



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS BODOCONGÓ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

JULIANA BORGES COSTA

**CRITÉRIOS DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA NA
AVALIAÇÃO DE FERIDAS**

**CAMPINA GRANDE – PB
2014**

JULIANA BORGES COSTA

**CRITÉRIOS DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA NA
AVALIAÇÃO DE FERIDAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Ms. Eloíde André Oliveira

C837c Costa, Juliana Borges.
Critérios do enfermeiro intensivista na avaliação de feridas
[manuscrito] / Juliana Borges Costa. - 2014.
42 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Ma. Eloide André Oliveira, Departamento
de Enfermagem".

1. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Avaliação de feridas. 3.
Lesão cutânea. 4. Cicatrização. I. Título.

21. ed. CDD 616.5

JULIANA BORGES COSTA

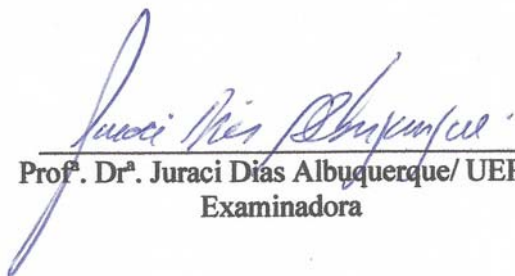
**CRITÉRIOS DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA NA
AVALIAÇÃO DE FERIDAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento
à exigência para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem

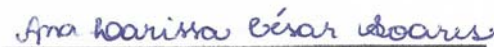
Aprovada em 15/07/2014.



Prof.ª Msc. Eloíde André Oliveira / UEPB
Orientadora



Prof.ª Dr.ª Juraci Dias Albuquerque / UEPB
Examinadora



Enf.ª Ana Larissa / Hospital de Trauma
Examinadora

CRITÉRIOS DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA NA AVALIAÇÃO DE FERIDAS

COSTA, Juliana Borges¹

RESUMO

Feridas são lesões teciduais, deformidades ou soluções de continuidade, podendo acometer desde a epiderme até estruturas internas. Os pacientes locados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são grandes candidatos para adquirirem lesões cutâneas, devido a grande quantidade de equipamentos a eles vinculados e ao seu perfil crítico, por isso, a avaliação das feridas pelos enfermeiros é imprescindível para o seu posterior tratamento, uma vez que são esses os profissionais que, constantemente, realizam os curativos. Os objetivos, deste estudo, visam identificar os critérios do enfermeiro intensivista na avaliação de feridas em uma UTI Geral adulto de uma instituição hospitalar pública de Campina Grande – PB; analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da avaliação das feridas e possíveis dificuldades na sua realização. Foi utilizada a metodologia qualitativa, tendo como campo de estudo a UTI Adulto de um Hospital Público com 20 leitos, a amostra foi composta por 17 enfermeiros intensivistas entrevistados, de acordo com a acessibilidade e considerando que o enfermeiro fizesse parte do quadro efetivo de pessoal da UTI e assinasse o termo de consentimento da pesquisa; o instrumento de coleta de dados consistiu na aplicação de um formulário sócio-demográfico e, um questionário semi-estruturado com imagens de feridas a serem avaliadas pelos pesquisados e, os dados foram tratados através da técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin, respeitando-se os preceitos da Resolução 466/12 quanto a pesquisa em seres humanos. Mediante os resultados da pesquisa foi possível perceber que o enfermeiro não compreende o portador da ferida, não fazendo assim um julgamento clínico do mesmo, eles observam mais a ferida em si, principalmente as características do tecido, exsudato e borda. Assim, foi identificado a necessidade de implementação de capacitação para educação continuada no tema e o desenvolvimento de um trabalho juntamente com a Comissão de Curativos e/ou CCIH para que os profissionais se sintam mais seguros em suas avaliações.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva. Avaliação de Feridas. Cicatrização.

1 INTRODUÇÃO

Silva et al.. (2012, p.57) afirmam que a pele é o maior órgão do corpo, representando 15% de seu peso. Funcionando como um manto de revestimento do organismo, a pele isola os componentes orgânicos do ambiente externo. Sua complexa estrutura de tecidos, de várias

¹ Bolsista do CEATOX cota 2011/2012 e bolsista do PIBIC cota 2013/2014. E-mail: borges.juli@hotmail.com.

naturezas, está adaptada a exercer diferentes funções, tais como proteção, termorregulação, percepção entre outras.

Entretanto, todos os benefícios funcionais e estruturais da pele podem estar comprometidos quando a mesma encontra-se lesionada. Potter e Perry (2009) denominam de ferida o estado da pele onde ocorre a interrupção da sua integridade. O termo ferida, ainda, é empregado, segundo Geovanini e Junior (2008), como sinônimo de lesão tecidual, deformidade ou solução de continuidade, podendo acometer desde a epiderme, derme, fáscias, músculos, aponeuroses, articulações, cartilagens, tendões, ossos, órgãos cavitários e qualquer outra estrutura do corpo. As feridas desenvolvem-se em consequência de agressão ao tecido vivo ou por distúrbios clínicos ou fisiológicos.

A avaliação da ferida representa uma etapa essencial no tratamento da mesma e as técnicas envolvidas desempenham um papel importante no diagnóstico correto e tratamento adequado de doenças crônicas. No entanto, é necessário uma abordagem uniforme e padronizada para avaliação de feridas, reavaliando o processo de forma adequada para a cura, juntamente com as modificações específicas de intervenção (MANDELBAUM DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

O profissional de enfermagem possui um papel fundamental tanto no cuidado holístico do paciente, como também desempenha um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas, uma vez que tem maior contato com o mesmo, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como, detém maior domínio desta técnica, em virtude de ter na sua formação componentes curriculares voltados para esta prática (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Dentre as lesões da pele mais frequentes no hospital estão as úlceras por pressão, que segundo Crozeta e Roehrs (2011, p. 520), a ocorrência destas caracteriza possíveis complicações ao paciente crítico hospitalizado, adia o tempo de hospitalização e compromete o tratamento. Deste modo, a avaliação de enfermagem é indispensável para o estabelecimento de medidas terapêuticas, no sentido de tratar e prevenir o agravamento do quadro clínico. Isso enfatiza a importância do trabalho em equipe, com a discussão de casos clínicos pela equipe multiprofissional e a troca de informações, no sentido de complementar a avaliação do enfermeiro.

