

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

Lisane Nery Freitas

**FUNDAMENTOS PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM LESÕES DE PELE  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Porto Alegre

2018

Lisane Nery Freitas

**FUNDAMENTOS PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM LESÕES DE PELE  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica, do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Gímerson Erick Ferreira

Porto Alegre

2018

**FUNDAMENTOS PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM LESÕES DE PELE  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FUNDAMENTALS FOR THE MANAGEMENT OF CARE IN SKIN INJURIES IN  
PRIMARY HEALTH CARE**

**FUNDAMENTOS PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN LESIONES DE PIEL EN LA  
ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD**

Lisane Nery Freitas<sup>1</sup>

Gímerson Erick Ferreira<sup>2</sup>

**Endereço para correspondência:**

E-mail: lisi\_freitas@yahoo.com.br

Telefone para contato: (51) 998900595

---

<sup>1</sup> Enfermeira

<sup>2</sup> Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso (FAEN - UFMT).

## **RESUMO**

Estudo descritivo, histórico-documental, que analisou o conteúdo relacionado à prática de gerenciamento de recursos no cuidado de enfermagem em atenção à pessoa com lesão de pele, disponíveis em documentos gerenciais e assistenciais referentes à administração das atividades de enfermagem dermatológica na Atenção Primária à Saúde (APS) de uma organização de saúde de um município da região sul do Brasil. A análise empregou o referencial teórico “Estrutura do Conhecimento de Administração em Enfermagem”, sendo os achados sistematizados e apresentados em oito categorias que remontam às bases teóricas e ideológicas, aos métodos de intervenção gerenciais e à prática de administração de recursos. A maioria dos materiais avaliados restringem-se a orientações a respeito de técnicas de curativos e escolha de coberturas. O papel do enfermeiro neste tipo de atenção é mencionado em praticamente todos os documentos, tanto na condição de generalista, quanto como consultor/especialista. A investigação contribui para a gestão da clínica no cuidado à pessoa acometida por lesão de pele, favorecendo um olhar propositivo para o gerenciamento de recursos necessários ao cuidado integral, e para o alcance de padrões de qualidade e melhores práticas na estruturação e otimização dos recursos indispensáveis ao cuidado em lesões de pele na APS.

**Descritores:** Administração de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão Clínica; Serviços de Enfermagem; Dermatologia.

## **ABSTRACT**

A descriptive, historical-documentary study that analyzed content related to the management of resources in nursing care in the attention to the person with skin lesion, available in management and assistance documents referring to the administration of dermatological nursing activities in Primary Health Care (APS) of a health organization in the city of Porto Alegre, RS. The analysis used the theoretical framework "Structure of the Knowledge of Administration in Nursing", the findings being systematized and presented in eight categories that go back to the theoretical and ideological bases, the methods of management intervention and the practice of resource management. Most of the evaluated materials are restricted to guidelines regarding dressing techniques and choice of coverings. The role of nurses in this type of care is mentioned in virtually all documents, both as a general practitioner and as a consultant / specialist. The research contributes to the management of the clinic in the care of the person affected by skin lesions, favoring a proactive look at the management of the resources necessary for integral care, and for achieving quality standards and best practices in structuring and optimizing the indispensable resources care in skin lesions in APS.

**Descriptors:** Health Services Administration; Primary Health Care; Clinical Management; Nursing Services; Dermatology.

## RESUMEN

Estudio descriptivo, histórico-documental, que analizó el contenido relacionado a la práctica de gestión de recursos en el cuidado de enfermería en atención a la persona con lesión de piel, disponibles en documentos gerenciales y asistenciales referentes a la administración de las actividades de enfermería dermatológica en la Atención Primaria a la Salud (APS) de una organización de salud del municipio de Porto Alegre, RS. El análisis empleó el referencial teórico "Estructura del Conocimiento de Administración en Enfermería", siendo los hallazgos sistematizados y presentados en ocho categorías que se remontan a las bases teóricas e ideológicas, a los métodos de intervención gerenciales ya la práctica de administración de recursos. La mayoría de los materiales evaluados se restringen a las orientaciones acerca de técnicas de curativos y elección de coberturas. El papel del enfermero en este tipo de atención se menciona en prácticamente todos los documentos, tanto en la condición de generalista, como como consultor / especialista. La investigación contribuye a la gestión de la clínica en el cuidado a la persona acometida por lesión de piel, favoreciendo una mirada propositiva para la gestión de recursos necesarios para el cuidado integral, y para el alcance de estándares de calidad y mejores prácticas en la estructuración y optimización de los recursos indispensables al cuidado en lesiones de piel en la APS.

**Descriptors:** Health Services Administration; Primary Health Care; Clinical Management; Nursing Services; Dermatology.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, apesar de escassos os registros de usuários acometidos por alterações na pele e que comprometem a sua integridade, representa um sério problema de saúde pública. Tal perspectiva contribui para a oneração dos gastos públicos, além de impactar na qualidade de vida da população. Entre os diversos tipos de lesões, as mais comumente encontradas nos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) são as úlceras venosas, seguida das arteriais, hipertensivas, pressão e neurotróficas, geralmente de longa evolução e de resposta terapêutica variável (DANTAS et al, 2013; REIS ET AL, 2013).

Estima-se que a prevalência de úlceras venosas no mundo seja de 0,5 a 2% da população. Já no Brasil, pressupõe-se que 3% da população esteja acometida por algum tipo de lesão de pele,

chegando a 10% entre os usuários com diabetes (REIS et al, 2013). A úlcera venosa é uma doença que causa grande impacto nos custos do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente pelo tratamento longo e com alta probabilidade de recidiva. No Brasil é a 14ª causa de afastamento temporário do trabalho e a 32ª causa de afastamento definitivo (REIS et al, 2013; MATA et al, 2010). Além disso, em virtude do envelhecimento da população, decorrente da transição epidemiológica e demográfica, a prevalência de úlceras venosas tem aumentado nos últimos anos, devendo seguir esta tendência (SALVETTI et al, 2014).

Neste cenário, frequentemente os usuários acometidos por lesões de pele têm buscado atendimento nos serviços da APS, sendo estes considerados essenciais para o acesso ao SUS, por haver inserção no contexto do usuário e possibilitar o acompanhamento por equipe multiprofissional. Em virtude, muitas vezes, da complexidade clínica e social do usuário, a equipe da APS torna-se fundamental, principalmente para aqueles em vulnerabilidade social com baixa renda. Trabalhar em APS pressupõe nortear-se por princípios que visam a integralidade da atenção, o que significa compreender as necessidades dos usuários em suas múltiplas dimensões, considerando a diversidade e complexidade destas. Assim, os profissionais de APS precisam acionar, articular e incorporar diferentes saberes e recursos para contribuir na minimização do sofrimento daquele usuário sob cuidado da equipe (ZUFFI, 2009; OLIVEIRA et al, 2012).

Diante da necessidade de recuperação da integridade da pele, o usuário portador de lesão de pele precisa, com frequência, de acompanhamento clínico e de cuidados de enfermagem. Os técnicos de enfermagem são quem normalmente realizam os curativos, entretanto sempre sob supervisão do enfermeiro. O enfermeiro é o profissional responsável pela definição de conduta no tratamento da lesão, orientação aos familiares, incentivo ao autocuidado e articulação com demais profissionais ou serviços da rede para propiciar melhora de qualidade de vida deste usuário. Isto requer do enfermeiro uma base sólida de conhecimentos para conduta profissional integrada, competente e comprometida (JESUS et al, 2015; REIS et al, 2013).

