

Importância da comissão de curativos no tratamento das lesões cutâneas: um relato de experiência

Importance of curative commission in the treatment of cutaneous lesions: an account of experience

Importancia de la comisión de apósitos en el tratamiento de las lesiones cutâneas: un relato de experiencia

Patrick Leonardo Nogueira da Silva¹, Evaristo José de Souza², Renata Patrícia Fonseca Gonçalves², Simone Guimarães Teixeira Souto², Elaine Cristina Santos Alves², Carolina dos Reis Alves², Cláudio Luís de Souza Santos³

RESUMO

Objetivo: relatar a importância da Comissão de Curativos no tratamento das lesões cutâneas. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com suporte em um relato de experiência acadêmica proveniente de estágios extracurriculares realizados em um hospital-escola da cidade de Montes Claros durante o período de julho de 2010 a junho de 2011. **Relato da experiência:** dentro desta instituição hospitalar, a Comissão de Curativos era regida conforme protocolo próprio, obedecendo a normas instituídas para melhor atendimento ao cliente portador de uma úlcera. Durante o turno matutino, eram preparados os pacientes para a troca do curativo. Os mesmos eram realizados após o banho de todos os pacientes. Durante o turno matutino, eram preparados os pacientes para a troca do curativo. Os mesmos eram realizados após o banho de todos os pacientes. Dentre as feridas atendidas, predominavam-se as úlceras por pressão, feridas do pé diabético (neuropáticas), e úlceras isquêmicas. Além destas, outras úlceras eram atendidas em menor quantidade. A realização de curativos periódicos contribuía para o fechamento da lesão, tendo em vista o tempo de recuperação necessário para a sua boa evolução. **Conclusão:** a Comissão de Curativos contribui de forma a diminuir os índices de infecções cruzadas nos pacientes de modo a proporcionar uma melhora progressiva da lesão e de todo o quadro clínico do paciente.

Palavras-chave: Úlcera cutânea. Cicatrização. Mecanismos defensivos e curativos. Curativos oclusivos.

ABSTRACT

Objective: to report the importance of the Commission of Dressings in the treatment of cutaneous lesions. **Method:** This is a descriptive, exploratory study supported by an academic experience report from extracurricular stages carried out in a school hospital in the city of Montes Claros during the period from July 2010 to June 2011. **Report of the experience:** within this hospital, the Commission of Dressings was governed according to its own protocol, obeying established norms to better serve the client with an ulcer. During the morning shift, patients were prepared to exchange the dressing. They were performed after bathing of all patients. During the morning shift, patients were prepared to exchange the dressing. They were performed after bathing of all patients. Among the wounds treated, pressure ulcers, diabetic foot (neuropathic) wounds, and ischemic ulcers predominated. In addition to these, other ulcers were treated in less quantity. The accomplishment of periodical dressings contributed to the closure of the lesion, considering the recovery time necessary for its good evolution. **Conclusion:** As dressings are performed correctly, in order to reduce cross-infection, and help accelerate the healing process of the patient, it decreases the patient's stay in the hospital, leading to better recovery and increased quality of life.

Keywords: Skin ulcer. Healing. Defensive and curative mechanisms. Occlusive dressings.

¹ Enfermeiro, Faculdade de Guanambi/FG. E-mail: patrick_mocesp70@hotmail.com

² Enfermeiro(a), Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES.

³ Enfermeiro, Faculdades Unidas do Norte de Minas/FUNORTE.