Refletindo sobre a importância da tomada de decisão do enfermeiro durante a elaboração do tratamento das feridas, considerando que um tratamento bem sucedido só será consumado através da redução dos riscos de causar feridas e do fechamento dessas, surgiu o interesse de identificar os critérios do enfermeiro intensivista na avaliação de feridas em uma

UTI Geral adulto de uma instituição hospitalar pública de Campina Grande – PB; analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da avaliação das feridas e possíveis dificuldades na sua realização.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Mandelbaum, Di Santis e Mandelbaum (2003) destacam que a avaliação é uma parte fundamental do processo de tratamento das lesões da pele, pois só o diagnóstico preciso do tipo e estágio da lesão vai permitir a correta tomada de decisão sobre as medidas a serem implementadas e os recursos que serão utilizados.

Os principais objetivos da avaliação de feridas são a identificação de um bom plano de cuidados, a quantificação e monitorização da eficácia das diversas modalidades de tratamento, e o estabelecimento de uma correta previsão da taxa de cicatrização de feridas. Os parâmetros incluídos como parte de uma avaliação em geral não são apenas qualitativos (avaliação global do estado de saúde do paciente e história da ferida), mas também quantitativos, já que incluem medidas como comprimento, largura, profundidade, área, volume, taxa de cura, bem como os aspectos da ferida, tais como avaliação da localização, aparência do leito da ferida, avaliação das bordas da ferida, quantidade e tipo de exsudato, odor da ferida e monitoramento de pele circunvizinha (ROMANELLE; DINNI, 2011, p.507).

Inicialmente a ferida deverá ser avaliada pela borda, profundidade, área e a perfusão do tecido. A borda deve ser avaliada quanto à presença de tecido epitelial novo, enquanto a pele ao redor pode ser caracterizada pela ocorrência de descoloração, maceração, eritema, palidez ou erosão. A palpação da pele pode indicar a presença de uma área endurecida, como em lipodermatoesclerose ou em estágio I das úlceras por pressão. A maceração é resultado da hidratação excessiva da pele. A pele macerada se torna intumescida e pálida, além de aparecerem fissuras (IRION, 2005).

A maceração da margem da ferida pode sugerir um excesso de exsudato, provavelmente devido ao uso de um curativo inadequado, podendo também indicar um sinal precoce de infecção local (ROMANELLE; DINNI, 2011, p.510). De acordo com Abbade (2011, p.67), bordas descoladas e subminadas, que para Bonamigo, Razera e Olm (2011) significa que a borda é derivada do processo inflamatório necrotizante, indicam má evolução do processo cicatricial. Uma boa evolução ocorre quando as bordas estão coladas e no mesmo nível do leito da úlcera.

A profundidade da ferida é adquirida através da avaliação instrumental, ou seja, com um aplicador de algodão que é inserido na ferida e marcado no nível mais profundo, podendo ocorrer imprecisão quando o leito da ferida não é uniforme ou quando a medição é realizada por profissionais diferentes (ROMANELLI; DINNI, 2011, p.511).

A área da ferida é um parâmetro bidimensional e representa a melhor medida do tamanho da mesma. De acordo com Romanelli e Dinni (2011), as técnicas incluem o uso de réguas, marcação com acetato mais medição manual, usando uma grade métrica, a fotogrametria, estereofotogrametria ou estereofotografia, métodos de processamento de imagem ou planimetria computadorizada, que é considerada o padrão-ouro. Com o uso de uma régua, pode-se medir a largura e o comprimento da ferida. Para calcular a área em cm^2 , basta multiplicar a largura x comprimento. Deve-se lembrar que o comprimento sempre se refere à medida no sentido vertical (cefalo-caudal) e a largura se refere à medida horizontal (TRIPOD, 2014).

Romanelli e Dinni (2011) referem que o método de medição da área da ferida mais comum e de custo- benefício indireto é a folha de rastreamento. Este método oferece uma reprodução gráfica barata e conveniente da forma da ferida, sendo possível quantificar e comparar o perímetro e área da ferida de uma mesma lesão ao longo do tempo. Existem situações clínicas, tais como feridas profundas, em que a medida do volume é muito útil para medir e avaliar a quantidade e o progresso de tecido de granulação. A utilização de métodos fotográficos como processamento de imagem é uma forma precisa, não-invasiva de avaliação do volume.

Avaliar a perfusão do tecido também é de extrema importância, pois o adequado fluxo sanguíneo da pele é fundamental para a manutenção da estrutura e função normal da pele e, também pela restauração tecidual. Os níveis de microcirculação cutânea podem ser detectadas diretamente por LASER Doppler, porém, há limitações como a necessidade de contato com a área da pele, o potencial de dor ou sepse, quando ocorre a aplicação da sonda na superfície da pele e pouca precisão na determinação do volume de tecido. As cores azul-violeta indicam um fluxo pobre, enquanto que verde, amarelo e vermelho correspondem às áreas com maior fluxo, e as cinzas são regiões sem nenhum fluxo (ROMANELLI; DINNI, 2011, p.514).

Abbate (2011) refere que úlceras crônicas possuem algumas características que dificultam o processo de cicatrização, podendo apresentar microambiente com hipóxia, levando à proliferação de fibroblastos e conseqüentemente o aumento de fibrose tecidual. O acúmulo de metaloproteinases, colagenases e elastases degradam prematuramente o colágeno

e fatores de crescimento. Além disso, as feridas crônicas têm propensão para serem colonizadas por bactérias e fungos, fatores que retardam a cicatrização.

O tratamento de feridas crônicas exige uma avaliação clínica global do estado de saúde do paciente, junto com o foco da ferida e suas características. Gomes, Costa e Mariano (2005) usam uma classificação de quatro estágios que avalia o comprometimento tecidual de acordo com sua profundidade: estágio 1- não há perda tecidual, ocorre comprometimento apenas da epiderme, com presença de eritema em pele intacta; estágio 2 - há perda de tecido envolvendo a epiderme, a derme ou ambas (a úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão ou úlcera rasa); estágio 3- existe perda total da pele, com necrose de tecido substancial, sem comprometimento da fáscia muscular (a ferida apresenta-se clinicamente como úlcera profunda); e por fim, estágio 4- ocorre destruição extensa de tecido, necrose tissular ou lesão de osso, músculo ou estruturas de suporte.