Nesse sentido, ressalta-se que o tratamento de úlceras deixou de ser apenas uma prática voltada para a lesão, mas incorpora toda a metodologia da assistência de enfermagem, com anamnese (incluindo os aspectos sociais, emocionais e alimentação), exame físico e laboratorial, avaliação da lesão propriamente dita, planejamento do tratamento, implementação do plano de cuidados, evolução e reavaliação de condutas. Junto à isso, se faz necessário um trabalho educativo permanente em equipe envolvendo o usuário, familiares e cuidadores (DANTAS et al, 2013; JESUS et al, 2015).

Entretanto, no Brasil ainda é incipiente o número de pesquisas direcionadas para a construção de diretrizes em úlceras crônicas; poucos municípios utilizam protocolos norteadores

para a prática clínica no cuidado ao usuário com lesões. Por consequência, muitas condutas de profissionais que hoje atuam nos serviços de saúde não são baseadas em evidências, o que pode comprometer a qualidade da assistência, devido à falta de sistematização no cuidado aos portadores de úlceras crônicas, podendo onerar o sistema público por possíveis condutas desnecessárias, mas, impactando principalmente o usuário, podendo refletir negativamente em sua melhora clínica e qualidade de vida (REIS et al, 2013; SILVA et al, 2012).

Para subsidiar o profissional de saúde na tomada de decisão frente às diferentes demandas clínicas que se apresentam, a existência de protocolos de assistência se faz fundamental, pois possibilita sistematizar o tratamento e acompanhamento, instrumentalizar a supervisão das ações e subsidiar a educação em serviços de saúde (DANTAS et al, 2013).

Contudo, sabe-se que a existência de protocolos assistenciais não garante a qualidade da atenção à saúde, pois nem sempre estes instrumentos são efetivos para algumas situações específicas. Os protocolos devem ser operacionais e contribuir de fato no aprimoramento do cuidado em saúde, especialmente para os portadores de lesões de pele (DANTAS et al, 2013).

Diante da realidade dos pesquisadores em serviços de saúde da APS, em apreciação aos documentos norteadores para o cuidado a lesões de pele, houve uma inquietação a respeito da efetividade e aplicabilidade destes documentos do serviço. Observou-se que comumente há uma multiplicidade de documentos com pouca utilização na prática diária, apesar dos persistentes questionamentos a respeito do cuidado a lesões de pele, além da falta de padronização das condutas pelos diferentes profissionais, o que os motivou à realização desta pesquisa, na expectativa de que esta venha a contribuir com a sistematização e organização de indicativos que contribuam com a gestão da clínica no cuidado em lesões de pele.

## **OBJETIVO**

Descrever o espectro de abrangência do gerenciamento de recursos para a assistência de enfermagem no cuidado à pessoa com lesões, tratados nos documentos de serviços da APS de organização de saúde de um município da região sul do Brasil

## **MÉTODO**

Estudo descritivo, histórico-documental, que, mediante coleta sistemática e avaliação minuciosa de dados relativos a ocorrências do fenômeno de interesse, busca responder perguntas referentes às causas ou tendências dos eventos passados que podem lançar luz sobre os comportamentos ou práticas atuais (POLIT; BECK, 2011). A pesquisa documental baseia-se em documentos enquanto fontes para estudos, sejam estes jornais, fotografias, filmes, gravações ou

documentos legais, dentre outros, que constituem matéria-prima a partir da qual o pesquisador irá desenvolver sua investigação e análise (POLIT; BECK, 2011) .

Utilizaram-se como fonte direta para este estudo todos os recursos de informação e documentos disponíveis pelo serviço de saúde desta pesquisa, relacionados ao cuidado do usuário com lesões de pele, tais como protocolos, manuais, cartazes, informativos e impressos.

Utilizaram-se, ainda, fontes indiretas para contextualização histórica e fundamentação teórica, que se constituíram em publicações sobre o tema em análise, obtidas após buscas realizadas nas bases de dados SciELO, BIREME e CAPES. Entretanto, para subsidiar metodologicamente este trabalho foram utilizados como norteadores os artigos publicados por SANNA (2007, 2013).

Considerando a abordagem descritiva, utilizou-se como método de trabalho a abordagem hipotético-dedutiva, que consiste em uma combinação de observação cuidadosa, hábeis antecipações e intuição científica, a fim de alcançar um conjunto de postulados que governam os fenômenos a serem pesquisados. Assim, realizaram-se observações e entrevistas informais com os profissionais da ESF, sendo posteriormente deduzidas as consequências observáveis, verificadas por meio de experimentação, e, dessa forma, refutaram-se os postulados, substituindo-os, por outros (GIL, 2008).

A análise do conteúdo deu-se à luz do referencial teórico proposto por Sanna (2007), que definiu a “Estrutura do Conhecimento de Administração em Enfermagem” através de uma proposta taxonômica composta por oito categorias, com respectivas subcategorias, a saber: I-Bases Ideológicas e Teóricas; II- Métodos de Intervenção (Planejamento, Tomada de Decisão, Supervisão e Auditoria); III- Prática de Administração de Recursos Humanos; IV- Prática de Administração de Recursos Materiais; V- Prática de Administração de Recursos Físicos; VI- Prática de Administração de Recursos Financeiros; VII- Prática de Administração de Recursos Políticos; VIII- Prática de Administração de Recursos de Informação.

Executou-se a análise ao confrontar o conteúdo dos dados coletados e o referencial teórico supracitado, por meio da classificação do conteúdo (recursos gerenciais de enfermagem) conforme as categorias/subcategorias relacionadas. Em seguida, os achados foram descritos e discutidos com base na literatura científica apropriada.

Foram identificados dezenove documentos disponibilizados pela organização do serviço de saúde da pesquisa. Os documentos foram categorizados em protocolos assistenciais, protocolos gerenciais, termo de consentimento, instrumentos de avaliação do paciente e impressos educativos, detalhados no quadro abaixo:

<b>DOCUMENTO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	1	Protocolo de cuidados a pacientes com lesões de pele. 9p. Sem data.
	2	Técnicas e tipos de curativo. 19p. Sem data
	3	Protocolo de sonda para controle da incontinência fecal. 12p. Sem data
	4	Protocolo de manejo de úlceras por pressão (UP). 9p. 2014.
	5	Protocolo de prevenção de úlceras por pressão (UP). 2014
	6	Intervenções de enfermagem para pacientes com risco de up.1p. 2014
	7	POP de prevenção de úlcera de pressão. 4p. 2013
	8	POP mumificação necrose seca. 2p. 2012
	9	POP mumificação necrose úmida. 2p. 2012
	10	Revista FER. Protocolo de cuidados a pacientes com lesões de pele. 18p. 2006.
<b>PROTOCOLO GERENCIAL</b>	1	Lesões- operacionalização e atualização do processo de implementação dos protocolos. 15p. 2016
<b>TERMO CONSENTIMENTO</b>	3	Termo de autorização de imagem. 1p. Sem data.
<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE</b>	1	Ficha vigilância epidemiológica de lesão de pele. 2p. Sem data.
	2	Escala de braden. 1p. 1999
	3	Escala de braden simplificada. 1p.