RESUMEN

Objetivo: describir la importancia del Comité de apósitos para el tratamiento de lesiones de la piel. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, exploratorio, apoyado en un informe de la experiencia académica de las prácticas llevadas a cabo en un hospital universitario en la ciudad de Montes Claros durante el período comprendido entre julio de 2010 y junio de 2011. **Informes de la experiencia:** dentro de este hospital, la Comisión curativa se rige de acuerdo con un protocolo específico, siguiendo las normas establecidas para el mejor servicio al cliente llevar a una úlcera. Durante el turno de la mañana, los pacientes estaban preparados para el cambio de vendaje. El mismo se llevó a cabo después del baño para todos los pacientes. Durante el turno de la mañana, los pacientes estaban preparados para el cambio de vendaje. El mismo se llevó a cabo después del baño para todos los pacientes. Entre las heridas conocido predominado hasta las úlceras por presión, heridas del pie diabético (neuropático), y las úlceras isquémicas. Aparte de estos, otras úlceras se cumplieron menos. El rendimiento de los apósitos periódicas que contribuyen a cerrar la lesión, en vista del tiempo de recuperación necesarios para su buen funcionamiento. **Conclusión:** Como las vendas se realizan correctamente con el fin de reducir la infección cruzada, y ayudar a acelerar el proceso de curación del paciente, reduce la estancia hospitalaria de pacientes hospitalizados proporcionando una mejor recuperación y aumento de la calidad la vida.

Palabras clave: Úlcera Cutánea. Cicatrización de Heridas. Mecanismos Defensivos y Curativos. Apósitos Oclusivos.

INTRODUÇÃO

O cuidado estomatológico faz parte das atribuições do enfermeiro, sendo que a abrangência desta atuação vem crescendo progressivamente nos últimos anos, devido ao maior conhecimento referente ao processo de cicatrização dos tecidos e o desenvolvimento científico e tecnológico do cuidado de enfermagem prestado a pacientes que apresentam lesões cutâneas (GARDONA et al., 2013). Com relação à extensão, a pele é tida como o maior órgão do corpo humano na qual atua na proteção orgânica. Esta proteção é gerada por meio da formação de uma barreira química e mecânica, da percepção sensorial (pressão, dor e temperatura), participa da termorregulação, das trocas gasosas (hematose), da excreta hidroeletrólítica, e da síntese de vitamina D (TORTORA; DERRICKSON, 2010). Compõem-se em duas camadas com firme adesão por interseção celular na qual se sobrepõem ao tecido subcutâneo (GUYTON; HALL, 2011).

A ferida é agressão epitelial na qual geram danos à sua funcionalidade (CARVALHO; PARSONS, 2012). Esta, por sua vez, pode ser entendida como o resultado de transgressões tegumentares que podem ser de origem traumática, isquêmica, cirúrgica ou pressórica na qual ferem a sua estrutura histofisiológica (BALAN, 2012). O ato de classificar feridas, embora variável, é uma importante ferramenta para sistematizar o processo do cuidado. A reparação tissular é tida como um dos tipos de classificação na qual se subdividem em agudas e crônicas. Feridas agudas são mais comuns em crianças e apresentam sua gênese em cirurgias e traumas, cujo processo reparativo ocorre em sequência e tempo adequado, com ausência de complicações. As crônicas, por sua vez, são aquelas que não são reparadas em tempo adequado e apresentam complicações (GUYTON; HALL, 2011).

Segundo o *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH), a cronicidade estomatológica pode ser classificada conforme a morfologia anatômica do leito da lesão, sendo esta: tecido necrótico, esfacelo, tecido de granulação e tecido de epitelização (PALAGI et al., 2015; SANTOS et al., 2005). Os tecidos lesionados são restabelecidos por meio de uma série de processos metabólicos na qual são estimulados na presença de uma ruptura dérmica (TORTORA; DERRICKSON, 2010). O processo cicatricial subdivide-se em fases de complexidades significativas, com intrínseco grau de dependência e unidas por sobreposição. São elas: fase inflamatória; proliferativa ou reconstrutiva; e maturação. A durabilidade destas fases é variada, podendo prolongar-se em decorrência de fatores locais ou sistêmicos na qual propiciam danos (GARDONA et al., 2013).

O processo de cicatrização pode ocorrer por primeira e segunda intenção (ISAAC et al., 2010). O processo de cicatrização pode ser acelerado quando realizado por primeira intenção na qual se tem a união das bordas da lesão por meio de sutura. Quando realizada via segunda intenção, a lesão cicatriza-se espontaneamente sem o auxílio da sutura. Na cicatrização por terceira intenção ocorre a deiscência de uma lesão suturada, normalmente decorrente de um processo infeccioso, e a mesma passa-se a cicatrizar por segunda intenção. (TAZIMA; VICENTE; MORIYA, 2008). A microcirculação desempenha importante papel na progressão tecidual, ocasionando a chegada de anticorpos na área prejudicada, com conseqüente expulsão do antígeno, por permitir a translocação fagocitária e de enzimas proteolíticas na qual promove a remoção necrótica e a limpeza da lesão, além de favorecer as condições propícias para o desenvolvimento tecidual (CARVALHO; PARSONS, 2012; ISAAC et al., 2010; TORTORA; DERRICKSON, 2010).