Segundo os autores Silva et al. (2012, p.391) “úlceras por pressão são lesões decorrentes de hipóxia celular que levam a necrose tecidual”. Geralmente, essas úlceras são localizadas em áreas de proeminências ósseas e ocorre quando, por algum tempo, a pressão aplicada sobre a pele é maior que a pressão capilar normal (32 mmHg/arteríolas e 12 mmHg/vênulas).

As úlceras por pressão podem ser ocasionadas por fatores internos e externos. Os fatores externos estão relacionados ao mecanismo da lesão, influenciando a tolerância tissular pelo impedimento da circulação sobre a superfície da pele, como a pressão, cisalhamento e a fricção (SILVA et al., 2011, p. 317 – 318).

Ainda de acordo com Silva et al. (2012, p.392), os fatores internos estão relacionados às variáveis do estado físico do cliente, que influenciam tanto na constituição e integridade da pele, nas estruturas de suporte ou nos sistema vascular e linfático que servem à pele e estruturas internas, quanto no tempo de cicatrização. Dentre os fatores internos estão as condições nutricionais, nível de consciência, idade avançada, incontinência urinária ou fecal, mobilidade reduzida ou ausente, peso corporal (abaixo ou acima do peso), doenças crônicas e uso de medicamentos (antibióticos, corticóides, amins, betabloqueadores e outros).

As úlceras por pressão são predispostas pela percepção sensorial prejudicada, uma vez que os pacientes são incapazes de sentir quando uma região do seu corpo está sofrendo uma pressão prolongada; pela mobilidade prejudicada, devido ao estado de inconsciência e/ou paralisia; pela alteração no nível de consciência, onde pacientes desorientados e em coma são incapazes de entender e verbalizar algum desconforto; pelo atrito (cisalhamento), que se refere a forças exercidas paralelamente à pele; pela fricção, que ocorre quando a pele é

arrastada sobre uma superfície grosseira, como roupas de cama; e umidade, pois esta amolece a pele tornando-a mais susceptível a lesões (POTTER; PERRY, 2009, p. 1282 - 1283).

Crozeta e Roehrs (2011, p.520) afirmam que a avaliação das úlceras por pressão instaladas demanda o pensamento crítico e o raciocínio clínico do enfermeiro. No exame clínico, o enfermeiro realiza uma anamnese a fim de levantar dados subjetivos da história de saúde do paciente, seus hábitos e história familiar. A anamnese está centrada na queixa principal do paciente/cliente que muitas vezes não está relacionada diretamente com a lesão, mas sim nas limitações para determinada prática ou auto-imagem.

Na anamnese deve ser observado os dados sociodemográficos que incluem idade, sexo, raça/etnia e idioma original. A idade do cliente influencia a velocidade da cicatrização, as atividades da vida diária e a probabilidade de determinadas etiologias em relação à ferida (IRION, 2005). Quanto à raça/etnia Potter (2009) salienta a detecção de cianose e outras alterações de pele em clientes com descendência africana é dificultosa devido à coloração escura.

Mandelbaum, Di Santis e Mandelbaum (2003) dizem que a avaliação deve incluir ainda: história e exame subjetivo do cliente, como avaliar seus hábitos e história familiar; dados objetivos do cliente que são: condições gerais, exames laboratoriais, doenças associadas; avaliação do risco, com base nas condições gerais do cliente e do local da lesão. Quanto a avaliação e classificação adequada da lesão: localização, tempo de evolução, medida do tamanho, diâmetro, profundidade, vitalidade do leito e dos tecidos circunvizinhos, presença de secreção e necrose, coloração do leito da ferida, sensibilidade cutânea, comprometimentos; e diagnóstico adequado do tipo de ferida, suas necessidades e consequente planejamento de ações.

A história da doença progressa inclui quaisquer doenças que possam agravar a ferida, limitar a execução de um programa de cuidados ou comprometer a capacidade do cliente de proteger a ferida. Já na história da doença atual deve incluir a data de início, as causas e os sintomas que o cliente acredita que tenha provocado a ferida. Os motivos específicos que o levaram a buscar auxílio, bem como suas preocupações, devem ser investigados. Os medicamentos que estão sendo utilizados para o tratamento de doenças, assim como suas condições são informações importantes para que se possam identificar algumas drogas que dificulte a cicatrização (IRION, 2005).

Crozeta e Roehrs (2011) afirmam que após a anamnese, inicia-se a somatoscopia, ou seja, a revisão geral dos sistemas, que é uma avaliação minuciosa das regiões corporais do paciente/cliente, considerando a doença de base, tratamento farmacológico e as cirurgias

realizadas anteriormente. A investigação semiológica das úlceras é orientada no sentido céfalo-caudal, evitando as regiões que possam causar dor ao toque, as quais serão examinadas por último.

É de extrema relevância a avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, nutricional, digestório e locomotor, já que a etiologia das úlceras está associada ao comprometimento da oxigenação tecidual, nutricional e de mobilidade que influencia significativamente no processo cicatricial (IRION, 2005).

Irion (2005) expõe que a anamnese e exame físico têm como função orientar o profissional em relação a testes e medidas que determinarem a causa da ferida e identifiquem as características das feridas, as condições do cliente, da família, dos cuidadores, do estilo de vida, trabalho, escola, e os recursos que podem ter algum efeito sobre os resultados nas diferentes estratégias de intervenções.

O exame físico voltado para o tratamento de feridas, proposto por Irion (2005), deve englobar: o aspecto geral, incluindo a coloração da pele, inspeção dos cabelos e unhas e temperatura; investigação das substâncias que se acumulam na pele, como de acordo com a Vigilância Sanitária do Governo do Paraná que cita os inseticidas líquidos, que são facilmente absorvidos pela pele; a observância da hidratação, turgor e elasticidade; exame vascular, através de exames de imagem, palpação de pulsos e aferição da pressão arterial; testes de sensibilidade; e mobilidade, coordenação e equilíbrio. A seleção destes testes é feita com base na história e na revisão dos sistemas. Tais testes são utilizados para o estabelecimento de um diagnóstico, que articulado com a história fornecida pode-se estabelecer um prognóstico dentro da realidade.