	4	Escala de braden Q. 2011
<b>IMPRESSOS EDUCATIVOS</b>	1	Orientação para realização de curativo no domicílio (folder). 2p. 2015
	2	Cartaz de mudança de decúbito. 1p. 2011
	3	Cartaz de mudança de decúbito pequeno. 1p. 2011

Fonte: elaborado pela autora.

O estudo faz parte da “Pesquisa integrada sobre organização do trabalho e integralidade nos serviços: novas tecnologias no cuidado ao usuário com lesão de pele na rede de atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE: 56382316.2.1001.5347), cumprindo a Resolução 466/12.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A seguir, serão apresentados os resultados da categorização dos documentos a partir do referencial de Sanna (2007):

### **Bases Ideológicas e Teóricas**

Em relação à subcategoria *Teorias da Administração*, verificou-se a predominância da Teoria Burocrática – organização formal do trabalho – evidenciado pela presença de alguns documentos (1, 4, 5, 19) algoritmos, fluxogramas e indicações/contra indicações bem definidas. Nesta abordagem, idealizada por Max Weber, identificam-se certas características da organização formal voltadas para a racionalidade e para a eficiência. Em suas dimensões essenciais, consideram-se aspectos do modelo burocrático: a divisão do trabalho baseada na especialização funcional; autoridades definidas; sistema de regras e regulamentos que descrevem as responsabilidades dos profissionais; sistema de procedimentos e rotinas; impessoalidade nas relações interpessoais, promoção e seleção baseadas na competência técnica, dentre outros (MATOS; PIRES, 2006).

Observam-se tais aspectos nos seguintes documentos: Protocolo assistencial 1, através do algoritmo 1 (curativo de paciente com cateter central), algoritmo 2 (paciente com ferida) e recomendações de produto a partir da característica da lesão, bem como no Protocolo assistencial.

Caracterizam-se como desta teoria por apresentar de forma normativa a conduta a ser seguida, conforme a situação demonstrada.

A organização formal está demonstrada no Instrumento para avaliação do paciente 1, pois apresenta de forma objetiva diversas alternativas para avaliação da lesão, o profissional apenas seleciona aquela que se adequa à ferida em questão.

Em relação à subcategoria *Filosofia do Serviço de Enfermagem*, observou-se que, na maioria dos documentos, apesar de haver a descrição de realização dos procedimentos, condutas e indicações de uso das coberturas para lesões de pele, pouco se menciona quais os profissionais podem realizar e suas atribuições. Não observa-se as crenças e valores da enfermagem nos documentos pesquisados.

Filosofia institucional pode ser definida como o “conjunto de crenças e valores que direcionam as ações institucionais”, de forma a compreender a realidade. Sabe-se que cada indivíduo tem suas próprias crenças e valores, que embasam sua forma de agir; entretanto, uma profissão necessita definir sua filosofia, para sustentar seu fazer profissional. A enfermagem é influenciada pela filosofia institucional ao construir a filosofia desse serviço, que deve envolver todos os indivíduos, pois deve refletir a prática e se incorporar às ações do dia a dia da empresa, depreendendo-se, portanto, que é essencial à gestão (SCHMITZ, 2015).

Alguns dos documentos que fazem referência à equipe de enfermagem, descrito abaixo:

*“Intervenções de enfermagem para pacientes com Risco de desenvolver Úlceras por Pressão (UP) - escore igual ou inferior a 18 da Escala de Braden”*. (Protocolo assistencial 6)

Os Protocolos assistenciais 7, 8 e 9 descrevem que o responsável pelo procedimento (POP) é a equipe de enfermagem. Alguns protocolos (protocolo assistencial 3, 4 e 10) mencionam somente a atribuição do profissional enfermeiro, tal como:

*“Prevenir a deterioração da úlcera - Integridade da pele prejudicada (enfermeiros do grupo de pele respondem a consultoria)”* (Protocolo assistencial 4)

No protocolo assistencial 7, identifica-se a presença do processo de enfermagem como parte do cuidado ao usuário com lesões.

*“Diagnósticos de enfermagem: 1.Risco da integridade da pele prejudicada; 2. Integridade da pele prejudicada; 3. Integridade tissular prejudicada.”*

Em relação à subcategoria *Políticas de Saúde*, se pode identificar que houve alusão à Política Nacional de Humanização, conforme descrito no Protocolo assistencial 10:

*“[...] deve levar em conta o bem estar físico e mental do paciente durante todo o processo de tratamento.”*

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A clínica ampliada, uma das diretrizes desta Política, trata de uma ferramenta cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2013).

Em relação a *Mercado de Trabalho e Áreas de Atuação*, verificou-se que, em alguns documentos, menciona-se a atuação do profissional enfermeiro no cuidado às lesões, seja como profissional generalista, seja como profissional especializado.

*Algoritmo 2 – “paciente com ferida de grande extensão: quando não há necessidade do paciente receber anestesia, o desbridamento pode ser realizado à beira do leito por enfermeiro treinado com instrumental cirúrgico”. (Protocolo assistencial 1)*  
*“- Procurar o posto de saúde de referência para que a enfermeira avalie e evolução da ferida e dê continuidade ao tratamento; - Aplicar na ferida somente os produtos orientados por profissionais de saúde (enfermeira, médico).” (Impresso educativo 1)*

A partir dos exemplos supracitados, observa-se que o cuidado ao usuário portador de lesão de pele tem sido uma importante área de atuação para o profissional enfermeiro, com ampliação do mercado de trabalho atual. Na APS, a (o) enfermeira (o) tem papel determinante na identificação das necessidades de cuidado ao portador de lesão, sendo geralmente o coordenador do cuidado, estabelecendo junto à equipe de saúde ações de promoção, proteção a saúde e tratamento, de forma continuada, estimulando o autocuidado do usuário (REIS, 2013).

### **Métodos de Intervenção no Cuidado em Lesões de Pele**

A partir da estrutura proposta por Sanna, os métodos de intervenção dividem-se em planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria. São oriundos da aplicação das bases ideológicas e teóricas inicialmente mencionadas, atuando de forma prescritiva, operando em seqüência lógica e encadeada que respondem de maneira previsível dentro de certos limites (SANNA, 2007).

