

Scientific Electronic Archives

Issue ID: Sci. Elec. Arch. Vol. 11 (2)

April 2018

Article link

<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php?journal=SEA&page=article&op=view&path%5B%5D=426&path%5B%5D=pdf>

Included in DOAJ, AGRIS, Latindex, Journal TOCs, CORE, Discoursio Open Science, Science Gate, GFAR, CIARDRING, Academic Journals Database and NTHRYS Technologies, Portal de Periódicos CAPES.



Avaliação do conhecimento dos enfermeiros de uma fundação de saúde comunitária do município de Sinop/MT sobre o tratamento de feridas

Testing the knowledge of nurses in a Community Health Foundation of the City of Sinop / MT on the treatment of wounds.

Dill, S. M.¹, Moreira, A. B.¹, Venazzi, C. B.¹

¹Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Sinop

Author for correspondence: profamilavenazzi@gmail.com

Resumo. O estudo teve a finalidade de avaliar o conhecimento técnico-científico dos enfermeiros de uma Fundação de Saúde Comunitária de Sinop/MT relacionados ao tratamento de feridas. A coleta de dados foi realizada através de questionário composto de 28 questões objetivas e subjetivas. Selecionou-se 21 enfermeiros atuantes nas clínicas: Médica, Cirúrgica, Maternidade, Pediatria, UTI Adulto, Particular I e Particular II que correspondiam aos critérios de inclusão: enfermeiros atuantes na assistência à saúde que realizam práticas relacionadas aos cuidados e tratamento de feridas. Foram excluídos da pesquisa enfermeiros que não exercem atividades diretas de assistência à saúde, respectivamente o enfermeiro da CCIH e CME. A amostra caracterizou-se de enfermeiros do sexo feminino, com mais de 2 anos de formação acadêmica 8 (38,10%), porém referente ao tempo de profissão (atuação na área de enfermagem 9 (42,83%) apresentarão <1 a 1 ano; 17 (80,96%) afirmam atualizar-se sobre feridas por meio de fontes de pesquisa como congresso, palestras artigos, revistas e jornais; 11 (52,39%) dos enfermeiros afirmaram sempre buscar informações sobre feridas com o profissional médico do que com outro enfermeiro; 10 (47,61%) dos enfermeiros afirmam haver e usar na instituição protocolo para tratamento de feridas, ressalta-se que não há um protocolo institucional; Quanto a autonomia do profissional enfermeiro na decisão do tratamento 11 (52,38%) afirmaram que sempre é o médico quem prescreve a conduta do tratamento de feridas, demonstrando a falta de autonomia dos enfermeiros; Quanto a orientação dada ao técnico de enfermagem para a realização do curativo 14 (66,66%) dos enfermeiros realizam a orientação correta; 13 (72,22%) dos enfermeiros não abordaram os aspectos mais relevantes sobre a avaliação do paciente como: estado emocional, físico, nutricional, doenças de base, etc.; 9 (42,85%) afirmaram ter dificuldades em avaliar a ferida; 11(52,38%) não descreveram de forma correta os aspectos da ferida que devem ser avaliados antes de proceder o curativo, considerando somente sinais de infecção e materiais necessários para o curativo; 14 (66,70%) afirmaram realizar coleta de material da ferida para realização de cultura, porém 8 (57,14%) referem desconhecer o método que obtém-se a amostra, como o de aspiração e Swab; Quanto a prática do curativo 8 (38,10%) informaram que o PVPI é o agente tópico mais indicado para limpeza do leito da ferida, porém seu uso é contra indicado para essa finalidade; 21(100%) dos enfermeiros afirmaram reconhecer os 4 graus das Úlceras por pressão, 7 (33,33%) afirmaram realizar massagem nas regiões de proeminências ósseas e 13 (61,90%) afirmaram usar luvas d'água como alívio para a pressão, práticas essas que não devem ser usadas na prevenção de úlceras por pressão; Quanto a limpeza da ferida 21 (100%) dos enfermeiros foram assertivos no uso de SF 0,9%, porém nas coberturas mostraram-se com dificuldades na melhor escolha. Conclui-se que há necessidade de capacitar os enfermeiros da instituição quanto aos aspectos relacionados à avaliação do paciente, da ferida e tipos de coberturas disponíveis, fornecendo deste modo subsídios que auxiliarão na melhor conduta ao tratamento.

Palavras-chave: Feridas, enfermagem, conhecimento, cicatrização de feridas, cuidados de enfermagem

Abstract. The study aimed to observe the technical and scientific knowledge of nurses in a Community Health Foundation of Sinop / MT, related to wound care. It is a field research with an applied nature, quantitative and qualitative approach with exploratory and descriptive characteristic. Data collection was conducted through a questionnaire consisting of 28 objective and subjective questions. The selection criterion was the 21 nurses working in the following clinics: Medical, Surgical Clinic, Maternity Clinic, Pediatrics, Adult ICU, Private Practice Private Practice I and II. Inclusion criteria are: nurses who work in the area of health care that perform related care and wound care practices. Were excluded from the research nurse who does not exercise direct activities of health care nurses respectively of CCIH and CME. The sample was characterized for female nurses, with over two years of training, more time in the job (50%) has

<1-1 year. As for the update on injuries (80.96%) of nurses said update themselves by research sources with: congress, lectures articles, magazines and newspapers. Over (50%) of nurses claim to always seek professional medical information with another nurse. Questioned whether it is in the institution's protocol wounds and if it is used (47.61%) claimed to have the protocol, it is noteworthy that there is an institutional protocol on wounds. As the autonomy of the professional nurse in treatment decision occurred, 11 (52.38%) stated that it is always the doctor who prescribes the conduct of wound demonstrating the lack of autonomy of nurses. Regarding the guidance given to the nursing technician (66.66%) of nurses performing the correct orientation. Regarding the evaluation of 13 patients (72.22%) of nurses did not address the most relevant aspects of patient assessment. As for wound assessment 9 (42.85%) reported having difficulties in assessing the wound. Regarding the aspect of the wound 11 (52.38%) did not describe correctly the aspects of wound and consider signs of wound infection and required for the dressing materials. When questioned whether the same make culture wounds 14 (66.70%) said yes, but when asked by what method we obtain 8 sample (57.14%) respondents did not know the method. Taking into account the practice of dressing 8 (38.10%) reported that PVP is the most suitable agent for cleaning and the same is contraindicated. Related to pressure ulcers 21 nurses said how to recognize the four grades, however 7 (33.33%) reported massage in regions of bone prominences and 13 (61.90%) of respondents said they use gloves water as relief pressure, this erroneous practice. In other matters it was found that the nurses were cleaning assertive in using SF 0.9%, but the covers were shown difficulties in choice. It is concluded that there is need to empower nurses of the institution in the matters related to patient assessment, wound and types of coverage available, providing subsidies so that this helped to better behavior.

Keywords: Wounds, nursing, knowledge, wound healing, nursing care

Introdução

A pele corresponde a aproximadamente 15% do peso corporal, sendo considerado assim o maior órgão do corpo humano. É composta por três camadas: epiderme, derme, hipoderme ou tecido subcutâneo, apresentando como funções principais: proteção imunológica, termorregulação, sensibilidade, além de sob a ação da luz solar, sintetizar vitamina D (BRASIL, 2002).

Como qualquer outro órgão, a pele está sujeita a sofrer agressões oriundas de fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos que irão causar o desenvolvimento de alterações na sua constituição como, por exemplo, as feridas cutâneas, podendo levar à sua incapacidade funcional (MORAIS *et al.*, 2008). São consideradas feridas toda e qualquer ruptura de integridade da pele (MORTON, 2011).

As feridas constituem um sério problema de saúde pública. Em estudos realizados por Sobriano e Pérez (2011) comparando diferentes fontes de dados chegou à conclusão que a nível mundial existem 400 milhões de pessoas com feridas de diferentes etiologias e destas aproximadamente 20 milhões são feridas crônicas. No Brasil, apesar de serem escassos os registros desses atendimentos, sabe-se que é elevado o número de doentes com alterações na integridade da pele que além de interferir na qualidade de vida da população colaboram para onerar os gastos públicos (BRASIL, 2002).

O enfermeiro tem responsabilidade legal no tocante ao tratamento de feridas. Segundo parecer N° 007/2008 COREN-DF, acerca da atuação do Enfermeiro no tratamento de feridas, no que se refere à autonomia, prescrição de medicamentos, cobertura e procedimentos, conclui-se que o enfermeiro tem autonomia no cuidado e tratamento de feridas, podendo prescrever terapia tópica de acordo com protocolos institucionais ou de órgão de saúde e realizar desbridamento instrumental conservador, desde que tenha capacitação técnico-científica para a realização do procedimento (COREN, 2008).

Tal decisão foi embasada em uma análise legislativa que fornece amparo acerca das funções e responsabilidades do enfermeiro. Segundo a RESOLUÇÃO COFEN-358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado Profissional de Enfermagem, podemos evidenciar no Art. 4°:

Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de julho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta e incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Verifica-se que as pesquisas sobre o cuidado de enfermagem no tratamento de feridas tem sido crescentes, o que refere o interesse, responsabilidade e competência do profissional enfermeiro no tratamento e prevenção de feridas. Cuidados que abrangem desde a avaliação primária da lesão a prescrição do tratamento recomendado, além dos cuidados relacionados a orientação e supervisão da equipe de enfermagem na execução do curativo (FERREIRA *et al.*, 2008).

A competência do cuidado e tratamento de feridas está intrínseca à profissão do enfermeiro e a autonomia deste profissional tem sido valorizada em decorrência da atuação especializada (BENBOW, 2006). A Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND) e Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) reconhecem a prática de cuidados a pacientes portadores de feridas como

uma especialidade dentro da enfermagem (FERREIRA *et al.*, 2008).

Segundo Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) para obter-se o título de enfermeiro estomaterapeuta é necessário fazer pós-graduação:

“O título de enfermeiro estomaterapeuta é conferido, exclusivamente pela SOBEST, somente aos enfermeiros pós-graduados em cursos de especialização que abrangem todas as áreas da especialidade e sejam reconhecidos tanto pela SOBEST quanto pelo World Council of Enterostomal Therapists (WCET). A obtenção desse título se dá por meio de concurso público realizado pela SOBEST, cuja aprovação poderá ser somente por memorial ou memorial e prova. Os enfermeiros que não obtiveram o título de Enfermeiro Estomaterapeuta (ET), são denominados PGET (pós-graduados em estomaterapia)” (Rev Estima - vol 6 (1) 2008 p. 33 – 43).

No tocante ao tratamento de feridas, atenta-se que discutir autonomia no cuidado a pacientes com feridas, não refere-se apenas a capacidade do enfermeiro de escolher uma terapêutica tópica, mas sim de fornecer ao usuário um tratamento holístico, com o compromisso de atender as necessidades percebidas sem uma perspectiva global, desde o cuidado integral do indivíduo à avaliação e acompanhamento da ferida (FERREIRA *et al.*, 2010).

A partir deste pressuposto, o presente estudo tem a finalidade de avaliar o conhecimento técnico-científico dos enfermeiros da Fundação de Saúde Comunitária de Sinop/MT nos cuidados relacionados ao tratamento de feridas, trazendo o enfoque respectivo de avaliar como se decorre o desenvolvimento das habilidades, competências e autonomia deste profissional no que se refere ao tratamento de feridas. O referido estudo permite realizar uma avaliação teórica-conceitual acerca do tema, fornecendo informações que permitem a análise da capacitação teórica destes profissionais para o desenvolvimento de tal função.

Leva-se em consideração que há constante renovação de produtos disponíveis para o tratamento de feridas no mercado, busca-se avaliar deste modo, se os profissionais atuantes possuem ciência do uso específico de cada componente corretamente. Tal informação é relevante, uma vez que se sabe que um erro na prescrição da terapia ou realização errônea das técnicas terapêuticas pode levar a um comprometimento do estado no processo cicatricial e refletir em uma piora do quadro de saúde do paciente.

Métodos

Tipo de pesquisa

Quanto à natureza da pesquisa, o presente trabalho trata-se de uma pesquisa aplicada, pois objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigida à solução de problemas específicos e envolve verdades e interesses locais (KAUARK *et al.*, 2010).

Em se tratando da abordagem do problema trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, de caráter qualitativo ao considerar que o processo e seu significado são os focos principais de abordagem, entendendo que há uma relação dinâmica entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (KAUARK *et al.*, 2010). Sendo características da pesquisa qualitativa: a objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O caráter quantitativo da pesquisa se dá ao considerar que os dados da pesquisa pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requerendo o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão), (KAUARK *et al.*, 2010).

Quanto aos seus objetivos, a pesquisa se caracteriza como exploratória- descritiva. A primeira, pois tem como objetivo proporcionar maior familiaridade como problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. A segunda, pois a pesquisa tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário. Quanto aos procedimentos trata-se de uma pesquisa de campo, pois, tem foco em uma comunidade de trabalho (GIL, 2002).

