

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CLARISSA DE OLIVEIRA KRZIMINSKI

O CUIDADO COM FERIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE:
na visão de suas(seus) enfermeiras(os)

Profª Cláudia K. Krzinski

Porto Alegre

2003

CLARISSA DE OLIVEIRA KRZIMINSKI

O CUIDADO COM FERIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE:
na visão de suas(seus) enfermeiras(os)

Relatório de pesquisa, apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de ENFERMEIRO.

Orientador: Professora Dagmar Elaine Kaiser

Porto Alegre
2003

707 110 18
Biblioteca
Esc de Enfermagem da JFRGS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	3
2	OBJETIVO	5
3	CUIDADO COM FERIDAS	6
4	METODOLOGIA	23
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	58
	Apêndice A- Roteiro de Entrevista	61
	Apêndice B- Consentimento Livre e Esclarecido	62
	Anexo A- Parecer da Comissão de Pesquisa da SMS	63

1 INTRODUÇÃO

O tema feridas, muitas vezes, causa um certo desconforto nas pessoas. Falar e ver feridas é muito difícil para uns, já para outros, é mais fácil. A escolha deste tema teve fundamental importância, pois cada vez mais percebemos a enfermagem envolvida em pesquisas e esclarecimentos sobre a sua prática, neste caso, o cuidado com feridas. Sabe-se muito sobre feridas mas, pouco se escreve sobre elas.

O interesse pelo tema deu-se a partir de vivências, durante a prática disciplinar de Administração em Enfermagem, em uma Unidade Básica de Saúde pertencente à Gerência Distrital Sul/Centro Sul. Algumas considerações em relação ao cuidado puderam ser feitas visto a necessidade de compreender o que as(os) enfermeiras(os) pensam sobre o cuidado com feridas, realizado pela equipe de enfermagem na rede básica de saúde, ainda mais por ser a(o) enfermeira(o) a definir as estratégias para a efetivação do cuidado.

Outro fator importante na decisão da escolha pelo tema foi realizar um estudo voltado ao cuidado com feridas e disponibilizá-lo para as (os) enfermeiras (os) das unidades básicas de saúde e em geral.

A(o) enfermeira(o) tem como função primordial dentro da equipe de enfermagem o gerenciamento desta equipe, e em qualquer setor de trabalho, é um profissional que percebe o funcionamento geral da unidade onde trabalha. Na maioria das vezes, é procurado para dispender informações importantes para os outros membros da equipe de saúde e para tanto, necessita estar instrumentalizado cientificamente para fornecer as informações adequadas ao melhor funcionamento da unidade e atenção à saúde de seus usuários.

Durante o Estágio Curricular tive oportunidades de trabalhar mais ainda com o tema feridas. Fui convidada para apresentar a revisão da literatura do projeto de pesquisa na reunião das enfermeiras da gerência Distrital Sul/Centro-Sul como uma atualização em curativos. Durante a prática do estágio acompanhei a sala de curativos e detive-me na técnica do curativo e nas soluções disponíveis na rede básica de saúde para o tratamento de feridas.

Em decorrência desta pesquisa, pude compreender o cuidado de feridas realizado pela equipe de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde, na visão das(os) enfermeiras(os) e acredito que o mesmo possa contribuir para a qualificação do cuidado com feridas em atenção primária em saúde.

2 OBJETIVO

Compreender o cuidado de feridas realizado pela equipe de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde, na visão das(os) enfermeiras(os).

3 CUIDADO COM FERIDAS

Feridas e curativos são temas amplos e há pouca divergência entre autores sobre estes temas. Podemos entender por ferida alguma lesão ou machucado na pele. As feridas são descritas por Smeltzer (2000) como a interrupção na continuidade das células. E podem ainda ser classificadas conforme o agente causador (mecanismo de injúria), grau de contaminação e pelo comprometimento tecidual.

Conforme Smeltzer (2000) e Brasil (1994) os mecanismos de injúria podem ser incisionais, penetrantes, contusos ou lacerados. As feridas causadas por mecanismo incisional são produzidas por instrumentos cortantes como navalha, foice, machado, faca. Já as penetrantes, são produzidas por objetos perfurantes, como alfinete, agulha, prego, projétil de arma de fogo, punhal, mordedura de animal. Como contusas, temos as produzidas por objetos rombos e se caracterizam por traumatismo das partes moles, hemorragia e edema. As laceradas são produzidas por instrumentos contundentes, isto é, aqueles que esmagam os tecidos, formando feridas de bordas irregulares, despedaçadas, mastigadas, denteadas, através de vidro e arame farpado.

Podemos classificar as feridas também quanto ao grau de contaminação, conforme Smeltzer (2000), as feridas podem ser limpas, limpas-contaminadas, contaminadas ou ainda sujas ou infectadas. São consideradas feridas limpas as feridas sem inflamação, onde não são atingidos os tratos respiratório, digestivo, genital ou urinário. Geralmente são feridas suturadas e pode-se ter um dreno no local. As limpas-contaminadas são os tipos de feridas onde os tratos respiratório, alimentar, genital ou urinário são atingidos e não estão necessariamente infeccionadas. As contaminadas são as feridas acidentais recentes e abertas ou procedimentos cirúrgicos com quebras importantes da técnica asséptica ou extravasamento

do trato gastrointestinal. Ainda existem aquelas em que há inflamação aguda, não purulenta. Como feridas sujas ou infectadas, tem-se as feridas onde os microorganismos que causaram a infecção já estavam presentes, antes da lesão.

Quando se classifica a ferida pelo comprometimento tecidual temos uma sub-classificação, em estágios, conforme se apresenta na pele. O estágio I refere-se a ferida que afeta apenas a epiderme; o estágio II caracteriza-se por abrasão ou úlcera e ocorre pela perda tecidual e comprometimento da epiderme, derme ou ambas; já o estágio III pode ser definido quando há presença de úlcera profunda com comprometimento total da pele e necrose de tecido subcutâneo, entretanto a lesão não se estende até a fáscia muscular; e, o estágio IV que se apresenta com extensa distribuição de tecido, chegando a ocorrer lesão óssea ou muscular (SMELTZER, 2000).

Quando uma lesão ocorre, o próprio organismo gera vários processos celulares que contribuem para a cicatrização da ferida, como a regeneração celular, seguida da proliferação celular e, por fim, a produção de colágeno. Esta é a resposta à cicatrização, onde o tecido passa por várias fases, sendo estas a inflamatória, a proliferativa e a de maturação. Todo o processo de regeneração é complexo e envolve vários fatores.

A primeira fase, a inflamatória, dá-se logo após da lesão, pois há vasoconstrição, com depósito de coágulo fibrinoplaquetário, para controlar a hemorragia. Esta reação dura de 5 (cinco) a 10 (dez) minutos e é seguida de vasodilatação das vênulas. A microcirculação perde sua capacidade de vasoconstrição pois a noraepinefrina é destruída pelas enzimas intracelulares. Há liberação de histamina e aumento da permeabilidade capilar. Quando existe uma lesão da microcirculação, os elementos do sangue como anticorpos, proteínas plasmáticas, eletrólitos, complemento e água, atravessam o espaço vascular durante dois a três dias. Isto causa edema, calor, vermelhidão e dor. Os neutrófilos são os primeiros leucócitos a se movimentarem para o tecido traumatizado. Os monócitos transformam-se em macrófagos

para ingerir os detritos e transportarem-nos para fora da área. Também aparecem antígenos-anticorpos. As células basais situadas nas margens da ferida sofrem mitose e, as células-filhas resultantes, migram (Smeltzer, 2000). Com essa atividade, são secretadas enzimas proteolíticas, que dissolvem a base dos coágulos sanguíneos. A lacuna entre ambos os lados da ferida é progressivamente preenchida e as margens eventualmente se encontram dentro de 24 (vinte e quatro) a 48 (quarenta e oito) horas (SMELTZER, 2000).

Na fase II, a proliferativa, os fibroblastos multiplicam-se e formam uma rede para as células migrantes. As células epiteliais formam brotos nas margens das feridas; esses brotos desenvolvem-se para o interior dos capilares, fonte de nutrição para o novo tecido de granulação. O colágeno é o principal componente do tecido conjuntivo reconstituído. Os fibroblastos iniciam a síntese de colágeno e de mucopolissacarídeos. Entre duas a quatro semanas, as cadeias de aminoácidos formam fibras de tamanho e diâmetro crescentes; essas fibras tornam-se um padrão bem estruturado de aglomerados compactos. A síntese de colágeno faz com que o número de capilares reduza. A partir daí, a síntese de colágeno diminui, na tentativa de equilibrar a quantidade de colágeno destruída. Tal síntese e lise resultam no aumento da força de tensão. Após duas semanas a ferida tem apenas 3 a 5% (três a cinco por cento) de sua força cutânea original. Ao final de um mês, apenas 35 a 59% (trinta e cinco a cinquenta e nove por cento) da força da ferida foram alcançados. Não mais de 70 a 80% (setenta a oitenta por cento) da força são readquiridos. Muitas vitaminas, particularmente a vitamina C, auxiliam no processo metabólico envolvido na cicatrização da ferida (SMELTZER, 2000).

Já na fase III, de maturação, o que acontece, cerca de três semana após o traumatismo, os fibroblastos começam a deixar a ferida. A cicatriz parece grande, até que as fibras colágenas se reorganizem em posições mais próximas. Isto, juntamente com a desidratação, reduz o tamanho da cicatriz, mas aumenta sua força. Tal maturação tecidual continua e atinge

a força máxima do tecido em dez a doze semanas, mas nunca alcança a força original do tecido anterior à ferida.

Como tipos de cicatrização, Smeltzer (2000) e Gogia (2003) apresentam três tipos de cicatrização, como a cicatrização por primeira intenção ou união primária, a cicatrização por segunda intenção ou granulação e a cicatrização por terceira intenção ou sutura secundária. A cicatrização por primeira intenção ou união primária trata-se de ferida limpa com pouca destruição de tecido, bordas regulares e edema mínimo, fechadas com suturas. A formação de tecido de granulação não é visível e a cicatriz é mínima. A cicatrização por segunda intenção ou granulação ocorre quando há infecção com pus ou as bordas não foram aproximadas. O processo de reparo é mais complexo e leva mais tempo para cicatrizar, há suturas. O tecido novo que está surgindo é vermelho, macio e sensível, que sangra muito fácil. É composto de capilares e brotos minúsculos com parede delicada e que mais tarde formam o tecido conjuntivo. Esses brotos, denominados granulações, aumentam até que acabam ocupando toda a área deixada pelo tecido destruído. As células que circundam os capilares alteram sua forma arredondada, tornando-se alongadas, delgadas e entrelaçadas entre si, formando uma crosta ou cicatriz. A cicatrização se completa quando as células da pele, o epitélio, crescem sobre essas granulações. A cicatrização por terceira intenção ou a sutura secundária, ocorre em feridas profundas, quando não foram suturadas inicialmente. Então se espera que a ferida crie um tecido de granulação para assim se suturar mais tarde, como nos casos em que houve uma segunda sutura em função do rompimento da primeira sutura.

O processo de cicatrização ocorre em função de vários fatores e o ambiente em que a ferida está localizada influencia este processo, além de outros como a extensão da ferida, a perfusão de tecidos e oxigenação, a presença de corpo estranho na ferida, os medicamentos utilizados, o edema e a obstrução linfática, a presença de hemorragia e infecção, o estado nutricional, a idade e o tipo de atividade do indivíduo. Há fatores de risco que contribuem

para a sepsis na ferida, como fatores de risco local na própria ferida, como a presença de corpos estranhos, a deficiência na técnica de sutura, o tecido desvitalizado ou os hematomas. São fatores gerais a debilidade do indivíduo, como a desnutrição, a desidratação e a anemia, a idade avançada, a obesidade extrema, o choque, a duração de hospitalização pré-operatória, a duração do procedimento cirúrgico e as doenças associadas como diabetes mellitus, imunossupressão, entre outras. A infecção presente na ferida interfere no metabolismo do colágeno, reduzindo sua produção (GOGIA, 2003).

Para um tratamento eficaz de uma ferida é necessário uma avaliação prévia, geralmente feita pelo enfermeiro. Uma boa avaliação pode ser feita apenas observando-se a ferida, tendo como focos de atenção o tamanho, tipo, formato, localização e profundidade, a quantidade de exsudato, a aparência, odor e cor da ferida, deve-se também levar em conta o ambiente onde é realizado o tratamento (DEALEY, 2001).