Em se tratando de *planejamento*, foi evidenciada na maioria dos documentos, a partir de algoritmos, fluxogramas, escalas, descrição de procedimentos, indicações do uso de coberturas, bem como instrumento para classificação de lesões, entre outros, que podem subsidiar o planejamento do cuidado ao usuário. Pode-se dizer que todos os documentos, de alguma forma, possibilitam o

planejamento da atenção ao usuário, pois são documentos técnicos. Alguns exemplos explicitados abaixo:

*“Elaborar plano para o controle das úlceras em estado de Integridade tissular prejudicada (grupo de pele)”.*

*“Tendo em vista, a efetiva utilização das atividades e intervenções de enfermagem, optou-se em agrupar os pacientes com risco para otimizar as ações de enfermagem.”*  
(Protocolo assistencial 5)

A **Tomada de Decisão** do enfermeiro no cuidado em lesões esteve presente em vários dos documentos por fazer parte do cotidiano deste profissional. O processo de cuidar em Enfermagem requer, constantemente, que os enfermeiros tomem decisões, alocando recursos e definindo estratégias, as quais determinam a prática assistencial e o destino de organizações e de indivíduos. Para tal, se faz necessário que o enfermeiro assuma um comportamento consciente no processo de tomada de decisões que envolvem todas as práticas de cuidados, considerando as alternativas para suas escolhas e assumindo as suas consequências. (BUSANELLO ET AL, 2013) . Um exemplo a seguir, a partir do protocolo gerencial 1:

*“Solicitação de consultoria: será realizada on-line pelo médico e ou enfermeiro do paciente utilizando os dados conforme apêndice 3 e comunicado a um enfermeiro consultor da unidade ou ao coordenador de enfermagem de referência. Parecer do consultor: o avaliador emite o parecer, a conduta e a orientação, indicando à farmácia, em destaque, a especificação do curativo, tamanho e quantidade a ser fornecida durante o tempo estimado de uso conforme apêndice”.*

Observa-se que o profissional enfermeiro possui a autonomia de solicitar consultoria em determinados casos, cabendo a ele optar (ou não) pela solicitação, bem como em que período.

A **Supervisão** trata-se de um método de intervenção gerencial, comumente realizado pelo enfermeiro, com o intuito de qualificar a assistência de enfermagem prestada. De acordo com Oliveira et al (2013), a supervisão é um dos instrumentos de ajustamento entre a dinâmica das ações de saúde e metas propostas. A supervisão de forma sistematizada pode ser entendida como um processo de planejamento, execução e avaliação das atividades realizadas, por meio da utilização de técnicas e instrumentos de supervisão, visando a eficiência, a efetividade e a eficácia, além do desenvolvimento da equipe de enfermagem e a qualificação da assistência.

Nos documentos analisados, somente um documento (protocolo assistencial 4) traz a supervisão de forma mais direta; nos demais, permitem inferir apenas. Observou-se a supervisão mais explícita pelos enfermeiros consultores para os demais profissionais da equipe, incluindo o enfermeiro generalista. Não há menção do “enfermeiro supervisionando o técnico de enfermagem”.

*Protocolo assistencial 4: Grupo de Pele - enfermeiros especializados fazem consultoria para a equipe de enfermagem e enfermeiros.*

Observou-se que nos protocolos assistenciais 7, 8 e 9 há a descrição da equipe de enfermagem como responsável pela execução da tarefa; apesar de não mencionado, é possível inferir que o enfermeiro pode supervisionar o técnico nas atividades ali descritas, como forma de trabalho em equipe. A partir do descrito no Protocolo assistencial 10, possibilita perceber o impacto da ausência do trabalho de supervisão dos profissionais de saúde, mediante as diferentes condutas realizadas na assistência ao usuário portador de lesão de pele:

*“[...] é importante destacar a falta de sistematização de conduta dos profissionais de saúde, pela utilização de práticas diversas no cuidado com feridas, desconhecimento de produtos padronizados na instituição e existentes no mercado.*

Além destes métodos de intervenção para a atuação no gerenciamento do cuidado, o enfermeiro faz uso da auditoria. A auditoria em enfermagem exerce avaliação sistemática da qualidade de enfermagem prestada ao cliente, verificando se os resultados da assistência estão de acordo com os princípios do SUS. Para tal, a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) é primordial, tendo em vista que a avaliação da auditoria precisa ter uma base de análise, para assim ter condições de avaliar seus resultados (Santos et al, 2012).

Neste estudo, a **auditoria** foi identificada em apenas dois documentos, exemplo abaixo:

*“O Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) e a The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) constataram que os indicadores de cuidado assistencial tem contribuído com a epidemiologia da UP, para o levantamento dos dados de incidência e prevalência das UP desde 2001”.* (Protocolo assistencial 5)

Uma unidade prestadora de serviço de saúde adequada deve estar atrelada não só à estrutura disponível, mas aos recursos humanos, suprimentos, materiais permanentes e tudo aquilo que envolve a qualidade da assistência prestada (SANTOS et al, 2012). O enfermeiro que atua no cuidado ao usuário com lesão de pele, na maioria das vezes é o profissional protagonista do cuidado deste usuário; além disso, é o profissional que gerencia os recursos em prol do cuidado ao usuário, quais sejam: humanos, materiais, físicos, financeiros, políticos e de informação. Abordaremos cada um destes recursos, especificamente.

Diante das múltiplas atribuições da categoria profissional, é essencial que o enfermeiro assuma o papel de organizar, controlar e, principalmente, favorecer o desenvolvimento da equipe de enfermagem (OLIVEIRA, 2013). Ações de planejamento para o adequado funcionamento do serviço, supervisão para que a equipe mantenha a qualidade da assistência, auditoria ao gerenciar

todos os recursos disponíveis bem como poder de tomada de decisão, devem estar atreladas a todos os âmbitos do processo de trabalho do enfermeiro.

### **Prática de Administração de Recursos no Cuidado em Lesões**

A Prática de Administração de Recursos corresponde à aplicação dos métodos associada à compreensão dos fenômenos que envolvem o processo de administrar em Enfermagem, e que, de acordo com o referencial deste estudo, tem especificidade decorrente do tipo de recurso abordado: humanos, políticos, financeiros, físicos, materiais e de informação (SANNA, 2007).

No que tange à *Prática de Administração de Recursos Humanos*, não estão descritos nos documentos o modo como são dimensionados os profissionais, recrutados, selecionados e avaliados. Contudo, os documentos sempre fazem alusão aos profissionais médicos e enfermeiros. Não se reporta, em nenhum documento, especificamente ao profissional técnico de enfermagem, mesmo sendo este, tradicionalmente, o profissional que normalmente se apropria do cuidado com lesões (CUNHA et al, 2015) .

No Protocolo assistencial 2 encontra-se a descrição dos procedimentos e indicações de cada cobertura para lesão de pele, porém sem mencionar quais profissionais estão envolvidos e suas atribuições. Somente um dos documentos menciona a necessidade de grupo de profissionais consultores especialistas para o cuidado a lesões: “*Grupo de profissionais consultores de curativos baseado no protocolo de lesões de pele*”, onde dispõe os nomes de todos os profissionais capacitados como consultores, por turnos em cada unidade ou setor (Protocolo gerencial 1).