Local de Estudo

O presente estudo desenvolveu-se no município de Sinop, localizado no norte da região centro-oeste do estado do Mato Grosso. O campo de estudo escolhido foi a Fundação de Saúde Comunitária do município de Sinop/MT, que se localiza na AV. dos Flamboyants, nº 2145. Esta unidade presta atendimento público e privado com atendimento na rede SUS na forma de convênios. Possui em sua estrutura 141 unidades de internação, destas 84 leitos são para atendimento no Sistema Único de Saúde. O hospital tem em média 900 atendimentos por mês e ao longo do ano cerca de 10.800 internações, prestando assistência nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI, Clínica Pediátrica, Clínica Oncológica e Maternidade. Na época de estudo mantém em seu

quadro profissional 42 enfermeiros. Os dados foram obtidos através do site do HSA.

Sujeitos de estudo

Critérios de inclusão

1. Enfermeiros que compõe a equipe de enfermagem da Fundação de Saúde Comunitária do município de Sinop/MT;
2. Enfermeiros que atuam diretamente na assistência à saúde desenvolvendo práticas relacionadas ao cuidado e tratamento de feridas;
3. Enfermeiros que exerçam suas atividades na Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Particular I, Clínica Particular II, Pediatria, Clínica Maternidade e UTI Adulto.

Critérios de exclusão na pesquisa

1. Enfermeiros que não exerçam atividades diretas na assistência a saúde respectivamente: ser enfermeiro da CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e/ou ser enfermeiro da CME - Central de Material e Esterilização;

Respeitados os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no projeto de pesquisa, a população do estudo constitui-se de 27 enfermeiros, porém participaram efetivamente da pesquisa 21 enfermeiros, levando em consideração os 6 enfermeiros que não constam na pesquisa: 5 enfermeiros aceitaram participar da pesquisa porém não realizaram o preenchimento do questionário, 1 enfermeiro não foi possível encontrar devido a troca de plantão para o período diurno.

Coleta de dados e instrumento da pesquisa

A coleta dos dados foi realizada através da aplicação do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) composto por questões semiestruturadas subjetivas e objetivas. O

O segundo passo procedeu-se a classificação dos dados. Nesta fase é importante termos em mente que o dado deve ser construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles com base numa fundamentação teórica. Que será obtida através de leituras exaustivas e repetidas dos textos, assim estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante (MINAYO, 2004) do material, seguindo a ordem de agrupamento das respostas, primeiramente dados de formação profissional dos enfermeiros, em seguida a relação com a instituição, e posteriormente o conhecimento do enfermeiro acerca da avaliação de feridas e quarto ponto o conhecimento no tratamento.

questionário contém 28 questões, formuladas de modo a investigar primeiramente dados de formação profissional dos enfermeiros, segundo a relação com a instituição, terceiro o conhecimento acerca da avaliação de feridas e quarto ponto o conhecimento teórico relacionado ao tratamento.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março a maio nos períodos matutino, vespertino e noturno, de acordo com a disponibilidade dos participantes da pesquisa. Procedeu-se o preenchimento do questionário após orientação acerca da finalidade da pesquisa, esclarecimento dos aspectos éticos por ela garantidos e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

Para preservação do direito a imagem os sujeitos da amostra foram identificados por códigos, especificamente por flores, como por exemplo: Orquídea, Violeta, Margarida, Lírio, perguntado aos participantes no momento anterior ao preenchimento do questionário.

Análise dos dados

Após a coleta de dados é necessário organizar, sistematizar e agrupar os dados em categorias para posteriormente realizar a análise de dados. Este processo se caracteriza por um método de formação de sentido além dos dados, e esta formação se dá consolidando, limitando e interpretando o que as pessoas disseram e o que o pesquisador viu e leu, isto é, o processo de formação de significado (TEIXEIRA,2003). A finalidade desta a avaliação é organizar, fornecer estruturas e extrair significados dos dados da pesquisa (NITSCHKE, *et al.*,2008).

A análise dos dados foi realizada através das seguintes fases: ordenação dos dados; classificação dos dados e por fim a análise final (MINAYO, 2004). A ordenação dos dados consiste no mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, envolvendo a leitura e avaliação das respostas do questionário, releitura do material e organização dos relatos (MINAYO, 2004).

A análise final será realizada após a ordenação, classificação e exposição dos dados por meio de gráficos, tabelas e transcrição das respostas subjetivas. A discussão final irá estabelecer uma articulação entre os dados e o referencial teórico da pesquisa respondendo as questões com base em seus objetivos (MINAYO, 2004). Elucidando assim o conhecimento teórico-prático dos enfermeiros avaliados.

Aspectos éticos

Procedeu-se a coleta de dados após análise e aprovação do projeto pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (APÊNDICE C), bem como após a leitura e assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), em 2 vias, pela pesquisadora e pelo participante.

Garantiu-se a desistência de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer ônus ou prejuízos, bem como respeitou-se o anonimato dos participantes na divulgação dos resultados mediante a adoção de códigos de identificação especificamente por flores, como por exemplo: Orquídea, Violeta, Margarida, Lírio, perguntado aos participantes no momento anterior ao preenchimento do questionário.

Resultados e Discussão

Caracterização da amostra

A tabela 1 corresponde à caracterização da amostra, sendo composta por 21 enfermeiros, que atuam em uma Fundação Comunitária de Saúde do município de Sinop/MT no ano de 2014. As variáveis levantadas para a caracterização da amostra foram: sexo, idade, tempo de formação, tempo de profissão e realização de especialização na área da saúde.

Tabela 1. Caracterização da amostra – Dados referentes aos enfermeiros: sexo, idade, tempo de formado, tempo de profissão e especialização, Sinop/MT, 2014.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	18	86,00
Masculino	3	14,00
Idade		
22 a 29 anos	13	62,00
30 a 39 anos	6	29,00
>40 anos	2	9,00
Tempo de Formado		
<1 a 1 ano	7	33,34
2 a 4 anos	8	38,10
5 a 7 anos	6	28,56
Tempo de Profissão		
<1 a 1 ano	9	42,83
2 a 4 anos	6	28,56
6 a 7 anos	3	14,30
Não informaram	3	14,30
Especialização		
Sim	13	61,90
Não	8	38,10

O primeiro item avaliado representa a porcentagem da amostra quanto ao sexo. Entre o grupo avaliado 18 (86,00%) são do sexo feminino e 3 (14,00%) são do sexo masculino. Em relação à idade, a faixa etária mais relevante compreendeu de 22 a 29 anos com 13 (62,00%) dos enfermeiros, seguida pela de 30 a 39 anos com 6 (29,00%) enfermeiros e 2 (9,00%) dos participantes possuem idade maior que 40 anos. Podemos verificar que o sexo feminino ainda é mais predominante na profissão de enfermagem em comparação com o (2012). O resultado quanto ao sexo dos enfermeiros acompanha o perfil encontrado em todo o Brasil sendo predominante o feminino.

Quanto à faixa etária um estudo realizado na capital Cuiabá com 89 enfermeiros verificou que a faixa etária mais freqüente foi de 26 a 30 anos (26,6%), demonstrando que são em sua maioria jovens enfermeiros (CORRÊA *et al.*, 2012).

Respectivo ao tempo de formação 8 (38,10%) dos enfermeiros possuíam de 2 a 4 anos de formação, 7 (33,34%) dos enfermeiros possuíam de <1 a 1 ano de formação e 6 (28,56%) dos enfermeiros possuíam de 5 a 7 anos de formação.

A respeito ao tempo de profissão a variável que teve maior destaque foi a <1 a 1 ano com 9 (42,83%) dos enfermeiros, já a de 2 a 4 anos foi de

masculino e que sua maioria se caracteriza por enfermeiros com idade inferior a 30 anos.

A feminilização é uma característica forte do setor da saúde, onde a maioria dos trabalhadores é feminina, representando atualmente mais de 70% de todo o contingente e com tendência ao crescimento para os próximos anos. Em algumas profissões específicas esse processo de feminilização ultrapassa a 90%. É o caso da equipe de enfermagem que é formada quase que integralmente de mulheres (MACHADO *et al.*, 6 (28,56%) de tempo de profissão e os que possuem de 6 a 7 anos foram apenas 3 (14,30%) sendo que 3 (14,30%) enfermeiros não informaram o tempo que já estão atuando no mercado de trabalho.

Nota-se que mais de 50% dos enfermeiros participantes da pesquisa têm mais de 2 anos de formação, porém quando verificamos o tempo de profissão podemos observar que estes possuem em sua maioria menos de 2 anos de profissão, deste modo levanta-se a hipótese de que os enfermeiros que participaram da pesquisa levaram maior período para ingresso na área de assistência de saúde após a sua efetiva graduação e/ou desenvolveram suas atividades em outra área.

No tocante a especialização 13 (61,90%) enfermeiros responderam que possuem especialização e 8 (38,10%) responderam não possuírem especialização. A verificação da referida qualificação profissional é de grande importância uma vez que demonstra que a os profissionais estão se aperfeiçoando e buscando conhecimento especializado. Destaca-se contudo que destes 13 enfermeiros que referiram possuir especialização nenhuma destas é na área de Estomatoterapia.

A pós-graduação em Estomatoterapia só esta disponível em grandes centros como em São

Paulo e no Rio de Janeiro, o difícil acesso a essa especialização pode ser um dos motivos pelo qual nenhum deles possuir tal especialidade.

Capacitação profissional na área de feridas

Avaliou-se neste momento se a amostra estudada obteve capacitação na área de Feridas durante o processo de formação na universidade e posteriormente quando empregado na instituição em que trabalha, na tabela 2.

Tabela 2. Capacitação sobre ferida na universidade durante a formação e na instituição em que trabalha, Sinop/MT, 2014.

Variáveis	N	%
Durante sua formação teve capacitação sobre FERIDAS na Universidade?		
Sim	16	76,20
Não	4	19,04
Não Informou	1	4,76
Na instituição em que trabalha, recebe capacitações sobre o cuidado com feridas?		
Às Vezes	13	61,90
Sempre	7	33,34
Nunca	1	4,76

Na questão que se refere à capacitação de feridas na universidade, 16 (76,20%) dos participantes da pesquisa assinalaram positivamente, seguido de 4 (19,04%) que referiram não ter recebido capacitação na área e 1 (4,76%) não informou. Na variável seguinte acerca do recebimento de capacitações de feridas na instituição onde trabalha, 13 (61,90%) dos enfermeiros assinalaram que às vezes recebe capacitação sobre tema, 7 (33,34%) responderam que sempre há capacitação e 1 (4,76%) assinalou nunca ter recebido capacitações no ambiente de trabalho.

Quando analisado as duas variáveis verifica-se que a maioria dos participantes da

competências necessárias para a atuação do profissional (KOBAYASHI; LEITE, 2010).

Para Bomfim (2010), o processo de capacitação de enfermeiros pode ser influenciado pelas condições de trabalho como: motivações pessoais e atividades realizadas, bem como pelas condições que a organização deve favorecer para a criação de uma ambiente propício ao desenvolvimento de uma consciência crítica reflexiva dos profissionais sobre suas ações. É dever do enfermeiro buscar embasamento teórico-prático que respalde suas ações, transformando o

pesquisa tiveram capacitação sobre o tema na faculdade ou na instituição em que trabalham tornando-se um ponto positivo. É importante que as universidades e instituições hospitalares invistam em cursos ou simpósios fornecendo possibilidade de capacitações sobre feridas aos profissionais que não vivenciaram na universidade e cursos de atualização a todos, para que constantemente revisem sobre técnicas, curativos e coberturas existentes.

Os profissionais de enfermagem devem ser cada vez mais qualificados, atualizados, de forma que os investimentos das instituições realizados em recursos humanos revertam para manutenção da saúde e competitividade da organização, com o propósito de capacitação e formação contínua de seu campo de trabalho em um ambiente de aprendizado e de busca de novos conhecimentos, assegurando uma assistência de qualidade, amparada ético, legal e cientificamente.

Neste quesito de atualizações acerca do tema feridas, buscou-se investigar os métodos mais utilizados para atualização acerca do tema, a fim de verificar se os profissionais buscam atualizações sobre o tema com outro profissional da saúde e/ou através de consulta a fontes de pesquisas, neste caso buscou-se saber quais as fontes de dados mais utilizadas, tabela 3.

Tabela 3. Caracterização de fontes utilizadas para atualizar o conhecimento sobre feridas, Sinop/MT, 2014

Variáveis	N	%
Utiliza fontes de dados para atualizar seu conhecimento sobre feridas? Quais:		
Sim	17	80,96
Não	4	19,04
Congressos, palestras, cursos:		
Às vezes	13	61,88
Sempre	3	14,30
Nunca	2	9,52
Não Informaram	3	14,30
Consulta sites eletrônicos, revistas ou jornais:		
Às vezes	8	38,10
Sempre	10	47,62
Nunca	1	4,76
Não Informaram	2	9,52
Leitura de artigos científicos:		
Às vezes	12	57,14
Sempre	7	33,34
Nunca	2	9,52
Busca informação com outros enfermeiros:		
Às vezes	11	52,39
Sempre	9	42,85
Nunca	-	-
Não Informou	1	4,76
Busca informação com os médicos		
Às vezes	9	42,85
Sempre	11	52,39
Nunca	-	-
Não Informou	1	4,76

Quando questionados se os profissionais utilizam fonte de dados para atualizar seu conhecimento sobre feridas, 17 (80,96%) respondem que sim e 4 (19,04%) responderam não atualizar-se sobre o tema.