O processo infeccioso delimita o fechamento epitelial, tanto de lesões crônicas, quanto de lesões agudas, devido associarem-se a níveis bacteriológicos significativos nos tecidos por secretarem exotoxinas e produzirem endotoxinas como resultado de sua lise. A tendência dessas toxinas é causar necrose local e a interferir na concentração de mediadores químicos (citocinas e proteases) necessários para a boa evolução cicatricial. A aceleração do processo cicatricial ocorre por meio de coberturas na qual são definidos como meios terapêuticos aplicados a uma ferida previamente limpa. Isso objetiva-se eliminar os fatores negativos que possam retardar a cicatrização (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Portanto, objetivou-se relatar a importância da Comissão de Curativos no tratamento das lesões cutâneas dos pacientes de um hospital-escola da cidade de Montes Claros/MG no período de 2010-2011.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com suporte em um relato de experiência acadêmica proveniente de estágios extracurriculares realizados em um hospital da cidade de Montes Claros, Minas Gerais (MG).

O estágio extracurricular foi realizado no setor da Clínica Médica II da referida instituição na qual era o setor que mais apresentava pacientes ulcerosos. A comissão de curativos estendia-se também pela Clínica Cirúrgica I e II, Pronto Socorro (PS), Clínica Urológica e Ortopédica.

A mesma decorreu durante o período de julho de 2010 findando-se em junho de 2011. Com o transcorrer deste período, foi avaliado a terapêutica dos pacientes portadores de úlceras diversas, dentre elas, úlceras neurogênicas, úlceras por pressão (Grau I, II, III e IV), úlceras neuropáticas (pé diabético), úlceras vasculogênicas (venosa ou de estase; arterial ou isquêmica; e arteriovenosa ou mista), úlceras traumáticas, dentre outras.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A partir do dia 26 de junho de 2010, foram recrutados três acadêmicos de enfermagem para a realização de estágio extracurricular na Comissão de Curativos do hospital supervisionado por uma enfermeira na qual era responsável pelo setor.

Dentro desta instituição hospitalar, a Comissão de Curativos era regida conforme protocolo próprio, obedecendo a normas instituídas para melhor atendimento ao cliente portador de uma úlcera. Durante o período de estágio, os acadêmicos trabalhavam em dois turnos, sendo eles no turno matutino na qual ficavam dois dos acadêmicos, e um no turno noturno com jornada de trabalho de seis horas cada.

O setor da Clínica Médica II onde eram prestados os estágios era tido como um setor denso e heterogêneo na qual o mesmo dispunha de oito quartos, sendo os mesmos distribuídos conforme as seguintes especificações: três quartos masculinos; três quartos femininos; e dois quartos para isolamento. Dentre os quartos masculinos, os mesmos ofereciam seis leitos no quarto nº 14, seis leitos no quarto nº 15, e

seis leitos no quarto nº 16, totalizando 18 leitos. Dentre os quartos femininos, os mesmos ofertavam dois leitos no quarto nº 17, três leitos no quarto nº 18 e cinco leitos no quarto nº 19, totalizando 10 leitos. Já os quartos de isolamento, um apresentava dois leitos (quarto nº 20) e o outro, apenas um leito (quarto nº 21).

Durante o turno matutino, eram preparados os pacientes para a troca do curativo. Os mesmos eram realizados após o banho de todos os pacientes. Antes do início de qualquer procedimento, a higienização das mãos e sua técnica de realização são de grande importância, pois na higienização das mãos eliminamos a flora transitória de forma a diminuir o número de infecções por pacientes. A higienização deve ser feita antes e após a realização de qualquer procedimento com o paciente.