As feridas podem ser de vários tipos, crônicas, agudas e pós-operatórias. As feridas crônicas podem ser consideradas as de longa duração, como por exemplo feridas em pessoas diabéticas e úlceras de pressão, também chamadas de escaras. Podem ser agudas, que foram provocadas recentemente, como cortes, queimaduras e que respondem bem ao tratamento. As feridas pós operatórias, que são as intencionais, cicatrizam por primeira ou segunda intenção. A profundidade interfere na cicatrização, assim, quanto mais profunda a ferida, mais tempo levará para cicatrizar. Em relação ao formato e tamanho da ferida, estas sofrem alterações ao longo da cicatrização, ao se retirar tecido necrosado a ferida parece aumentar de tamanho, que na verdade estava mascarada. Com relação à quantidade de exsudato na ferida, é variável durante a cicatrização, no estágio inflamatório está aumentado e no estágio de epitelização está diminuído. Quando há aumento de exsudato é necessário fazer um curativo absorvente, para que não macere a pele que circunda a ferida. A localização da ferida pode indicar potenciais riscos para infecção, como por exemplo feridas na região sacra. A aparência da

ferida indica qual o estágio de cicatrização ou se há alguma complicação com a ferida. Feridas abertas ou cicatrizando por segunda intenção devem ser classificadas como: com necrose, com infecção, com esfacelos, com tecido de granulação ou com tecido de epitelização. Quanto ao ambiente de tratamento, este deve ser adequado ao atendimento do usuário, oferecendo uma assistência de enfermagem com qualidade, preservando a imagem do cliente, além do controle de infecção através de técnicas assépticas (DEALEY, 2001).

O principal tratamento para as feridas são os curativos. A realização dos curativos requer um cuidado especial com a assepsia. Não basta apenas realizar a técnica do curativo, é necessário além de tudo ter materiais específicos e esterilizados, dispor de um ambiente adequado para atender o cliente. Dentre os principais objetivos do curativo, buscamos oferecer um ambiente adequado a cicatrização com cobertura ou não na ferida, absorver a drenagem, fixar ou imobilizar a ferida, proteger a ferida de traumas mecânicos e contaminação, promover hemostasia em caso de curativo compressivo e promover conforto físico e mental ao cliente.

Os curativos podem ser classificados, conforme Smeltzer (2000) e Kawamoto (1986) em curativo aberto, curativo fechado e curativo com dreno. Os curativos abertos são realizados em feridas secas e fechadas. Os curativos fechados são feitos em feridas infectadas e feridas abertas ou com perda de substâncias com ou sem infecção. As feridas por estarem abertas correm maior risco de contaminação, logo, é necessário que sejam fechadas para manter um ambiente livre de contaminação. Os curativos com dreno são realizados em feridas pós cirúrgicas que estão drenando. Conforme o tipo de ferida, escolhe-se o tipo de curativo a ser realizado, porém, a técnica de utilizar Soro Fisiológico 0,9%, gazes, pinças e luvas são básicas para todos os tipos de curativos. O que varia é o tempo de troca, o medicamento a ser utilizado e o tipo de cobertura do curativo.

Os instrumentos são uma questão importante na realização dos curativos, o cuidado com a data de validade de esterilização e a confecção do pacote de curativo também, pois evitam desperdício e retrabalho. Segundo o Manual de Rotinas de Enfermagem em Porto Alegre (2001), o pacote de curativo deve conter, basicamente, uma pinça Crile, uma pinça Anatômica com dente, uma pinça Anatômica sem dente e cinco folhas de gaze.

Uma técnica adequada de curativo garante um trabalho eficiente, rápido e eficaz, protegendo tanto o cliente quanto o funcionário. Sugere-se, como técnica de realização de curativos, as seguintes etapas, embasadas em Kawamoto (1986) e Secretaria Municipal de Porto Alegre (2002b) e experiências vivenciadas e orientadas em práticas disciplinares da Escola de Enfermagem/UFRGS. Deve-se primeiro separar o material a ser utilizado como o pacote de curativo, as gazes, o soro fisiológico 0,9%, as luvas. É importante preparar o local onde o cliente será atendido e recebê-lo, orientá-lo e auxiliá-lo a posicionar-se, de modo que garanta a sua privacidade. Para avaliar a situação, é preciso solicitar informações do cliente a respeito do ferimento, como a data da ocorrência, a causa e o tratamento em uso. Antes de realizar o curativo, explicar ao cliente o que será feito e expor somente a parte do corpo do cliente onde será realizado o curativo. É importante sempre lavar as mãos antes de realizar o curativo. Deve-se sempre usar luvas, não são necessárias as luvas esterilizadas, mas com isso estamos também nos protegendo. No momento de realizar o curativo, abrir o pacote de curativo, tendo o cuidado para não contaminar o campo interno. Pega-se as pinças, com uma mão segurando por baixo do pacote e a outra pegando pelo cabo de uma pinça. Com esta pinça na mão, organiza-se as outras dentro do campo. Mentalmente traça-se uma linha imaginária, em forma de círculo, dentro do pacote, com a área da periferia destinada aos cabos das pinças, esta área é considerada contaminada. A área interna do círculo é destinada às pontas das pinças e às gazes, esta área é esterilizada. A pinça dente de rato é recomendada para se retirar o curativo anterior, caso este procedimento exija que se toque no curativo

contaminado se recomenda trocar de luvas pois quando se toca em secreções, contamina-se as luvas. É importante desprezar o material retirado em local adequado, como saco plástico para lixo infectante biológico, considerado contaminado, de cor branco-leitoso, segundo Rodrigues (1997). A lavagem da ferida geralmente é feita com soro fisiológico 0,9%. As novas pesquisas têm indicado o uso de jatos de soro e não mais fricção. Com uma agulha estéril faz-se furinhos no frasco de Soro Fisiológico 0,9%, em forma de flor, pois este servirá de chuveirinho de modo a facilitar a limpeza através da aplicação do soro na ferida. Se for possível, amornar o soro, porque permite um menor impacto térmico na ferida (CANDIDO, 2001).

Realiza-se a secagem com uma gaze e com movimentos leves primeiro na periferia da ferida, depois com outra gaze nas bordas da ferida e com uma nova gaze dentro da ferida. Não usar mais que uma vez o mesmo lado da gaze. Após a lavagem com soro, se a ferida ainda estiver com muita secreção purulenta, umedece-se uma gaze com soro e faz-se movimentos leves na área inflamada. O objetivo é retirar o excesso da parte purulenta porque sua presença dificulta a cicatrização. Conforme a necessidade, utiliza-se o medicamento e a cobertura. Retira-se as luvas e lava-se as mãos. O micropore ou esparadrapo deve ser colocado de modo a não provocar tração forte na pele. Cola-se a fita no centro do curativo já fechado e depois, com os dedos polegares, pressiona-se de leve o esparadrapo ou micropore para baixo em direção às extremidades. Após o fechamento do curativo, é importante orientar o cliente quanto ao autocuidado, frequência das trocas do curativo, e observações que ele deve ter em casa. Após a saída do cliente, recolocar o material nos seus respectivos lugares, organizar e limpar a sala de curativos, lavar as mãos e registrar o que foi realizado, conforme rotina do local.

Para Rodrigues (1997), as mãos são as principais fontes de infecção cruzada. A maneira mais simples de se evitar a disseminação dos microorganismos causadores de infecção é a

correta lavagem de mãos. Ainda para Rodrigues, as mãos devem ser lavadas antes e depois de entrar em contato com os pacientes, no início do trabalho, ao final do trabalho, quando estiverem visivelmente sujas, quando estiverem contaminadas com sangue ou fluidos orgânicos, após usar-se o banheiro, após a remoção das luvas, após procedimentos não-estéreis.

Segundo Rodrigues (1997) e Bolick (2000), a técnica de lavagem básica de mãos para as simples tarefas devem ser feitas com água e sabão, não sendo necessário anti-séptico. É sugerida desta forma, primeiro remover anéis e relógio. Depois abrir a torneira, molhar as mãos e os punhos. Aplicar sabão e esfregar vigorosamente as mãos e os antebraços por pelo menos 15 (quinze) segundos. O sabão e a água quente reduzem a tensão superficial e isso, somado ao atrito, desprende da superfície os microorganismos que podem ser levados pela água. É importante manter as mãos abaixo do nível do cotovelo para que a água não escorra e contamine outras partes. A limpeza deve ocorrer principalmente entre os dedos, sob as unhas, em torno das cutículas, nos nós dos dedos, no dorso da mão e ao longo das superfícies laterais dos dedos e das mãos. Caso não tenham sido retirados os anéis, move-se estes, para cima e para baixo nos dedos, para que seja limpa a área sob eles. Após a lavagem, enxaguar bem as mãos e punhos, pois a água corrente carrega a espuma, os microorganismos e a sujeira. Secar as mãos com papel toalha, evitando esfregá-las porque isso danifica as mãos, causando rachaduras. As mãos ásperas e rachadas permitem que os microorganismos se escondam mais facilmente. Para evitar a contaminação novamente das mãos na hora de fechar a torneira, utiliza-se uma toalha de papel seca, para estar entre a mão e a torneira. Não são recomendadas as toalhas de pano por manterem um ambiente úmido e propício para acúmulo de microorganismos. Toalhas de papel ainda são a melhor opção.

Há uma grande variedade de produtos para serem usados na realização de curativos, conforme o tipo de ferida, está indicado o tipo de curativo e o medicamento a ser usado. Os

medicamentos tópicos são utilizados principalmente para umedecer e acabar ou evitar a infecção, favorecendo assim, a cicatrização (GOGIA, 2003).

Para Rodrigues (1997), o cuidado principal com as soluções é em relação a contaminação, para isso algumas medidas devem ser tomadas, como proteger a solução contra a ação da luz solar e do calor excessivo, trocar a solução a cada sete dias para os frascos que são reutilizáveis, desprezando-se o volume residual, lavando-os com detergente e água quente, seguindo-se a desinfecção e secagem do recipiente. Após a colocação de novo produto, identificar com o nome do produto e data da troca, procurar utilizar tampas nos frascos para evitar contaminação, evaporação e exposição a poeiras, evitar encostar a borda do frasco na pele, mucosa, superfícies ou instrumental cirúrgico, pois isto contamina. A Solução Salina ou Soro Fisiológico 0,9% devem ser trocados a cada 24 (vinte e quatro) horas.

O objetivo do uso das soluções é de remover corpos estranhos ou sujeiras, fragmentos de tecidos soltos na superfície ou tecido necrosado e restos do curativo anterior (DEALEY, 2001). Para Gogia (2003), os tratamentos de feridas servem para tratar a infecção, limpar e desbridar a ferida, oferecendo um meio adequado a cicatrização.

Segundo Dealey (2001), a água de torneira tem sido usada com mais frequência para uma variedade de feridas, em especial as já colonizadas como em caso de cirurgia retal ou em úlceras de perna. Muitos pacientes tomam banho ou usam chuveiro em Unidades Básicas de Saúde.

O soro fisiológico a 0,9% ou solução salina é o único produto totalmente seguro e o tratamento de escolha para realizar curativos. Com a função de manter a mesma osmolaridade do plasma sanguíneo, evita que as células fiquem desidratadas ou túrgidas.

A água oxigenada (H_2O_2) ou peróxido de hidrogênio a 3% (três por cento) ou 10 (dez) volumes tem efeito oxidante pois destrói as bactérias anaeróbicas. Perde seu efeito quando em contato com material orgânico como pus ou gaze de algodão. Tem efeito também de estancar

o sangramento e de liberar coágulos sanguíneos. Sua restrição fica para feridas profundas. Deve-se aplicar solução salina após uso ou limitar o número de aplicações, pois tem ação citotóxica para os fibroblastos.

Para Dealey (2001) e Rodrigues (1997), o iodo é anti-séptico de amplo espectro, na forma aquosa e alcóolica. A solução aquosa é utilizada em feridas, geralmente como iodo-povidona (10% que contém 1% de iodo disponível). Usado para desinfetar a pele e limpar feridas infectadas. O iodo não deve ser utilizado em pessoas com problemas de tireóide ou que tenham sensibilidade ao produto. A tintura de iodo a 7,0% pode produzir queimaduras. Rodrigues (1997) ressalta ainda, que o iodo-povidona, o PVP-I a 10% é uma solução degermante usada principalmente para limpeza das mãos, anti-sepsia da pele e descontaminação do campo operatório. Um cuidado básico que deve-se ter com o iodo é a proteção da contra ação da luz ultravioleta, pois esta causa decomposição da solução. As melhores concentrações de iodo para ferimentos são de 0,5 a 2,0%, conforme a Secretaria Municipal de Saúde (2002a). O Benjoin é utilizado como anti-séptico e protetor da pele, principalmente nas proeminências ósseas, como preventivo de escaras de decúbito. Tem como função também aumentar a aderência das fitas como micropore e esparadrapo.

Para Gagliuzzi (2000), pode-se utilizar nos curativos substâncias com açúcar, como: açúcar cristal, refinado, mel e glicose, principalmente para feridas infectadas, necróticas e com crostas. Procedese limpando a ferida com soro fisiológico 0,9% e secando. Coloca-se o açúcar e oclui-se com gaze o curativo. A troca deve ser feita cinco a seis vezes por dia e sempre que o açúcar se liqüefazer. Pode ser usado por diabéticos. Não deve ser usado como primeira escolha.

