

## FERIDAS: UM DESAFIO PARA ENFERMEIRA

Jocilene de Mesquita Silveira \*  
Dra. Maria Euridéa de Castro\*\*

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente tem-se observado uma mudança de paradigma frente ao processo de cuidar em feridas. A enfermeira vem atuando de forma independente, ou seja, tem critérios próprios e tem elaborado os algoritmos como sustentáculo do cuidar de feridas cirúrgicas, nas unidades de conceituadas instituições hospitalares.

Conforme FERREIRA (1986, p. 84) *os algoritmos são um conjunto predeterminado e bem definido de regras e processos destinados a solução de um problema, com um número finito de etapas.*

Os algoritmos requerem informações básicas impressas que servirão de guia quanto aos critérios de conduta e avaliação no processo de intervenção junto ao cliente e durante o curso do seu tratamento (ROGERS, 1992).

Entre os destacados papéis da enfermeira, o diagnóstico de enfermagem cada vez mais vem conferindo autonomia e segurança em suas ações. Para DALRI (1996, p. 8): *Os diagnósticos de enfermagem auxiliam a enfermeira a definir prioridades de ações, facilitam os registros de enfermagem, a comunicação entre os enfermeiros e propiciam o foco para a avaliação das ações a serem implementadas.*

Os diagnósticos de enfermagem nas feridas cirúrgicas tem garantido uma autonomia profissional, através do qual as enfermeiras são capazes de identificar as suas áreas de atuação frente aos diagnósticos que se apresentam. Nessa abordagem, ZANETTI (1994, p. 78) afirma que *... o enfermeiro, ao elaborar o processo de enfermagem, atem-se ao julgamento clínico, embora não de forma explicitada e consistente.*

Entre os desafios que os clientes cirúrgicos enfrentam no pós-operatório, por vezes, tem sido dificultado por diversos fatores, dentre eles os intrínsecos e os extrínsecos que determinam um retardamento no processo de cicatrização (BLACK, 1996). Todos estes fatores contribuem para desafiar a enfermeira na sua prática profissional.

Embora, acrescido a isso, o processo de cicatrização, consoante POTTER, (1996 p. 889) *envolve uma série de respostas fisiológicas integradas, (...) mas sofre o efeito da localização, gravidade e extensão da lesão, além da habilidade de regeneração das células atingidas.*

Uma avaliação precisa das feridas depende de uma compreensão das enfermeiras da fisiologia da cicatrização e dos fatores que podem retardar este processo como: a desnutrição do cliente, diabetes melitos, infecção, localização, gravidade, tal como as condições necessárias à superfície da ferida para maximizar a cicatrização.

As formas de cicatrização, podem ser de primeira, segunda e terceira intenção. Nas duas últimas formas requerem cuidados especiais por parte das enfermeiras, tanto nos procedimentos quanto ao uso de produtos a depender do estágio da ferida.

As enfermeiras devem ter critérios para a escolha do tipo de anti-séptico, e a relação entre a concentração eficaz contra as bactérias e os efeitos deletérios sobre os tecidos vivos, assim como a interferência nos processos de reparação: PH, cicatrização e irritação local (SILVA, 1997). E prossegue afirmando que: o objetivo de todos os tratamentos com uso de anti-séptico, é atingir um balanço entre morte das bactérias e proteção das células hospedeiras (fibroblastos e queratinócitos).

As enfermeiras conhecem os novos produtos e as novas tecnologias com relação aos curativos que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao tratamento da ferida cirúrgica. GOMES (1998) traz resultados satisfatórios com os curativos hidrocolóides em feridas cirúrgicas que devem cicatrizar por segunda intenção e enfatiza o poder altamente absorvente do curativo interagindo com o exudato da lesão, transformando-se numa gelatina macia, que mantém o meio úmido e, portanto, hidratado, ideal para cicatrização e ou para o desbridamento.

Devido a dúvida conduta que o tratamento da ferida cirúrgica vem dividindo as enfermeiras durante sua prática profissional, consideramos importante desenvolver um estudo sobre esse tema.