Os curativos eram divididos conforme o tipo da ferida, sendo as mesmas feridas limpas/cirúrgicas ou feridas contaminadas/infetadas. Esta divisão contribuía para a não disseminação da contaminação de uma ferida infectada para uma ferida limpa evitando, assim, a infecção cruzada no paciente.

Dentre as feridas atendidas, predominavam-se as úlceras por pressão, feridas do pé diabético (neuropáticas), e úlceras isquêmicas. Além destas, outras úlceras eram atendidas em menor quantidade.

Com relação ao processo cicatricial, as úlceras passavam desde um processo necrótico até chegar à fase de epitelização. Os curativos nestes tipos de lesões eram realizados utilizando-se os EPI (luva estéril, luva de procedimento, óculos, toca e máscara) e insumos necessários. A limpeza das lesões era sempre feita da área menos contaminada para a área mais contaminada, pois não justifica levar sujidade de uma área contaminada para outra área limpa. Assim sendo, uma ferida cirúrgica (limpa) iniciava-se do leito da ferida para as bordas da ferida. Já em uma ferida neuropática iniciava-se nas bordas em direção ao leito da ferida. Na manutenção da cicatrização eram utilizadas algumas coberturas disponibilizadas pelo hospital, sendo elas, principalmente, os Ácidos Graxos Essenciais (AGE). Em feridas necróticas utilizava-se a papaína (2%, 5% e 7%). O hospital em questão apresentava protocolo institucional e procedimentos operacionais padrão (POP), embasado no Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas da cidade de Belo Horizonte (2010), respectivo à realização de curativos e tratamento de lesões cutâneas (Figura 1).

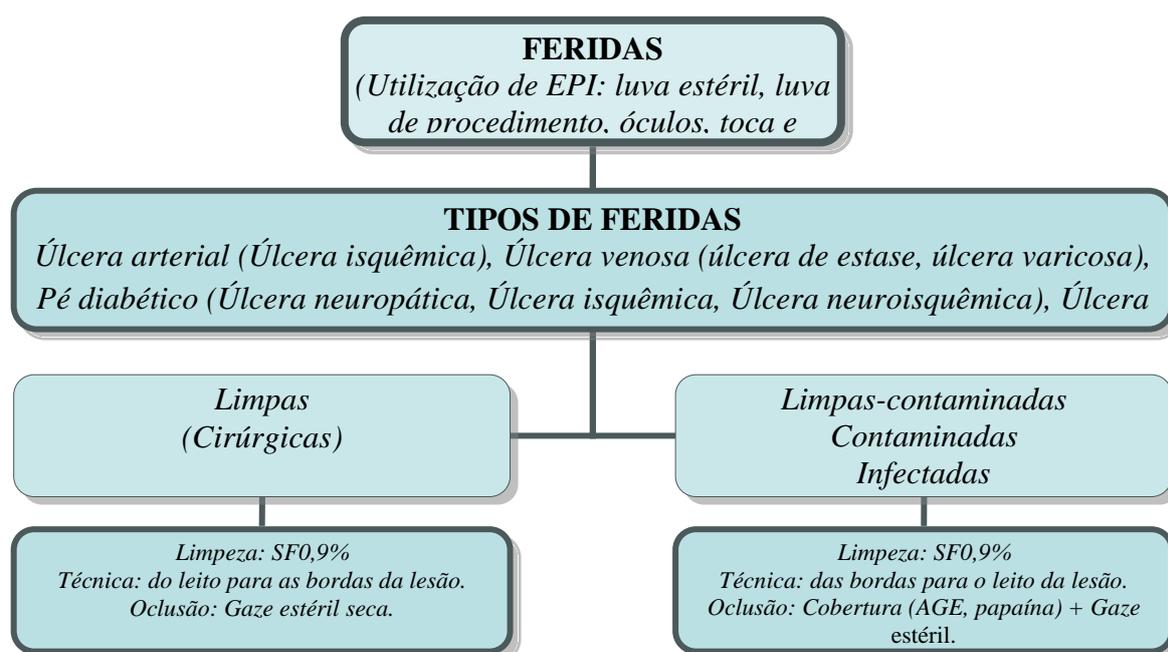


Figura 1 – Fluxograma de realização dos curativos.