Referente à quais fontes de pesquisa utilizadas, na variável congresso, palestras e cursos, 13 (61,88%) dos enfermeiros assinalaram às vezes utilizarem, 3 (14,30%) sempre utilizam, 2 (9,52%) nunca e 3 (14,30%) não informaram se utilizam dessa variável. Quanto ao percentual que busca informação em sites eletrônicos, revista ou jornais, 8 (38,10%) às vezes consultam, 10 (47,62%) sempre utilizam como consulta, 1 (4,76%) como o COFEN, que disponibilizam com frequência cursos e artigos para leitura sobre o tema auxiliando na formação continuada do profissional e obtenção de conhecimento sobre feridas.

Segundo SILVA *et al.* (2011) o tratamento de feridas tornou-se mais que um procedimento de enfermagem, hoje é uma especialidade que cada dia exige mais atualização e estudo por parte dos profissionais.

nunca consulta e 2 (9,52%) não informaram. Na variável leitura de artigos científicos 12 (57,14%) às vezes procura essa fonte, 7 (33,34%) assinalaram que sempre fazem leitura, 2 (9,52%) nunca buscam essa fonte de dados. Desta forma, verificou-se que independente da fonte de pesquisa e atualização a amostra investigada em sua maioria, 17 (80,96%) utilizam de alguma fonte de dados para atualizar-se sobre o tema.

Com o avanço da tecnologia, atualmente a acessibilidade via internet de materiais se dá com maior facilidade, com o encontro de fonte de dados confiáveis que possibilitam o acesso gratuito, além de sites governamentais e de categorias de classe,

Ao avaliar a variável se os enfermeiros buscam informação sobre o cuidado de feridas com outros enfermeiros, 11 (52,39%) referiram que às vezes buscam esta informação com o colega de profissão, 9 (42,85%) referiram sempre buscar informações com outros enfermeiros e 1 (4,76%) não informou. Quando questionados se os enfermeiros buscam informação sobre o cuidado de feridas com o profissional médico, 9 (42,85%) assinalaram que às vezes buscam informação com o médico, 11 (52,39%) sempre busca informações

com este e 1 (4,76%) não informou. Podemos verificar que mais de 50% dos enfermeiros avaliados afirmaram sempre buscar informações sobre o cuidado com feridas com o médico a realizar com outro profissional enfermeiro, o que pode demonstrar que se dá mais credibilidade ao profissional médico do que ao enfermeiro no cuidados de feridas e escolha do tratamento. Levando em consideração que o enfermeiro participa do cuidado diariamente e acompanha toda a evolução da ferida, possuindo esta capacitação teórico-prática para tal função, este é o profissional mais capacitado para proceder o cuidado e tratamento adequado.

Acompanhando a evolução do tratamento de feridas, a enfermagem tem se destacado e participado de forma direta e ativa, tanto nos processos de prevenção quanto no de tratamento de feridas. A enfermagem recebe destaque nas pesquisas clínicas e no desenvolvimento de novas alternativas de intervenção ao cliente portador ou com risco de desenvolver lesões. Quando se verifica as publicações de artigos nacionais e internacionais pode-se constatar que na grande parte são escritos por enfermeiros (SILVA *et al.*, 2011).

Protocolo institucional para realização do curativo

A tabela 4 apresenta variáveis acerca da existência, na instituição hospitalar, de Protocolo de Feridas para nortear a realização do curativo, e em caso afirmativo se este é utilizado.

Quando questionado aos enfermeiros se na instituição onde exercem suas atividades há um protocolo para avaliação e tratamento de feridas, 10 (47,61%) responderam que sim que há um protocolo e 11 (52,39%) responderam que não. Quando perguntado se este protocolo é utilizado entre os 10 que afirmaram existir o protocolo 5 (50,00%) responderam que sim utilizam o protocolo, 3 (30,00%) responderam às vezes usarem e 2 (20,00%) não informaram. Cabe

ressaltar neste momento que a gerência de enfermagem da instituição hospitalar afirmou que não há um protocolo para avaliação e tratamento de feridas, deste modo observa-se a incoerência das respostas entre aqueles que afirmam existir e usarem o protocolo. No entanto a na instituição um POP (Procedimento Operacional Padrão), segundo informações aborda superficialmente alguns procedimentos com feridas, isso pode ter confundido os mesmos, porém demonstra a desinformação quanto o reconhecimento do protocolo de feridas.

Perante esta situação, de não existência de um protocolo institucional que norteie os cuidados e tratamentos de feridas, o desenvolvimento de um protocolo seria uma forma precisa e eficaz de dar ao enfermeiro maior autonomia para prescrever o cuidado e o tratamento.

O protocolo é de extrema importância, pois ele auxiliará o enfermeiro a prestar uma assistência autônoma, pela padronização dos procedimentos de prevenção e tratamento de feridas. Além de garantir respaldo legal, técnico e científico ao profissional, a fim de melhorar a assistência ao portador de feridas (FERREIRA *et al.*, 2010).

Segundo SILVA *et al.* (2011) o protocolo deve ser elaborado por enfermeiros baseando-se na prática clínica, direcionados a assistência preventiva e curativa dos clientes, podendo atribuir drogas que poderão ser prescritas sem necessitar de prescrição médica. Após confecção, o protocolo deverá ser aprovado pela diretoria clínica e de enfermagem do serviço onde será implantado.

Autonomia do enfermeiro sobre o tratamento da ferida e orientação da equipe

A tabela 5 demonstra a avaliação acerca da decisão sobre o tratamento da ferida, a fim de verificarmos se o enfermeiro possui autonomia para proceder ao tratamento de feridas. As variáveis abordadas são: enfermeiro, técnico de enfermagem e médico.

Tabela 4. Protocolo institucional para tratamento de feridas, Sinop/MT, 2014

Variáveis	N	%
Há protocolos para avaliação e tratamento de feridas?		
Sim	10	47,61
Não	11	52,39
Este protocolo é utilizado?		
Sim	5	50,00
Não	-	-
Às Vezes	3	30,00
Não informaram	2	20,00

Tabela 5. Caracterização do profissional que toma decisão do tratamento de feridas, Sinop/MT, 2014

Variáveis	N	%
Enfermeiro		47,63
Às Vezes	10	42,85
Sempre	9	4,76
Nunca	1	4,76
Não Informou	1	
Técnico de Enfermagem		19,05
Às Vezes	4	-
Sempre	-	61,90
Nunca	13	19,05
Não Informaram	4	
Médico		
Às Vezes	8	38,10
Sempre	11	-52,38
Nunca	-	-
Não Informaram	2	9,52

No que se refere ao profissional que toma a decisão sobre o tratamento da ferida, na variável, enfermeiro, 10 (47,63%) assinalaram que às vezes o profissional enfermeiro toma a decisão do tratamento, 9 (42,62%) afirmaram que a decisão é sempre feita pelo enfermeiro, 1 (4,76%) afirma que o enfermeiro nunca decide o tratamento e 1 (4,76%) não respondeu a questão. Quanto ao profissional técnico de enfermagem decidir o tratamento, 4 (19,05%) marcaram que às vezes a decisão do tratamento é realizada por este profissional, 13 (61,90%) informaram que o técnico de enfermagem nunca decide o tratamento e 4 (4,76%) não responderam esta questão. Na variável médico, 8 (38,10%) assinalaram que às vezes é o médico que decide o tratamento, 11 (52,38%) afirmou que sempre é o médico que toma decisão e 2 (9,52%) não responderam a questão.

Avalia-se que o profissional médico é que toma decisão sobre o tratamento de feridas, demonstrando que os enfermeiros não possuem autonomia ou sentem dificuldades para decidir qual o tratamento mais adequado. Para Ferreira *et al.* (2008) os enfermeiros encontram dificuldades em conquistar ou restaurar sua autonomia, que decorrem da falta de estímulos para o exercício do poder, poder este que deve ser dotado de bom senso, responsabilidade e competência e também enfrentam dificuldades na construção de sua identidade profissional que especifica o que é característico da profissão.

Para verificação acerca das orientações realizadas pelo enfermeiro a equipe de técnicos de enfermagem durante a realização do curativo, utilizou-se a Questão 6.1 (APENDICE A) a qual indaga: "No caso de ser o técnico de enfermagem a proceder ao curativo. Qual a orientação é dada pelo enfermeiro?". Os resultados serão apresentados através de relatos obtidos na transcrição da questão discursiva. Entre os participantes da pesquisa 3 (14,30%) não responderam a questão discursiva referente a orientação dada ao técnico.

Notou-se durante a discussão dos dados que o total de 14 (66,66%) participantes descreveram a orientação adequada sobre como proceder ao curativo de feridas, podemos verificar nas falas seguintes:

"Avaliamos a ferida primeiramente, depois orientamos o técnico de enfermagem a lavar a ferida com SF morno e cobrir o curativo com cobertura adequada de acordo com a necessidade da mesma" (Tulipa).

"A avaliação do aspecto da ferida p/ saber qual conduta correta tomar e saber diferenciar os tipos de feridas" (Camélia).

"Como realizá-lo, o que usar no curativo e o tempo da troca" (Begônia).

Alguns dos enfermeiros, 4 (19,04%) foram vagos ao descreverem a orientação prestada ao técnico de enfermagem, como podemos verificar nas falas seguintes:

"Para que realize nas técnicas de assepsia" (Violeta).

"Tem que usar materiais esterilizados" (Lobélia).

"Realizar o curativo de forma correta" (Bromélia).

"A utilização de SF 0,9%, cloroexidina degermante e alcoólica" (Acácia).

Sabe-se que na prática, o curativo é procedimento realizado predominantemente por técnicos de enfermagem, sendo responsabilidade do enfermeiro a supervisão, a provisão de produtos conforme a disponibilidade na instituição, a

orientação, acompanhamento, desenvolvimento de processos educativos e a avaliação dos trabalhadores (NONINO *et al.*, 2008).

Neste sentido, o enfermeiro deve orientar o técnico de enfermagem sobre a sequência do tratamento desde a limpeza à cobertura da ferida, orientar acerca do curativo ideal, das técnicas de manejo da ferida de forma a evitar e/ou tratar a infecção existente; capacitar sua equipe sobre os tipos de tecidos existentes nas lesões de modo a facilitar o reconhecimento das lesões e evitar erros no tratamento, esclarecer sobre a importância do uso de EPIs, além de orientar ao técnico de enfermagem que sempre consulte o enfermeiro do setor nas situações de dúvidas.

Para obter-se um curativo ideal que forneça a ferida meios adequados que vão viabilizar o processo de cicatrização da ferida é necessário seguir os 7 passos seguintes segundo o manual BRASIL (2002, pg. 29-30).

- 1) Remover o exsudato.
- 2) Manter alta umidade entre a ferida e o curativo.
- 3) Permitir trocas gasosas.
- 4) Ser impermeável às bactérias.
- 5) Fornecer isolamento térmico.
- 6) Ser isento de partículas e substâncias tóxicas contaminadas, provenientes de úlceras.
- 7) Permitir a remoção sem causar traumas locais.

Avaliação do paciente

Para verificarmos quais aspectos referentes ao paciente os enfermeiros julgaram importante avaliar foi questionado aos participantes: “Quais aspectos relacionados ao paciente você considera importante avaliar antes da realização do curativo?” questão 27 (APENDICE A). A resposta desta variável foi obtida após transcrição da questão discursiva. Entre os participantes da pesquisa 18 (85,07%) responderam a questão enquanto que 3 (14,30%) não a fizeram.

Dos 18 enfermeiros que responderam a questão apenas 5 (27,77%) tiveram resposta satisfatória sobre os aspectos que são importantes de serem avaliados no paciente, podemos verificar nas falas seguintes:

“Idade, peso, integridade da pele próxima à ferida, ingesta hídrica e nutricional, doenças associadas tal como DM. Déficit motor e nível de consciência”(Lótus).

“Avaliar o local da ferida, tipo da ferida, estado geral do paciente, estado nutricional e analisar a conduta para o curativo”(Cravo).

“Aspectos corporais, como: pele, se apresenta dor ou T° elevada e aspectos emocionais também”(Jasmim).

“Estado nutricional, alergias medicamentosas, local da ferida, patologias anteriores tipo, DM”(Lírio).

Ainda no quesito avaliação do paciente 13 (72,22%) dos enfermeiros não abordaram os aspectos mais relevantes sobre a avaliação do paciente, outros sim levaram mais em consideração aspectos referentes à ferida, como podemos verificar nas falas abaixo:

“Avaliar a ferida, tamanho e dor”(Hortência).

“Aspecto, coloração”(Gérbera).

“Presença de sinais flogísticos, sinais vitais, presença de dor”(Orquídea).

“Secreção, rubor, calor, dor, queixas”(Amarílis).

“Sinais de dor”(Dália).

“Condições físicas, posição, se tem todos material a ser usado no procedimento a ser realizado”(Azaléia).

Verificou-se que é grande o percentual de enfermeiros 13 (76,20%) que não abordaram dados relevantes na avaliação do paciente no tocante ao tratamento de feridas, questões estas que devem ser observadas antes de proceder ao curativo, o que demonstra que deixam de avaliar informações importantes que possibilita o cuidado mais direcionado e favorecem condições para o processo de cicatrização mais eficaz. Dados importantes como questionamento acerca de doenças de base, estilo de vida, estado geral do paciente, estado emocional, nutricional não foram abordadas pela maior parte da amostra, porém devem ser captadas na anamnese e exame físico do cliente.