Conforme a Secretaria Municipal de Saúde (2002a), o Iruzol é uma pomada composta de colagenase e cloranfenicol, tem como função debridante onde retira e dissolve através de enzimas as necroses e crostas. Soluções como álcool iodado, mercúrio cromo, detergente,

sabão. inativam a ação do Iruxol, devendo-se utilizar soro fisiológico 0,9%. O efeito é devido ao debridamento natural que se faz a cada troca de curativo. Podem ocorrer reações adversas: ardência, dor, irritação, eczema, rubor, reações de hipersensibilidade ao cloranfenicol.

A Pasta Granúgena é composta por óleo mineral, óxido de zinco, talco, lanolina e vaselina, sendo utilizada para estimular a granulação e acelerar a cicatrização de qualquer lesão epidérmica. Aplicar de dois a três milímetros de espessura seguido ou não de gaze e atadura. Trocar atadura, somente se necessário, diariamente ou em quarenta e oito a setenta e duas horas, retirando-se a pasta granúgena com auxílio de vaselina líquida com suavidade.

Já a Pasta D'água é composta por óxido de zinco, glicerina, talco, água e cal. Seu uso é externo e tópico. Sua função é proteger superficialmente a pele, formando uma película que impede a irritação pelo contato com o ar ou pela fricção com a roupa, diminuindo o prurido e o ardor nos casos de queimaduras solares, assadura, ressecamento da pele ou ferimentos resultantes de picadas de insetos. Também é útil em impetigos e brotoejas. Aplicar duas a três vezes ao dia e agitar o frasco antes de usar.

A Solução de Tiersch é composta por ácido bórico, ácido salicílico, mentol, álcool e água destilada. É utilizada na terapêutica dermatológica nas fases sub-aguda e agudas de eritema, edema e exsudação. Aplicar compressas frequentes.

A Vaselina protege as células subjacentes contra os estímulos resultantes do contato com o ar ou irritantes ambientais. Tem baixa toxicidade, amacia a pele, evita o ressecamento provocado pela evaporação da água que se difunde para a superfície oriundas de camadas mais profundas da pele. É usada em queimaduras ou para remover restos de pomadas, crostas e tecidos necrosados.

A Xilocaína geléia é composta por cloridrato de lidocaína por isso produz anestesia local, imediata e profunda. É utilizada nos casos de debridamento de ferimentos ulcerativos. Não apresenta reações secundárias.

A Sulfadiazina de Prata é um antimicrobiano usado em queimaduras de segundo e terceiro grau infectadas e em escaras. Reduz o tempo de tratamento. Podem ocorrer alergias em 1 a 3% (um a três por cento) dos casos e leucopenia em 3 a 5% (três a cinco por cento) dos casos. A leucopenia acontece em três a quatro dias após o início do tratamento. Requer cuidado especial o uso em mulheres grávidas à termo, em crianças prematuras e em recém-nascidos no primeiro mês de vida, quando for uma grande área a ser tratada, como mais de 25% da superfície corporal. A razão para tanto cuidado é em relação ao uso das sulfonamidas pois há uma possibilidade de desenvolver “Kernicterus” (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2002a).

Conforme Dealey (2001) e Rodrigues (1997), a clorhexidina é um potente antimicrobiano com ação quase imediata, porém sua eficácia reduz-se ao entrar em contato com pus ou sangue. Esta solução parece ter pequena ação no tratamento geral de feridas.

O Permanganato de Potássio, para Dealey (2001) é um produto usado principalmente nos estados eczematosos com forte exsudação, principalmente em casos de úlcera de perna. É suavemente desodorizante, apresentando leves propriedades desinfetantes.

Os hidrocolóides, para Dealey (2001) e Gagliazzi (2000) são compostos de gelatina, celulose e pectina, com revestimento de filme ou espuma de poliuretano. É importante preservar um espaço na cavidade da ferida de modo que o hidrocolóide, ao absorver o exsudato, incha e molda-se ao formato da ferida. Já os hidrogéis são compostos de polímeros insolúveis com alto teor de água. São usados em vários tipos de feridas, principalmente porque absorvem o exsudato e hidratam feridas ressecadas, estimulando o desbridamento. Ambos necessitam de curativo secundário.

A bandagem pastosa, para Dealey (2001), é de algodão e contém uma pasta impregnada. Está indicada principalmente em casos de úlcera de perna. As pastas utilizadas nas bandagens

são, geralmente, pasta de zinco com ictamol ou zinco com calamina. É preciso ficar atento pois alguns pacientes desenvolvem alergia ao teor da pasta.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2002a), os tules podem ser de dois tipos: com ou sem medicamentos. Tule sem medicamento é um tipo de gaze parafinada com trama de algodão ou nylon impregnado por parafina mole. A parafina torna o curativo menos aderente, se incorporando rapidamente ao tecido de granulação. É largamente utilizado em queimaduras e lesões traumáticas. Os tules impregnados com medicamentos estão indicados para feridas infectadas e podem conter iodo-povidona ou clorhexidina.

A Estreptoquinase, conforme Dealey (2001), é um preparado enzimático em forma de pó, constituído de solução salina normal para formar um líquido ou com um pouco de solução salina e um gel lubrificante, para formar uma gelatina. Tem ação de desbridar feridas e notadamente indicado para feridas necróticas. A Estreptoquinase é um trombolítico utilizado no tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, também conhecido por IAM. Quando usado por via oral, no quinto dia de tratamento, o organismo é capaz de formar anticorpos para este medicamento, tornando ineficaz o uso deste medicamento por um período de seis meses. Há risco de hipersensibilidade e reação anafilática, por esse motivo deve-se estar atento para evitarem o uso desta medicação nas feridas em pacientes com risco de IAM ou que já sofreram um Infarto do miocárdio antes.

Nem todos os produtos usados nas feridas são isentos de risco como o soro fisiológico. Gogia (2003) traz que a toxicidade dos antimicrobianos tópicos depende da concentração e aparece como efeito adverso, prejudicando os fibroblastos. Exemplos de antimicrobianos são a povidona-iodo, o ácido acético, o peróxido de hidrogênio e o hipoclorito de sódio. Logo, a preocupação com a concentração é o principal fator de cuidado ao administrar esses tipos de medicamentos. A polivinilpirrolidona-iodo diminui a reepitelização.

Alguns tipos de feridas exigem curativos específicos, como os decorrentes de queimaduras e mordeduras (DEALEY, 2001).

As principais metas do tratamento de queimaduras são desbridar a crosta da queimadura. Se houver, promover a rápida cicatrização e prevenir ou detectar infecção. O produto mais usado em queimaduras tem sido a Sulfadiazina de Prata, tanto em pequenas queimaduras quanto para as grandes queimaduras. Por ter efeito antimicrobiano é eficaz contra Gram-negativos e *Candida sp.*, auxilia na prevenção de infecções, porém, são exigidos altos padrões de assepsia na troca dos curativos. Nas pequenas queimaduras também se usam outros tipos de produtos para tratamento de feridas, como por exemplo, uma gaze impregnada de anti-séptico ou curativos de gaze parafinada cobertos com gaze e uma bandagem. Os Hidrocolóides também são usados e absorvem o exsudato. Outros, como a espuma plana oferecem conforto e os hidrogéis dão uma sensação de refrescante. O melhor tratamento para queimadura nas mãos é a Sulfadiazina de Prata. Após aplicação de uma camada de creme, envolve-se a mão com saco plástico para prevenir contraturas. A mão deve ficar elevada nas primeiras 48-72 (quarenta e oito a setenta e duas) horas. A troca dos sacos plásticos é feita quando este enche-se de exsudato. Para Candido (2001), o medicamento de escolha para a queimadura depende do tipo e comprometimento tecidual. Os curativos podem ser abertos ou fechados. Nos genitais e face são escolhidos os abertos. Os curativos fechados mantêm a umidade e protegem da infecção. A troca de curativos varia conforme o produto escolhido. Há uma variedade de produtos que podem ser utilizados em queimaduras, como a Sulfadiazina de Prata, associada ou não ao nitrato de cério, hidrocolóides, hidrogel, ácido linoleico, ácido ricinoléico, aloe vera, elicina, papaína, albumina, gazes não aderentes e alginatos.

As mordeduras aparecem com alta frequência no atendimento de emergência, sendo sua maioria mordeduras de cães (DEALEY, 2001). Outros animais também podem causar problemas ao homem, como os gatos, ratos, esquilos e cobras. As pessoas com mordeduras de

cães devem receber a vacina anti-rábica. Mordidas humanas merecem atenção especial pelo fato de poderem transmitir doenças como o vírus do HIV ou da Hepatite B. Os antibióticos não são necessários para todos os clientes, pois a infecção só ocorrerá em pequeno número de casos. Devem ser admitidos para exploração cirúrgica e irrigação. A limpeza cuidadosa é essencial para que se possa avaliar o ferimento. Deve-se usar Solução Salina ou Soro Fisiológico ou um anti-séptico como Iodo-povidona. Desbridamento ou exploração cirúrgica podem ser necessários para a remoção de corpos estranhos ou tecidos desvitalizados. Cortes grandes no rosto precisam ser suturados. As feridas perfuradas devem permanecer abertas, com proteção, por causa do risco de infecção. Um curativo de baixa aderência impregnado de iodo será adequado, a menos que haja exsudação moderada ou forte. Mordeduras que envolveram articulações ou tendões ou qualquer indício de infecção disseminando devem ser encaminhados para exploração cirúrgica e irrigação. Pacientes com mordeduras precisam receber acompanhamento da cicatrização da ferida e avaliação do retorno do pleno funcionamento da parte afetada.

Um importante aspecto que merece ser levado em conta quando se trata de assuntos relacionados a prática de enfermagem é em relação a equipe que exerce estas tarefas, no caso, o curativo. Nos dias de hoje fala-se muito em abordagem interdisciplinar. Candido (2001) salienta a importância da formação da equipe interdisciplinar, onde cada profissional é responsável tanto pela sua parcela na tarefa quanto pelo todo, buscando um resultado de qualidade, mantendo uma interação grupal e partilhando informações. Cada integrante do grupo exerce o seu papel. Cabe à(o) enfermeira(o) diagnosticar a patologia, examinar a ferida, indicar e realizar o curativo, além de oferecer informações na parte de orientação quanto a prevenção de complicações. O auxiliar ou técnico de enfermagem tem como tarefa realizar o curativo e interagir com os demais membros do grupo. A(o) enfermeira(o) prioritariamente, acompanha a realização dos curativos, não necessariamente realizando-os.

Candido (2001, p.63) traz ainda que os curativos menos complexos devem ser feitos em postos de saúde e acrescenta que “eles deveriam dispor de material e funcionários habilitados, com conhecimentos e técnicas suficientes para indicar e realizar o tratamento adequado. Alguns postos também poderiam contar com o atendimento domiciliar, tipo *homecare*, em casos especiais”. Ele incentiva a orientação para o autocuidado, com dispensação de materiais para a realização de curativos feitos por familiares em casa. Os curativos mais complexos ficariam a cargo dos ambulatórios dos hospitais.

Neste sentido, após a revisão da literatura das diversas formas de realizar curativos, procurou-se compreender como que as(os) enfermeiras(os) percebem o cuidado com feridas dentro das Unidades Básicas de Saúde, trazendo sugestões para a melhoria desta prática de enfermagem.

4 METODOLOGIA

Este estudo é do tipo qualitativo exploratório-descritivo e trata sobre a compreensão das(os) enfermeiras(os) em relação às práticas desenvolvidas no cuidado com feridas no contexto em que trabalham.

4.1 Participantes do estudo

As (os) participantes do estudo foram cinco enfermeiras (os) de Unidades Básicas de Saúde pertencentes à Gerência Distrital Sul/Centro Sul, da rede básica de saúde, do município de Porto Alegre, que aceitaram participar da investigação.

4.2 Instrumentos

Após a autorização do Comitê de Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde, para a realização da pesquisa (Anexo A), as informações foram coletadas através da aplicação de entrevista semi-estruturada, orientada por um roteiro contendo cinco perguntas norteadoras, conforme apresenta o Apêndice A.

4.3 Coleta das Informações

As informações foram coletadas através de uma entrevista semi estruturada, previamente agendada com as/os enfermeiras/os de Unidades Básicas de Saúde pertencentes à Gerência Distrital Sul/Centro Sul que aceitaram participar da investigação. As entrevistas foram feitas no próprio local de trabalho das(os) enfermeiras(os).

A entrevista foi gravada e após transcrita. Para garantir o anonimato das(os) participantes do estudo, cada informação foi identificada pelo codinome “Sujeito 1”, “Sujeito 2”, etc.

4.4 Análise das Informações

As informações foram analisadas partindo da referência da Análise de Conteúdo de Bardin (1979), utilizando técnicas de análise das comunicações e procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das entrevistas transcritas.

