesma fazia parte do meu aprendizado e que iria deparar com situações semelhantes durante toda a minha vida profissional. Assim teria que me preparar para executá-la da melhor forma possível. Esta emoção jamais será esquecida, pois o paciente estava lúcido e orientado e, o mais intrigante é que ele referia não sentir dor.

Durante o período em que permanecemos neste estágio fizemos a mudança de decúbito neste paciente a cada 3 horas. Esta foi a primeira e a última vez que prestamos cuidados a este paciente, mas eu gostaria muito de ter acompanhado a sua evolução.

Mais tarde aprendi que, o que levou o paciente a ficar com uma escara naquele estágio foi a falta de cuidados da equipe de enfermagem na movimentação do paciente e, portanto a falta no seguimento do protocolo para a prevenção da UP . Isto me motivou a estudar este tema.

3 ÚLCERA DE PRESSÃO

Pode ser definida como uma lesão de pele que se forma por interrupção sanguínea em determinada área que se desenvolve devido a uma pressão aumentada durante um período prolongado. É também conhecida como úlcera de decúbito, escara ou escara de decúbito. Esta se desenvolve quando se tem uma compressão do tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado.

Os locais mais frequentes para o seu desenvolvimento conforme (ROGENSKI, 2002) é região sacra, calcâneo, nádegas, trocanteres e cotovelos.

A pele tem uma rica irrigação sanguínea que leva oxigênio para todas as suas camadas e se for interrompida por mais de duas a três horas essa irrigação fará com que surja o primeiro estágio da UP e a região ficará avermelhada. Os principais fatores para o seu desenvolvimento são a pressão e a fricção, sendo sua prevenção mais eficaz e economicamente viável que seu tratamento.

A figura abaixo mostra como ocorre a pressão sobre a proeminência ósseas.



Fonte: www.publisaude.com.br acessado em janeiro de 2013.

A úlcera de decúbito é um agravante do paciente que fica muito tempo numa única posição, portanto as pessoas que não podem mexer-se correm maior risco de desenvolver a UP. As contenções utilizadas para restringir movimentos de regiões do corpo também devem ser avaliadas frequentemente para não ocasionar UP. A lesão de um nervo diminui a capacidade de sentir dor.

A associação entre a presença de UP como consequência negativa da hospitalização foi fortemente destacada na última década e o desenvolvimento destas têm sido apresentado como um dos indicadores de qualidade da assistência prestada pela equipe. Neste contexto, (Dealey, 2001) reforça que, “nos últimos anos, as úlceras de pressão têm sido vistas como uma falha do tratamento e, em especial, como resultado de má assistência de enfermagem.”

Ao se constatar que o paciente desenvolveu uma úlcera de pressão durante sua hospitalização, normalmente essa responsabilidade tem sido atribuída à equipe de enfermagem por estar prestando assistência contínua ao paciente durante as vinte e quatro horas do dia.

Uma úlcera de pressão pode levar a complicações como a osteomielite (infecção no osso) e a septicemia (infecção generalizada) e pode levar o paciente a óbito. (Oliveira, 2010). Ao estudar as consequências de uma escara fiquei mais impressionado ainda e pude perceber a importância dos cuidados de enfermagem para o bem estar do paciente.

3.1 Estágios da úlcera de pressão

Segundo Brasil (2002) as úlceras são classificadas em quatro estágios e as descrições dessa classificação são importantes para permitir o registro e a comunicação entre os profissionais sobre os resultados da avaliação do estado da ferida.

- Estágio I: a pele está intacta, mas se observa vermelhidão que não desaparece com a mudança de posição.

Figura.2 estágio I da UP.



Fnote: www.curamed.com.br acessado em janeiro de 2013.

- Estágio II: a pele está perdendo sua espessura, aparecimento de abrasão, bolha ou cratera superficial.

Fig.3 estágio II da UP.



Fonte: www.curamed.com.br acessado em janeiro de 2013.

- Estágio III: a pele abre e a ferida aparece, envolvendo a derme, epiderme e o subcutâneo.

Fig.3 estágio III da UP.



Fonte: www.enfermagemnodiadia.com acessado em janeiro de 2013.

- Estágio IV: quando se tem uma lesão significativa, a ferida aumenta para dentro e ocorre destruição ou necrose em músculos, podendo chegar até os ossos.

Fig. 5 estágio IV da UP.



Fonte: www.slideshare.net acessado janeiro 2013

4 MEDIDAS PREVENTIVAS

Com o objetivo de facilitar a prevenção e o tratamento das UP, manter alguns cuidados com a pele é fundamental. A atuação da enfermagem é muito importante no alívio da pressão da pele, nas áreas de maior risco e onde se tem ossos mais proeminentes. As medidas recomendadas abaixo são baseadas nas minhas aulas teóricas e práticas e um resumo do que revisei para elaboração deste relatório. Estas devem ser seguidas no atendimento de pacientes acamados, em casa ou no hospital. São elas:(ANTUNES, 2005 e ELSTON, 2011).

- Manter colchão piramidal (caixa de ovo) sobre o colchão da cama do paciente;
- Mudar sempre de posição o paciente acamado, de 2 em 2 horas;
- Colocar travesseiros macios em baixo dos tornozelos elevando os calcanhares;
- Colocar o paciente sentado em poltrona macia sempre que possível várias vezes ao dia;
- Quando sentado, mudar as pernas de posição, alternando as áreas de apoio;
- Trocar as fraldas a cada 3 horas mantendo o paciente limpo e seco;
- Hidratar a pele com óleos/cremes a base de vegetais;

- Manter a limpeza das roupas de cama, bem como mante-las secas e bem esticadas;
- Realizar massagem suave na pele sadia, em áreas potenciais de pressão, com loção umectante e suave.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A úlcera de pressão pode atingir pacientes com dificuldades de mobilização permanente ou até temporária e representam um acréscimo no sofrimento físico e emocional dos pacientes. Pode causar um grande impacto num processo de recuperação, podendo também levar a um quadro grave e até ao óbito.

A tecnologia e a ciência têm favorecido no progresso e tratamento de pacientes hospitalizados, mas a melhoria da assistência não depende somente dos avanços tecnológicos e científicos, mas principalmente do conhecimento e envolvimento do profissional envolvido na assistência.

Esforços devem ser feitos pela equipe multidisciplinar para prevenir o surgimento ou favorecer o tratamento da UP. Aprendi que em qualquer etapa do tratamento da UP a mudança de decúbito deve ser rigorosamente observada para redução da pressão e fricção, sendo esta tarefa prioritariamente do técnico em enfermagem que deve estar ciente da sua responsabilidade com a saúde e qualidade de assistência que está prestando.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Maria Cristina dos Santos. Úlcera de pressão nos pacientes internados em UTI: o que mais fazer? **Momentos & Perspectivas em Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n.1, jan/jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual para elaboração de relatório técnico científico**. Porto Alegre: Hospital Nossa da Conceição, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília,DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

DEALEY, C. **Cuidados de feridas: um guia para as enfermeiras**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

ELSTON, Denise. Scemons, Donna. **Cuidados com feridas em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROGENSKI, Noemi Marisa; KURCGANT, Paulina. Incidência de úlcera. **Revista Latino americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, mar./abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

OLIVEIRA, Andrea Maria de; SCOPPETTA, Luiz. Úlceras por pressão isquiáticas com osteomielite: tratamento com isquiequitomia. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. São Paulo, SP. Vol. 25 nº 1 - Jan/Fev/Mar de 2010.