Segundo Ribeiro (2004), durante a avaliação do paciente deve-se pesquisar algumas informações como: idade, raça, doença de base, terapia medicamentosa utilizada, tabagismo, alcoolismo, sono, prática de exercício físico, situação sociocultural, escolaridade, condições de moradia, grau de mobilidade, incontinências, história de comprometimentos cutâneos, como dermatites e úlceras de pressão e queixas. Bem como realizar avaliação nutricional levando em consideração ingestão alimentar e hídrica, e a avaliação comportamental verificando estado emocional, nível

de estresse compreensão do estado de saúde, capacidade para o autocuidado e queixas.

Desta forma, a avaliação do paciente é extremamente importante, pois possibilitará que o profissional direcione o tratamento mais específico e holístico ao paciente atendendo todas as suas necessidades além de identificar fatores que interferem no processo cicatricial.

Avaliação da Ferida

Para avaliação do conhecimento acerca da avaliação da ferida, primeiramente foi questionado aos enfermeiros pesquisados na Questão 26 (APENDICE A), "Você sente alguma dificuldade para proceder à avaliação e tratamento de ferida? Caso positivo qual? E em caso afirmativo solicitou-se que estes descrevessem quais são as dificuldades apresentadas. Em seguida indagou-se na Questão 28 (APENDICE A) sobre "Quais aspectos relacionados ao próprio ferimento você considera importante avaliar antes da realização do curativo".

Na primeira variável, você sente alguma dificuldade para proceder à avaliação e tratamento de feridas, no caso positivo qual. No que tange à questão abordada, 11 enfermeiros (52,39%) responderam não ter dificuldade em avaliar e tratar a ferida, 1 (4,76) não respondeu a questão e 9 enfermeiros (42,85%) responderam sim tem dificuldade em avaliar e proceder o tratamento.

Entre os 9 (42,85%) enfermeiros que responderam que sentem dificuldade em avaliar e tratar feridas, compartilharam suas dificuldades na questão discursiva que foi transcrita, nas falas abaixo podemos verificar quais são:

"Sim, quando relacionado à curativos de grande extensão e uso de diferentes tratamentos para uma mesma ferida"(Jasmim).

"Sim em feridas que possuem muito exsudato e feridas que não são muito comumente ao meu setor de atuação, pois aqui o mais comum são feridas fechadas e não abertas"(Camélia).

"Sim, dificuldade na melhor escolha de tratamento, devido a falta de opções disponíveis nos locais de trabalho"(Lótus).

"Algumas vezes sim, não existe uma forma padrão, cada ferida tem suas peculiaridades, o que dificulta avaliação e conduta"(Cravo).

"Podemos até avaliar mas a conduta sempre será do médico"(Rosa).

Nas falas anteriores podemos constatar que um dos enfermeiros, codinome Rosa, afirma que sempre o médico estabelecerá a conduta de tratamento, o que é discordante uma vez que amparados pela legislação N° 007/2008 COREN-DF e possuindo capacitação técnico-científica o enfermeiro é habilitado para o cuidado com feridas. O profissional enfermeiro deve desta forma buscar capacitações para o exercício da autonomia nos processos de avaliação e tratamento da ferida, pois é certo que em seguimento das normas e rotinas hospitalares, bem como protocolos estabelecidos, o profissional enfermeiro é capaz de avaliar e escolher a melhor conduta de tratamento.

Pode-se ainda verificar que os profissionais sentem dificuldade em avaliar e tratar feridas abertas, exsudativas e com maior extensão; Lótus informa ainda que "sente dificuldade em direcionar o tratamento de feridas devido à falta de opções disponíveis nos locais de trabalho". Uma forma de amenizar as dificuldades quanto à avaliação e tratamento de feridas é a criação de um protocolo contendo todos os tipos de feridas e tecidos, descrevendo a conduta adequada para cada tipo de ferida, sendo está aberta ou fechada, seca ou com exsudato, infectadas ou não, além de outras informações contendo terapias tópicas utilizadas, produtos utilizados na limpeza e cobertura das lesões. Este material auxiliaria na execução do tratamento contribuindo para a redução de erros de conduta no tocante ao cuidado tópico, redução de prejuízos ao paciente em tratamento terapêutico inadequado, menor tempo de hospitalização e diminuição de custos.

Segundo Morais *et al.* (2008, pg. 99-103):

A avaliação atuará como subsídio para elaboração e desenvolvimento de um plano de cuidados com estratégias de tratamento adequado, reunindo uma conduta terapêutica ampla com variedades de métodos propícios para executá-lo, proporcionando uma cicatrização eficaz e conforto para o paciente. Entretanto, a sua ausência não está relacionada à limitação em fazer a avaliação de algumas características da lesão, como: presença de exsudato, esfacelos, áreas de necrose, sinais de infecção, entre outros, que fornecem subsídios para que o enfermeiro possa optar pela melhor conduta.

O número importante de enfermeiros 9 (42,85%) que admitem ter dificuldades em avaliar e tratar a ferida remete a necessidade de capacitação fornecendo desde modo subsídios para maior autonomia na avaliação e na escolha de condutas no tratamento.

Em seguida, os participantes da amostra responderam a Questão 28 (APENDICE A) que traz a avaliação: "Quais aspectos relacionados ao

próprio ferimento você considera importante avaliar antes da realização do curativo?”. Os dados foram obtidos após resposta de questão discursiva.

Entre os enfermeiros que responderam a questão, 7 (33,32%) efetuaram a resposta de forma completa, integrando vários fatores a serem avaliados nas feridas, 11 (52,38%) enfermeiros por sua vez responderam de forma incompleta, levando em consideração somente os sinais de infecção na avaliação da ferida e 3 (14,30%) não responderam a questão.

Segundo os enfermeiros pesquisados que tiveram suas respostas consideradas completas 7 (33,32%) os aspectos importantes a serem avaliados no ferimento são:

“Aspecto da ferida, coloração, tipo de secreção, aberta ou fechada, odor, calor, rubor, edema, localização do ferimento, comprometimento da pele ou profundidade”(Lírio).

“Tipo de ferida e origem da mesma, calor, rubor, odor, edema local, presença de necrose, fibrina ou tecido esfacelar” (Lótus).

“Qual tipo de ferida, os tipos de tecidos presentes e qual conduta a ser seguida p/ o tratamento”(Jasmim).

“Local da ferida, tipos de tecidos que constituem a ferida e se é infectada ou não”(Cravo).

“Dor, tempo da ferida, condutas que já foi utilizada”(Hortência).

De modo geral 7 (33,32%) dos enfermeiros responderam corretamente os principais fatores que devem ser levados em consideração na avaliação do aspecto da ferida e que servem de direcionamento para o tratamento. Porém nenhum dos enfermeiros pesquisados referiu avaliar durante a inspeção da ferida à borda da ferida e a região ao redor da lesão.

Foram consideradas incompletas as respostas de 11 (52,38%) enfermeiros uma vez que

incluiram como fator de avaliação somente os relacionados aos sinais de infecção da ferida e materiais necessários para o curativo, evidenciados nas falas seguintes:

“Quais materiais a serem utilizados, o aspecto da ferida e os tipos de tecidos presentes”(Camélia).

“Se tem material para realização do curativo até o fim do tratamento”(Azaléia).

“Organização de materiais e avaliação da ferida”(Violeta).

“Vermelhidão, rubor, calor”(Lobélia)

“Se há sinais flogísticos, presença de infecção”(Gérbera).

Para Gomes *et al.* (2005) são 7 os aspectos que devem ser avaliados na ferida entre eles: Localização anatômica, tamanho, profundidade, tipo/quantidade de tecido, bordas, pele peri-ulceral e exsudato. A avaliação dos aspectos da ferida é extrema importância, pois direciona o planejamento dos cuidados de enfermagem e a implementação da terapia tópica além de proporcionar dados para monitorar a trajetória da cicatrização das feridas e também para a mudança da conduta ao longo do tratamento. Para realização de uma avaliação abrangente destaca-se que vários fatores são levados em consideração além dos fatores elencados de sinais de infecção e materiais necessários.

O ponto seguinte de avaliação compreendeu a indagação sobre o uso de recursos materiais que os enfermeiros consideram ser importantes para avaliação da ferida, visualizado na tabela 6. Primeiramente questionou-se se na prática diária eles utilizam algum recurso para procederem à avaliação da ferida, e em seguida foram fornecidas aos enfermeiros algumas alternativas para escolha como: régua, foto, espátulas, sondas e a opção outros materiais que eles utilizam que não estão elencados nas alternativas disponíveis.

Tabela 6. Recursos materiais utilizados na avaliação de feridas, Sinop/MT, 2014

Variáveis	N	%
Você utiliza recursos materiais para a avaliação de feridas?		
Sim	13	61,90
Não	8	38,10
Quais:		
Régua	8	61,54
Foto	3	23,07
Espátulas	4	30,76
Sondas	5	38,46
Outros (Drenos)	1	7,69

Em resposta a questão sobre a utilização de recursos materiais para avaliação de feridas, 13

(61,90%) dos enfermeiros responderam que utilizam materiais e 8 (38,10%) dos enfermeiros assinalou não utilizarem na sua prática diária recursos

materiais. O fato de 8 enfermeiros não usarem nenhum recurso de avaliação pode gerar um comprometimento no acompanhamento e evolução da lesão, por gerar um déficit de dados que envolve nas questões de conduta adequada ao tratamento.

O uso de recursos materiais proporcionará condições que auxiliaram na obtenção de dados fidedignos que possibilitam a compreensão da dimensão de uma ferida, complementando o processo de investigação de dados da avaliação do portador, contribuindo para o direcionamento de um diagnóstico preciso e delineamento de uma conduta sistematizada que proporcione uma cicatrização sem complicações no decorrer do tratamento (MORAIS *et al.*, 2008).

Entre os 13 enfermeiros que afirmaram utilizar recursos materiais no processo de avaliação de feridas, 8 (61,54%) assinalaram utilizar a régua, 3 (23,07%) usam a foto, 4 (30,76%) a espátula, 5 (38,46%) sondas e 1 (7,69%) marcou a opção outros descrevendo utilizar drenos.

Sabe-se que para uma avaliação completa da lesão é necessário obter a medida da ferida através da régua, a profundidade com a espátula ou seringa de insulina, sonda e cotonete estéril. A foto auxilia na captação da imagem para comparações

futuras. Nenhum participante mencionou o desenho da ferida que possibilita calcular o diâmetro da ferida, realizado através do uso de papel transparente ou papel filme. Para uma avaliação correta necessitaria de todos os recursos para ter dados referentes ao diâmetro, profundidade e visual da ferida (BRASIL, 2002).

Segundo Morais et al. (2008) os recursos materiais possibilitam condições que auxiliam na obtenção de dados fidedignos e que auxiliam na compreensão da dimensão de uma ferida, acrescentando na investigação de dados da avaliação do portador, podendo auxiliar nos direcionamentos a um diagnóstico preciso e na delimitação de uma conduta sistematizada que proporcione uma cicatrização sem complicações no decorrer do tratamento.

Ainda no que se refere à avaliação da ferida, questionou-se aos participantes da pesquisa acerca dos sinais de infecção e realização de cultura com material da ferida. A tabela 7 demonstra informações sobre as respostas obtidas quanto aos sinais de infecção de uma ferida, seguido da realização de coleta de amostras para cultura e em caso positivo qual método de coleta empregado.

Tabela 7. Sinais de infecção, coleta de amostra para cultura e métodos utilizados, Sinop/MT, 2014

Variáveis	N	%
Assinale as alternativas que se referem a sinais de infecção:		
Presença de pus	20	95,23
Eritema	9	38,10
Odor Fétido	18	85,71
Dor	11	52,38
Calor	15	71,42
Edema	11	52,38
Necrose	11	52,38
Fibrina	6	28,57
Realiza-se coleta de amostras de feridas para realização de cultura?		
Sim	14	66,70
Não	6	28,54
Às Vezes	1	4,76
Em caso de afirmativa as culturas são obtidas por qual método?		
Swab	4	28,58
Conforme solicitação médica	1	7,14
Coleta Local	1	7,14
Não Sei	8	57,14

No que tange aos sinais de infecção os enfermeiros avaliados poderiam assinalar mais de uma alternativa, 20 (95,23%) assinalaram a presença de pus, 9 (38,10%) eritema, 18 (85,71%) odor fétido, 11 (52,38%) dor, 15 (71,42%) calor, 11 (52,38%) edema, 11 (52,38%) necrose e 6 (28,57%) fibrina. Podemos verificar que os enfermeiros indicaram como os principais sinais de infecção a presença de pus, odor fétido e calor. Segundo a ANVISA (2013), são considerados sinais de infecção: dor, calor, rubor, tumefação localizada, edema, eritema.