Os exames laboratoriais úteis na avaliação dos portadores de feridas incluem hemograma (para avaliar a presença de anemia, trombocitopenia ou leucopenia), a bioquímica do sangue com dosagem de eletrólitos (potássio, sódio, cloro e bicarbonato), nitrogênio urêico sanguíneo (BUN), creatinina (para avaliar a função renal) e glicemia (IRION, 2005).

No hemograma deve-se atentar para a ocorrência de: neutrofilia (aumento do número de neutrófilos) que indica infecção por organismos piogênicos (estafilococos e estreptococos); linfocitose (quantidade excessiva de linfócitos B ou T) que indica infecção viral; monocitose (quantidade aumentada de monócitos) pode ocorrer em infecções graves; eosinofilia (quantidade excessiva de eosinófilos), indicativo de reações alérgicas graves ou infecção por parasitas; basofilia, que indica infecção parasitária ou reação de hipersensibilidade; neutropenia, definida como uma contagem de neutrófilos inferior a 500 células associada a leucopenia, exige a utilização de isolamento reverso ao lidar com o cliente (IRION, 2005).

A importância das hemácias está em sua capacidade de transportar oxigênio para auxiliar a cicatrização de feridas. Na anemia há uma diminuição da capacidade do sangue de transportar oxigênio causando um efeito deletério sobre a cicatrização de feridas. As plaquetas desempenham um papel importante na hemostasia. A trombocitose é o termo utilizado para representar uma quantidade aumentada de plaquetas, enquanto a trombocitopenia refere-se a uma quantidade insuficiente das mesmas. Esta última diminui a reação inicial da ferida e a proliferação por meio da diminuição da disponibilidade do fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF) (IRION, 2005).

Os eletrólitos rotineiramente analisados são sódio, potássio, cloro, bicarbonato e magnésio séricos. A quantidade de sódio no corpo determina os volumes de líquidos, e suas alterações podem causar edema ou desidratação das células. O potássio é determinante primário dos potenciais de membrana e o seu excesso no líquido extracelular despolariza as células, enquanto a depleção de potássio no meio extracelular hiperpolariza as células. Tanto a hiperpotassemia e a hipopotassemia podem provocar arritmias e risco potencial de vida. Alterações nas taxas séricas de cloro são indicadores de transtorno de equilíbrio hídrico, e alterações nas taxas de bicarbonato são indicativas de desequilíbrio ácido-base. O cálcio e o magnésio participam intimamente da função neuromuscular, a hipercalemia e a hipermagnesemia causam fraqueza muscular e arritmias (IRION, 2005).

O autor acima citado ainda afirma que a creatinina é um produto do tecido muscular, a sua excreção diminui com a doença renal, fazendo com que sua concentração plasmática aumente. A eritropoetina, sintetizada pelas células renais, tem sua produção diminuída com a insuficiência renal, acarretando anemia e diminuição do aporte de oxigênio para os tecidos.

A glicemia em jejum é considerada normal quando está inferior a 110 mg/dl. A hiperglicemia prolongada causa microangiopatia diabética, um termo geral utilizado para denominar as modificações funcionais dos leitos microvasculares, nos quais o endotélio e as células associadas são progressivamente danificados pela hiperglicemia, resultando em oclusão capilar e isquemia, o que pode contribuir para a remoção total do tecido e/ou membro envolvido, e falência de órgãos (RAGE, 2006; YONEKURA H, 2005 apud AFONSECA, et al. 2012).

Sabe-se que o fluxo sanguíneo em todos os tipos de úlceras crônicas, é 170% maior do que na pele normal e que o índice de potencial de cura inferior a 100%, não é um bom prognóstico (ROMANELLI; DINNI, 2011, p.514). O LASER Doppler pode ser útil para delimitar as áreas que necessitam de desbridamento. Sua vantagem é poder visualizar reações

subclínicas, através de mudanças de fluxo sanguíneo em um momento onde a avaliação clínica não seria capaz de detectar qualquer alteração do fluxo sanguíneo.

Romanelli e Dinni (2011, p.515) definem “pH como o logaritmo negativo da atividade de íons de hidrogênio em uma solução aquosa, utilizada para expressar a acidez e alcalinidade em uma escala de 0 a 14.” O valor normal do potencial de Hidrogênio (pH) da pele não lesionada varia de 4,8 a 6,0 devido a presença do manto ácido, que regula a homeostase do estrato córneo. A alteração do pH da pele desempenha um papel importante na prevenção de patogênese e cura de várias doenças cutâneas, como dermatite de contato irritativa, dermatite atópica, ictiose e também na cicatrização de feridas.

Os mesmos autores afirmam que a leitura do pH aproveita a tecnologia de transistores de pH, no qual o sensor é um transistor de efeito de campo íon-sensível. Esta é uma técnica não invasiva, que avalia as propriedades de barreira do estrato córneo e também avalia a relação entre as mudanças da microflora superficial da pele e o desenvolvimento de irritação da pele. Yamada (2003, p.63) cita ainda que o pH levemente ácido (5,8 a 6,6) é considerado benéfico no combate à infecção e à reparação tecidual.

Shultz et al. apud Aron (2009) apresentam o instrumento TIME com a intenção de identificar os fatores que dificultam o processo cicatricial e buscar meios de eliminá-los. O TIME é um acrônimo onde o T significa *tissue non viable*, ou seja, tecido inviável, necrótico. O I, *infection or inflammation*, que traduzido significa infecção ou inflamação. O M, *moisture imbalance*, se refere ao estado de excessiva umidade ou de ressecamento do leito da ferida. E a letra E, *edge of wound advancing*, refere-se ao espaço morto ou margens das lesões.

Segundo Crozeta e Roehrs (2011) o acompanhamento da evolução das úlceras por pressão é subsidiado pelos sistemas de classificação que são: Sistema RYB (*red/yellow/Black*); o estadiamento da úlcera pelo grau de lesão tissular; profundidade da ferida; aspecto do exsudato, dimensão da ferida e o instrumento *Pressure Ulcer Scale for Healin* (*Push Tool*).