Além do AGE e da papaína, o hospital recebia esporadicamente amostras de outros tipos de coberturas para curativo na qual eram fornecidas por uma empresa especializada em curativos objetivando testá-las nos pacientes e aumentar as opções de tratamento de feridas e facilitar o fechamento das lesões em menor tempo. Sendo assim, era disponibilizado: hidrogel, placas de hidrocolóide, sulfadiazina de prata e alginato de cálcio.

A realização de curativos periódicos contribuía para o fechamento da lesão, tendo em vista o tempo de recuperação necessário para a sua boa evolução. Algumas feridas apresentavam caráter crônico na qual os curativos realizados eram tidos como cuidados paliativos. Alguns dos pacientes desenvolviam feridas na qual evoluíam para estágios graves de forma que as mesmas iam para o bloco cirúrgico realizar debridamentos, ou seja, procedimento na qual se retira a necrose existente para facilitar o processo de granulação através da cirurgia.

Com isso, a implementação da Comissão de Curativo para a instituição hospitalar, bem como para a equipe de saúde e para os pacientes, foi muito boa de modo a repercutir positivamente no serviço e no tratamento clínico dos clientes internados. Com isso, as expectativas foram alcançadas, de modo a reduzir as infecções cruzadas nos pacientes, pois a função é delegada para uma equipe única e específica; reduzir a sobrecarga laboral na equipe de trabalho dimensionando melhor as funções; economia de insumos utilizados, devido à equipe requisitarem apenas o necessário para ser utilizado no decorrer de cada plantão; e acompanhamento constante no tratamento das lesões cutâneas. Além disso, esta Comissão proporciona ao cliente um serviço com atendimento de qualidade, com ampliação da eficácia e eficiência do trabalho prestado, de modo a favorecer o aumento da qualidade de vida ao paciente e aos trabalhadores.

DISCUSSÃO

Os cuidados com os diferentes tipos de feridas por meio da realização contínua de curativos, além de ser uma incumbência do enfermeiro, esta terapêutica pode contribuir para a recuperação eficaz do paciente, bem como garantir-lhe um aumento na qualidade de vida. Em um estudo intervencionista realizado na Clínica-Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) objetivou verificar a efetividade da terapia física descongestiva (TFD) na cicatrização de úlceras venosas. Esta, por sua vez, acelerou o processo cicatricial, reduziu a dor e o edema dos membros afetados (AZOUBEL et al., 2010). Com isso, pode-se observar que, além da enfermagem, outras categorias profissionais podem ser responsáveis no processo de cicatrização, tal como a fisioterapia.

Por meio de uma ciência e uma tecnologia avançada, hoje já existem diversas coberturas que contribuem no fechamento da lesão. Considerando que cada lesão apresenta uma característica fisiopatológica diferente, as coberturas foram feitas para se adaptar a cada um destes tipos. O prognóstico do processo de cicatrização depende de outros fatores, tais como: imunidade fisiológica, presença de comorbidades, tempo de espera, dentre outros. Outros estudos científicos ratificam e vão de encontro ao discriminado neste relato de experiência acadêmica (PALAGI et al., 2015; AZOUBEL et al., 2010).

A instituição ao qual vivencie esta experiência não dispunha de todo e qualquer tipo de cobertura. Apenas o AGE, a sulfadiazina de prata e a papaína (2%, 5% e 7%) eram utilizadas na rotina do hospital. A limpeza com solução fisiológica 0,9% conforme a técnica asséptica é indispensável. Apesar da baixa disponibilidade de coberturas, ainda sim os pacientes apresentavam grandes melhoras cicatriciais dispendo de um processo lento.

Lesões que apresentavam algum tipo de impedimento de crescimento do tecido de granulação, tal como uma necrose isquêmica/coagulativa, era realizada um debridamento mecânico viabilizando a proliferação do tecido celular cicatricial e conseqüente fechamento da ferida. Em um estudo na qual abordava a presença de miíases em prolapso retal, sendo esta uma condição muito rara, a região detinha uma grande

concentração de necrose de modo a impedir a devida cicatrização. Após realização cirúrgica, e com o devido término das miases, a região começou a se recuperar gradativamente.