Na segunda variável, os enfermeiros foram questionados se realizam coleta de amostra para cultura de feridas, 14 (66,70%) dos enfermeiros responderam afirmativamente, 6 (28,54%) assinalaram negativamente e 1 (4,76%) referiu que às vezes a coleta de material para cultura é realizada. Quando questionados sobre qual método se obtém a amostra 4 (28,58%) enfermeiros responderam Swab, 8 (57,14%) responderam não saber o método, 1 (7,14%) respondeu conforme solicitação médica e 1 (7,14%) afirmou fazer coleta local. O que chamou atenção nessas últimas duas

variáveis é que os enfermeiros em sua maioria 14 (66,70%) coletam amostra para cultura de feridas, porém desconhecem o método usado.

Segundo Silva *et al.* (2011) há dois métodos para coleta de amostra de feridas sendo o mais adequado a aspiração da ferida com auxílio de uma seringa após lavagem com solução fisiológica e no caso de não conseguir obter amostra por aspiração deve-se utilizar o Swab girando suavemente no interior da ferida evitando encostar nas bordas.

Após análise dos dados pode-se verificar que nenhum dos enfermeiros citou o método de coleta por aspiração, que é o mais indicado para a coleta de material de feridas para realização de cultura, e apenas 4 (28,58%) enfermeiros afirmaram usar o Swab, a segunda alternativa de escolha. Verifica-se assim que parte da equipe estudada > 50% dos enfermeiros desconhecem os métodos de coleta de material que são recomendados, o que pode interferir nos procedimentos relacionados a coleta, realização de coleta errônea e/ou comprometimento da integridade do material.

Prática relacionada ao curativo

Para análise das práticas relacionadas à realização do curativo pelos enfermeiros, questionou-se a utilização de luvas esterilizadas, uso do kit de pinças estéreis, uso do PVPI como agente principal para a limpeza de feridas, somado a questão que refere quais critérios de seleção os enfermeiros se baseiam para a escolha da cobertura. Visualizam-se na tabela 8 os resultados encontrados.

No que se refere à utilização de materiais esterilizados na prática da realização do curativo 19 (90,48%) dos participantes assinalaram que utilizam luva ou kit esterilizados, apenas 2 (9,52%) enfermeiros não informaram. Tal fator é relevante uma vez que o uso de materiais estéreis é o condicionante básico para a realização da prática de modo a propiciar a realização de um curativo com a finalidade de manter a antisepsia e evitar a contaminação.

Tabela 8. Caracterização da prática relacionada ao curativo, uso de materiais estéreis, agente de limpeza PVPI e critério de seleção da cobertura para a ferida, Sinop/MT, 2014

Variáveis	N	%
Durante sua prática clínica utiliza luvas esterilizadas e/ou material (pinças) esterilizados para realizar os curativos?		
Sim	19	90,48%
Não	-	-
Não Informaram	2	9,52%
O PVPI é o agente mais indicado para a limpeza de feridas?		
Sim	8	38,10%
Não	12	57,14%
Não Informado	1	4,76%
A seleção da cobertura da ferida deve ser baseada:		
Na característica do seu leito (umidade, secreção, granulação, tecido desvitalizado)	12	57,14%
Na sua causa (queimaduras, abrasão, úlcera por pressão, corte)	4	19,05%
Assinalou ambas alternativas	5	23,81%

Na segunda variável foi questionado se o PVPI (Iodopovidona ou Povidona-iodo (PVPI) é o agente mais indicado para a limpeza de feridas, 8 (38,10%) dos participantes responderam afirmativamente, 12 (57,14%) responderam negativamente e 1 (4,76%) enfermeiro não respondeu a questão. Destaca-se neste momento o intuito de verificar a utilização inadequada do produto, que há tempo vem sendo contraindicado no tratamento de feridas devido seu potencial citotóxico, mas que ainda é utilizado em muitas instituições como antisséptico e degermante, devido seu baixo custo. Nesta questão visualiza-se que a maioria 12 (57,14%) dos participantes acertou a

questão quando afirmaram que o PVPI não é o agente tópico mais indicado para a limpeza de ferida. Porém analisando o total da amostra estudada 21 enfermeiros (100%) observa-se que 8 (38,10%) profissionais afirmam que o PVPI é o mais indicado para limpeza, tal dado tem relevância pois indica o uso inadequado do produto, levando em consideração às várias referências de que este agente tópico e tóxico para o tecido em formação.

O PVPI (Polivinilpirrolidona-iodo) na presença de matéria orgânica possui ação citotóxica para os fibroblastos, o que ocasiona retardo da epitelização e diminuição da força tensional da

ferida, podendo também provocar reações alérgicas (BRASIL, 2002).

Na terceira variável referente à seleção da cobertura a ser utilizada na ferida encontrou-se os seguintes resultados: 12 (57,14%) da amostra assinalou que é importante para a seleção da cobertura adequada avaliar na ferida unicamente as características do seu leito (umidade, secreção, granulação, tecido desvitalizado), 4 (19,05%) da amostra respondeu ser importante unicamente avaliar a causa da lesão (queimaduras, abrasão, úlcera por pressão, corte) e apenas 5 (23,81%) da amostra assinalaram corretamente as duas opções, que relacionam-se a avaliação da origem do ferimento e das características do leito da lesão.

Relacionado à seleção da cobertura deve-se levar em consideração o leito da ferida com suas características definidoras como: umidade, secreção, granulação, tecido desvitalizado, bem como a causa do ferimento: queimadura, abrasão, corte, úlcera, etc., a fim de direcionar a escolha da cobertura. Antes de proceder a seleção e aplicação de um curativo, é necessário uma avaliação completa da ferida e do paciente, levando em consideração o grau de contaminação, a causa em que a ferida foi produzida, fatores locais e (19,05%) dos participantes assinalaram que às vezes realizam a avaliação do paciente na admissão e periodicamente, 17 (89,95%) da amostra responderam que sempre avaliam o paciente durante a admissão e periodicamente. Ainda nesta questão, os participantes foram questionados através de pergunta discursiva sobre o porquê da avaliação do paciente. Entre os participantes da pesquisa somente 6 (28,57%) responderam a esta questão e 15 (71,43%) não redigiram resposta. Abaixo segue as falas dos enfermeiros que justificaram suas respostas:

“Para prevenir a formação da úlcera, cuidar para que a cicatrização ocorra”(Cravo).

“P/ diagnosticar o início da lesão”(Begónia).

“Para evitar novas úlceras”(Jasmim).

“Importante para evolução clínica”(Violeta).

Segundo a EPUAP/ NPUAP (2009), durante a admissão do cliente a avaliação de risco deve ser bem estruturada e repetida periodicamente, quanto às necessidades do doente, sendo este reavaliado quando houver alterações da condição de saúde.

A participante intitulada Begónia justificou que a avaliação do paciente durante a admissão e periodicamente é motivada “para poder diagnosticar o início da lesão”, porém sabe-se que é fundamental anteriormente ao tratamento, a atuação na prevenção, evitando a formação da úlcera. Violeta informou que a avaliação “é importante para a

sistêmicos e presença de exsudato, como forma de favorecer o processo de cicatrização e proteger a ferida (GOMES *et al.*, 2005).

Prevenção e tratamento das úlceras por pressão

Para caracterizar a forma de prevenção das Úlceras por Pressão (UPP), realizada pelos enfermeiros da amostra, foram abordadas algumas questões direcionadas primeiramente a realização da avaliação do paciente na admissão e periodicamente quanto ao risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e motivações acerca, em seguida avaliação individual da capacidade de identificação e tratamento dos quatro estágios de úlceras por pressão, terceiro questionamento sobre a realização do registro no prontuário das medidas preventivas para a úlcera por pressão e motivações acerca, e quarto ponto questionamento sobre a realização de cuidado com a pele como forma de prevenção de úlceras por pressão. As variáveis podem ser visualizadas na tabela 9.

Na variável que abordou se os enfermeiros avaliam o paciente na admissão e periodicamente quando ao risco para úlcera por pressão, 4

“Falta tempo para avaliação integral”(Lótus).

“Dia após dia”(Lirio).

Pode-se verificar que apesar de todos os enfermeiros afirmarem que fazem a avaliação do paciente eventualmente 4 (19,05%) ou rotineiramente 17 (89,95%) quando questionados sobre o porquê da avaliação, 15 (71,43%) não justificaram a resposta. O enfermeiro Lótus, comentou que a falta de tempo não permite a

avaliação integral do paciente quanto aos riscos de desenvolver UPP, no entanto deve-se atentar que a organização da equipe e direcionamento das atividades pode interferir diretamente nesta prática, de modo que se consiga realizar a avaliação de forma estruturada, garantindo uma avaliação integral do paciente durante sua admissão.

evolução clínica” e Cravo refere que tem importância “para prevenir a formação da úlcera”, ambas as respostas estão corretas uma vez que a equipe de enfermagem deve sempre atuar de forma preventiva evitando a formação de úlcera por pressão.

A avaliação do paciente durante sua admissão fornecerá dados importantes para o fornecimento de um cuidado holístico, de forma preventiva as lesões por pressão, de modo a evitar danos à saúde, sofrimento para o paciente e aumento do tempo de internação, bem como

propiciará a avaliação das lesões já existentes e direcionará o tratamento adequado.

Referente ao desenvolvimento de úlcera por pressão Silva *et al.* (2011) ressalta ainda que independentemente do perfil do cliente quando este for acometido pela úlcera por pressão, constituirá um grande problema, tanto para família quanto para instituição hospitalar, devido essas lesões prolongarem o sofrimento do cliente, dificultando sua reabilitação e levando ao aumento do tempo de

permanência na instituição e a riscos para a sua vida.

Posteriormente, na segunda variável, questionou-se aos enfermeiros se estes são capazes de identificar e tratar os quatro estágios de úlceras por pressão (UPP) nos pacientes que prestam cuidado, a resposta foi positiva para (21) 100% dos enfermeiros quanto a capacitação para tal identificação.

Tabela 9. Caracterização da prevenção de úlceras por pressão realizada pelos enfermeiros de uma Fundação Comunitária de Saúde, Sinop/MT, 2014

Variáveis	N	%
Avalia o paciente na admissão e periodicamente quando ao risco para úlcera por pressão?		
Às Vezes	4	19,05
Sempre	17	80,95
Nunca	-	-
Eu sou capaz de identificar e tratar os quatro estágios de úlceras por pressão (UP) nos pacientes que cuida?		
Sim	21	100
Não	-	-
Desconheço essa classificação	-	-
Registra no prontuário as medidas preventivas para a úlcera por pressão?		
Às Vezes	9	42,86
Sim	12	57,14
Não	-	-
Realiza algum cuidado com a pele como forma de prevenção de úlceras por pressão?		
Sim	21	100
Não	-	-
Quais cuidados realizados:		
Hidratação da pele	21	100
Massagem nas regiões de proeminências ósseas	7	33,33
Utiliza produtos para proteção contra umidade em pacientes incontinentes	3	14,28
Realiza avaliação nutricional dos pacientes	8	38,09

Na terceira variável questionou-se aos participantes sobre o registro no prontuário das medidas preventivas para a úlcera por pressão adotada por eles, 9 (42,86%) dos enfermeiros assinalaram às vezes registrar, 12 (57,14%) afirmaram sempre registrar no prontuário. Apesar de a maioria relatar sempre registrar no prontuário as medidas preventivas usadas, o percentual de enfermeiros que informou às vezes realizar o registro é significativo, o que pode contribuir negativamente na prevenção da UPP e

continuidade do tratamento, uma vez que informações importantes eventualmente não são descritas no prontuário.

Ainda quando questionados sobre o porquê deve-se registrar as medidas de prevenção de Úlcera por Pressão no prontuário, apenas 4 (19,05%) dos participantes justificaram sua resposta enquanto que 17 (80,95%) dos enfermeiros não responderam a questão. Abaixo está descrita as justificativas por eles descritas:

“Importante para a continuidade no tratamento”(Lírio).

“Para evitar agravos do paciente e que a lesão aumente”(Begônia).

“Para prevenção”(Lobélia).

“Apenas quando apresenta a úlcera”(Cravo).

Analisando as respostas verificamos que apenas Lírio descreveu que realiza o registro no prontuário das medidas preventivas para a úlcera por pressão, relatando que “para que haja continuidade no tratamento”, o registro destas informações servirá de base para outros profissionais que sigam e direcionem seus cuidados. Cravo relata em sua descrição que realiza o registro apenas “Apenas quando apresenta a úlcera”, no entanto, verifica-se que quando se realiza um acompanhamento diário com realização do exame físico completo e anotação em prontuário dos sinais visualizados e dos sintomas apresentados, é possível atuar preventivamente de modo a evitar o desenvolvimento das UPP, uma vez que, tendo toda equipe ciência do estado geral do realizar hidratação da pele, 7 (33,33%) afirmaram fazer massagem nas regiões de proeminências ósseas, 3 (14,28%) participantes assinalaram utilizar produtos para proteção contra umidade em pacientes incontinentes e 8 (38,09%) enfermeiros realizam avaliação nutricional dos pacientes.

Referente a esta variável, verifica-se que somente a hidratação da pele é realizada amplamente como forma de prevenção da UPP, no entanto sabe-se que para se obter sucesso na prevenção das lesões deve-se levar em consideração outros fatores relacionados uma vez que somente a hidratação da pele não prevenirá a formação de úlceras, além do que a umidade e a má nutrição estão diretamente associadas ao surgimento de úlceras por pressão.