Considerando os avanços tecnológicos, as mudanças de paradigma em relação ao cuidado em feridas, e o novo perfil que se exige da enfermeira, questionamos:

- Estariam as enfermeiras acompanhando a evolução científica e os avanços tecnológicos do tratamento em feridas na sua prática?
- Estariam as enfermeiras utilizando técnicas adequadas no tratamento das feridas cirúrgicas?
- Quais ações independentes as enfermeiras estão exercendo no tratamento das feridas cirúrgicas na sua prática?

\* Enfermeira. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa à Familiares e pessoas crônicas-NUCLAF. DEF/UECE.

\*\* Livre Docente pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Estomatoterapia.

Diante da problemática que envolve o cliente e profissional nos desafios da enfermeira durante o tratamento da ferida cirúrgica, pretendemos encontrar respostas aos nossos questionamentos e alcançar os objetivos propostos, buscando conhecer portanto como acontece a práxis da enfermeira no processo de cuidar de feridas cirúrgicas.

## 2 OBJETIVOS

### Geral

- Investigar os desafios enfrentados pelas enfermeiras frente ao processo de cuidar em feridas cirúrgicas.

### Específicos

- Identificar os problemas que interferem no processo de cicatrização vendo o cliente como um ser holístico;
- Verificar os recursos utilizados para promoção da cicatrização da ferida cirúrgica;
- Verificar as ações independentes exercidas pelas enfermeiras na prática profissional no tratamento de feridas cirúrgicas.

## 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para melhor conhecermos os desafios enfrentados pelas enfermeiras no processo de cuidar de feridas cirúrgicas, propomo-nos a realizar um estudo descritivo, realizada com as enfermeiras lotadas na unidade de cirurgia geral. A população constou de 15 enfermeiras, que trabalhavam no período de agosto de 1998 em um hospital público municipal, na cidade de Fortaleza-Ceará.

Para a coleta de dados observou-se os seguintes critérios éticos: Solicitou-se a autorização da direção do hospital, no sentido de utilizá-lo como campo de estudo, bem como das enfermeiras lotadas na unidade de cirurgia geral. As informações para o estudo foram obtidas através de uma entrevista semi-estruturada ( Anexo I ), onde participaram 12 enfermeiras. Utilizou-se também a observação livre, um diário de campo e informações do prontuário do cliente.

## 4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, baseando-se em BARDIN (1977), considerando que este tipo de análise possibilita a exploração dos conhecimentos que se deseja adquirir, em relação ao tema exposto.

As entrevistas foram descritas e após leituras sucessivas dos resultados, estes foram organizados de acordo com sua similaridade e diferenças e agrupados em categorias, à medida em que se faziam presentes com mais frequência nas informações oferecidas pelos entrevistados e através das observações e anotações no diário de campo. A unidade de análise de significação para codificar os resultados foi o tema.

A análise temática foi escolhida para a pesquisa, porque consiste em descobrir os "núcleos de sentido" que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

O resultado da análise constituiu-se de cinco categorias, sendo elas: problemas que interferem na cicatrização; inexistência de algoritmos; conduta da enfermeira; autonomia e conhecimento e inexistência de registro.

### 4.1 Problemas que interferem na cicatrização

São vários os problemas que interferem na cicatrização fisiológica normal da ferida cirúrgica. Em relação a estes problemas, os respondentes citaram: estado nutricional deficiente, diabetes, tecidos necrosados, imunidade do cliente, como fatores que prejudicam os estágios da cicatrização da ferida cirúrgica. Com base no exposto, temos as seguintes falas:

"Pacientes sub-nutridos com déficit hipoprotéicos..."

(Enfa. 1º,6º, 8º, 9º, 10º)

"A diabetes interfere numa boa cicatrização (...) por causa do suprimento sanguíneo (...) a infecção então prossegue. Isso é que demora mais!"