O sistema RYB (*red/yellow/Black*) segundo Crozeta, Roehrs, Romanelli, Dinni (2011) e Silva et al. (2012) avalia a quantidade de tecido viável e não-viável através da cor de base da ferida. Um leito da ferida vermelho (*red*) indica a presença de tecido de granulação.

Ainda segundo os autores acima, deve-se ter bastante atenção na aparência e classificação do vermelho: vermelho escuro pode indicar infecção e o vermelho pálido com sangramento espontâneo pode ser um sinal de isquemia ou também de infecção. Nesse tipo de ferida o objetivo do tratamento é favorecer o ambiente úmido, proteger os tecidos neoformados e prevenir/tratar as infecções. Deve-se atentar para áreas com muito tecido de

granulação, pois podem indicar excesso de umidade no leito da ferida ou degeneração maligna do tecido epitelial. As feridas amarelas (*yellow*) indicam a presença de esfacelo ou tecido fibrinoso e seus tecidos moles são desvitalizados, podendo estar colonizados favorecendo assim a infecção. Nesse caso, o tratamento incluiria desbridamento dos tecidos desvitalizados e estancar a infecção através de terapia sistêmica. A coloração preta (*Black*) no leito da ferida reflete a presença de tecido necrosado, devido a alteração local de perfusão tecidual, podendo variar entre castanho, marrom ou preto e o tratamento é realizado por meio do desbridamento.

O sistema de memorização chamado “MEASURE” é um modelo de avaliação acurada das feridas crônicas, onde M é a medida (*measure*), E o exsudato (*exudate*), A a aparência (*appearance*), S a dor (*suffering*), U o deslocamento (*undermining*), R a reavaliação (*re-evaluation*) e E a borda (*edge*) (CROZETA; ROEHRS, 2011).

O monitoramento da “Medida” da ferida abrange o comprimento, largura, profundidade e área da úlcera. O comprimento e largura são avaliados pela mensuração linear simples, com a medição do maior comprimento e largura da úlcera, com as distâncias lineares de uma borda a outra. A área é a relação do comprimento e a largura da ferida em centímetros quadrados (cm²). A profundidade é a distancia entre a superfície e o ponto mais profundo da base da ferida, utilizando um *swab*.

Para Meneghin e Vattimo (2003, p.41) a formação de exsudato ocorre devido à permeabilidade da parede vascular e é constituído por fibrinogênio, tromboplastina e plaquetas. O “Exsudato” é avaliado em relação a quantidade, podendo ser ausente, pequena, moderada e grande, correspondendo a um escore de zero a três, respectivamente, e qualidade, apresentado pelos termos seroso, serosanguinolento, sanguinolento, seropurulento e purulento.

A quantidade, a cor, o odor e a consistência de exsudato devem ser avaliados, a fim de excluir a presença de infecção ou edema. O exsudato pode ser seroso ou sanguinolento, refletindo um processo inflamatório normal ou danos aos vasos sanguíneos. A avaliação do odor da ferida pode ser um indicador de colonização por *Pseudomonas aeruginosa* (ROMANELLI; DINNI, 2011, p.509).

O uso de antisséptico tópico pode ser de grande utilidade no controle da carga bacteriana, evitando assim as complicações sistêmicas. No entanto, Silva et al. (2012) afirmam que após uma cultura realizada por swab do leito de uma ferida, o profissional de saúde deve atentar para a presença de germes gram-negativos (*Escherichia coli*, *Klebsiella sp*,

Proteus sp, *Acinetobates sp*), pois em algumas situações é comum haver colonização, como nas feridas crônicas.

A “Aparência” da úlcera está relacionada à cicatrização ou a ocorrência de qualquer complicação, observando-se o leito da ferida, tipo e quantidade de tecido de granulação e a coloração. A inspeção do leito da ferida pode ser descrito de acordo com a codificação: D1 – eritema que não se torna pálido na pele íntegra; D2 – perda de pele de espessura parcial, envolvendo derme e/ou epiderme, como abrasão, bolha ou cratera rasa; D3 – perda total da pele envolvendo necrose do tecido subcutâneo, D4 – perda total da pele, atingindo músculos, ossos e estruturas de suporte; D5 – ferida completamente recoberta por tecido necrótico, inviabilizando a avaliação de estruturas adjacentes até que seja desbridado.

A mensuração da “Dor” é feita através de escalas de intensidade de zero a dez, sendo de grande importância na avaliação clínica, a fim de promover qualidade de vida ao cliente.

O “Deslocamento” ou formação de túneis indica a destruição tecidual que subjaz à pele íntegra. A direção desses túneis é determinada com a introdução de um aplicador horizontal às bordas da lesão e a documentação segue os ponteiros do relógio, sendo 12 horas a direção da cabeça do paciente. A avaliação prossegue com a mensuração da profundidade do túnel.

A frequência da “Reavaliação” deve ser estabelecida pelo enfermeiro baseado em parâmetros clínicos do paciente e das metas estabelecidas no tratamento da lesão. A etapa final do sistema MEASURE refere-se a necessidade de avaliar as margens da úlcera e a pele ao redor, ou seja, a “Borda”. Esse dado irá oferecer informações referente a etiologia e cicatrização.

A escala de *Push Tool* proposta pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) considera três parâmetros para avaliação do processo de cicatrização: área da ferida, quantidade de exsudato e aparência do leito da ferida. Essa escala permite a categorização da lesão e auxilia no direcionamento das medidas de intervenção nas fases da cicatrização, além de permitir a avaliação das medidas e recursos utilizados e a evolução do processo cicatricial (CROZETA; ROEHRS, 2011).

Segundo esta escala a área da ferida está relacionada ao maior comprimento (no sentido céfalo-caudal) versus a maior largura (em linha horizontal da direita para esquerda), em centímetro quadrado. Após a multiplicação desses valores encontra-se valores referentes a extensão da ferida, podendo esta ser pequena (com área $\leq 50\text{cm}^2$), média (área $> 50\text{cm}^2$ e $< 150\text{cm}^2$), grande (área $> 150\text{cm}^2$ e $< 250\text{cm}^2$) ou extensa ($> 250\text{cm}^2$) (GEOVANINI; JUNIOR, 2008).

Crozeta e Roehrs (2011) afirmam que a quantidade de exsudato presente na ferida deve ser avaliada após a remoção da cobertura e antes da aplicação de qualquer agente tópico. É classificada como ausente, pequena, moderada e grande, correspondendo ao escore de 0 (ausente) a 3 (grande).