4.5 Aspectos Éticos

Um aspecto ético importante a ser ressaltado neste estudo é o contido na Resolução 196/96 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (1996), conforme consta no parágrafo III em Aspectos Éticos da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos:

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

III.1 - A eticidade da pesquisa implica em:

- a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (*autonomia*). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;
- b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (*beneficência*), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (*não maleficência*);
- d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (*justiça e equidade*).

Seguindo, desta forma, o Código de Ética de Pesquisa com Seres Humanos, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada participante do estudo, confirmando a sua participação na pesquisa. Os documentos estavam em duas vias de igual teor, ficando uma sob o poder da(o) pesquisada(o) e a outra com a pesquisadora. Apresento este documento no Apêndice B. Para fins de esclarecimentos esta pesquisa não envolveu riscos físicos às(aos) participantes.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Aqui apresento a análise das entrevistas realizadas junto às(aos) enfermeiras(os) de Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Sul/Centro-Sul, categorizando suas respostas conforme previsto por Bardin (1979), a cada item investigado.

Quando investiguei o item 1 “Como você percebe o cuidado com feridas realizado em Unidades Básicas de Saúde?”, obtive seis diferentes categorias de respostas: Unidade Básica de Saúde, material, tipo de ferida, capacitação da equipe de enfermagem e cuidado com feridas, conforme mostra o Quadro 1, a seguir apresentado.

Quadro 1: “Como você percebe o cuidado com feridas realizado em Unidades Básicas de Saúde?”

Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Sul/Centro-Sul. Julho, 2003.

CATEGORIAS

- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
- MATERIAL
- TIPO DE FERIDA
- CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
- EQUIPE DE ENFERMAGEM
- CUIDADO COM FERIDAS

Fonte: Entrevistas com as(os) enfermeiras(os) das Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Sul/Centro-Sul.

Na primeira categoria, referente à Unidade Básica de Saúde, o Sujeito 1 apresenta que a Unidade Básica de Saúde “é um lugar onde se pode tratar feridas”. Já o Sujeito 4 revela que “existe uma sala de curativos de referência” da Secretaria Municipal de Saúde de Porto

Alegre, isentando a Unidade Básica desta atividade. O Sujeito 5 acredita que “se pode dar um atendimento bem melhor em feridas na Unidade Básica de Saúde”.

Candido (2001) apresenta que centros de atendimento primário, como a Unidade Básica de Saúde, deveriam dispor de material e recursos humanos habilitados e capacitados para realizar o tratamento adequado de feridas, onde o seu atendimento teria a resolutividade em atenção primária em saúde.

O modelo de saúde proposto pelo SUS traz como enfoque a Atenção Primária em Saúde (APS), refere-se ao primeiro atendimento em prevenção para a comunidade. A APS, conceito de saúde que preconiza que o indivíduo tenha no mínimo água potável, alimentação e nutrição, cuidados materno-infantis, imunização, controle de doenças endêmicas e não-transmissíveis, controle de doenças endêmicas locais, cuidados com lesões e traumatismos mais comuns, oferta de medicamentos essenciais e educação sanitária, visa além da prevenção, a qualidade deste serviço. Esta visão holística do indivíduo e interdisciplinaridade de atenção requer também uma equipe de saúde presente, na qual o médico e o enfermeiro constituem partes essenciais da equipe, além de técnicos das áreas social, psicológica e em auxiliares de saúde (FEIX, 1992).

Na segunda categoria encontrada, referente ao material, foi relatada pelos Sujeitos 2 e 5 a dificuldade na prestação de cuidado de feridas devido a falta de material, desde pomadas e soluções no tratamento de feridas como falta de materiais para efetivar o processo de esterilização dos pacotes de curativos, foram falas: “tem material de curativo básico como gaze, soro fisiológico e vaselina de vez em quando” (Sujeito 5), “se tem dificuldade de material” (Sujeito 2), “se está em falta de papel para fazer os pacotes de curativos” (Sujeito 2), “não tem nada de material aqui” (Sujeito 5). Ainda comenta o Sujeito 4 que “o material que vem para a Unidade Básica não tem mais recomendação de uso” e “o que tem de material para curativos que a literatura recomenda que se utilize é só o soro fisiológico”.

A respeito da importância do controle do estoque de medicamentos, Kuregant (1991) refere que cabe à enfermeira administrar os recursos materiais no seu local de trabalho. Um controle rigoroso de estoque e gastos garante o suprimento de todas as áreas bem como uma redução de custos e qualidade no atendimento ao cliente, evitando interrupções em sua terapêutica. Entretanto, além deste controle de estoque é necessário ao enfermeiro poder contar com um suprimento adequado e ágil destes materiais institucionalmente para que sua equipe de enfermagem possa atuar de forma adequada no cuidado com feridas.

Tipo de ferida foi a terceira categoria encontrada. A condição de tratar “feridas de menor intensidade” (Sujeito 1) e “não ter material para curativos de queimados” (Sujeito 2) na Unidade Básica de Saúde, foram situações apresentadas e vinculadas a diferentes dificuldades no cuidado destes tipos de ferida, onde se constata a necessidade de reforçar o conceito de atenção primária em saúde nas Unidades Básicas de Saúde e rever o planejamento referente aos materiais necessários ao cuidado com feridas.

Segundo Porto Alegre (2002b), as feridas incisivas devem ser avaliadas conforme a extensão e encaminhadas para o Hospital de Pronto Socorro (HPS) se forem grandes e, se forem pequenas, devem ser encaminhadas ao Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS). As queimaduras de 2º e 3º graus deverão ser avaliadas pelo médico e/ou enfermeira. Se o curativo não puder ser feito na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no Programa de Saúde da Família (PSF), devem ser encaminhados para o HPS, Hospital Cristo Redentor ou PACS. Escoriações e abrasões devem ser tratados e encaminhados à avaliação clínica para analgesia. As grandes extensões daqueles ferimentos devem ser encaminhadas para o HPS. Ferimentos perfurados devem ser encaminhados para o HPS ou para o PACS quando dentro do prazo de até 6 (seis) horas do ocorrido.

Assim, existe um fluxo de atendimento definido relativo ao tipo de ferida, onde está prevista a participação do enfermeiro e a referência ao local para atendimento.

A capacitação da equipe de enfermagem foi a quarta categoria encontrada, onde a necessidade do investimento em atividades como a capacitação de recursos humanos em enfermagem foi destaque. Isto aparece nas falas do Sujeito 2: “falta treinamento”, “eu acho importante o treinamento”, “não tem treinamento para curativo na rede”. O Sujeito 4 manifestou que “tem que ser revista toda a questão do treinamento de como realizar o curativo”.

Kurcgant (1991) vincula o incentivo ao desenvolvimento pessoal da equipe de enfermagem à empresa, se esta capacitação é oferecida, os serviços estarão mais qualificados e a equipe mais satisfeita e motivada ao trabalho. A mesma autora cita ainda que pesquisas feitas pelo Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem (COFEN/ABEN) indicam que 81,2% dos enfermeiros no Brasil acham muito importante os cursos oferecidos pelas empresas. Além dos cursos, é necessário que um setor ou serviço se agrupe, organize e coordene estas atividades educacionais, desenvolvendo programas e articulando os diferentes setores de atuação na área de enfermagem.

A Secretaria Municipal da Saúde (Porto Alegre, 2002a), através do Protocolo de Procedimentos e Ações em Saúde para o profissional enfermeiro apresenta que o enfermeiro deverá ser capacitado em cursos formais, ou de capacitação em serviço nas áreas de atuação especificadas no Protocolo, onde o cuidado com feridas está contemplado.

A quinta categoria encontrada ao investigar a percepção do cuidado de feridas na Unidade Básica de Saúde foi referente à equipe de enfermagem, trazendo informações pertinentes ao papel do profissional enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem na equipe e no cuidado com feridas, além da função da equipe de saúde. Foram falas “tenho dificuldade com os auxiliares de enfermagem”; “eles não vêm falar com a enfermeira”; “fazem curativo do jeito que eles acham que está certo”; “tenho sentido um pouco de resistência do auxiliar de enfermagem de mostrar e pedir orientação para fazer

curativos”, agravado com a manifestação, “ela fazia questão de chamar o médico” (Sujeito 2). Um investimento na definição de papéis das diferentes categorias de enfermagem e equipe de saúde, principalmente na relação com o cuidado de feridas, torna-se evidente. Ainda nesta mesma categoria, o Sujeito 2 relata que “primeiro os auxiliares de enfermagem orientam o paciente e depois eles vêm e falam para nós, assim fica difícil, quando não vão direto para o médico”.

Para Kurcgant (1991, p. 177), a enfermeira torna-se líder de sua equipe de enfermagem por sua “capacitação técnica específica ou por motivos de interesses organizacionais ou ainda pelas necessidades do grupo dirigido”, atribuindo-lhe poder sobre esta equipe, caracterizando uma estrutura hierárquica dentro do setor de trabalho. Cabe aqui lembrar a importância do enfermeiro aceitar esse papel e desempenhá-lo conforme as necessidades do grupo.

A posição central que o médico ocupa na equipe de saúde é citado por Carapinheiro apud Lima e Almeida (1999), apresentando-o como detentor do saber e tendo em sua volta os demais membros desta equipe. O médico, sendo o único capaz de realizar diagnóstico, assume total poder de decisão sobre o tratamento do paciente. Lima apud Lima e Almeida (1999) refere que a enfermeira tem seu espaço de atuação limitado em função desta dependência do trabalho médico, mas, por outro lado, assume uma relação de dominação sobre a sua equipe de enfermagem.

Na sexta categoria encontrada, cuidado com feridas, os sujeitos investigados informam que percebem o cuidado com feridas realizado em Unidades Básicas de Saúde como precário (Sujeito 4 e Sujeito 5). Entretanto, o Sujeito 3 informa que considera “de boa qualidade o cuidado de feridas em função dos recursos existentes”. Também foi relatado pelo Sujeito 4 a existência de “uma concepção bem antiga, bem ultrapassada na realização de procedimentos em curativos”. O Sujeito 5 vincula ainda a “precariedade na realização de curativos ao tipo de material disponível na Unidade Básica”.

A técnica atual de curativo não pode ser como uma regra. Em geral, é preciso que o enfermeiro avalie o tipo de ferida para que seja feito o melhor tratamento possível e adequado na Unidade Básica de Saúde.

Para Bittar (1996), o inovar é importante para a busca de melhores condições de trabalho, melhor cuidado oferecido ao paciente, melhores materiais e ferramentas, melhor ambiente de trabalho, sempre visando o aumento da qualidade do atendimento e a redução de custos do procedimento realizado.

Algumas recomendações servem para praticamente todos os tipos de curativos. Declair e Pinheiro (1998) e Borges e Chianca (2000a) concordam quando dizem que movimentos fortes como fricção, pressão e esfregação da pele lesada como forma de limpeza de curativo devem ser abolidas pois machucam a pele, contribuindo negativamente para a evolução desta ferida. A limpeza da ferida que deve ser com solução salina isotônica, conhecida como soro fisiológico 0,9%, em forma de jatos de baixa pressão.

Para Candido (2001), o curativo úmido é mais utilizado em feridas abertas pois contribui para uma cicatrização mais rápida e pode ser feito utilizando-se o soro fisiológico 0,9%, mantendo a ferida úmida com uma troca frequente dos curativos. O autor apresenta ainda como utópica a disponibilidade de todos os materiais para curativos existentes no mercado e nos serviços de saúde. O mais importante seria conhecer bem o processo fisiológico e anatômico da cicatrização para saber dar uma orientação adequada ao cliente sobre o que fazer e contar com a criatividade, sabendo improvisar com o que se tem.

Em meu segundo questionamento, quando investiguei “Como está organizada a participação da equipe de enfermagem no atendimento ao usuário que necessita de cuidados com feridas na Unidade de Saúde que você trabalha?”, obtive cinco diferentes categorias de respostas referentes às funções do enfermeiro, à organização do trabalho, à capacitação de

recursos humanos em enfermagem, ao usuário e relativo ao equipamento e materiais, conforme mostra o Quadro 2, a seguir.

Quadro 2: “Como está organizada a participação da equipe de enfermagem no atendimento ao usuário que necessita de cuidados com feridas na Unidade de Saúde que você trabalha?”

Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Sul/Centro-Sul. Julho, 2003.

CATEGORIAS

- CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM
 - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
 - ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
 - USUÁRIO
 - EQUIPAMENTOS E MATERIAIS
-

Fonte: Entrevistas com as(os) enfermeiras(os) das Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Sul/Centro-Sul.

Na primeira categoria encontrada, capacitação de recursos humanos em enfermagem, o Sujeito 1 informa que o enfermeiro participa do atendimento ao usuário que necessita de cuidados com feridas, que recebe ou vai em busca de treinamento e que desenvolve educação continuada com a equipe de enfermagem, o que é percebido através de suas falas “a enfermeira recebe treinamento”, “me informo onde tem treinamento”, “não tenho queixas em termos de treinamento para atender feridas”, “sou bem capacitada”, “eu passo para a equipe de enfermagem o que eu adquiero fora da Unidade”. O Sujeito 4 lembra a “preocupação em se capacitar o pessoal, trazendo técnicas novas” como forma de melhor participar do cuidado com feridas. O Sujeito 1 acredita que “a equipe esteja preparada para atender a clientela”.