(Enfa. 3º,8º,9º)

"O que interfere na cicatrização é o profissional sempre deixar aquela ferida necrosada..." (Enfa. 4º)

Dentre os relatos, observou-se que o principal problema que retarda a cicatrização da ferida cirúrgica é o estado nutricional deficiente, citado por (5) enfermeiras entrevistadas. (3) enfermeiras citaram a diabetes como problema que retarda a cicatrização, pois diminui o suprimento sanguíneo e predispõe à infecção e (1) enfermeira chamou a atenção da não remoção do tecido necrosado como complicador da ferida cirúrgica.

Para uma ótima cicatrização, segundo DAVIS (1994, p. 103):...*deve haver um aporte suficiente de nutrientes e de energia, com uma eliminação eficaz dos produtos de degradação. A ferida deve estar úmida, livre de contaminação, infecção e tecido morto.*

#### 4.2 Inexistência de algoritmos

A ação humana sobre uma ferida deve ser uma constante tentativa de não interferir o harmonioso processo de cicatrização. A enfermeira encontra-se em desafio direto com este processo, sempre procurando trazer o cliente para uma reabilitação mais rápida no processo de cuidar de feridas.

Na falta de normatização padronizada, pode ocorrer execução de técnicas individuais diferentes na mesma ferida, a enfermeira pode utilizar, na prática, produtos e técnicas equivocadas que venham a retardar a cicatrização em curso.

A partir dos relatos e das observações, percebeu-se que o profissional não possui algoritmo para o tratamento da ferida cirúrgica. Com relação ao exposto, as enfermeiras declararam que:

"Na ferida aberta, (...) você trabalha só com soro fisiológico, PVP-I, cobrir e pronto! (...) não há indicação de você colocar nenhum tipo de unguento, a não ser que tenha um processo supurativo." (Enfa. 12º)

"Ferida cirúrgica limpa, só limpar com soro fisiológico, secar e cobrir! Ou deixar descoberta e partir para uma orientação..." (Enfa. 10º)

"...se tivesse muito inflamado eu colocava rifocina, furacin..." (Enfa. 5º)

"Colocaria um curativo hidrocolóide (...) se eu tivesse acesso!" (Enfa. 9º)

Cada enfermeira tem sua técnica específica. Pode usar ou não unguento na ferida cirúrgica, cobrir ou deixar descoberta, utilizar-se de curativos alternativos, enfim, inexistente algoritmo na prática das enfermeiras.

A inexistência de normas padronizadas deixam as enfermeiras livres para escolher soluções e/ou curativos, utilizando técnicas individuais que cada uma acha conveniente. Na prática, numa mesma ferida podem ser usadas duas técnicas diferentes, prejudicando o processo de cicatrização.

A existência de algoritmo como norteador da prática profissional serviria de medidas econômicas para o hospital, uma melhor reabilitação do cliente. O uso de produtos inadequados, durante as fases de cicatrização, retarda ainda mais o processo cicatricial de uma ferida cirúrgica.

Vários estudos mais recentes e uma bagagem de experiência prática tem demonstrado que os anti-sépticos apresentam um efeito deficiente frente às bactérias, efeitos adversos nos capilares sanguíneos, ou uma absorção sistêmica de quantidades que inibem os leucócitos, podendo inclusive potencializar a infecção das feridas (MADSEN, 1995).

Os curativos oclusivos de hidrocolóides se diferenciam dos curativos convencionais não somente por manter o ambiente da ferida úmida, como também por proporcionar segurança e eficácia no tratamento. Tem como vantagens: promover o desbridamento, estimular a granulação, acelerar a reepitelização, proteger da infecção, economizar tempo de enfermagem (KRASNER, 1992).

A minoria das enfermeiras declararam que utilizariam os curativos hidrocolóides nas feridas cirúrgicas, mas por causa do alto custo destes curativos, inexistente no hospital em estudo. Entretanto, demonstraram conhecer os avanços tecnológicos em cuidar de feridas, mas na prática não utilizam em seus clientes.