A *Educação Continuada e Permanente* é parte fundamental do processo de enfermagem, podendo impactar significativamente na assistência ao usuário com lesão de pele. Uma forma de envolver a equipe de enfermagem neste processo é estimular a contínua avaliação das atividades desenvolvidas por eles, identificando necessidades de orientação e aperfeiçoamento com a finalidade de prevenir danos na assistência ao usuário do serviço de saúde e, conseqüentemente, podendo resultar na motivação e valorização profissional (OLIVEIRA, 2013). Houve menção em três documentos:

*“Este processo vem sendo implementado através da Educação Continuada e Permanente aos profissionais de saúde.”* (Protocolo assistencial 10)

As figuras presentes nos impressos educativos 2 e 3 e protocolo assistencial 6 (que demonstram diferentes posições para mudança de decúbito, fator protetor de lesão por pressão), podem ser consideradas como uma estratégia de educação permanente para os profissionais de

saúde, por serem auto explicativas e poderem ser facilmente consultadas se fixadas em local visível no setor. No Protocolo assistencial 10 pode-se identificar a importância da educação permanente no contexto da instituição de saúde:

*“[...] é importante destacar a falta de sistematização de conduta dos profissionais de saúde, pela utilização de práticas diversas no cuidado com feridas, desconhecimento de produtos padronizados na instituição e existentes no mercado. Este contexto, mobilizou o grupo de enfermeiros para buscar conhecimento científico com base na revisão de literatura, na bagagem de suas experiências e na realidade de cada unidade do GHC e outros hospitais.”*

Apesar dos escassos registros a respeito da prática de administração dos recursos humanos nos documentos pesquisados, sabe-se que estes são um dos aspectos principais para que uma organização em saúde funcione de forma efetiva. Profissionais motivados, valorizados e conscientes de suas atribuições no trabalho tendem a ter maior satisfação no trabalho, com conseqüente melhoria na qualidade da assistência prestada. Os documentos do estudo, em sua maioria, abordam as técnicas e produtos a serem utilizados para determinados curativos, sem especificação do quadro de pessoal necessário. Contudo, pode servir como um norteador para o trabalho em lesões, apresentando os recursos disponíveis e maneiras de realização.

Em estudo quanto ao nível de satisfação profissional concluíram que o grupo gerencial se apresentou mais satisfeito com o componente autonomia, seguido pelo componente interação, requisitos do trabalho, status profissional, remuneração e normas organizacionais. E o grupo assistencial também apresentou satisfação com o componente autonomia, seguido pelos componentes interação, remuneração, status profissional, normas organizacionais e requisitos do trabalho (SIQUEIRA, KURCGANT, 2012).

Em relação à **Prática de Administração de Recursos Materiais**, a literatura aponta que o enfermeiro é o profissional responsável pelo gerenciamento dos recursos materiais dispostos no serviço de saúde, por ser o profissional com formação generalista em saúde e capacitado na administração dos recursos de estabelecimentos de saúde, sendo assim, o profissional de referência. No que tange o cuidado aos usuários portadores de lesão de pele, os recursos materiais ganham destaque, por serem as coberturas o diferencial no cuidado e tratamento. Contudo, diante da escassez destes recursos na maioria dos serviços de atenção primária, ocorre o comprometimento da assistência, podendo contribuir para a cronicidade da lesão (REIS, 2013).

A prática de administração de recursos materiais proposta por Sanna (2007), inclui a previsão, aquisição, armazenamento, conservação, distribuição e controle de materiais. Nos documentos pesquisados, observaram-se alguns recursos materiais no que se refere à distribuição:

*“Utilizar transferidores de peso ou erguer o paciente com lençol móvel e não arrastá-lo, durante o reposicionamento”* (Protocolo assistencial 6)

*“Materiais do protocolo de lesões de pele, disponíveis na farmácia, para serem dispensados mediante consultoria com os códigos, e custos”* (Protocolo gerencial 1).

Apresenta a descrição de cada um dos materiais, códigos e custos de 2010, 2013 e 2015. Esta tabela permite realizar um comparativo dos custos de cada um dos materiais listados no período de cinco anos, o que deve ser considerado na previsão e aquisição dos produtos. Ressalta-se, no entanto, que a tabela apresenta o item de custo de um material, exclusivamente, não contemplando outros aspectos como mão de obra do(s) profissional(is) envolvido(s) e uso da infraestrutura e recursos do serviço de saúde, dentre outros.

*“Materiais de curativos do protocolo de lesões de pele disponíveis no almoxarifado”*

*“Objetivando a continuidade e eficácia na avaliação dos pacientes com risco de e/ou integridade da pele e/ou tissular prejudicada e indicação dos materiais para curativos, comunicamos que a liberação/dispensação dos produtos (apêndice 1) recomendados no protocolo, é realizada pela farmácia [...] mediante resposta de consultoria emitida pelos enfermeiros capacitados.”*(Protocolo gerencial 1)

Em se tratando da **Prática de Administração de Recursos Físicos e Ambientais**, consideram-se importantes a estrutura física de um estabelecimento de saúde, verificam-se a distribuição dos espaços físicos internos, as condições do local e como ocorre o fluxo, bem como se existe ou não necessidades de reformas, adaptações, ampliações ou mudanças de local.

As unidades em APS estão capacitados a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade. Portanto, é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso. A concepção arquitetônica das unidades devem se integrar ao entorno, de acordo com os valores da comunidade local, que o acesso seja facilitado, que sejam respeitados os recursos ambientais e que a identificação das unidades seja clara (BRASIL, 2008).

Não foram identificados, em nenhum dos documentos pesquisados, aspectos relacionados à arquitetura, projeto, decoração, legislação e denominação de compartimentos.

Os protocolos assistenciais 7, 8 e 9 descrevem o local de realização do procedimento *“Local: Unidades Assistenciais”*. Contudo, não refere local específico para o atendimento em lesões, nem as condições necessárias para este tipo de cuidado.

Uma sala de curativos com estrutura física planejada para esta finalidade é fundamental para o adequado desenvolvimento do trabalho com lesões, proporcionando maior qualidade e acessibilidade aos usuários que buscam atendimento. Contudo, esta não é a realidade de muitos estabelecimentos de saúde no país; não raro, algumas Unidades de Saúde da Atenção Primária

compartilham do mesmo ambiente para a realização de procedimentos como nebulização, sala de curativo, sala de esterilização e sala de observação. Este tipo de situação pode prejudicar o cuidado ao usuário, aumentando o risco de infecção e comprometendo a qualidade da assistência prestada, em virtude das múltiplas demandas para efetivação no mesmo local (GOMES et al, 2015; RIBEIRO et al, 2015).

A sala de curativos, de acordo com o Manual de estrutura física do Ministério da Saúde, deve ser exclusiva para o tratamento de lesões, possuindo acesso único (sem comunicação com outras salas). A área mínima preconizada é de 9m<sup>2</sup> com dimensão mínima de 2,50m, devendo estar próxima da sala de lavagem e esterilização. O manual ainda dispõe quais os equipamentos necessários do espaço para seu adequado funcionamento (BRASIL, 2008).

*“6.2.6 sala de CURATIVO: Espaço destinado ao tratamento de lesões. Deve ser previsto acesso de forma que o usuário não necessite transitar pelas demais dependências da UBS. As equipes, cujas UBS não possuam sala específica para essa atividade, devem programar horário para sua execução, de forma a possibilitar que sua realização se dê em uma das salas de procedimentos, sendo esta posicionada conforme determinado acima, respeitando as condições técnicas necessárias. Esta sala deve estar próxima à sala de lavagem e descontaminação. Prever Bancada com pia, torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, armários sobre e sob bancada, 1 mesa tipo escritório com gavetas, 3 cadeiras, 1 mesa de exame clínico, 1 lava-pé que possibilite a higienização de pés dos pacientes, inclusive, dos que estejam em cadeira de rodas, 1 mesa auxiliar ou carro de curativo, 1 escada com dois degraus, 1 biombo. Área mínima de 9 m<sup>2</sup> com dimensão mínima de 2,50m.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)*

A subcategoria *Segurança do Cliente e Profissionais* foi evidenciada na maioria dos documentos (em doze dos documentos), de diferentes formas. Infere-se a Segurança do paciente pelo fato de vários documentos descreverem técnicas de limpeza, manejo do cuidado e identificação de sinais de gravidade; além do passo a passo de procedimentos, suas indicações e contraindicações. E ainda, a partir do termo de consentimento, pois só autoriza a divulgação de imagem mediante autorização do paciente, além de respaldo ao profissional por poder divulgar as imagens posteriormente com registro da autorização do paciente.