Atribui-se ao enfermeiro a avaliação e a prescrição de cuidados com a pele, porém é responsabilidade de toda a equipe multiprofissional o cuidado integrado com vistas a prevenção das lesões na pele. Os cuidados prescritos e o planejamento para o paciente com risco de desenvolvimento de lesões devem integrar cuidados nutricionais, manejo da umidade, intervenções que auxiliam a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA, 2013).

A alternativa que se refere ao uso de massagem nas regiões de proeminências ósseas como medida de prevenção das úlceras por pressão é uma alternativa incorreta, visualiza-se no entanto que 7 (33,33%) enfermeiros afirmam realizar tal conduta, sendo que esta ação é contraindicada

paciente, desenvolvem medidas conjuntas direcionadas a prevenção dos agravos. O registro efetivo permite também o acompanhamento das lesões já existentes bem como do tratamento que vem sendo instituído.

Para Matsuda *et al.* (2006), os registros de enfermagem estabelecem uma forma de comunicação escrita de informações importantes ao cliente e aos cuidados recebidos pela equipe de enfermagem. Sendo fundamentais na documentação do cuidado humano, considerando que quando redigidos adequadamente, viabilizam a comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidar, servindo também como base para a elaboração do plano assistencial ao paciente, contribuindo com subsídios para a avaliação da assistência prestada e acompanhamento da evolução do paciente.

Em relação á realização de algum cuidado com a pele como forma de prevenção de úlceras por pressão 21 (100%) dos pesquisados afirmaram realizar cuidados com a pele como forma de prevenção das UPP. Na mesma variável foram questionados quais são os cuidados realizados, destaca-se que nesta questão os enfermeiros poderiam marcar mais de uma alternativa. Entre os resultados obteve-se: 21 (100%) assinalaram nestas situações. Levando em consideração a NPUAP/EPUAP (2009), a massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção para úlceras por pressão, devida tal ação poder acarretar o agravamento da lesão.

A seguir a tabela 10 aborda a conduta de tratamento utilizada pelos enfermeiros aos pacientes que apresentam Úlcera por Pressão em Estágio I, integrando produtos utilizados na limpeza, cobertura, bem como o uso de colchões especiais e de luvas com água como dispositivos de alívio de pressão.

Em relação à conduta de tratamento realizada em pacientes que apresentam úlceras por pressão em estágio I, 21 (100%) dos participantes realizam a mudança de decúbito de 2/2 horas, 13 (61,90%) realizam a limpeza da lesão com SF 0,9%, 17 (80,95%) usam Dersani, 6 (28,87%) fazem uso de placa de hidrocolóide na região lesionada, 4 (19,04%) assinalaram o uso de cremes hidratantes e uso de almofadas com orifício no meio e as alternativas: limpeza com água e sabão, limpeza com Cloroexidina Degermente, uso de Sulfatiazina de prata, uso de papaína e outros (Coxim, rodilhas) ambas tiveram a porcentagem assinalada de 1 (4,76%) participante.

A úlcera de estágio I é uma lesão em fase inicial, que se caracteriza pela presença de pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea, que se não tratada adequadamente e avaliada frequentemente poderá evoluir para uma lesão mais grave. Referente à conduta de

tratamento a maioria dos enfermeiros a realiza adequadamente fazendo a mudança de decúbito 2/2 horas 21 (100%), a limpeza da lesão com SF 0,9% 17 (80,95%), utilização do ácido graxo essencial Dersani 17 (80,95%) e creme hidratante 6 (28,87%), 6 (28,87%) participantes também referem o uso da placa de hidrocolóide como cobertura primária. Porém apenas 1 (4,76%) participante assinalou o uso de coxins como medida primária para auxiliar no alívio da pressão.

O tratamento instituído segundo o Protocolo Assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria (2011), refere que em lesões de Úlceras por

Pressão em Estágio I a conduta deve ser: limpar a ferida com soro fisiológico 0,9% morno em jato, utilizar Triglicerídeo de Cadeia Média (TCM)/Dersani para hidratação da pele, Hidrocolóide extrafino ou filme transparente como cobertura primária e usar coxins e colchões piramidais para alívio da pressão, além disto deve-se evitar o uso de gazes ou cobertura com muito volume, pois com tempo pode causar aumento da lesão. No que tange o uso de almofadas com orifício no meio este dispositivo é contra indicado para uso, pois acarreta o aumento da pressão na região central da lesão.

Tabela 10. Condutas para o tratamento de ÚLCERA DE PRESSÃO EM ESTÁGIO I, Sinop/MT, 2014.

Variáveis	N	%
Qual sua conduta ao paciente que apresenta ÚLCERA DE PRESSÃO EM ESTÁGIO 1:		
Mudança de decúbito em 2/2h	21	100
Limpeza com SF 0,9%	13	61,90
Limpeza com clorexidina detergente	1	4,76
Limpeza com água e sabão	1	4,76
Uso de placa de hidrocolóides	6	28,87
Uso de sulfadiazinha de prata	1	4,76
Uso de alginato de cálcio	-	-
Uso de papaína	1	4,76
Uso de almofadas com orifício no meio	4	19,04
Limpeza com clorexidina alcoólica	-	-
Limpeza com PVPI/Povidine	-	-
Uso de dersani	17	80,95
Uso de cremes hidratantes	4	19,04
Uso de carvão ativado	-	-
Uso de colagenase	-	-
Outros (Coxim, Rodilhas)	1	4,76
Colchões		
Uso de colchões especiais?	20	95,23
Caixa de ovo	16	80
Água	4	20
Ar	-	-
Não informou o tipo de colchão	3	15
Uso de luvas com água		
Sim	13	61,90
Às Vezes	8	61,53
Sempre	5	38,46
Nunca	-	-

Ainda em relação à conduta do enfermeiro frente ao paciente que apresenta Úlceras por Pressão em Estágio I, questionou-se sobre a utilização de colchões e luvas com água, como medida utilizada para alívio da pressão na área lesionada (Tabela10). Referente à variável colchão 20 (95,23%) enfermeiros assinalaram o uso de colchões especiais nos pacientes com UPP Estágio I, destaca-se que nesta questão que os enfermeiros poderiam assinalar mais de uma alternativa; Dentre as alternativas apontadas obtiveram maior pontuação o uso de Colchão Piramidal/Caixa de ovo 16 (80%), seguido do uso do Colchão de água 4 (20%) participantes, sendo que 3 (15%) não informou o tipo de colchão utilizado.

Pode-se visualizar entre as respostas apresentadas que 16 (80%) dos enfermeiros pesquisados usam o Colchão Piramidal/Caixa de ovo. O resultado de uma pesquisa realizada por Martins e Soares (2008), sobre prevenção e tratamento de UPP revelou-se o mesmo resultado obtido na pesquisa onde o uso de colchão caixa de ovo foi citado por 80% da equipe de enfermagem. Segundo Caliri, Prof^a Doutora da Universidade de São Paulo de Enfermagem o colchão caixa de ovo proporciona conforto, mas não reduz a pressão. Sendo mais indicado o uso de um colchão especial que reduz a pressão como colchão de ar (pneumático) ou colchão d'água.

Outras formas de controlar o excesso de pressão sobre as proeminências ósseas é protegendo-as com travesseiros e almofadas de espuma ou colchões de espuma, ar estático, ar dinâmico, gel e água, pois redistribuem o peso e reduzem a pressão (LISE e SILVA; 2007).

Segundo um realizado por Schmidt *et al.* (2007) para avaliar a eficácia do colchão pneumático demonstrou que o este estimula os movimentos normais do corpo e a circulação do sangue, reduzindo os riscos de danos ao tecido da pele causado pela pressão constante, isso é possível devido o colchão pneumático possuir câmaras internas divididas em pares e ímpares que se alternam quanto a pressão exercida após sua insuflação completa a cada ciclo uma câmara diminui a metade de sua capacidade enquanto a outra matem a capacidade de 100%.

Segundo EPUAP/NPUAP (2009) os colchões de espuma com alta especificidade apresentam-se mais eficazes na prevenção de úlceras de pressão do que os colchões de espuma padrão hospitalar.

Com relação ao uso das luvas como conduta ao paciente que apresenta Úlcera por Pressão em Estágio I, 13 (61,90%) dos participantes afirmaram realizar tal ação, entre estes 8 (61,53%) dos participantes afirmaram às vezes usarem luvas com água e 5 (38,46%) responderam sempre usaram as luvas como dispositivo de alívio de pressão. No entanto, de acordo com o Protocolo

Assistencial Hospital Universitário de Santa Maria (2011) o uso da luva com água é contra indicado como dispositivo de alívio de pressão, uma vez que esta se torna uma superfície rígida quando usada por tempo prolongado em contato com pele, podendo contribuir para o desenvolvimento das lesões.

Tratamento quanto à origem da ferida e características de tecido em seu leito

Investigou-se neste momento a conduta dos enfermeiros frente ao tratamento de feridas relacionando-se a causa do ferimento e as características dos tecidos presentes em seu leito. Foram abordadas condutas de tratamento para lesões: ferida cirúrgica fechada sem sinais de infecção (Tabela 11), curativo em ferida com tecido de granulação (Tabela 12) e curativo em ferida apresentando tecido de necrose (Tabela 13). Destaca-se que nesta questão os enfermeiros poderiam assinalar mais de uma alternativa de resposta e na situação de necessidade de adicionar um tratamento poderiam descrevê-lo na opção "Outros".

Na tabela 11 visualizam-se as condutas assinaladas pelos enfermeiros relacionadas ao tratamento de pacientes que apresentam ferida cirúrgica apresentando incisão fechada ausente de sinais de infecção.

Tabela 11. Conduta de tratamento ao paciente com ferida cirúrgica fechada e ausente de sinais de infecção, Sinop/MT, 2014

Variáveis	N	%
Limpeza com SF 0,9%	20	95,23
Limpeza com cloroexidina detergente	5	23,81
Limpeza com água e sabão	5	23,81
Uso de placa de hidrocolóides	-	-
Uso de Sulfadiazina de prata	-	-
Uso de alginato de cálcio	-	-
Limpeza com cloroexidina alcoólica	5	23,81
Limpeza com PVPI/Povidine	-	-
Uso de dersani	-	-
Uso de cremes hidratantes	-	-
Uso de carvão ativado	-	-
Uso de colagenase	-	-
Uso de papaína	-	-
Uso nebacim/nebacetim/neomicina	-	-
Outros	-	-

No tocante a conduta do tratamento de ferida cirúrgica de incisão fechada sem sinais de infecção, 20 (95,23%) usam SF 0,9% para a limpeza, 5 (23,81%) realizam a limpeza com Cloroexidina Degermente, 5 (23,81%) limpeza com água e sabão e 5 (23,81%) utilizam para limpeza Cloroexidina Alcoólica. Referente a está variável 20 (95,23%) dos enfermeiros responderam corretamente, pois o uso de SF 0,9% é o indicado para a limpeza dessas lesões, nestas situações o uso da Cloroexidina Degermante 5 (23,81%) e

Alcoólica 5 (23,81%) para a limpeza se faz desnecessário e até mesmo pode ser danoso ao tecido em regeneração.

Segundo Balan (2006) a conduta mais adequada de curativo em feridas cirúrgicas fechadas é a limpeza da lesão com SF 0,9%, manter seca e oclusão com gase estéril.

Referente ao uso de água e sabão para limpeza de ferida cirúrgica, Gomes *et al.* (2005), orienta que após 24 horas não ocorrendo exsudação da feridas, pode-se apenas realizar

higienização com água e sabão e manter a ferida aberta.

Segundo Silva *et al.* (2011), a Cloroexidina Alcoólica é mais indicada na limpeza de pele íntegra, utiliza-se para assepsia antes da inversão de cateteres e pré-degermação cirúrgica. É contraindicado seu uso em feridas abertas devido

provocar retardo da cicatrização, exercer efeitos tóxicos para o fibroblasto da célula.

Um estudo que utilizou fibroblastos humanos obtidos a partir de tecidos da pele para testar os efeitos da Cloroexidina sobre a cicatrização da ferida obteve-se resultados que indicaram que uma concentração de 0,002% do fármaco mostra citotoxicidade mínima, porém é capaz de suprimir a divisão celular quase completamente. A Cloroexidina se mostrou altamente citotóxico para as células *in vitro*, enfermeiros 9 (42,86%) que atua de forma incorreta pois quando mantido o leito da ferida seco, na presença de tecido de granulação, a aderência da gaze ao tecido em formação é maior e a sua remoção acarretará em traumas ao tecido. Portando

afetando também funções celulares tais como: proliferação, a contração e a síntese de proteínas (PUCHER e DANIEL, 1992).

Em sequência a tabela 12 apresenta os dados referentes à conduta dos enfermeiros frente ao paciente que apresenta ferida com tecido de granulação. Primeiramente se apresenta uma questão acerca da manutenção do leito da ferida seco, nas lesões com tecido de granulação, e em sequência as condutas relacionadas a limpeza e cobertura destas lesões.