#### 4.3 Conduta da enfermeira

À medida que a lesão passa pelos vários estágios da cicatrização, a enfermeira deve fazer uma avaliação e reavaliação cuidadosa do progresso na cicatrização do ferimento. De acordo com as alterações, são feitas modificações nos produtos utilizados na ferida de forma que a cicatrização seja maximizada.

Ao serem questionadas quanto à renovação dos curativos, (5) enfermeiras declararam que, após 24 horas do pós-operatório não renovam mais curativos. Entretanto, (7) enfermeiras continuavam renovando curativo após 24 horas, conforme veremos a seguir:

"... uma ferida limpa, não precisa mais cobrir! (...) uma 1ª troca já é um curativo aberto, só banho, roupa limpa e pronto! Você observa melhor, verifica melhor a cicatrização! ..." (Enfa. 7º, 11º)

"... na prática, o que a gente encontra é que continuam se fazendo curativo, não é isso que recomenda a literatura!" (Enfa. 6º)

"... curativos fechados de um modo geral em função do próprio ambiente (...) A gente não tem um ambiente adequado..." (Enfa. 12º)

Durante a análise das entrevistas e por ocasião dos registros do diário de campo, na prática, a maioria das enfermeiras continuam renovando os curativos de feridas limpas e secas, não permitindo que a incisão permaneça descoberta. Algumas enfermeiras justificaram cobrir as feridas por causa do ambiente inadequado, proteção da ferida, auto-estima do paciente, dreno e outros.

De acordo com KAWAMOTO (1986, p.113) :*recomenda-se dispensar o curativo após 24 a 48 horas em feridas cirúrgicas limpas, fechadas e secas.* Após este período, devem ser removidos os curativos, podendo a incisão permanecer descoberta, já que após 24 horas, a camada de fibrina está formada unindo as bordas da incisão em geral já consolidada, prevenindo o acesso de microorganismo aos tecidos mais profundos. Por essa razão teórica, a cobertura da ferida operatória não seria necessária.

Em algumas situações, os curativos possuem grande utilidade. Algumas cirurgias onde houve deiscência, deixando que a cicatrização ocorra por intenção secundária ou terciária, ou quando há drenos, ou presença de secreção serossanguinolenta, os tecidos profundos continuam expostos. Nestas situações, a manutenção do uso do curativo pode ser de valor.

#### 4.4 Autonomia e conhecimento

A autonomia é basicamente a liberdade para fazer escolhas, tomar decisões ou selecionar sua ação de acordo com os conhecimentos científicos vigentes. A autonomia guarda estreita relação com a atualização.

As respostas dos enfermeiros em relação à autonomia no processo de cuidar de feridas foram tão variadas quanto possível: sim, não e parcialmente.

Existiram justificativas plausíveis para qualquer que tenha sido a resposta, conforme mostram as falas:

"... não dependo de outro profissional, não! Porque se a gente deixa o cirurgião interferir eles tem menos conhecimento do que a gente." (Enf. 9º)

"... eu que estou cuidando do paciente, vejo a necessidade de usar açúcar, furacin, tipo de pomada, quantas vezes realizar o curativo, independente do médico." (Enf. 1º)

"Não, eu acho ainda que a gente tem muito que aprender, (...) Tenho procurado, estar me informando, mas realmente os avanços tecnológicos ocorreram muito rapidamente..." (Enf. 8º)

"Dependo, eu vou de acordo com a prescrição médica..." (Enf. 5º)

Do total de 12 enfermeiras entrevistadas, (4) profissionais afirmaram ter autonomia no processo de cuidar de feridas. Ao discorrerem sobre sua prática, houve incoerência no cuidar técnico e científico, ou, por outro lado, falta de atualização. Enfatizaram o despreparo da categoria médica no processo de cuidar de feridas cirúrgicas. A maioria (8) portanto, são dependentes no cuidar de feridas cirúrgicas, tendo como justificativas: os avanços tecnológicos, a execução de ações interdependentes, tais como executar prescrição médica.