Outros exemplos relacionados à segurança do cliente e profissionais podem ser também aplicados à subcategoria riscos ocupacionais, visto que, nesta, não houve menção direta, só sendo possível identificá-la de forma preventiva.

*“- Higienizar as mãos antes e após a colocação e retirada das luvas;”*

*“-Mobilização do paciente, erguendo-o (com o lençol móvel) ou rolando-o no leito para evitar fricção e cisalhamento;”*

*“Apoiar os pés do paciente quando estiver sentado, para evitar que escorregue (nível de evidência C).” (Protocolo assistencial 5)*

É primordial a garantia de parte das organizações governamentais a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços. Além dos aspectos físicos, a ambiência de uma Unidade de Saúde deve ser considerada, que significa o espaço físico (arquitetônico) podendo proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários (BRASIL, 2008). O profissional enfermeiro tem como uma de suas atribuições gerenciais o controle e monitoramento destas práticas, para manutenção das boas condições estruturais do serviço e segurança de profissionais e usuários.

Em análise à *Prática de Administração de Recursos Financeiros*, as subcategorias produtividade, financiamento e orçamento não foram identificadas nos documentos. Quanto à subcategoria custos, consta em dois documentos.

*“Para Malagutti, Kakiyama o desenvolvimento das UP contribui para o aumento dos custos com as internações hospitalares e tratamentos, sua ocorrência interfere negativamente no bem-estar físico, mental e espiritual”*. (Protocolo assistencial 5)

*“Consta também na listagem em anexo, o custo unitário de 2013 dos produtos de curativos”*. (Protocolo gerencial 1)

O documento apresenta, ainda, o custo unitário dos materiais de 2010, 2013, 2015, o qual permite realizar um comparativo dos últimos cinco anos, além de subsidiar no planejamento dos recursos materiais do serviço. Mata et al., (2010) descreve a necessidade iminente de que as instituições de saúde conheçam o destino dos recursos financeiros e os procedimentos, para que desta forma possam gerenciar a instituição com qualidade, eficiência, visando a melhoria da assistência. O enfermeiro, no cotidiano de suas atividades gerenciais pode utilizar estas informações para fundamentar seus argumentos em relação à obtenção e manutenção de recursos, no intuito do aprimoramento e qualificação do cuidado.

No que diz respeito à *Prática de Administração de Recursos Políticos*, o que inclui a estrutura organizacional, o poder e a cultura, o conflito e a negociação, a liderança, a motivação, a mudança e as relações interdepartamentais. Em relação à subcategoria **Estrutura Organizacional**, pode-se identificar alguns aspectos em oito documentos. Nos documentos identificam-se tais aspectos, ao apresentar fluxograma clínico para pacientes com diarreia e fluxograma do procedimento de sondagem, porém restrito ao médico e enfermeiro do setor, ressaltar o papel do enfermeiro na instituição, e solicitação de consultoria:

*“Discutir com a equipe médica e nutrição a indução de fezes líquidas”*; *“enfermeiro aciona o médico”*. (Protocolo assistencial 3)

*“Solicitar consultoria de curativos (enfermeiros do grupo de pele) identificando o escore de risco do paciente desenvolver UP através da aplicação da escala de Braden.”; “Consultar o enfermeiro especializado ou médico para o tratamento de úlceras necróticas, infectadas ou profundas.” (Protocolo assistencial 4)*

Pode-se observar a importância do trabalho multiprofissional no cuidado ao usuário portador de lesão de pele, em virtude das múltiplas necessidades que geralmente acometem estes usuários. Assim, o trabalho em equipe configura-se como uma possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva. O enfrentamento da complexidade dos problemas de saúde da população requer que as várias categorias profissionais trabalhem em conjunto, a partir da integração dos campos de conhecimento das diversas profissões e também do saber da comunidade, atingindo, assim, a interdisciplinaridade (LEITE et al, 2010).

Em relação à subcategoria poder e cultura, está demonstrado em seis documentos, indicando o papel do enfermeiro e do médico no processo, sendo nestes identificados vários registros de acionar os especialistas enfermeiros ou categorias médicas:

*“- Aplicar na ferida somente os produtos orientados por profissionais de saúde (enfermeira, médico)” (Impresso educativo 1)*  
*“enfermeiro aciona o médico” (Protocolo assistencial 3)*  
*Avaliação médica quando sinal de infecção e ou gravidade. (Protocolo assistencial 1)*  
*“Consultar o enfermeiro especializado ou médico para o tratamento de úlceras necróticas, infectadas ou profundas.” Protocolo assistencial 4*  
*Lista dos enfermeiros consultores de todas as Unidades. (Protocolo gerencial 1)*

Pode-se observar, a partir dos registros, que a exigência de especialização na área de lesões de pele se restringe aos profissionais enfermeiros apenas; ao profissional médico, por exemplo, não se menciona a necessidade de capacitação na área. Conjecturas como esta refletem a cultura da medicina centrada como detentora legal do saber em saúde. Mesmo com a relativização do controle médico sobre as demais categorias, os médicos ainda preservam o poder legal sobre o ato assistencial em saúde.

Muitos dos conflitos existentes nas organizações são oriundos da distribuição desigual do poder; assim, a relação entre médico-enfermeiro pode gerar conflitos, por vezes velados e apresentados como uma discreta disputa de poder, em que ambos desejam confirmar o seu papel principal no tratamento dos pacientes (AMESTOY et al, 2014).

Em relação à subcategoria conflito e negociação e liderança, não foram evidenciados nos documentos. Poder e cultura podem ser causadores de conflitos, a partir do momento em que se estabelece que o profissional médico é o responsável pela definição de conduta (como mencionam alguns documentos), mesmo sem a necessidade de formação específica, por exemplo. Não obstante, a relação do enfermeiro com a equipe de enfermagem pode ser outro fator de conflito; apesar de não

mencionados nos documentos, os auxiliares e técnicos são atores fundamentais no cuidado diário da assistência, muitas vezes os mais próximos dos usuários. Em virtude da necessidade do trabalho em conjunto e da condição de hierarquia posta, se não manejada adequadamente e com cautela, os conflitos interpessoais na equipe de enfermagem podem incidir, repercutindo negativamente na qualidade do trabalho e podendo ocasionar desmotivação e insatisfação na equipe (AMESTOY et al, 2014).

Apesar de não mencionado nos documentos, o enfermeiro tem papel primordial na liderança da equipe de enfermagem para o cuidado com qualidade aos usuários com lesões. A responsabilidade do tratamento e prevenção de feridas vem sendo atribuída ao enfermeiro, devendo ele avaliar a lesão e prescrever o tratamento mais adequado, além de orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na execução do curativo. É necessário que o enfermeiro perceba que essas competências são intrínsecas ao seu cotidiano (FERREIRA et al, 2008).

O exercício da liderança representa uma realidade que permeia as ações do enfermeiro. O domínio de competências gerenciais contribui para atuação deste profissional nestes novos espaços, por meio da aplicação de seus conhecimentos administrativos, técnicos e relacionais. Esta função de líder do profissional enfermeiro é uma condição básica para alcançar transformações no trabalho, conciliando as metas das organizações com as prioridades da equipe de enfermagem (AMESTOY et al, 2014).