Quando questionados acerca da manutenção do leito da ferida depois de efetivada sua limpeza 11 (52,38%) dos enfermeiros responderam corretamente, indicando que se deve manter o leito da ferida úmido, 9 (42,86%) dos enfermeiros responderam negativamente 1 (4,76%) não respondeu a questão. No que se refere a esta questão visualiza-se que é grande o percentual de deve-se manter ambiente úmido na interface ferida e não deve ser utilizados curativos secos ou abertos, pois vão aderir ao novo tecido e causar trauma na remoção (BENBOW, 2007).

Tabela 12. Curativo em feridas com tecido de granulação, Sinop/MT, 2014

Variáveis	N	%
Após a limpeza da ferida com SF0,9%, o ideal no caso de haver tecido de granulação é manter o leito da ferida seco?		
Sim	9	42,86
Não	11	52,38
Não Informaram	1	4,76
Qual a sua conduta ao paciente ue apresenta ferida com TECIDO DE GRANULAÇÃO?		
Limpeza com SF 0,9%	21	100
Limpeza com Cloroexidina degermante	1	4,76
Limpeza com água e sabão	2	9,52
Uso de placa de hidrocolóide	-	-
Uso de sulfadiazina de prata	6	28,57
Uso de alginato de cálcio	1	4,76
Uso de papaína	1	4,76
Limpeza com cloroexidina alcoólica	1	4,76
Limpeza com PVPI/povidine	2	9,52
Uso de dersani	16	76,19
Uso de creme hidratantes	-	-
Uso de carvão ativado	-	-
Uso de collagenase	2	9,52
Outros (Vaselina estéril)	1	4,76

Na segunda variável quando questionados sobre a conduta abordada ao paciente que apresenta ferida com tecido de granulação, 21 (100%) realizam a limpeza com SF 0,9%, 1 (4,76%) utiliza para limpeza Cloroexidina Degermante, 2 (9,58%) usam para a limpeza água e sabão, 1 (4,76%) faz uso de Cloroexidina Alcoólica, 2 (9,58%) realizam a limpeza com PVPI/Povidine. Com relação ao uso de coberturas 16 (76,19%) assinalaram usar Dersani, 6 (28,57%) Sulfadiazina

de Prata, 2 (9,58%) usam Collagenase, as porcentagens para o uso de da Papaína, Alginado de cálcio, Vaselina estéril compreendeu a resposta 1 (4,76%) da amostra.

No que se refere à conduta adequada em feridas com tecido de granulação Balan (2006) e Benbow (2007) indicam que a limpeza seja feita com solução fisiológica a 37°C, manutenção do leito da ferida úmido e utilização de cobertura de escolha com uso de: Hidrócolóide de média espessura,

Hidrogel, Ácido graxo essencial/Dersani e realizada a oclusão com gaze estéril.

De modo geral levando em consideração as escolhas para conduta em feridas com tecido de granulação, em sua maior porcentagem os enfermeiros acertaram a resposta por usarem como limpeza o SF 0,9% 21 (100%) dos enfermeiros, seguido pelo uso da cobertura Dersani 16 (76,19%). No entanto, verifica-se que parte da amostra indicou incorretamente o uso de produtos na limpeza da lesão, 1 (4,76%) indicou o uso da Cloroexidina Alcoólica, 1 (4,76%) indicou o uso da Cloroexidina Degermante e 2 (9,58%) indicou o uso do PVPI.

Os agentes tópicos antimicrobianos e antissépticos apresentam-se prejudiciais para a cicatrização de feridas, e estão sendo amplamente estudados e comprovados seus malefícios. Pois, o uso indiscriminado destes produtos pode provocar retardo na cicatrização, por diminuírem a mobilidade leucocitária no leito da ferida além de ser tóxicos para o fibroblasto (SILVA *et al.*, 2011).

Tabela 13. Curativo em feridas com tecido de necrose, Sinop/MT, 2014

Variáveis	N	%
Limpeza com SF 0,9%	19	90,47
Limpeza com Cloroexidina degermante	6	28,57
Limpeza com água e sabão	2	9,52
Uso de placa de hidrocolóides	1	4,76
Uso de sulfadiazina de prata	1	4,76
Uso de alginato de cálcio	-	-
Limpeza com cloroexidina alcoólica	-	-
Limpeza com PVPI/Povidine	4	19,04
Uso de dersani	4	19,04
Uso de cremes hidratantes	-	-
Uso de carvão ativado	1	4,76
Uso de colagenase	7	33,33
Uso de papaína	16	76,19
Uso nebacim/nebacetim/neomicina	-	-
Outros (desbridamento mecânico)	1	4,76

No tocante as condutas ao tecido de necrose, de modo geral os enfermeiros tiveram conduta assertiva, na limpeza 19 (90,47%) fazem uso de SF 0,9%, seguida pelas coberturas escolhidas como papaína com 16 (76,19%) e colagenase 7 (33,33%), ambas realizam o desbridamento enzimático de tecidos desvitalizados, mas não são seletivas e podem ocasionar traumas em tecidos viáveis quando usadas incorretamente. Porém existem outros tipos de debridamento como: autolítico, mecânico e o cirúrgico, apenas 1 enfermeiro elencou o uso do desbridamento mecânico.

Segundo Shai e Maibach (2005) *apud* Benbow (2008), a eficácia do desbridamento enzimático permanece controverso e pouco pesquisado, portanto a evidência é escassa. No desbridamento enzimático incluem-se a utilização de Colagenase, Papaína, Fibrinolisinase, Estreptoquinase, Tripsina. Geralmente, eles não são seletivos entre o tecido viável e não viável por isso

Em sequência a tabela 13 apresenta os dados referentes à conduta dos enfermeiros frente ao paciente que apresenta ferida com tecido de necrose.

No que se refere às condutas que os sujeitos pesquisados usariam em feridas com tecido de necrose, 19 (90,47%) assinalaram a limpeza da lesão com SF 0,9%, 6 (28,57%) assinalaram o uso da Cloroexidina Degermante, 4 (19,04%) usam para limpeza o PVPI/Povidine e 2 (9,52%) realizam a limpeza da lesão com água e sabão,

Com relação à cobertura utilizada na lesão 16 (76,19%) dos participantes assinalaram o uso da Papaína, 7 (33,33%) assinalaram o uso da Colagenase, 4 (19,04%) usam Dersani, 1 (4,76%) usam placa de Hidrocolóides, 1 (4,76%) usam a Sulfadiazina de Prata, 1 (4,76%) utilizam o Carvão Ativado e 1 (4,76%) realiza o desbridamento mecânico.

deve ser usado com cautela para evitar a irritação química e danos ao tecido de granulação.

Referente ao desbridamento mecânico sugerido por 1 enfermeiro, a prática deste método úmido-para-seco, que se obtém-se usando a gaze embebida em solução salina e aplicado a mesma sobre a ferida, onde seca e adere-se à camada de topo do leito da ferida. Porém durante a remoção do tecido que tenha aderido à gaze acaba removendo também o tecido viável, além de ser um método doloroso para o paciente (BENBOW, 2011).

O debridamento autolítico é um método indolor, natural, seletivo e favorece a formação do tecido de granulação, ocorre através da autólise em um ambiente úmido sob curativos, como filmes permeáveis ao vapor, hidrocolóides e outros, dependendo dos níveis de exsudado. Curativos oclusivos como hidrocolóides mantêm um ambiente de cura úmida e ajudar a amolecer e liquefazer tecido necrosado. A desvantagem deste procedimento é o tempo que o mesmo precisa para alcançar o resultado desejado (BENBOW, 2008;

BENBOW, 2011). Apenas um enfermeiro indicou usar a placa de Hidrocolóide para auxiliar a remoção do tecido necrótico.

Por outro lado o desbridamento cirúrgico que é um dos meios mais rápidos e mais eficientes para remover o tecido necrosado do leito da ferida não foi descrito por nenhum dos enfermeiros, além deste método reduzir o tempo de internação e influenciar positivamente na cura da ferida quando combinado com medidas de suporte adequado. No entanto, a sua utilização é limitada por situação clínica, a falta de conhecimento e a necessidade de anestesia, em alguns casos o risco de danos nos nervos, vasos sanguíneos e tecido saudável (PUDNER, 2002; BENBOW, 2011).

Para conseguir sucesso na remoção do tecido necrótico deve-se usar medidas que garantam total remoção do tecido desvitalizado, pois a presença deste favorece o crescimento de microorganismos e acarreta ao retardo do fechamento da ferida.

filmes e hidrocolóide), enzimático (utilizando colagenase, papaína, fibrinolisin), o mecânico (gaze embebida em solução salina e aplicado sobre a ferida, onde seca adere à camada de topo do leito da ferida) e o cirúrgico que é o tipo de desbridamento que consegue mais rapidamente a remoção do tecido necrótico e a oclusão com cobertura primária ou a gaze esterilizada.

No tocante ao uso da Cloroexidina Degermante na limpeza de feridas com tecido necrosado 6 (28,57%) dos enfermeiros assinalaram fazer uso, segundo Ribeiro (2003) apud Mandelbaum et al. (2003), há controvérsia sobre a utilização deste recurso devido ao seu real benefício que possa trazer ao processo de reparação tecidual ou mesmo ao controle da infecção das lesões. Muitos trabalhos pesquisados aconselham que tais agentes, habitualmente empregados para higienização, limpeza e proteção das áreas periféricas às lesões como forma de barreira contra microorganismos não devem ser usados no leito da ferida, os danos provados pela maioria dos antissépticos e produtos tópicos que são empregados em algumas lesões, costumam ser maiores do que o seu benefício.

Para Benbow (2011) a limpeza de feridas com área de necrose deve ser realizada com SF 0,9% morno e em seguida realizado o desbridamento das áreas de necrose, que pode ser: autolítico (deixando o leito úmido e associando com *Tratamento das feridas quanto ao tipo de exsudato*

Nesta questão os enfermeiros foram questionados quanto a qual tratamento de escolha para feridas com exsudato purulento, resultados são dispostos na tabela 14.

Tabela 14. Curativo em feridas que apresentam exsudato purulento, Sinop/MT,2014

Variáveis	N	%
Limpeza com SF 0,9%	21	100
Limpeza com cloroexidina degermante	7	33,33
Limpeza com água e sabão	3	14,28
Uso de placa de hidrocolóides	-	-
Uso de sulfadiazina de prata	8	38,09
Uso de alginato de cálcio	2	9,52
Limpeza com cloroexidina alcoólica	-	-
Limpeza com PVPI/Povidine	3	14,28
Uso de Dersani	3	14,28
Uso de cremes hidratantes	-	-
Uso de carvão ativado	7	33,33
Uso de colagenase	6	28,57
Uso de papaína	2	9,52
Uso nebacin/nebacetin/neomicina	5	23,81
Outros	-	-

Com relação ao tratamento de escolha para as feridas com exsudato purulento, 21 (100%) da amostra assinalou que realiza a limpeza da lesão com SF 0,9%, 7(33,33%) assinalaram o uso de Cloroexidina Degermante 3 (14,28%) limpeza com água e sabão, 3 (14,28%) usam o PVPI/Povidine para limpeza. Em se tratando da cobertura destas lesões 8 (38,09%) dos pesquisados assinalaram o uso da Sulfadiazina de Prata, 7 (33,33%) utilizam o Carvão Ativado, 6 (28,57%) usam a Colagenase, 5 (23,81%) usam Nebacin/Nebacetim/Neomicina, 3 (14,28%) utilizam o Dersani, 2 (9,52%) afirmam

usarem a papaína e 2 (9,58% utilizam o Alginato de Cálcio.

Referente a esta variável 21 (100%) da amostra procedem a limpeza da ferida de forma correta com uso do SF 0,9%, 7 (33%) enfermeiros assinalaram associar o uso de Cloroexidina Degermante na limpeza da ferida com exsudato purulento, o que deve-se usar com muita cautela após verificar se o benefício será maior que o malefício, quando utilizados em concentrações apropriadas, apresentam-se ação citotóxica sobre os queratinócitos e, se utilizados em concentrações

muito baixas, podem provocar aparecimento de resistência de microorganismos e dermatite de contato (MANDELBAUM *et al.*, 2003).

Quanto ao uso de coberturas 8 (38,09%) dos pesquisados assinalaram o uso da Sulfadiazina de Prata e 5 (23,81) usarem nebacin/nebacetin/neomicina. Segundo Benbow (2008) o uso de antissépticos tópicos e antimicrobianos como Iodopovidona, Metronidazol e Sulfadiazina de prata entre outros, há pouca evidência sobre sua eficácia e podem desenvolver sensibilidade.

Em feridas com exsudado purulento é mais indicado usar coberturas que absorvem o excesso de exsudato e eliminam odores, no entanto apenas 2 (9,58%) utilizam o Alginato de Cálcio e 7 (33,33%) utilizam o Carvão Ativado. Os grupos de produtos aconselhados para o curativo de feridas altamente exsudativas são a espuma absorvente, alginatos e curativos hidrofibra, estes produtos têm a função de absorver exsudato em diferentes níveis (BENBOW, 2008). O carvão ativado tem como função diminuir a colonização e/ou infecção da ferida, diminui também o exsudato e o odor e não exige troca diária além de pode ser associado a outros agentes (AGE, alginatos), (MANDELBAUM *et al.*, 2003).