Com análise dos discursos, podemos perceber que os enfermeiros na sua minoria consideram-se independentes no processo de cuidar de feridas cirúrgicas. Não conseguem acompanhar o processo tecnológico não apenas pela velocidade do tempo, mas por se sentirem oprimidos pela própria prescrição médica, demonstram uma falta de conhecimento para agir independentemente.

Dentre os entrevistados com relação as ações independentes realizadas pelas enfermeiras, (3) citaram a escolha dos produtos, (3) renovar os curativos e os outros (6) enfermeiros tiveram respostas individuais e variadas como: técnica utilizada, tipo de curativo, forma de registrar a cicatrização da ferida, horário de realizar o curativo e outros como sendo as ações autônomas do profissional de enfermagem, conforme as seguintes falas:

"... a escolha dos produtos a serem utilizados... Os cirurgiões já não prescrevem mais o que devemos usar na ferida,"

(Enf. 7º, 8º, 6º)

"... na prescrição médica tem aquela mania: fazer curativo 3 vezes ao dia. Eu posso fazer independente (...) da prescrição do médico," (Enf. 6º, 2º, 4º)

Durante a análise das entrevistas, verificou-se a escolha dos produtos e o aprazamento dos curativos como as ações totalmente independentes da enfermeira e o reconhecimento dessa autonomia pelos cirurgiões, não fazendo mais parte de suas prescrições.

Segundo os registros feitos no diário de campo na prática, os cirurgiões não aprazam curativo, ficando com a enfermeira a total autonomia em renovar os curativos. As enfermeiras são independentes na escolha dos produtos, porém utilizam técnicas individuais nem sempre apropriadas ao processo de cicatrização.

Para POTTER (1989) as ações independentes são quando a enfermeira pode intervir sem consultar o médico ou sem a sua colaboração ou de outros profissionais. Conforme IYER (1993, p.07) são *aquelas atividades consideradas dentro do âmbito de diagnóstico e tratamento da enfermagem.*

#### 4.5 Inexistência de registros

As enfermeiras adotam critérios para registrar o curso da cicatrização e tem liberdade para registrar ou não os produtos utilizados no tratamento da ferida cirúrgica, conforme veremos a seguir:

"... cada um registra de sua forma, embora a gente adote determinado critério para registrar as considerações, como está a cicatrização, mas você pode muito bem não querer registrar tudo isso! E colocar só que foi feito o curativo, e o material que usou..." (Enf. 8º)

"... no 3º pós-operatório de laparotomia exploratória. Renovado curativo com soro fisiológico + PVP-I, incisão cirúrgica limpa e seca..." (Enf. 4º)

De acordo com o relato e as evoluções anotadas do prontuário do cliente, inexistem, na prática das enfermeiras, registros detalhando a progressão ou regressão da ferida cirúrgica frente à terapêutica implementada. As evoluções de enfermagem registram ainda não ter conteúdo significativo das reais ações do enfermeiro.

Com análise das evoluções anotadas nos registros do diário de campo, tendo como fonte de pesquisa os prontuários dos clientes podemos comprovar que foram registrados algumas vezes os produtos utilizados, porém a seqüência do uso dos produtos e a técnica utilizada nem sempre foram adequadas para o processo de cicatrização.

Conforme CARUILLE (1997, p.12) *para uma evolução geral ou holística da ferida deve ser abordado tipo de ferida, tipo de cicatrização, perda de tecido, aspecto clínico, localização, dimensão, exudato, pele circundante, presença de dor, infecção da ferida.*

Registrar a assistência prestada, assim como os aspectos da ferida é essencial para a seqüência do tratamento. Se o enfermeiro descreve aspecto e o tratamento dispensado ao cliente; seu colega poderá dar seqüência à terapêutica estabelecida.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas que interferem na cicatrização da ferida cirúrgica na prática da enfermeira durante o processo de cuidar, estão relacionados tanto com o cliente como com a enfermeira que presta assistência de enfermagem. Foram identificados como fatores que interferem no processo cicatricial: Subnutrição, diabetes, a não remoção do tecido necrosado, técnica inadequada para renovação do curativo e outros.