Os autores acima referendados citam ainda que, a aparência do leito da ferida corresponde ao tipo de tecido que prevalece nessa região, sendo mencionada como: tecido necrótico, de coloração preta marrom ou castanha que adere firmemente ao leito ou às bordas da ferida e apresenta-se mais endurecido ou mais amolecido, quando comparado a pele periférica; esfacelo, tecido de coloração amarela ou branca que adere ao leito da ferida e apresenta-se como cordões, crostas grossas ou mucinoso (com glicoproteínas e muco); tecido de granulação, de cor vermelha ou rósea, aparência brilhante, úmida e granulosa; tecido epitelial, aparece como novo tecido róseo ou brilhante que se desenvolve a partir das bordas, ou como “ilhas” na superfície da lesão (feridas superficiais) e ferida fechada ou recoberta, aquela completamente recoberta com epitélio. Esses tecidos correspondem aos escores 0 (ferida fechada), 1 (tecido epitelial), 2 (tecido de granulação), 3 (esfacelo) e 4 (tecido necrótico).

Para Silva et al. (2012; p.148) essa escala permite a categorização da lesão e auxilia no direcionamento das medidas de intervenção em cada uma das fases do processo de cicatrização. Também é possível avaliar a eficácia de medidas e recursos utilizados e a evolução do processo cicatricial.

A avaliação de feridas é essencial para a prescrição de um tratamento adequado, visto que envolve desde a etiologia até as características do leito da lesão e da área circundante, bem como as doenças de base do cliente. No entanto, Santos et al. (2010) afirmam que os profissionais de enfermagem não oferecem a devida importância a avaliação de pacientes portadores de feridas, eles não identificam os fatores que influenciam no processo cicatricial, realizam apenas curativos consecutivos em feridas que insistem em não cicatrizar e não dão a devida importância para o estado nutricional do paciente, para a presença de infecções ou doenças de base que retardam a cicatrização.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa de caráter descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma UTI adulto de um hospital público em Campina Grande – PB

que dispõe de 253 leitos, sendo 20 deles destinados a vagas de UTI adulto. No quadro de profissionais de enfermagem da UTI Adulto trabalham 24 enfermeiros, distribuídos em plantões com duração de 24 e 12 horas.

A amostra foi constituída por 17 enfermeiros graduados, atuantes dos três turnos para que os dados coletados ficassem mais fidedignos com a realidade, foram incluídos os enfermeiros intensivistas que atuam na UTI adulto com vínculo empregatício com o hospital e que concordaram em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), e os que entregaram os instrumentos de coleta de dados em período estipulado para o encerramento desta etapa da pesquisa.

Para coleta de dados foi utilizado um formulário que se refere aos dados sócio-demográficos do enfermeiro, e posteriormente esses dados foram submetidos ao programa Microsoft Excel, construído gráficos e, tabulada a frequência simples, sendo posteriormente discutidos à luz da literatura.

Elaborou-se um questionário que identificasse os tipos de feridas mais frequentes, realizados na primeira etapa do PIBIC/2014. Foram selecionadas três imagem das 87 fotos tiradas, com principais categorias de feridas descobertas, que fizeram parte do questionário, encontrado no APÊNDICE – B. Para a obtenção das fotos foram seguidas as diretrizes para fotodocumentação de feridas propostas por Irion (2005).

Para esta segunda parte da pesquisa foi proposto aos entrevistados que realizassem a avaliação de três feridas mais frequentes exibidas nas imagens, e para o preenchimento dos instrumentos os entrevistados tiveram o tempo de uma semana, sendo os dados coletados num período de 02 meses, abril e maio de 2014.

Esta etapa, correspondente a análise qualitativa, recebeu o tratamento da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, que propõe um conjunto de instrumentos metodológicos aplicado a discursos extremamente diversificados (BARDIN, 1977) e, foram criadas categorias temáticas e suas respectivas subcategorias, a partir de perguntas norteadoras referentes aos critérios, conhecimento e dificuldades na avaliação das feridas selecionadas pela pesquisa. Atribuía-se aos entrevistados um número em algarismos arábicos para identifica-los. Após a análise sistemática dos dados, os resultados foram apresentados e discutidos a luz da literatura pertinente ao tema.

O estudo foi desenvolvido após a aprovação do Comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual da Paraíba – CEP/UEPB, sob parecer nº 23086013.6.0000.5187 (Anexo B). A pesquisa foi realizada respeitando o que está proposto na Resolução 466 de 24 de Outubro de 2013, que regulamenta a pesquisa em seres humanos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quanto aos dados sociodemográficos, entre os 17 enfermeiros participantes do estudo, a maioria é do sexo feminino (94%), com idade entre de 29 a 39 anos (47%), casadas (59%), com renda maior que 06 salários mínimos (53%) e todas residem na zona urbana. O tempo de formação variou de 7 a 10 anos (35%) e 94% têm pós-graduação nas áreas citadas na Figura 1.

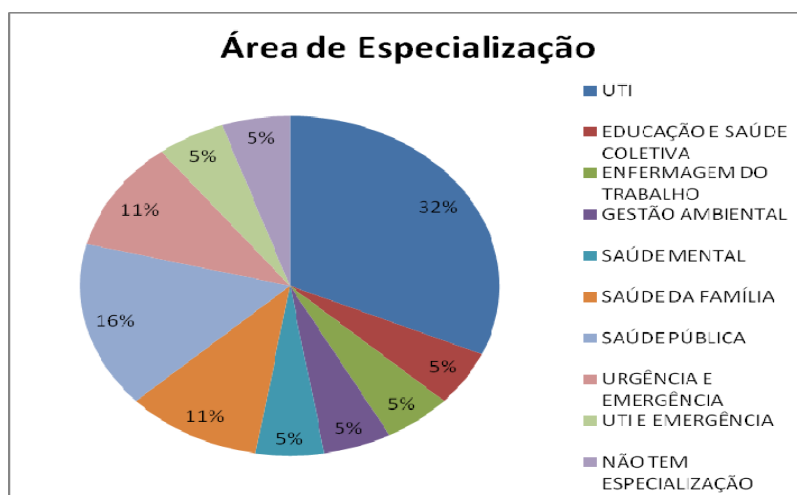


Figura1 - Distribuição percentual dos participantes da pesquisa – 2014

Dos enfermeiros entrevistados, 08 enfermeiros (47%) atuam na área entre 05 e 10 anos e, 09 enfermeiros (53%) já fizeram algum curso de capacitação ou atualização com o tema ferida.