A maior parte dos pacientes internados pertencia à especialidade da Cirurgia Cardiovascular (CCV) na qual eram vistos variados tipos de úlceras com variadas condutas e terapêuticas médicas abordadas. A depender do diagnóstico e do tipo da lesão, muitas delas eram necessárias a realização cirúrgica, via Bloco Cirúrgico (BC), para a continuidade de sua recuperação e melhora. Em um estudo semelhante, é abordada a remoção necrótica como forma de melhora da lesão por meio da intervenção cirúrgica (CAMINO JUNIOR et al., 2014). Em se tratando de outros fatores do diagnóstico, muitas vezes eram necessárias medidas mais radicais, tais como a amputação de membros.

O cuidado destes pacientes era feito de maneira sistemática e os mesmos apresentavam melhora satisfatória e respondiam bem ao tratamento intra-hospitalar. Tenório et al. (2015) corrobora este pressuposto em seu estudo. Durante o processo de alta hospitalar, o paciente era orientado por toda a equipe com relação aos cuidados da lesão dentro do domicílio, bem como a importância do acompanhamento do mesmo por um profissional e também da Atenção Primária à Saúde (APS) (OLIVEIRA et al., 2016).

A instauração de uma comissão de curativo pode repercutir na maximização do tempo de cuidados, bem como na redução da sobrecarga de serviço e das taxas de absenteísmo por doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), na qualidade do atendimento prestado, na satisfação do cliente atendido, na satisfação da equipe, no controle dos gastos dos insumos utilizados, dentre outras muitas vantagens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo é possível identificar a importância da Comissão de Curativos implantada em um Hospital para a recuperação de um paciente internado. A Comissão de Curativos contribui de forma a diminuir os índices de infecções cruzadas nos pacientes de modo a proporcionar uma melhora progressiva da lesão e de todo o quadro clínico do paciente. Além de delegar e dimensionar melhor as funções para os profissionais envolvidos naquele setor, a Comissão de Curativos direciona um serviço com mais qualidade ampliando a eficácia e eficiência no trabalho prestado e favorecendo o aumento da qualidade de vida.

Recebido em 1/2017

Aceito em: 2/2017

Publicado em: 2/2017

REFERÊNCIAS

1. AZOUBEL, R. et al. Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1085-1092, 2010.
2. BALAN, M. *Guia terapêutico para tratamento de feridas*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora Saraiva, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de prevenção e tratamento de feridas. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2011.
4. CAMINO JUNIOR, R. et al. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin in a diabetic patient complicated by substance abuse. *Brazilian Dental Journal*. Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 69-72, 2014.
5. CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. *Manual de cuidados paliativos – Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 2ª ed. São Paulo: ANCP, 2012.
6. GARDONA, R. G. B. et al. Avaliação da qualidade dos registros dos curativos em prontuários realizados pela enfermagem. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. São Paulo, v. 28, n. 4, p. 686-692, 2013.
7. GUYTON, A. C.; HALL, J. E. *Tratado de fisiologia médica*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora Saraiva, 2011.
8. ISAAC, C. et al. Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. *Revista Médica (São Paulo)*. São Paulo, v. 89, n. 3/4, p. 125-31, 2010.
9. OLIVEIRA, F. P. et al. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 1-9, 2016.
10. PALAGI, S. et al. Laserterapia em úlcera por pressão: avaliação pelas *Pressure Ulcer Scale for Healing* e *Nursing Outcomes Classification*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 49, n. 5, p. 826-833, 2015.
11. SANTOS, V. L. C. G. et al. Adaptação transcultural do *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) para a língua portuguesa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 305-313, 2005.
12. TAZIMA, M. F. G. S.; VICENTE, Y.; MORIYA, T. Biologia da ferida e cicatrização. *Medicina (Ribeirão Preto)*. Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 259-264, 2008.
13. TENÓRIO, D. M. et al. Avaliação do blog interativo sobre reparo de feridas e os cuidados de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 202-210, 2013.
14. TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. *Princípios de anatomia e fisiologia*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.