Percebemos com as falas que a metade das enfermeiras entrevistadas têm conhecimento sobre os procedimentos e uso de produtos no tratamento da ferida cirúrgica. São independentes na escolha dos produtos utilizados e aprazamentos dos curativos, entretanto inexistem os algoritmos, as prescrições e evoluções detalhando a ferida em seu estágio, produtos utilizados, progressão ou regressão da mesma frente à terapêutica implementada.

Concluimos que são muitos os desafios enfrentados pelas enfermeiras e o conhecimento científico é o fator decisivo para a profissional implementar a metodologia da assistência utilizando o diagnóstico de enfermagem para de fato se tornarem independentes no processo de cuidar de feridas cirúrgicas.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1979. 226p.

BLACK, J. M.; JACOBES, E.M.; LUCKMAN & SORENSEN. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A., 1996.

CARUILLE, K. Evaluación individual de las heridas. *Revista Helios*. Dinamarca, v.5, n.1, p.12-14, 1997.

DALRI, M.C.B.; ROSSI, L.A; GARCIA, T.R.; et al. Diagnósticos de enfermagem em uma unidade de queimados: análise estrutural dos enunciados. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v.49, n.1, p.7-16, Jan./Mar., 1996.

DAVIS, M.H., DUNKLEY, P., HARDEN, R. M., et al. *El programa de las heridas*. Costa Rica University, 1994. 188p.

FERREIRA, A. B.H. *Novo dicionário Aurélio da língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GOMES, A. PEIXOTO, F., et al. Tratamento de feridas: uma realidade próxima. *Rev. Técnica de Enferm. Nursing*, n. 120, p.39-41, mar. 1998.

- IYER, P.W., TAPITICH, B. J., BERNOCCHI – LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993. 325p.
- KAWAMOTO, E.E., FORTES, J.I. Curativo. IN: \_\_\_\_ **Fundamentos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1986. p.111-115.
- KRASNER, D. **Solucionando o dilema dos curativos**: seleção de curativos para feridas por categorias. São Paulo: Johnson & Johnson, 1992. 7p.
- MADSEN, S.M. Heridas infectadas. **Revista Coloplast**. Dinamarca, v.3, n.2, p.79, 1995.
- POTTER, P. A, PERRY, A.G. Cuidados com lesões. IN: \_\_\_\_ **Grande tratado de enfermagem prática**: clínica e prática hospitalar. São Paulo: Tempo, 1996. Cap. 30, p.889-925.
- POTTER, P. A. ; PERRY, A. G. **Fundamentals of nursing**: concepts, process and practice 3<sup>rd</sup> ed. United States of America: Third edition, 1989.1759p.
- ROGERS, J. H. et al. **Enfermagem de Emergência**: um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 446p.
- SILVA, F. M., HASEGAWA, M.L.H. Atualização em antiséptico. **Grupo de Enferm. Em Dermatologia**. Ano 1, n.1,p.3. jan/fev, 1997.
- ZANETTI, M. C., MARZIALE, M.H.P., ROBAZZI, M.L.C.C.O modelo de Horta, a taxonomia da NANDA e o método de solução de problemas como estratégia na assistência de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.15, n.1/2, p.76-84, jan/dez. 1994.

## ANEXO

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Na sua experiência quais os problemas que interferem na cicatrização da ferida na práxis profissional?
2. Quais os agentes tópicos usados no tratamento da ferida cirúrgica?
3. Qual processo de escolha dos agentes tópicos escolhidos para o tratamento da ferida cirúrgica?
4. Quais os tipos de curativos usados no tratamento de ferida cirúrgica?
5. Qual o critério de escolha dos curativos utilizados para o tratamento de ferida cirúrgica?
6. Você se considera um profissional independente no processo de cuidar de feridas cirúrgicas?
7. O que você pode realizar de modo independente no tratamento de feridas cirúrgicas?