O hospital onde foi realizada a pesquisa possui CCIH e Comissão de Curativos, porém, 76% dos entrevistados afirmam que a CCIH não atua com o treinamento sobre a temática com os funcionários e 100% afirmam que a CCIH e/ou Comissão de Curativos não tem cronograma de treinamento acerca de feridas, porém 18% disseram desconhecer se há.

Dentre os enfermeiros entrevistados, 70% afirmam que a equipe de CCIH e/ou Comissão de Curativos não acompanham e/ou executam os curativos. É sabido que a comissão de curativos executa curativos nas alas, porém na UTI a participação não ocorre.

De acordo com os participantes 53% relatam que não recebem orientação para escolha dos produtos e execução dos curativos e 59% (Figura 2) asseguram não receber orientação alguma sobre avaliação de feridas da CCIH e/ou Comissão de Curativos.

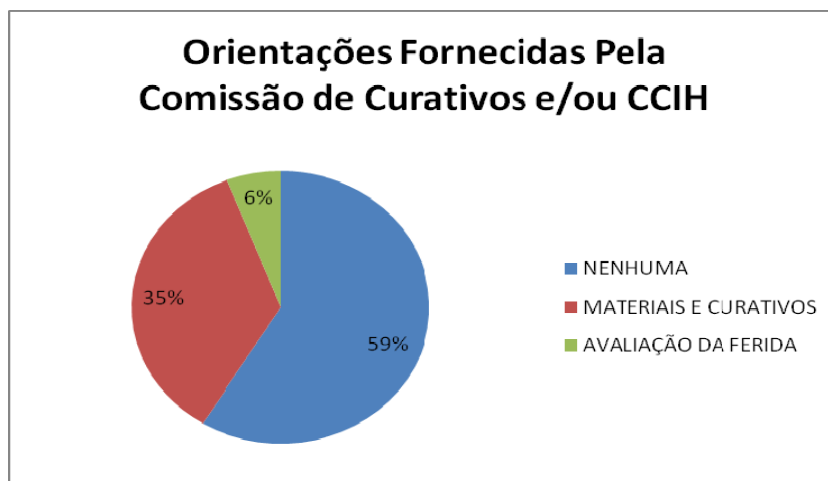


Figura2 - Distribuição percentual dos participantes da pesquisa - 2014

Pode-se perceber que os enfermeiros que trabalham na UTI deste Hospital são profissionais experientes, com um bom grau de instrução e a instituição possui uma infraestrutura adequada para o tratamento dos pacientes, no entanto, não há essa ligação dos enfermeiros da UTI com a Comissão de Curativos e CCIH. Isso tem dificultado o trabalho dos enfermeiros na avaliação e evolução das feridas.

Para a segunda parte desta pesquisa, os dados receberam o tratamento qualitativo através da técnica de análise de conteúdo segundo Bardin, e os discursos foram analisados considerando-se as categorias temáticas.

Os dados qualitativos dos discursos dos entrevistados tiveram como escopo investigar os critérios que o enfermeiro intensivista leva em conta ao avaliar clinicamente o portador da ferida em anexo ao questionário, descrever as características que ele consegue identificar nas feridas das fotos (Figura 03), quais os aspectos em uma ferida devem ser considerados numa avaliação, e se o enfermeiro sente alguma dificuldade para realizar a avaliação das feridas e quais.

Segue abaixo, uma tabela com a avaliação de referência das imagens das feridas utilizadas no questionário da pesquisa com os enfermeiros:

FOTO DAS FERIDAS	AVALIAÇÃO DAS FERIDAS
	<p>Trata-se de uma deiscência de parede da ferida operatória na região abdominal, na cicatriz mediana e transversa (abdominal inferior). Paciente possui dreno no flanco E. e, Ileostomia na parede muscular abdominal.</p> <p>É uma ferida contaminada, aguda, que se apresenta na fase inflamatória, possui tecido de granulação, tecido necrótico e esfacelo, com bordas hiperemiadas. O exsudato é de aspecto purulento, com secreções amareladas e odor fétido. Com relação a estrutura anatômica foi expostos pele, tecido adiposo e músculo. É uma ferida média, com área de 132 cm², profunda superficial e sem túnel.</p>
	<p>Trata-se de uma Ulcera Por Pressão (UPP) na região sacral, possui tecido de granulação, epitelização, necrótico e esfacelo. Aborda da ferida está hiperemiada e macerada. É uma lesão superficial, crônica, de categoria III, ou seja, há perda de tecido em sua espessura total e a gordura subcutânea está visível, <i>sem</i> exposição de osso, tendão ou músculo. É inodora e possui exsudato serosanguinolento. Sua área é de 28cm², sendo considerada pequena (até 50 cm²). Percebe-se que está infectada e nas fases inflamatória e proliferativa.</p>
	<p>Trata-se de uma escoriação aguda no MS na face posterior que apresenta tecido de granulação, crosta e tecido de epitelização. A pele ao redor da ferida está macerada e hiperemiada. Possui exsudato serosanguinolento, é inodora, há apenas exposição da pele e é uma lesão superficial extensa, com área= 624cm² (A>250 cm²). É considerada como potencialmente contaminada, na fase inflamatória.</p>

Figura 3. Imagens com as fotos das Feridas e suas Avaliações de referências utilizadas na pesquisa- 2014

Para questão 01: **“Quais os critérios você leva em conta ao avaliar clinicamente o portador destas feridas em anexo?”** foram identificadas três categorias: **I – “Critério nutricional”**; **II – “Critérios baseados nos exames laboratoriais”**; **III – “Informações somente acerca da ferida, sem considerar as condições do portador”**.

Antes de abordarmos as referidas categorias é interessante ressaltar que ao se avaliar uma ferida, deve – se levar em consideração as condições gerais do portador da lesão, como o histórico, anamnese, exame físico e os exames laboratoriais. É importante a avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, digestório e locomotor. Saber as doenças de base, o uso de medicamentos, nutrição e eliminações, etnia, idade e hábitos. Atividades da vida diária também são de extrema importância em uma avaliação para o tratamento da ferida.