Em feridas com exsudato purulento pode utilizar-se como cobertura a Papaína na concentração de 4% a 6% ou o uso da Colagenase, devido a estas auxiliarem no processo de limpeza da ferida e remoção de tecidos desvitalizados, porém deve-se avaliar periodicamente possíveis reações dolorosas do paciente e reavaliar a concentração da Papaína (MANDELBAUM *et al.*, 2003; BRASIL, 2002). No entanto somente 6 (28,57%) enfermeiros indicaram usar a Colagenase e apenas 2 (9,58%) usam a Papaína.

A conduta acertada para feridas com exsudato como os alginatos, espuma absorvente, hidrofibra e carvão ativado e a oclusão da ferida com gaze estéril (BENBOW, 2008; Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético SMSSP, 200).

Considerações Finais

Este estudo apresentou a finalidade de avaliar o conhecimento técnico-científico dos enfermeiros da Fundação de Saúde Comunitária de Sinop/MT relacionados ao tratamento de feridas, trazendo o enfoque respectivo de avaliar o conhecimento do enfermeiro na prática relacionada ao curativo e orientação dada a equipe de enfermagem, bem como verificar a autonomia deste na tomada de decisão relacionada ao tratamento da ferida. Realizou-se uma pesquisa de campo, de natureza aplicada, abordagem quanti-qualitativa, com característica exploratória e descritiva. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado composto de 28 questões objetivas e subjetivas. Os dados foram obtidos após

organização, quantificação, transcrição e classificação das respostas extraídas do questionário.

No tocante a capacitação pessoal, verificou-se que os participantes da pesquisa tiveram na faculdade ou na instituição em que trabalham capacitação sobre o tema de feridas, e que também procuram fontes para atualizar o conhecimento o que caracteriza um ponto positivo frente à tomada de decisão no tratamento de pacientes. Porém quando questionados sobre a frequência em que utilizam algumas fontes de pesquisa e atualização profissional, verificou-se que está prática é realizada eventualmente pela equipe profissional.

No que se refere à busca de informações sobre o tema feridas com outros profissionais denotou-se que importante percentual da amostra busca informações com o profissional médico do que com o enfermeiro, este dado pode referir que a equipe demonstra maior confiança no profissional médico ou ainda que na situação de trabalho no tocante a autonomia e escolha de tratamento são centralizadas neste profissional. Tal dado confirmou-se posteriormente no questionamento aos enfermeiros acerca da decisão sobre o tratamento em pacientes com feridas, a qual apresentou respostas em sua maioria de ser o profissional médico que direciona o tratamento necessário.

É relevante elencar a questão da desinformação e discordância da equipe quanto à existência ou não de Protocolo de Tratamento de feridas na instituição, verificou-se que é grande o número de profissionais que informam a existência e uso deste, porém conforme obtida informação com a coordenação de enfermagem, verificou-se que não há protocolo na instituição, o que pode refletir diretamente na questão de autonomia do enfermeiro em proceder à avaliação e o tratamento da ferida.

No que se refere ao conhecimento técnico-científico dos enfermeiros, notou-se algumas dificuldades relacionadas à avaliação do paciente e da ferida, assim como quando questionados sobre o método de coleta de material de ferida para realização de cultura evidenciou-se discordâncias nas respostas. Verificou-se que em se tratando dos procedimentos de limpeza da ferida, os enfermeiros responderam de forma assertiva, no entanto referente à cobertura relativa ao tipo de ferida, o percentual de erro apresentado foi relevante e merece atenção.

Todos esses condicionantes influenciam no tratamento do paciente, uma vez que vários fatores devem ser avaliados no processo saúde doença a fim de direcionar o cuidado. Neste processo a enfermagem exerce papel fundamental desde a avaliação, prevenção e tratamento direcionado para cada tipo de feridas. Neste contexto sabe-se que o enfermeiro é o profissional que acompanha toda

evolução da ferida que está em maior contato com paciente e que deve ser capaz de identificar fatores referentes ao paciente e a lesão que possam interferir no processo de cicatrização, tendo sempre uma visão holística.

A especialização e atualização frente a esta temática devem ser constantes a fim de propiciar um cuidado assertivo e fornecer autonomia ao profissional direcionar a conduta de tratamento. Contudo, é fato de que para se conquistar a autonomia no trabalho se faz necessário também a compreensão de que o enfermeiro é responsável diretamente pelo cuidado e que juntamente com a equipe multiprofissional é de seu direito participar e sugerir a escolha do tratamento no tocante ao tratamento de feridas.

Conclui-se que há necessidade de capacitar os enfermeiros da instituição quanto aos aspectos relacionados à avaliação do paciente, da ferida e tipos de coberturas disponíveis, fornecendo deste modo subsídios que auxiliaram na melhor conduta. A Universidade Federal do Mato Grosso, em cumprimento a suas atividades de ensino, pesquisa e extensão poderia estabelecer parcerias com a instituição e colaborar na elaboração e implantação do protocolo. Quanto à capacitação a instituição possui um enfermeiro responsável pela educação continuada desde modo os dados obtidos fornecerão para este enfermeiro subsídios para abordar os temas onde os mesmo demonstraram dificuldades, garantindo desde modo melhorias na avaliação e tratamento das feridas contribuindo para a diminuição do tempo de internação e gastos com o paciente portador ou com risco de desenvolver lesões.

Referências

ANVISA. **Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde**. 1ª edição – 2013.

ANVISA; Módulo 4: Procedimentos Laboratoriais: da requisição do exame à análise microbiológica e laudo final. **Manual de microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde**. 1º edição, Brasília – DF, 2010.

BALAN, M. **Guia terapêutico para tratamento de feridas**. 1º Ed. Editora Difusão. São Caetano do Sul, São Paulo, 2006.

BENBOW, M. Ageing&woundhealing. **Journal of community nursing**. Vol. 24, Issue 5; September 2010.

BENBOW, M. Back to basics - skin and wounds. **Journal of community nursing**. Vol. 21, Issue 5; May 2007.

BENBOW, M. Debridement and the removal of devitalised tissue. **Journal of community nursing**. Volume 22, Issue 12. Dezembro 2008.

BENBOW, M. Debridement: wound bed preparation. **Journal of community nursing**. Volume 25, Issue3.Maio 2011.

BENBOW, M. Diagnosing and assessing wounds. **Journal of community nursing**. Vol. 21, Issue 8; August 2007.

BENBOW, M. Ethics and wound management. **Journal of community nursing**. 2006; vol.20 (3):24-8.

BENBOW, M. Exuding wounds. **Journal of community nursing**.Vol. 22, Issue 11, November 2008.

BENBOW, M. Healing and wound classification. **Journal of community nursing**. Vol. 21, Issue 9; September 2007.

BOMFIM, C. B. **Capacitação profissional e sua articulação com a prática de enfermeiros**. 2010. 70 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem. Salvador 2010.

BRASIL. **Caderno de enfermagem em ortopedia**. Ministério da saúde secretaria de assistência à saúde instituto nacional de traumatologia-ortopedia. Brasília, 2006.

BRASIL. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras / ministério da saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL; Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília: MS; 2002.

CALIRI, M. **Recomendações para prevenção de úlceras de pressão em adultos**.Disponível em: <www.eerp.usp.br/projetos/ulcera>. Acesso em: 14 ago. 2014.

COFEN;**RESOLUÇÃO COFEN-358/2009**; Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 2 ago. 2013.

COREN-DF.Nº 007/2008 - **Tratamento de Feridas**. Brasília, 02 de outubro de 2008. Disponível em:<http://www.corendf.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=510:par>

- [ecer-coren-df-nd-0122008&catid=38:pareceres&Itemid=73](http://www.cer-coren-df-nd-0122008&catid=38:pareceres&Itemid=73)>. Acesso em: 2 ago. 2013.
- CORRÊA *et al.* Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Revista eletrônica de enfermagem**. 2012 jan/mar;14(1):171-80.
- COSTA *et al.*, **feridas hospitalares ii. Diretrizes clínicas protocolos clínicos feridas**. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2013.
- DEALEY, C. **Cuidados de feridas: um guia para enfermeiras**. 2º Ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
- FERREIRA *et al.* **O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado**. ArqCiênc Saúde 2008 jul-set;15(3):105-9.
- FERREIRA *et al.* O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. **Revista de enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):656-60.
- FUNDAÇÃO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DE SINOP - Hospital Santo Antônio. **História**. Sinop/MT, 2013. Disponível em: <<http://hsasinop.org.br/historia/>>. Acesso em: 2 jun. 2013.
- GERHARDT, Engel Tatiana e SILVEIRA, Tolfo Denise. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1º edição, 2009.
- GIL. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES *et al.* **Manual de curativos. Comissão de controle de infecção hospitalar, serviço de controle de infecção hospitalar**. 3º Revisão; Agosto 2005
- HESS. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4º edição 2002 editora: Reichmann& Affonso.
- Hospital Universitário de Santa Maria. **Protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. 2011.
- ISAAC *et al.*, Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. **Revista de medicina** (São Paulo). 2010 jul.-dez.;89(3/4):125-31.
- JOYE LAW FIRM. **Burn injury classification**. South Carolina Personal Injury Lawyers. Disponível em: <<http://www.joyelawfirm.com/practice-areas/burn-injury/burn-injury-classification/#axzz2wSScCLQY>>. Acesso em: 5 mai. 2014.
- KAMAMOTO. **Contração de feridas revisão bibliográfica e estudo da contração gerada por fibroblastos normais e de quelóides**. 2007. 117 f. Dissertação Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007.
- KAUARK *et al.*. **Metodologia da pesquisa: um guia prático**. Itabuna/Bahia, 2010.
- KOBAYASHI; LEITE. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. **Revista brasileira de enfermagem**. Vol. 63 no.2 Brasília Mar./Apr. 2010.
- LINO, L. **Dependência funcional e auto-estima na pessoa com ferida crônica**. 2013. 122 f. Dissertação Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. 2013.
- LISE e SILVA;.Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta sci. Health sci**. Maringá, v. 29, n. 2, p. 85-89, 2007.
- MACHADO *et al.* Construindo o perfil da enfermagem*. **Enfermagem em foco**. 2012; 3(3): 119-122 1.
- MANDELBAUM *et al.* Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte II. **Anais brasileiros de dermatologia**. vol.78 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2003.
- MARTINS; SOARES. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de minas gerais. **Cogitare enferm**. 2008; Jan/Mar; 13(1):83-7.
- MATSUDA, *et al.*, ANOTAÇÕES/REGISTROS DE ENFERMAGEM: INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO PARA A QUALIDADE DO CUIDADO?. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 415 - 421, 2006.
- MINAYO. PESQUISA SOCIAL: **teoria, método e criatividade**; 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão***. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013.
- MORAIS *et al.*, **avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 98-105.

- MORTON. **Cuidados críticos de enfermagem - uma abordagem holística**. Rio de Janeiro. Editora: Guanabara Koogan, 9º Ed., 2011.
- NONINO, *et al.* Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista latino-am enfermagem**. Janeiro-fevereiro ,2008; 16(1).
- NPUAP/EPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
- PUCHER e DANIEL. The effects of chlorhexidine digluconate on human fibroblasts in vitro. **J periodontol**. Chicago, 1992 Jun;63(6):526-32.
- PUDNER, R. Measuring wounds. **Journal of community nursing**. Vol.16, Issue 9; September; 2002.
- PUDNER, R. Wound bed preparation. **Journal of community nursing**. Vol.16, Issue 5; May; 2002.
- RAGONHA *et al.* Avaliação microbiológica de coberturas com sulfadiazina de prata a 1%, utilizadas em queimaduras. **Rev latino-am enfermagem**. 2005 julho-agosto; 13(4):514-21.
- RIBEIRO, A. **Tratamento de feridas**. Curso de Coleção Enfermagem. Editora AB, Goiânia, 2004
- SANTOS *et al.* Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin *et al.* **Revista latino-americana de enfermagem**. vol.15 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2007.
- SCHMIDT *et al.* Desenvolvimento de um colchão pneumático controlado para prevenção de úlceras por pressão. **Vii encontro latino americano de pós-graduação**– Universidade do Vale do Paraíba, 2007.
- SMS/SP. **Programa de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético**. Secretária Municipal de Saúde de São Paulo: SMS, 2009.
- SOBEST. Competências do Enfermeiro Estomaterapeuta (ET) ou do Enfermeiro Pós-graduado em Estomaterapia (PGET). **Revista estima** - vol 6 (1) 2008 p. 33 – 43.
- SOBRIANO; PÉREZ; Nutrição e Feridas Crônicas. Série de Documentos Técnicos GNEAUPP nº 12. **Grupo nacional para el estudio y asesoramiento em úlceras por presión y heridas crônicas**. Logroño, 2011.
- TANZIMA, M. *et al.* **Biologia da ferida e cicatrização**. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 259-64.
- TEIXEIRA. **A análise de dados na pesquisa científica importância e desafios em estudos organizacionais**. Editora Unijuí - ano 1 • n. 2.jul./dez. 2003.
- TEIXEIRA *et al.* **Análise dos dados em pesquisa qualitativa: um olhar para a proposta de morse e field**. Rev. Rene. Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 125-134, jul./set.2008.
- The Royal Children's Hospital Melbourne (Clinical Guidelines Nursing). **Wound care**. Austrália julho de 2013.