Marquis e Huston (1999) apresentam a importância do treinamento para manter o funcionário atualizado, capacitado, qualificado e motivado, principalmente no campo da saúde onde a tecnologia avança rapidamente. Um chefe estimulador constitui um fator

contribuinte para esta motivação. O funcionário motivado apresenta melhores resultados no seu trabalho. Neste sentido, a criação de um ambiente de crescimento e produtivo na Unidade Básica de Saúde constituem fatores motivacionais para a equipe de enfermagem.

Salientamos a necessidade do enfermeiro buscar a especialização através de cursos, reuniões científicas, participação em simpósios e congressos. Assim, o enfermeiro deve manter-se atualizado, ampliando os conhecimentos técnicos, científicos e culturais em benefício da clientela, da coletividade e do desenvolvimento de sua profissão.

Quando este treinamento aplica-se a instituições de saúde, a contratação de assessoria técnica-científica, a fim de desenvolver-se um treinamento orientado e organizado pode ser o mais indicado. Cabe a diretoria de enfermagem "...promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão..." (COFEN 240/2000 Capítulo III Art.19).

A organização do trabalho, segunda categoria encontrada, revela a organização do atendimento ao usuário que necessita de cuidados com feridas na Unidade de Saúde. Isto é percebido através das falas do Sujeito 5, "se tem que fazer algum curativo a gente faz", "tem uma escala de trabalho diária, é feito rodízio entre todos os auxiliares de enfermagem", "todos atuam no curativo, não tem uma pessoa específica para isso". O Sujeito 3 informa um atendimento integrado pela equipe de saúde, "buscando um atendimento de enfermagem e atendimento médico, se for necessário". O Sujeito 2 ainda coloca que "se for o caso de passar para o médico, chamo o médico para olhar o curativo".

Kolb et al apud Moura (1992, p. 24) dizem que "no planejamento organizacional, quatro variáveis devem ser levadas em consideração: as pessoas que a integram, suas capacidades e seus motivos; as tarefas organizacionais e as habilidades necessárias para a realização eficiente; o ambiente externo à organização de suas exigências; o clima organizacional". Neste sentido o profissional enfermeiro deve atentar a estas variáveis quando planeja o

atendimento ao usuário que necessita de cuidados com feridas, onde a subjetividade de cada integrante da equipe de enfermagem necessita de atenção especial. Também a liderança do enfermeiro se expressa na autoridade para decidir, planejar, controlar e comandar os trabalhos de enfermagem, assumindo as responsabilidades inerentes a função de líder formal, interagindo com profissionais da equipe de saúde no contexto ambiental em que se inserem, segundo Kron apud Poletto (1999).

Na terceira categoria encontrada, atribuições da equipe de enfermagem, os participantes do estudo apresentaram em suas falas referências às atribuições do enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, além de relacionar estas atribuições com a equipe como um todo. O Sujeito 2 informou que passa “na sala de curativos para ver o curativo que a auxiliar ou técnico está fazendo”, que a sua participação em relação ao cuidado com feridas “é orientar os auxiliares na forma de fazer o curativo”. Para o Sujeito 3, “a enfermeira ajuda a supervisionar algum curativo”. “A nossa equipe é bem integrada aqui” (Sujeito 5). Para o Sujeito 1, tanto os auxiliares como o enfermeiro, “todos fazem curativo”, entretanto, “eles fazem mais curativos do que eu”. Reforça o Sujeito 1 que “sempre que tiverem dúvidas todos me chamam”. O Sujeito 2 também refere: “a equipe me chama pra olhar o curativo quando tem dúvida”.

Lima e Almeida (1999) referem que dentro do trabalho da equipe de saúde há fragmentação de atividades e interdependência destas atividades. Assim, todos os profissionais desta equipe dependem da atuação do outro como uma forma de complementação de atividades. Entretanto, para Poletto (1999), o enfermeiro cuida da saúde e da doença dos indivíduos, coordenando, para tanto, as ações da equipe de enfermagem, promovendo relações de cuidado que assegurem o atendimento as necessidades do cliente, na condição de líder formal desta equipe.

O usuário foi a quarta categoria encontrada, apenas o Sujeito 2 contemplou esta categoria dizendo que o paciente a chama para “avaliar a ferida” e que o orienta para o autocuidado.

Stronge apud Dealey (2001) sugere que o fato de envolver o usuário com o cuidado ou a proteção de sua ferida promove a cicatrização. Esta atitude positiva, por parte do enfermeiro, tem efeito significativo no cuidado da ferida do usuário.

No tratamento das feridas, deve-se procurar entender a dinâmica da vida do usuário, humanizando as atividades desenvolvidas durante o procedimento de enfermagem no sentido de que o cliente conviva com mais qualidade de vida com sua ferida.

O acolhimento do usuário que chega à Unidade, considerada a sua trajetória como usuário do serviço de saúde, cidadão e morador daquela comunidade, somado à avaliação de seu ferimento por parte de enfermeiro, são fatores essenciais para evidenciar a necessidade do tipo de atendimento à feridas na Unidade Básica de Saúde.

A Quinta categoria encontrada foi referente aos equipamentos e materiais. Houve referência à dificuldade na realização do curativo vinculada aos materiais, conforme fala o Sujeito 1, “a autoclave e a estufa estragam, são coisas essenciais para realizar o trabalho”.

A manutenção de materiais de consumo duradouros trata-se de um aspecto importante abordado por Bittar (1996). A manutenção é um conjunto de medidas executadas para o bom funcionamento de equipamentos, máquinas ou materiais permanentes. Por não serem descartáveis, os bens permanentes de uma instituição devem ter um acompanhamento de manutenção preventiva para que estejam sempre em pleno funcionamento, pois a falta deles prejudica o atendimento de enfermagem. Para tanto, a manutenção preventiva evita que equipamentos tenham agravado algum problema que se instala, corrigindo-o.

Os instrumentos de trabalho da equipe de enfermagem que entram em contato direto com mucosas ou rompem a barreira de proteção do corpo humano do paciente durante um

procedimento, como pinças e tesouras, são considerados materiais críticos e devem passar por um processo de desinfecção e esterilização para sua posterior utilização e reutilização. Como métodos de esterilização existem o processo por calor úmido, através da autoclave e por gás, com óxido de etileno (BOLICK, 2000). Porto Alegre (2001) cita também a esterilização por calor seco, através de estufa. O processo de esterilização na Unidade Básica de Saúde é feito através de calor úmido e seco, utilizando-se para isso, a autoclave e a estufa.

Para o sujeito 1, os materiais disponíveis na Unidade de Saúde são suficientes para o atendimento da clientela, “não acho que eu tenha que ter grande aparato de coisas, se eu tiver um soro fisiológico e gazes esterilizadas eu consigo atender essa demanda na Unidade”. O Sujeito 4 refere que “tem usado somente o soro fisiológico” e que na Unidade de Saúde “abolimos a utilização de pomadas em cima de lesões”.

Para Declair e Pinheiro (1998), há mais de trinta anos vem-se estudando o uso de anti-sépticos e antibióticos sobre a ferida e que estes ainda vem sendo bastante utilizados nos dias de hoje. Estudos experimentais evidenciaram que alguns destes tipos de produtos causam toxicidade para os fibroblastos, comprometendo o processo de cicatrização.

Para Candido (2001), o enfermeiro pode examinar a ferida, indicar e realizar o curativo, orientar na prevenção de complicações, efetuar documentação fotográfica e recomendar exames complementares que possam auxiliar no diagnóstico e na evolução da cicatrização da ferida.

De acordo com Porto Alegre (2002a), o Protocolo de Procedimentos e Ações em Saúde para o profissional enfermeiro apresenta indicação de medicamentos que podem ser utilizados no curativo do usuário pela equipe de enfermagem e prescritos pela enfermeira. Cita o artigo 11 em seu inciso II, Lei 7498/89 que regulamenta o exercício profissional do enfermeiro e define que este poderá prescrever medicamentos e solicitar exames estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde. Para tanto, o

enfermeiro, como os demais profissionais da saúde é um profissional que pode e deve contribuir com todo o seu saber buscando uma maior resolutividade no atendimento a feridas na Unidade Básica de Saúde, assumindo importante papel nas atividades preventivas, curativas, de reabilitação, educacionais, de pesquisa e gerenciais.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN/RS) através do Decreto N°103/00, dispõe sobre a normatização das atribuições dos profissionais de enfermagem. São considerados atribuições do enfermeiro, em relação aos curativos, a execução de curativos mais complexos como de cavidades abertas, profundas e de maior complexidade, a realização de desbridamento de feridas e avaliação e prescrição de coberturas para as feridas (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-RS, 2001).

Segundo a Lei N.º 7.498/86 artigo 11, inciso II, alínea c, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o enfermeiro poderá realizar prescrição de medicamentos desde que estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-RS, 2001).

O desenvolvimento de protocolos trata-se de uma forma precisa e eficaz para dar ao enfermeiro mais autonomia no cuidado com feridas. O protocolo deverá ser desenvolvido por enfermeiros que, baseados na prática clínica, irão prestar assistência preventiva e curativa aos usuários. Este protocolo deverá estar aprovado pela diretoria clínica e de enfermagem da Unidade Básica de Saúde onde será implantado. Alguns serviços, podem inclusive relacionar medicamentos que poderão ser prescritos pelos enfermeiros sem prescrição médica, desde que inseridos no protocolo.

Para Jorge e Dantas (2003) o Soro Fisiológico é a melhor opção para a limpeza de uma ferida, além de ser de fácil aquisição, em sua embalagem já está pronto para o uso. A técnica de limpeza de ferida é feita com a perfuração do frasco com uma agulha de calibre grande (40

X12mm) e jatos de baixa pressão na ferida. Esta autora indica ainda o uso de água de torneira fervida para o tratamento de feridas.

No terceiro item investigado, “Qual a sua participação em relação ao cuidado com feridas?”, obtive quatro diferentes categorias de respostas referentes a participação do enfermeiro, ao grau de complexidade da lesão, subdelegação de competências em enfermagem e educação em saúde, conforme mostra o quadro 3, a seguir.

Quadro 3: “Qual a sua participação em relação ao cuidado com feridas?”

Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Sul/Centro-Sul. Julho, 2003.

CATEGORIAS

- PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO
 - GRAU DE COMPLEXIDADE DA LESÃO
 - SUBDELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM
 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE
-

Fonte: Entrevistas com as(os) enfermeiras(os) das Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Sul/Centro-Sul.

A primeira categoria encontrada ao investigar “qual a sua participação em relação ao cuidado de feridas” foi a participação do enfermeiro. O Sujeito 1 respondeu que a sua participação está sendo direta no cuidado com feridas. O Sujeito 2 revela também um envolvimento grande no cuidado com feridas e direto com o usuário, através das seguintes falas “eu ajudo a fazer” e “a participação do enfermeiro é de avaliar e de fazer curativo”. A enfermeira como supervisora é informada pelo Sujeito 4, que diz “a avaliação do número de trocas diárias de curativo sempre é determinada pela enfermeira”, “todos os curativos que aparecem na US que não sejam curativos simples, tipo suturas, eles passam pela minha avaliação” e ainda, “o primeiro curativo sempre é feito comigo”. O Sujeito 5 deixa claro a participação do enfermeiro com a equipe de enfermagem, principalmente no primeiro

atendimento ao usuário, como segue: “paciente novo com uma ferida tipo escara, uma úlcera varicosa, eu faço a avaliação em presença da auxiliar”.

Para Candido (2001), o papel do enfermeiro preenche uma lacuna importante no tratamento de feridas, sua participação é preponderante. É ele e sua equipe de enfermagem que executam o curativo diariamente, estando em maior contato com o usuário. Por essa razão, em muitos aspectos, esta atuação do enfermeiro se sobressairá à dos demais integrantes da equipe de saúde. O papel do auxiliar e do técnico de enfermagem é acompanhar, junto do enfermeiro, a realização do curativo.

Para Declair (2003), é atuação do enfermeiro a avaliação e conduta no tratamento de feridas junto a equipe interdisciplinar. Quem realiza o curativo e avalia o paciente todos os dias é o enfermeiro. O envolvimento do enfermeiro no cuidado de feridas ao usuário que procura a Unidade Básica de Saúde não se dá apenas na própria Unidade, a participação em visita domiciliar para atender esta demanda em uma orientação adequada no domicílio aparece na fala do Sujeito 4, ao falar que “para os pacientes que buscam só material, eu faço a visita domiciliar, oriento ou reoriento como deve-se fazer o curativo”.