E diante da multiplicidade de atividades atribuídas ao enfermeiro, surge a necessidade de gerenciar conflitos, prática inerente do processo de trabalho deste profissional. Esta competência também se faz necessária, ao analisar o trabalho da enfermagem como um trabalho coletivo, com necessárias aproximações com demais núcleos profissionais. Frente a esta perspectiva, torna-se relevante investigar as relações conflituosas, pois as mesmas, por vezes emergem do distanciamento entre as ações e o discurso do enfermeiro e da equipe multiprofissional (AMESTOY et al, 2014).

Não houve documentos que tenham apresentado a subcategoria motivação. Em relação à subcategoria mudança, foi verificado somente no protocolo gerencial:

*“Sempre que houver necessidade de alteração de conduta deverá ser solicitada nova consultoria.”*

*“Havendo alteração do leito da lesão, rever conduta.”*

Em relação à subcategoria *Relações Interdepartamentais*, diversas sinalizações foram identificadas nos documentos:

*“solicitar avaliação médica quando sinais de infecção e ou gravidade.” “Retirar o cateter: (...) na suspeita de infecção enviar ponta para cultura [...] se não houver melhora o paciente deverá ser reavaliado, recomeçando o fluxo do algoritmo ou encaminhando à avaliação médica” (Protocolo assistencial 1)*

- *“Aplicar na ferida somente os produtos orientados por profissionais de saúde (enfermeira, médico)”* *“-Procurar o posto de saúde de referência para que a enfermeira avalie e evolução da ferida e dê continuidade ao tratamento”* (Impresso educativo 1)

Tais perspectivas denotam a necessidade e relevância do trabalho interdisciplinar e multiprofissional no cuidado em lesões. A perspectiva de apoio matricial seria importante na resolutividade das equipes, ampliando o acesso dos usuários aos serviços de saúde, através da diminuição do número de encaminhamentos desnecessários, e possibilitando acordos de classificação de risco, organizando o fluxo de encaminhamentos (PENA et al., 2012). Do mesmo modo permite a aproximação entre as equipes através do estreitamento de vínculo entre os profissionais, ampliando as possibilidades de atuação interdisciplinar e de estabelecimento de um novo tipo de relação interprofissional, mais horizontal e dialógica (JORGE et al.,2012).

Em relação à ***Prática de Administração de Recursos de Informação***, as subcategorias são: comunicação, prontuário do cliente, manuais organizacionais, documentos administrativos e os impressos e/ou formulários eletrônicos. Na subcategoria *Comunicação*, todos os documentos podem ser considerados, por terem justamente este fim. Abaixo, alguns exemplos descritos a respeito da comunicação entre usuário-profissional e entre profissionais:

*“Monitoramento da ingestão hídrica (atenção quando paciente ingere a metade do habitual durante 3 dias). Comunicar o médico e nutricionista;”* (Protocolo assistencial 1 e 7)

*“Explicar o que será realizado ao paciente;”* (Impresso educativo 1, protocolo assistencial 8 e 9)

*“Iniciar as orientações de saúde e os encaminhamentos, conforme indicado”; “Instruir a pessoa e a família sobre o manejo das úlceras; Ensinar a importância da boa higiene da pele e da nutrição ideal;”*(Protocolo assistencial 4)

Em relação à subcategoria *Prontuário do cliente*,

*“Registrar as características da ferida!”* (Protocolo assistencial 2)

*“Registrar com regularidade quaisquer mudanças na lesão;”* (Protocolo assistencial 5)

*“Encaminhamentos: Uma via da consultoria respondida deverá ser encaminhada à farmácia, a outra via ficará no prontuário do paciente ou pasta específica. As orientações dos curativos especiais utilizados deverão ser mantidas anexadas no prontuário do paciente.”* (Protocolo gerencial 1)

Para proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade e de forma resolutiva, é premente a necessidade de sistematizar e organizar essas práticas. Esse movimento dá ao profissional subsídio para o julgamento clínico e terapêutico, fundamentado em um cuidado humano individualizado e ético, tomando por base o Processo de Enfermagem. Nesse contexto, destacam-se os registros de enfermagem como um instrumento para evidenciar os conceitos inerentes à prática de enfermagem.

Nos serviços de saúde, os registros de enfermagem facilitam a comunicação e a continuidade da assistência. Contudo, esses registros ainda são incipientes (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem), e isso contribui para a invisibilidade da Enfermagem profissional na atenção à saúde (SILVA ET AL, 2015).

Em relação à subcategoria *Manuais Organizacionais*, praticamente todos os documentos servem como norteadores para os profissionais da instituição. Alguns deles ainda referenciam outros documentos, tais como no Protocolo gerencial, que menciona “*Protocolos institucionais como material de apoio*”, os Protocolos assistenciais 8 e 9, que tratam “*nos casos de presença de secreção, proceder como POP de mumificação em necrose.*” e o Protocolo assistencial 10, que reporta ao “*protocolo de assistência de Enfermagem à pacientes com feridas em Serviço de Atenção Primária à Saúde*”; “*recomendação do Serviço Controle de Infecção Hospitalar*” e a orientação no fluxograma “*5A - Trocar curativo: Conforme técnica institucional*”.

Um dos documentos, além de indicar protocolos menciona onde encontrá-los: “*Seguir protocolo de cuidados a paciente com lesões de pele e protocolo de manejo a pacientes com UP: protocolos disponíveis no repositório de documentos*”.(Protocolo assistencial 5)

Em relação à subcategoria *Documentos Administrativos e Impressos e Formulários Eletrônicos*, optou-se por aglutinar devido grande semelhança. Pode-se dizer que a maioria dos documentos pesquisados se encaixam nestas subcategorias. Um exemplo a seguir:

”Documento de *Solicitação de Consultoria para Curativos; Documento de Resposta à Consultoria de Curativos*” (Protocolo gerencial 1)

Encontra-se menção a respeito da Escala de Braden em cinco documentos, tal como no Protocolo assistencial 5 “*Usar um instrumento para avaliar os riscos, a fim de monitorar os fatores individuais (p. ex., escala de braden)*”.

Os registros em estabelecimentos de saúde são fundamentais, para garantia da continuidade do cuidado e qualidade da assistência. Quando bem organizados e claros, otimizam o desenvolvimento do trabalho em equipe, refletindo na satisfação do usuário. O enfermeiro tem como uma das suas atribuições estimular a organização e registros adequados e fidedignos a respeito de cada um dos usuários acompanhados. Na maioria dos documentos pesquisados verifica-se a necessidade dos registros, por parte de todos os profissionais que atendem ou atenderam àquele usuário, em algum momento.

Dessa forma, além da qualificação na assistência, pode-se visibilizar algumas condutas profissionais que por vezes ficam “ocultas”, como por exemplo, os cuidados de enfermagem, tão importantes e que precisam ser valorizados, principalmente pela própria categoria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O material pesquisado apresentou, majoritariamente, aspectos norteadores a respeito das técnicas de curativo em usuários com lesões de pele, no que tange à sua forma de realização e escolha das coberturas. Destaca-se o papel do enfermeiro no acompanhamento e tratamento de lesões, mencionado em praticamente todos os documentos, tanto no papel generalista quanto como consultor/especialista. A ausência do técnico de enfermagem nos documentos, no entanto, é questionável, considerando este um profissional o qual comumente realiza os procedimentos de curativos em serviços de saúde.