Ramos e Lima (2000), ao abordarem a questão do espaço de enfermagem em saúde coletiva na rede municipal de saúde de Porto Alegre mencionam as visitas domiciliares realizadas pelo enfermeiro, juntamente com outros membros da equipe de saúde, tanto na busca de casos de risco, faltosos aos programas quanto ao atendimento ao usuário que necessita de procedimentos de enfermagem no domicílio, além do suporte emocional e educação à família.

A segunda categoria encontrada, referente ao grau de complexidade da lesão, diz respeito a atuação da enfermeira em atividades de maior complexidade. O Sujeito2 refere “eu faço o curativo quando ele é grande, quando tem drenos, quando é uma escara muito grande”. O Sujeito 4 afirma que “fazer desbridamento cirúrgico, no caso, retirada com lâmina de

bisturi, isto é feito só pela enfermeira”. Dentro da equipe de saúde a enfermeira também reconhece suas limitações de atuação na Unidade de Saúde, encaminhando casos mais complexos a atendimentos de referência, como disseram os Sujeitos 4 e 5 respectivamente, “úlceras venosas, diabéticas, sempre se pede uma avaliação com o vascular” e “muita úlcera varicosa se encaminha para o Postão”.

Para Declair (2003), o tratamento de lesões por parte do enfermeiro não se limita à prescrição de curativo sem a avaliação criteriosa da ferida. Para a autora, a atuação do enfermeiro, principalmente quando aborda-se a questão do tratamento de feridas, está clara na legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, que cabe ao enfermeiro realizar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Conforme a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei n.º 7498/86, artigo 11, inciso I, alínea “m”, que regulamenta o trabalho dos enfermeiros e da equipe de enfermagem, esclarece que uma das funções privativas do enfermeiro é prestar “cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-RS, p.17, 2001).

Conforme Porto Alegre (2002b) úlceras venosas ou arteriais devem ser avaliadas pelo médico da Instituição, no caso Programa de Saúde da Família (PSF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS), e referenciados para uma consulta com cirurgião vascular. Nos casos mais graves, encaminhar para o Grupo Hospital Conceição (GHC). Os curativos das lesões maiores, encaminhar para o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS). Os curativos limpos e com boa evolução são realizados no posto de saúde desde que com acompanhamento especializado.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a Resolução 240/2000, Capítulo 1, Artigo 1º, “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”. A mesma Lei, em seu Capítulo I, Artigo 6.º, apresenta que “o profissional de enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da enfermagem”. Neste sentido, tudo o que se refere a promoção, proteção ou recuperação da saúde ou reabilitação de pessoas é função do enfermeiro. Se a prescrição da utilização de hidratante para a pele ou coberturas específicas para o tratamento de feridas protegerá o cliente de desenvolver lesões de pele, a prescrição é função do enfermeiro, principalmente porque se o cliente desenvolver úlcera ou agravamento de feridas, por exemplo, será responsabilidade da enfermagem prestar contas tanto ao usuário como à Unidade de Saúde, correndo o risco de ter que responder judicialmente pela falta cometida. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-RS, 2001)

A terceira categoria encontrada, subdelegação de competências, onde o enfermeiro mesmo sendo responsável tanto pela atuação de toda a equipe de enfermagem e no atendimento por esta equipe dispensado ao usuário no cuidado com feridas, ele delega algumas atividades de menor complexidade a esta equipe, na maioria das vezes composta por técnicos e auxiliares de enfermagem. Para o Sujeito 3, “normalmente eu sou solicitada quando o auxiliar não se sente apto a realizar o curativo”. O Sujeito 4 também aborda a questão da subdelegação de competências quando diz “eu avalio a lesão e digo como vai ser feito para a minha equipe”.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determina, através da Lei Nº7498/86, artigo 11, inciso I, alínea b, como função privativa do enfermeiro a “organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços”(CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-RS, p.17,

2001). Aos técnicos e auxiliares de enfermagem cabe “executar atividades determinadas pelo Enfermeiro responsável pela unidade de serviço mas que façam parte de suas atribuições conforme a Lei N.º 7498/86 e Decreto N.º 94406/87”, desde que respeitadas as limitações das atividades de cada categoria. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/RS, p.52-53, 2001)

Bastos et al (2002) traz que para que ocorra delegação de tarefas é necessário ter confiança no funcionário que irá executar a tarefa, assim, também é importante que a pessoa que delega reconheça e esclareça os papéis de cada funcionário dentro do serviço. Para que a subdelegação de competências possa acontecer na equipe de enfermagem é fundamental que existam capacitações constantes para seus membros e que estes assumam as responsabilidades das tarefas que estão sendo delegadas dentro do serviço de enfermagem.

A quarta categoria encontrada, educação em saúde, é decorrente da fala dos sujeitos investigados e ainda pertinente à indagação “Qual a sua participação em relação ao cuidado de feridas?”. Para o Sujeito 1, “não basta fazer o curativo, tem toda a parte de orientação, de ensinar a pessoa, a história do autocuidado ou se for uma pessoa que não possa fazer seu próprio curativo”, “o familiar estava com dúvidas e eu orientei” e ainda, “eu posso ensinar e auxiliar a pessoa ou uma outra pessoa de casa ou um familiar a realizar o curativo”.

Para Mosquera e Stobäus (1983), a educação para a saúde não pretende a simples cura, mas sim desenvolver nas pessoas possibilidades de autocuidado do seu próprio esquema de saúde. Através da educação para a saúde o enfermeiro deve despertar a responsabilidade no usuário como ator do seu próprio desempenho no cuidado de sua ferida, no sentido de que seja responsável pela sua própria saúde e que isso repercuta na dos que o rodeiam. Neste sentido, a educação para a saúde tem dois aspectos significativos: o aspecto físico, que é o cuidado com a ferida e, o aspecto psíquico, saber conviver com esta ferida, autoconhecendo-se e levando a preservação de sua saúde e da coletividade.

O item 4 investigado, “O que é necessário à equipe de enfermagem para realizar o cuidado com feridas?”, obteve três diferentes categorias: saber fazer, estar motivada, e ter materiais e equipamentos, conforme mostra o quadro 2, a seguir.

Quadro 4: “O que é necessário à equipe de enfermagem para realizar o cuidado com feridas?”

Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Sul/Centro-Sul. Julho, 2003.

CATEGORIAS

- SABER FAZER
 - ESTAR MOTIVADA
 - TER MATERIAIS E EQUIPAMENTOS
-

Fonte: Entrevistas com as(os) enfermeiras(os) das Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Sul/Centro-Sul.

Saber fazer foi a primeira categoria encontrada a partir da análise das falas dos participantes do estudo entrevistados. O Sujeito 4 informou que “a equipe tem que ser bem treinada”. Este treinamento, para o Sujeito 5, deve ser “cíclico, a cada seis meses uma renovação” e, para o Sujeito 4, “com revisão de conceitos”.

O treinamento do auxiliar e técnico de enfermagem foi apresentado como “necessário” pelo Sujeito 2.

A educação continuada foi apontada pelo Sujeito 3, “é necessário realizar educação continuada”. É “necessário o conhecimento técnico”, lembrou o Sujeito 5.

A “compreensão da importância do ato do tratamento da lesão” é trazida como necessária à equipe de enfermagem para realizar o cuidado com feridas (Sujeito 4).

Para Mezomo (1995 p.188), “não há qualidade sem educação e treinamento continuado”. Para o enfermeiro que atua em Atenção Primária de Saúde o conhecimento atualizado é necessário, uma vez que a ciência e a medicina evoluem rapidamente. É

necessário, assim, acompanhar este avanço científico procurando estudar, ler, participar de congressos, cursos, palestras, conversar com outras pessoas para haver qualidade na assistência de enfermagem. Sendo a enfermagem uma área que necessita de recursos humanos altamente capacitados e motivados, o treinamento torna-se importante para qualificar o serviço prestado ao usuário que necessita de cuidado de feridas.

“Promover e coordenar a Educação Continuada dos profissionais de enfermagem” é responsabilidade e função privativa do enfermeiro, o que é regulamentado pela Decisão do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN/RS) N°103/00. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, p.49, 2001)

Na segunda categoria encontrada, estar motivada, os sujeitos investigados informaram que é necessário à equipe de enfermagem para realizar o cuidado com feridas “ter vontade de fazer bem feito” (Sujeito 1). Para o Sujeito 4, “se a equipe de enfermagem não acredita no cuidado com feridas que realiza, o paciente não vai acreditar”.

“Não é só a enfermeira ir lá, ela deve fazer esses curativos grandes” foi a fala do Sujeito 2, informando ainda que “é interessante a enfermeira fazer e avaliar o retorno do usuário, para ter uma idéia da evolução de melhora dessa ferida”.

Borges e Chianca (2000a) referem que não é só o conhecimento científico da enfermeira a respeito da cicatrização de feridas que é importante, mas a avaliação do usuário e acompanhamento da evolução da cicatrização realizados pela enfermeira também. Para Dealey (2001) a avaliação da ferida e o planejamento do tratamento da ferida, realizados pela enfermeira são aspectos muito importantes no atendimento prestado ao usuário que necessita de cuidado com feridas.

A terceira categoria encontrada e necessária à equipe de enfermagem para realizar o cuidado com feridas foi referente aos materiais e equipamentos a serem utilizados. “Tem que ter todo o material e se não tem, pelo menos tem que ter o essencial”, “estou com

dificuldades em esterilizar material, porque a autoclave estragou”, “estou usando estufa que queima todo o material”, foram falas do Sujeito 1. “Não tem material” e “necessito de material adequado” foi externado pelo Sujeito 5.

Todos os instrumentos utilizados pela equipe de saúde que entram em contato com mucosas ou atravessam a barreira de proteção do corpo humano, e que são reutilizados em várias pessoas, devem ser esterilizados entre um atendimento e outro, permitindo a efetivação da biossegurança ao realizar o cuidado. Materiais críticos devem ser esterilizados em estufa ou autoclave. Para Fontinele (2002) as autoclaves são as mais utilizadas em hospitais, principalmente as do tipo horizontais. A esterilização por calor seco, efetuada em estufas requer que o artigo fique exposto ao calor por um período maior do que se esterilizado na autoclave, porque a irradiação do calor é menos penetrante e menos uniforme que o calor úmido.

Quando investiguei o item 5, “Para você, como poderia ser o cuidado com feridas nas Unidades Básicas de Saúde?”, obtive cinco diferentes categorias de respostas referentes ao material, à capacitação de recursos humanos, à unidade de saúde, à equipe de enfermagem e de saúde e ao usuário, conforme mostra o quadro 5, a seguir.

Quadro 5: “Para você, como poderia ser o cuidado com feridas nas Unidades Básicas de Saúde?”

Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Sul/Centro-Sul. Julho, 2003.

CATEGORIAS

- MATERIAL
- CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
- UNIDADE DE SAÚDE
- EQUIPE DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE
- USUÁRIO

Fonte: Entrevistas com as(os) enfermeiras(os) das Unidades Básicas de Saúde da Gerência Distrital Sul/Centro-Sul.

Neste item investigado, tive a intenção de conhecer a visão das (os) enfermeiras (os) sobre como poderia ser o cuidado com feridas nas Unidades Básicas de Saúde. A primeira categoria encontrada nas falas dos participantes do estudo foi referente ao material necessário para o cuidado de feridas durante a realização do curativo.

Para o Sujeito 5 “o principal que falta nas Unidades é um fornecimento de material adequado para se fazer o curativo”, “o que falta para as unidades básicas é material adequado até para se poder programar um grupo de trabalho, por exemplo, de úlcera varicosa, de escaras”.

O Sujeito 1 informa que se “tiver o mesmo material que um centro grande de curativos, eu vou tratar escaras grandes”, “se poderia estar usando estes materiais, por que não vem pra cá?” (Sujeito 2). Segundo as falas do Sujeito 2, “tem pessoas que tem dez anos úlcera varicosa e não tem o que tu usar no posto”.

Porto Alegre (2002b), no Manual de atendimento ambulatorial, refere que as úlceras sejam encaminhadas para o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) ou para o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) através de referência do médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou do Programa de Saúde da Família (PSF). Apenas os curativos limpos e com acompanhamento especializado, com prescrição médica, podem ser realizados na UBS ou no PSF.

Dealey (2001) refere ser de responsabilidade da enfermeira atentar para o fornecimento de materiais necessários ao adequado atendimento do paciente, considerando tanto os aspectos de capacidade da equipe de enfermagem quanto o fornecimento de materiais. Lembra que fornecer cuidados inadequados é visto como negligência na legislação. Neste sentido, a enfermeira deve estar atenta à solicitação e suprimento de materiais necessários ao cuidado com feridas do usuário que necessita desta atenção básica em saúde.

Apenas o Sujeito 4 informou excelentes resultados com a utilização única do soro fisiológico no tratamento de feridas, como é verificado em suas falas “tenho utilizado só soro fisiológico com excelentes resultados, ótimos resultados”, “que sejam abolidas algumas soluções que ainda tem, que é um dinheiro público mal empregado”, “agora no inverno se está aquecendo o sorinho”. Diferentemente, o Sujeito 5 informou que “só com o soro fisiológico e gaze não faz muita coisa”.