A categoria médica, por sua vez, obteve significativas referências nos documentos, sem menção da necessidade de capacitação na área, diferentemente da categoria de enfermagem, que passou por capacitações obrigatórias na área para poderem atuar na avaliação e prescrição de coberturas. Esta diferença entre as categorias profissionais do mesmo serviço é um exemplo de condutas que reforçam o poder e a cultura da hegemonia médica sobre as demais categorias profissionais.

Apesar da maioria dos documentos indicar a importância do profissional atentar à segurança dos profissionais e pacientes na técnica de curativo, tão relevante quanto é a infraestrutura adequada da sala de curativos, o que não foi mencionado em nenhum dos documentos. Problematiza-se esta questão ao deparar-se com as salas de curativo das unidades de APS, com frequência estando em desacordo com a regulamentação técnica proposta pelo Ministério da Saúde, podendo comprometer a segurança do profissional e usuários.

Diante do sério problema de saúde pública que são as lesões de pele, especialmente as crônicas, salienta-se a necessidade de um acompanhamento qualificado e multiprofissional destes usuários, para que aumentem as chances de cura e diminuam as recidivas, internações e amputações. Contudo, é imperativo que os gestores em saúde se apropriem deste contexto, oportunizando material adequado, infra estrutura e incentivando a qualificação de todos os profissionais. Soma-se à isso a padronização de protocolos práticos e baseados em evidências, para subsidiar o fazer destes profissionais de forma mais segura e resolutiva.

Este estudo pode contribuir no sentido organizacional do gerenciamento de recursos das instituições de saúde, pois trata-se de uma proposta elaborada por Sanna que permite sistematizar os registros disponibilizados pelo serviço de forma a facilitar seu acesso, mas principalmente, avaliar e refletir a respeito de sua aplicabilidade no dia a dia, identificando aspectos fundamentais ocultos nos protocolos que precisam ser visibilizados, ou ainda compilando de forma mais concisa as principais orientações, facilitando a consulta pelos profissionais e aprimorando o cuidado ao

usuário. Além disso, esta proposta de estudo pode auxiliar a gestão na identificação de todos os recursos disponíveis no serviço, de maneira a auxiliar na compreensão do que precisa ser melhorado e adquirido para melhor estruturação e otimização dos recursos.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
2. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
3. SCHMIDTZ, E. L. FILOSOFIA E MARCO CONCEITUAL: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, 2015.
4. POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
5. REIS, DB; PERES, GA; ZUFFI FB; FERREIRA, LA; POGGETTO, MTD. **Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família**. Rev Min Enferm. 2013 jan/mar; 17(1): 101-106.
6. MATA, VE; PORTO, F; FIRMINO, F. **TEMPO E CUSTO DO PROCEDIMENTO: CURATIVO EM ÚLCERA VASCULOGÊNICA**. R. pesq.: cuid. fundam. online 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):94-97
7. SALVETTI MG, COSTA IK, DANTAS DV, FREITAS CC, VASCONCELOS QL E TORRES GV. **Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa**. Rev Dor. São Paulo, 2014 jan-mar;15(1):17-20.
8. ZUFFI, FB. **A atenção dispensada aos usuários com úlcera venosa: percepção dos usuários cadastrados nas equipes de saúde da família**. 2009 [Dissertação] 129p.
9. OLIVEIRA BGRB, NOGUEIRA GA, CARVALHO MR, ABREU AM. **Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jan/mar;14(1):156-63. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a18.htm>.
10. JESUS PBR, BRANDÃO ES, SILVA CRL. **Cuidados de enfermagem aos clientes com úlceras venosas uma revisão integrativa da literatura**. J. res.: fundam. care. online 2015. abr./jun. 7(2):2639-2648.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília – DF. 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 24 de out 2016.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 52** [phttp://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf)
13. CUNHA, M. B. et al. **Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital público sobre a prática de curativo**. R. Interd. v. 8, n. 1, p. 83-90, jan.fev. mar. 2015. [http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/581/pdf\\_186](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/581/pdf_186)
14. SANNA, M. C. A estrutura do conhecimento em Administração em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 60, v. 3, p. 336-338, 2007.

15. BUSANELLO J, LUNARDI FILHO WD, KERBER NPC. Produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):140-147.
16. OLIVEIRA, V. C., GALLARDO, P. S., GOMES, T. S., PASSOS, L. M. R., PINTO, I.C. **Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro.** Texto contexto - enferm. [Internet]. vol.22 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400018&lng=en)
17. SANTOS, C. A., SANTANA, E. J. S., VIEIRA, R.P., GARCIA, E. G., TRIPPO, K.V. **A auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS.** Revista Baiana de Saúde Pública. v.36, n.2, p.539-559 abr./jun. 2012. Disponível em: [http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/475/pdf\\_151](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/475/pdf_151)
18. GOMES RNS, PORTELA NLC, PEDROSA AO, MONTE LRS, CUNHA JDS, SOARES TR. **Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde.** Rev Rene. 2015 set-out; 16(5):624-30. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14498/1/2015\\_art\\_rnsgomes.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14498/1/2015_art_rnsgomes.pdf)
19. RIBEIRO JP, MAMED SN, SOUZA MR, SOUZA MM, ROSSO CFW. **Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2015 jul./set.;17(3). Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/11251/1/Artigo%20-%20M%C3%A1rcia%20Maria%20de%20Souza%20-%202015.pdf>
20. LEITE L, LOBO B, LIMA NS, MENGARDA CF. **Acolhimento multiprofissional em estratégia de saúde da família: espaço de atuação para o profissional psicólogo.** Revista de Psicologia da IMED, vol.2, n.1, p. 276-287, 2010
21. AMESTOY S.C., BACKES V.M.S., THOFEHRN M.B., MARTINI J.G., MEIRELLES B.H.S., TRINDADE L.L. **Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar.** Rev Gaúcha Enferm. 2014 jun;35(2):79-85. <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/40155/29928>
22. FERREIRA A.M.; BOGAMIL D.D.D.; TORMENA P.C. **O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado.** ArqCiênc Saúde 2008 jul-set;15(3):105-9. [http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-3/IDN269.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf)
23. SILVA R.S, NÓBREGA M.M.L., MEDEIROS A.C.T., JESUS N.V.A., PEREIRA A. **Termos da CIPE® empregados pela equipe de enfermagem na assistência à pessoa em cuidados paliativos.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2015 abr./jun.;17(2):269-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.27204>
24. DANTAS D.V., DANTAS R.A.N., COSTA I.K.F., TORRES G.V. **protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas: validação de conteúdo.** Rev Rene. 2013; 14(3):588-99. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11657/1/2013\\_art\\_dvdantas.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11657/1/2013_art_dvdantas.pdf)
25. SIQUEIRA VTA, KURCGANT P. **Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem.** Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1):151-7.
26. PENA, P. F. A et al. **Cuidado ao paciente com doença renal crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento.** Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3135-44, 2012.
27. JORGE, M. S. B. et al. **Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família.** Acta Paul. Enferm, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 26-32, 2012.