Borges e Chianca (2002a) informam que a melhor técnica de limpeza de ferida é por irrigação com jatos de soro fisiológico que retiram corpos estranhos e tecidos frouxos desvitalizados. Borges e Chianca (2000b) trazem ainda a pesquisa realizada sobre curativos em que a técnica de curativo tradicional feita com solução anti-séptica, soro fisiológico e fricção com gaze, acaba prejudicando o processo de regeneração, retardando a cicatrização da ferida.

Para Declair e Pinheiro (1998), a utilização de soro gelado é prejudicial para a ferida uma vez que o tecido afetado necessita de uma temperatura de aproximadamente 37°C. Em um resfriamento da ferida com soro frio se perderia tempo na cicatrização. O mesmo é preconizado em Candido (2001), quando diz que a solução salina deve ser aquecida para reduzir o impacto na ferida.

A segunda categoria encontrada, capacitação de recursos humanos, mais uma vez mostra a importância que assume o conhecimento na realização do cuidado com feridas para as (os) enfermeiras (os) quando puderam idealizar como poderia ser o cuidado com feridas nas Unidades Básicas de Saúde.

Para o Sujeito 1, “se eu receber treinamento, se toda a equipe receber treinamento, nós vamos poder tratar feridas grandes”. O Sujeito 4 nos apresenta o desafio: “que as pessoas sejam bem capacitadas para isso”, onde “a compreensão de que o processo de cicatrização do

sistema é orgânico e não localizado” seria necessário para o cuidado de feridas durante a realização do curativo.

Para Mezomo (1995), capacitações e treinamentos são investimentos em recursos humanos que garantem uma prestação de serviço de qualidade, logo, deve ser dada importância devida a estas ferramentas dentro do local de trabalho em que se encontra a equipe de enfermagem. O profissional que é valorizado torna-se mais motivado além de ter sua moral elevada. Os funcionários da saúde devem ser treinados para trabalhar em equipe para sentirem-se mais envolvidos com a tarefa, objetivando uma maior produtividade, qualidade no atendimento e satisfação.

O enfermeiro em Unidade Básica de Saúde deve estar capacitado para o alcance de metas e objetivos institucionais, como também, do cuidado com feridas. Para isso faz-se necessário não apenas um processo seletivo adequado, mas também um trabalho contínuo com este enfermeiro, integrando-o no contexto institucional e na própria função. Para Kurcgant (1991), a educação do funcionário no seu local de trabalho favorece o autodesenvolvimento, levando o funcionário a ter uma maior satisfação no trabalho e melhorando sua produtividade.

A terceira categoria encontrada sobre como poderia ser o cuidado com feridas nas Unidades Básicas de Saúde teve como referência a própria Unidade.

Para o Sujeito 1, a Unidade Básica de Saúde poderia realizar cuidados de feridas mais complexas, “tem-se toda a possibilidade de tratar em uma Unidade Básica, por exemplo, escaras grandes”. Para o Sujeito 3, a Unidade “poderia ser bem mais estruturada e oferecer novas técnicas, novos curativos”. O cuidado com feridas em Unidades deveria ser “um atendimento como qualquer outro dentro das Unidades de Saúde e dos Programas de Saúde da Família”. (Sujeito 4)

Para Candido (2001), a operacionalização do tratamento de feridas, nos casos menos complexos, podem ser efetuados em Unidades Básicas de Saúde e em atendimento domiciliar.

Porto Alegre (2001) ao apresentar o planejamento, organização, normatização e padronização das atividades de enfermagem nas Unidades de Saúde da Gerência Distrital III, buscando qualificar as ações técnicas prestadas no serviço da Secretaria Municipal de Saúde, refere que há uma indefinição de limites nas ações executadas pelos diversos profissionais que integram a equipe multidisciplinar e que é necessário que a categoria tome consciência e tenha clareza de quais são suas atribuições. Neste mesmo manual de rotinas estão contemplados a limpeza, desinfecção e esterilização na sala do curativo e o preparo, acondicionamento e esterilização de materiais para o cuidado de feridas.

O Sujeito 3 lembrou a importância de “se tornar o acesso e o vínculo com a Unidade responsável, mais próxima do usuário”.

Para Santos et al (1999), a população desconhece a dinâmica de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus direitos e os profissionais perpetuam atendimento à demanda voltado para a especialidade com enfoque curativo. Algumas iniciativas de foco central no cliente buscam atender as necessidades da comunidade e não apenas a demanda, como os grupos de educação e saúde, visitas domiciliares e o acolhimento.

Os participantes do estudo referiram-se também à equipe de enfermagem e de saúde, quarta categoria encontrada quando investigou-se como poderia ser o cuidado com feridas nas Unidades Básicas de Saúde. Para o Sujeito 2, este cuidado “poderia ser mais uma integração da equipe toda, do auxiliar, técnico, enfermeira e médico”. Para o Sujeito 4, “deveria ter-se o envolvimento das pessoas que trabalham, de acreditar que elas podem fazer alguma coisa”, para melhor se poder cuidar de feridas.

Bastos et al (2002) traz que o comprometimento dos funcionários com o local de trabalho e as atividades desenvolvidas neste local é necessário para que o atendimento ao

usuário que busca serviços de enfermagem seja de qualidade. Mezomo (1995), diz que o envolvimento dos funcionários com seu trabalho aumenta a motivação e a produtividade. Para Ribeiro apud Moura (1992), a produtividade e a efetividade da prestação da assistência de enfermagem aumentam com a satisfação do funcionário em relação ao seu trabalho.

O Sujeito 4 lembra da importância da atuação do profissional enfermeiro. São falas destacadas “a compreensão da importância do papel da enfermeira neste cuidado e sua avaliação” em cuidado com feridas e que “o conhecimento básico a enfermeira tem que ter”. “Conseguirmos padronizar os cuidados que são nossos, típicos de enfermeiro”, é necessário ao êxito nestes “cuidados e conhecer o que se está tratando”. “Somente assim, será possível se fazer o histórico de enfermagem”.

Para Jorge e Dantas (2003), os enfermeiros são responsáveis pelo acompanhamento da ferida, através de avaliação e registro. Para que isso possa ser efetivado é necessário manter-se atualizado em relação aos avanços técnicos e científicos.

Para Bittar (1996), a normalização e a padronização produzem tanto a redução de custos como melhor organização do trabalho, facilidade na orientação de funcionários, economia de tempo, entre outros.

Para Candido (2001), o registro é muito importante no cuidado com feridas pois permite um acompanhamento mais claro dos eventos da cicatrização. Pode-se registrar por escrito e através de fotografias. Uma documentação adequada permite uma comparação entre os estágios do tratamento, além de manter atualizado o estado da ferida, podem melhorar a auto-estima do cliente quando os resultados são positivos.

O usuário também teve referência na visão das (os) enfermeiras (os) sobre como poderia ser o cuidado com feridas nas Unidades Básicas de Saúde. O Sujeito 1 referiu “não vou mandar o cliente para um centro grande de curativos. Tem todas as pessoas da região que vão

pra lá. Sabe-se que as filas são grandes, as pessoas se queixam, o deslocamento é caro para ele e isso nós podemos atender na Unidade”

Para o Sujeito 3, o usuário deveria ter a oportunidade de receber o cuidado com feridas próximo do seu domicílio, pois “a oferta de mais esta atividade para o usuário” descentralizada atenderia melhor a população adstrita em suas necessidades.

Dealey (2001) aborda a questão do custo do tratamento de feridas, não só para a instituição quanto para o paciente. Custos podem se apresentar de diferentes maneiras, como financeiros, psicológicos ou emocionais. Assim, o deslocamento para uma Unidade Básica de Saúde por um usuário que necessita de cuidado com ferida ou o comprometimento do seu trabalho pela invalidez temporária tem custos financeiros. O seu sofrimento e dor relacionados a sua ferida podem lhe trazer prejuízos emocionais. O fato de não ser atendido em atenção básica na sua saúde ao procurar a Unidade Básica de Saúde pode trazer sentimentos conflitantes. Para tanto o trabalho na Unidade Básica de Saúde deve propor estratégias que contemplem as demandas sociais e viabilize o preconizado pelo SUS.

Para o Sujeito 4, “a participação do usuário ao nível ambulatorial é necessária e resolutive” no tratamento das feridas, “fazer o histórico de enfermagem para se saber se tem alguma patologia associada ou não, vai depender desta participação”.

Dealey (2001) refere que no tratamento de feridas não se pode focar apenas a ferida mas lembrar que esta ferida pertence a uma pessoa, que tem história, uma vida, ou seja, é prestar atendimento no cuidado de feridas contemplando a abordagem holística.

Jorge e Dantas (2003) apresentam diversos fatores que retardam ou impedem a cicatrização, dentre eles doenças crônicas como hipertensão, diabetes melito, hepatopatias, nefropatias, problemas vasculares e neoplasias atrapalham o processo cicatricial. Salientam também que é importante verificar, ao acompanhar o cuidado de feridas do usuário, o uso de medicamentos, principalmente imunossupressores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro é um profissional que juntamente com a equipe de enfermagem e de saúde deve se mobilizar para buscar meios criativos de atenção em saúde, com vistas à intervenção na realidade. Tem um papel fundamental na compreensão e luta, em conjunto com a população, por um sistema de saúde universal, gratuito, hierarquizado e resolutivo.

Investigar o cuidado de feridas na Rede Básica de Saúde, verificando a percepção das (os) enfermeiras (os), permitiu conhecer como o enfermeiro valoriza esta prática realizada pela equipe de enfermagem e de saúde, através do cuidado de feridas por estes manifestada e a maneira de como assistem o cidadão. Permite ainda qualificar esta assistência de saúde prestada em Unidades Básicas de Saúde, considerando a escassa abordagem do cuidado com feridas no Protocolo de Enfermagem.

As (os) enfermeiras (os) percebem o cuidado com feridas realizado em Unidades Básicas de Saúde possível, devendo ser estes de menor intensidade, mesmo existindo uma sala de curativos de referência.

O atendimento às feridas, na visão das (os) enfermeiras (os), poderia ser de melhor qualidade, pois existe dificuldade na realização deste cuidado devido à falta de material como pomadas e soluções e para efetivar o processo de esterilização dos pacotes de curativos. Lembram o papel da enfermeira em administrar os recursos materiais no seu local de trabalho e que isto depende também de suprimento por parte do Almoxarifado Central da Secretaria Municipal de Saúde.

A necessidade de investimento em capacitação de recursos humanos em enfermagem foi citada, reconhecendo haver falta de treinamento e capacitação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. Uma revisão da atual forma de realização do curativo foi

sugerida, o que contemplaria o Protocolo de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde, relativo à capacitação dos seus recursos humanos.

A resistência em pedir orientação para fazer curativos por parte de membros da equipe de enfermagem é trazida como dificuldade na relação de trabalho. É necessário a enfermeira ser líder da equipe que gerencia por sua capacitação técnica específica e pelas necessidades do grupo que dirige. Isto lhe atribui poder sobre a equipe e caracteriza uma estrutura hierárquica dentro do setor de trabalho em enfermagem. Cabe mais uma vez aqui lembrar a importância do enfermeiro em aceitar esse papel e desempenhá-lo conforme as necessidades do grupo.

As (os) enfermeiras (os) entendem que a técnica de curativo não é uma regra, é preciso que o enfermeiro avalie o tipo de ferida para que seja feito o melhor tratamento possível neste cuidado e adequando-o às possibilidades de organização do trabalho e estrutura da Unidade Básica de Saúde na qual trabalha. Inovar com cientificidade é importante na busca de melhores condições de trabalho, melhor cuidado com feridas, melhores materiais e ferramentas, melhor ambiente de trabalho, sempre visando o aumento da qualidade do atendimento ao usuário.

O curativo, para as (os) enfermeiras (os), pode ser feito utilizando-se apenas o soro fisiológico, mantendo-se a ferida úmida com uma troca freqüente. Apresentam como utópica a disponibilidade dos diferentes materiais para curativos existentes nas Unidades Básicas de Saúde. Informam ainda que o mais importante para o enfermeiro seria conhecer bem o processo fisiológico e anatômico da cicatrização para saber dar uma orientação adequada à equipe de enfermagem e ao usuário sobre o que e como fazer.

A organização do trabalho da equipe de enfermagem é feita através de escala de trabalho diária, porém, as (os) enfermeiras(os) entrevistadas(os) deixam a entender em suas falas que o profissional enfermeiro deve atentar ao seu papel de líder da equipe no momento de decidir, planejar, controlar e comandar ações pertinentes ao cuidado com feridas.

Reconhecem a subjetividade de cada integrante da equipe de enfermagem e citam a supervisão como essencial para a avaliação no cuidado com feridas, considerando os materiais e soluções disponíveis para a realização de curativos na Unidade Básica de Saúde e as dificuldades na manutenção dos equipamentos necessários para o tratamento do instrumental desta atividade.

A preocupação em capacitar os auxiliares e técnicos de enfermagem para a realização de curativo, mesmo reconhecendo que a equipe de enfermagem está preparada para prestar assistência ao usuário que necessita do cuidado com feridas, ficou evidente. Reconhecem a educação continuada como necessária para qualificar esta assistência de enfermagem.

As (os) enfermeiras (os) recebem treinamento ou por ele procuram. Cabe aqui falar sobre a importância do enfermeiro buscar um conhecimento mais aprimorado através de cursos, reuniões científicas, participação em simpósios e congressos para que possa atender as necessidades da equipe de enfermagem, clientela e coletividade.

Além da participação da equipe de enfermagem no cuidado com feridas, o usuário foi referido como importante neste cuidado e em sua resolutividade, onde o autocuidado em sua saúde e na coletividade através da educação em saúde foi destaque.

As (os) enfermeiras(os) entrevistadas(os) afirmaram ser direta a sua participação no cuidado com feridas e salientam a importância do acompanhamento do primeiro curativo em conjunto com a equipe de enfermagem. Após a avaliação da ferida, indicação de soluções, tipo e número de trocas de curativos, realizam os curativos de maior complexidade e subdelegam competências para a equipe de enfermagem nos curativos de menor complexidade.

As (os) enfermeiras (os) entrevistadas (os) referem ainda a educação em saúde como função educacional do enfermeiro no cuidado com feridas em Unidades Básicas de Saúde.

Para estes, o orientar, ensinar e promover o autocuidado proporciona ao usuário uma melhoria na qualidade de vida e convívio com sua ferida.

O treinamento e educação continuada foram apontados como necessários à equipe de enfermagem para realizar o cuidado com feridas e que isto proporcionaria a atualização e motivação tão necessárias para o trabalho. Um comprometimento e envolvimento por parte da equipe de enfermagem na prestação do cuidado em feridas ao usuário qualificaria esta atenção em saúde realizada e buscaria atender as necessidades do usuário com ferida na própria Unidade Básica de Saúde.

Outras necessidades também apontadas para a realização das atividades pela equipe de enfermagem no cuidado com feridas foram a solução dos problemas de equipamentos que estragam seguidamente e o suprimento de material necessário para atender o usuário que necessita deste cuidado.

O cuidado de feridas realizado pela equipe de enfermagem em Unidade Básica de Saúde, na visão das(os) enfermeiras(os), poderia ter um maior investimento institucional na área da capacitação, cujos cursos para enfermeiros e equipe de enfermagem levariam à idealização do cuidado com feridas nas Unidades Básicas de Saúde.

O descontentamento referente à falta de materiais necessários para a realização de cuidados com feridas e a existência de produtos obsoletos disponíveis para o tratamento destas na Unidade Básica de Saúde necessitariam de solução para o atendimento adequado ao cidadão. Isto requer que haja Unidade Básica de Saúde materiais e equipamentos adequados ao cuidado com feridas para ter a resolutividade e qualidade desejada na assistência de enfermagem prestada.

Uma maior integração entre a equipe de enfermagem e de saúde no cuidado com feridas também foi trazida pelas (os) enfermeiras(os) como necessária e que isto qualificaria o atendimento ao usuário na Unidade Básica de Saúde. O enfermeiro deveria atuar com

cientificidade e ser o elo interdisciplinar na equipe de trabalho e com o usuário sem desconsiderar a estrutura organizacional da Unidade Básica de Saúde onde atua.

O deslocamento do usuário que necessita de cuidado com ferida para uma Unidade Básica de Saúde próxima de seu domicílio e o comprometimento do seu trabalho pela invalidez temporária que o ferimento lhe confere foram apresentados como justificativa para a realização do cuidado com feridas na própria Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, indicando a visita domiciliar e propondo estratégias que contemplem as demandas sociais para viabilizar o preconizado pelo SUS.

Considerando as contribuições das (os) enfermeiras(os), minha vivência em Unidade Básica de Saúde e a literatura consultada, tenho a propor:

- que o enfermeiro busque meios criativos no atendimento às necessidades de atenção em saúde no cuidado com feridas;
- que o cuidado com feridas seja realizado pelo enfermeiro e sua equipe nas Unidades Básicas de Saúde, avaliando-se o grau de intensidade da ferida, tempo de troca, medicamento a ser utilizado, o tipo de cobertura do curativo e sua resolutividade em atenção primária;
- que haja o suprimento de materiais, pomadas e soluções para a prática do curativo em Unidades Básicas de Saúde, possibilitando o cuidado com feridas ao cidadão, evitando o desperdício e retrabalho;
- a realização urgente de capacitação na área do cuidado com feridas para os recursos humanos de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde, voltado a uma técnica adequada de curativo que garanta um trabalho eficiente, rápido e eficaz, protegendo tanto o cliente quanto o funcionário;

- que seja realizada uma revisão da atual forma de como e onde está sendo feito o curativo;
- a indicação pela (o) enfermeira (o) sobre o tipo de produtos necessários para aquisição no almoxarifado central para a realização de curativos;
- atualizar a padronização do atendimento às feridas em Unidades Básicas de Saúde no protocolo de enfermagem;
- um investimento na capacitação das (os) enfermeiras (os) relativo ao gerenciamento, com vistas à otimização das relações humanas na equipe de enfermagem;
- uma maior iniciativa por parte das (os) enfermeiras (os) em inovar com cientificidade, buscando melhores condições de trabalho, melhor ambiente de trabalho e objetivando o aumento da qualidade no atendimento ao usuário;
- a agilização de processos de manutenção preventiva e substituição temporária dos equipamentos estragados e que são necessários no processo do cuidado com feridas nas Unidades Básicas de Saúde;
- o investimento pela (o) enfermeira (o) em educação em saúde como complemento no cuidado com feridas nas Unidades Básicas de Saúde, solicitando informações ao cliente a respeito do ferimento, data de ocorrência, causa e tratamento em uso, além de explicar o que será feito, orientando-o, ensinando-o e promovendo o autocuidado com vistas a uma melhoria na cicatrização da ferida, qualidade de vida e o próprio convívio do usuário com esta ferida;
- uma maior integração entre as equipes de enfermagem e de saúde no cuidado com feridas, mantendo uma interação grupal e partilhando informações, a fim de qualificar o atendimento ao usuário que busca o cuidado com feridas na Unidade Básica de Saúde; e,

- que a (o) enfermeira (o) proponha estratégias que contemplem as demandas sociais e viabilizem o atendimento do usuário que necessita de cuidado com feridas na Unidade Básica de Saúde conforme preconiza o SUS, próximo de sua moradia, seja na própria Unidade Básica de Saúde ou no domicílio.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1979.
- BASTOS, J.A.S.A. (Org.). **Capacitação e competitividade**: o desafio para a empresa brasileira. Curitiba: IEL/PR, 2002.
- BITTAR, O. J. N. **Hospital**: qualidade e produtividade. São Paulo: SARVIER, 1996.
- BOLICK, D. et al. **Segurança e controle de infecção**. Tradução Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.
- BORGES, E.; CHIANCA, T. Tratamento e cicatrização de feridas – parte I. **Nursing**, São Paulo, ano 3, n. 21, p 24-29, fev. 2000a.
- _____. – parte II. **Nursing**, São Paulo, ano 3, n. 23, p 25-29, abr. 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia curricular para formação de auxiliar de enfermagem para atuar na rede básica do SUS**. Área Curricular III: participando do processo de recuperação da saúde. Brasília, DF, 1994.
- CANDIDO, L. C. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: SENAC, 2001.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196/96. Aspectos Éticos da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em: 24 fevereiro 2003.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Autarquia Federal Lei 5905/73. **Legislação**. 2001.
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. Tradução Merle Scoss. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
- DECLAIR, V. Autonomia do enfermeiro no tratamento de feridas. **Rev Enf Atual**. 3(13): p23 – 24; 2003
- DECLAIR, V.; PINHEIRO, S. Novas considerações no tratamento de feridas. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 17, n. 1/3, p. 25-38, jan/dez, 1998.
- FEIX, R. Atenção Primária à Saúde: conceito, implantação e tendências. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina Ambulatorial**. 3.ed. porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- FONTINELE, K. J. **Administração hospitalar**. Goiânia: AB, 2002.
- GAGLIAZZI, M.T.; URASAKI, M.B.T.; GONÇALVES, R. **Intervenções de enfermagem**. São Paulo: EPU, 2000.

- GOGIA, P.P. **Feridas: tratamento e cicatrização**. Tradução Rômulo Henrique Gomes Marques. Rio de Janeiro: REVINTER, 2003.
- GOLDIM, José R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.
- JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- KAWAMOTO, E.E.; FORTES, J.I. **Fundamentos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1986.
- KURCGANT, P.(coord). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
- LIMA, M.A.D.S., ALMEIDA, M.C.P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.º especial, p.86-101, 1999.
- MARQUIS, B.; HUSTON. C. **Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação**. Tradução Regina Machado Garcez e Eduardo Schaan. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: TERRA, 1995.
- MOSQUERA, J. J. M. e STOBÄUS, C. D. **Educação para a Saúde: desafio para sociedades em mudança**. Porto Alegre: Editora da Universidade, UFRGS, 1983.
- MOURA, G.M.S.S. **Opiniões de Enfermeiras que trabalham numa Unidade de Internação Neonatológica de um hospital-escola de Porto alegre sobre sua satisfação no trabalho e o clima organizacional**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação. PUCRS. Porto Alegre, 1992.
- POLETTTO. D. S. **Liderança integrativa na enfermagem**. Passo Fundo: EDIUPF, 1999.
- PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. **Protocolo de procedimentos e ações em saúde para o profissional enfermeiro**. Porto Alegre, 2002a.
- _____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Saúde Vila dos Comerciantes. Setor de Atividades Cirúrgicas/PACS. **Manual de atendimento ambulatorial**. Porto Alegre, 2002b.
- _____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência Distrital de Saúde III. **Manual de rotinas de enfermagem**. Porto Alegre, 2001.
- RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. O espaço da enfermagem em Saúde Coletiva na Rede Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, n.º especial, p.45-55, 2000.

RODRIGUES, E.A.C. et al. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: SARVIER, 1997.

SANTOS, B.R. L. et al. O trabalho em saúde coletiva e a enfermagem: concepções dos gerentes das Unidades de Saúde de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, n.º especial, p.102-112, 1999.

SMELTZER, S.; BRENDA, B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Apêndice A- Roteiro de Entrevista

- 1) Como você percebe o cuidado com feridas realizado em unidades básicas de saúde?

- 2) Como está organizada a participação da equipe de enfermagem no atendimento ao usuário que necessita o cuidado com feridas na unidade de saúde que você trabalha?

- 3) Qual a sua participação em relação ao cuidado com feridas?

- 4) O que é necessário à equipe de enfermagem para realizar o cuidado com feridas?

- 5) Para você, como poderia ser o cuidado com feridas nas unidades básicas de saúde?

Apêndice B- Consentimento Livre e Esclarecido

Este estudo tem como objetivo compreender o cuidado de feridas realizado pela equipe de enfermagem em unidades básicas de saúde, na visão das(os) enfermeiras(os).

Estou lhe convidando para participar deste estudo, sendo a sua participação voluntária. Caso você concorde em participar, responderá a uma entrevista que será gravada e não identificada. Após a transcrição das informações, as fitas cassetes serão destruídas. Cabe salientar que este estudo é confidencial e que você não é obrigada(o) a participar, podendo desistir da participação em qualquer momento.

O estudo será realizado pela Acadêmica de Enfermagem do 9º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Clarissa de Oliveira Krzimirski, que pode ser contatada pelos telefones 32327594 ou 99497076, sob a orientação da professora Dagmar Elaine Kaiser que pode ser contatada pelo telefone 33212802.

A sua participação é muito importante, uma vez que ela contribuirá para melhor compreender o cuidado com feridas. Obrigada pela sua participação.

DATA: ___ / ___ / _____

NOME: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

ASSINATURA DO PROFESSOR ORIENTADOR: _____

Anexo A – Parecer da Comissão de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

PROJETO: “O CUIDADO DE FERIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE: na visão de suas (seus) enfermeiros”

Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AUTOR: **CLARISSA DE OLIVEIRA KRZIMINSKI**


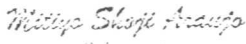
ORIENTADORA: **PROFª DAGMAR ELAINE KAISER**

PARECER:

- Objetivo – bem definido e alcançável.
- Justificativa – apresenta argumentos quanto à relevância da proposta..
- Método – definido com clareza
- Aspectos éticos – contemplado.

Com base no exposto acima, considero o projeto apto para ser desenvolvido.

Porto Alegre, 17 de julho de 2003.


Mitiyo Shoji Araujo
Especialista e Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Mitiyo Shoji Araujo
Especialista em Enfermagem Psiquiátrica
CRP 22010/RS-13-1147-2003

Recebi em 24/07/2003

Clarissa de Oliveira Krzimirski