Categoria I: “Critério nutricional”

Nesta categoria verificamos que 76% dos enfermeiros que trabalham na UTI vêem o estado nutricional do paciente como critério clínico de fundamental importância na avaliação do portador da ferida. Mas, no cotidiano da enfermagem, não percebemos a expressão desta importância relatada, pois, não são referidas e nem observadas no dia-a-dia, ações de enfermagem para o monitoramento da aceitação e controle baseado nas necessidades corporais.

Silva et al. (2012) relata que a desnutrição é bastante prevalente no ambiente hospitalar e dentre suas inúmeras conseqüências estão o comprometimento cicatricial, favorecimento da deiscência de parede e o surgimento de lesões de pele, com conseqüente aumento na suscetibilidade às infecções. É importantíssimo que na admissão a enfermagem realize uma anamnese alimentar, verificando as perdas ou ganhos de peso, carências de vitaminas ou minerais, dados antropométricos, hidratação e dados bioquímicos, para que seja possível a identificação do risco nutricional e o maior risco de desenvolvimento de feridas, repassando essas informações para a equipe de nutrição.

E02: Obesidade, nutrição inadequada, falta de cuidados assépticos, distúrbios provocados por alterações de índices (exames laboratoriais), perfusão inadequada.

E03: Estado nutricional do paciente, presença de comorbidades, profundidade da lesão, tipo de tecido, mudança de decúbito.

A ferida não pode e nem deve ser vista como um fato que ocorre isoladamente. A ausência ou a diminuição de alguns nutrientes podem danificar todo o processo cicatricial. A carência protéica diminui a resposta imunológica, a fagocitose e a síntese do colágeno. Baixas taxas de vitamina A aumentam as chances de haver uma infecção e comprometem a

instabilidade do colágeno. A insuficiência de vitamina C desfavorece a migração de macrófagos, interfere na síntese de fatores do complemento e imunoglobulinas, além de alterar a resposta imunológica e a função dos granulócitos e neutrófilos. A deficiência de vitamina K interfere na síntese de fatores VII, IX e X de coagulação (MENEHIN; VATTIMO, 2003).

Os carboidratos e as gorduras são os maiores fornecedores de suprimento energético, imprescindível para todo o processo cicatricial. A falta de zinco também retarda a cicatrização além de levar a anorexia (MENEHIN; VATTIMO, 2003).

A condição nutricional do indivíduo é um fator bastante importante no processo cicatricial, uma vez que as substâncias são essenciais e atuam como substrato para o processo fisiológico da cicatrização. Sendo assim, na existência de uma má condição nutricional, o processo fisiológico normal de cicatrização é prolongado (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Categoria II: “Critérios baseados nos exames laboratoriais”

Percebemos nesta categoria que 18% dos enfermeiros acham que os exames laboratoriais são de extrema importância na avaliação clínica do portador da ferida, porém, não é hábito da enfermagem, checar resultados de exames e relacioná-los a clínica do paciente e, muito menos provável, que os relacione com a evolução da ferida, já que essa função ficou rotineiramente exclusiva para médicos.

E03: O estado geral do paciente, presença de comorbidades, tipo de lesão, localização, tipo de tecido, profundidade, quantidade de exsudato, resultado de exames laboratoriais.

E04: Trata-se de um paciente submetido a uma laparotomia exploratória tardia + colostomia; devo levar em consideração o diagnóstico pré-operatório; + exames laboratoriais; ver se é diabético, hipertenso e avaliar a questão nutricional.

Os exames laboratoriais de auxílio diagnóstico devem seguir uma periodicidade padrão. As pessoas portadoras de feridas que convivem com patologias crônicas requerem um controle mais freqüente, como *diabetes mellitus* e drepanocitose (presente na anemia

falciforme). O acompanhamento laboratorial deverá ocorrer sempre que se suspeite de um desequilíbrio (AGREDA; BOU, 2012).

Categoria III: “Informações somente acerca da ferida, sem considerar as condições do portador”.

A maioria dos enfermeiros entrevistados (82%) não associam as condições do portador da ferida e não fazem julgamento clínico do mesmo. Para eles é como se não houvesse o portador, apenas a ferida em si, com isso não há uma avaliação do paciente de maneira holística, o que ainda é reforçado pela formação dos profissionais de saúde perpetuando ainda, uma visão cartesiana e biologicista, marcando assim, uma assistência curativa que divide o paciente em partes. Sendo assim, o cliente não é considerado como um todo clinicamente.

O profissional de enfermagem está diretamente relacionado ao tratamento de feridas, devendo resgatar a responsabilidade de manter a observação intensiva com relação aos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da ferida ou interfiram no processo de cicatrização. Para isso, é necessária uma visão clínica que relacione alguns pontos importantes que influenciam neste processo, como o controle da patologia de base (hipertensão, *diabetes mellitus*), aspectos nutricionais, infecciosos, medicamentosos e, sobretudo, o rigor e a qualidade do cuidado educativo (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Segundo Meneghin e Vattimo (2003) muitos enfermeiros não percebem a importância de avaliar o cliente para identificar fatores que impedem ou retardam a cicatrização. Apenas se empenham em realizar infindáveis sessões de curativos em ferimentos que não cicatrizam, culpando os produtos utilizados no tratamento.

Para realizar um tratamento de maneira holística é necessário avaliar as condições do paciente e não direcionar a atenção apenas ao ferimento. É imprescindível que o enfermeiro detenha conhecimento sobre os fatores que podem retardar a cicatrização, com a finalidade de traçar estratégias que viabilizem um controle, minimizando-os ou erradicando-os, favorecendo assim, uma cicatrização sem maiores complicações (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

E02: *Exposição da ferida ao meio, extensão da área, crostas contaminadas.*

E09: *Trata-se de deiscência de sutura por cirurgia abdominal, a localização, exsudato (se existe), que tipo, suas características, análise do leito da ferida, bordas.*

Nas questões seguintes os enfermeiros foram abordados especificamente acerca dos critérios de avaliação das feridas utilizando as três fotos com imagens de feridas que serviram como base de avaliação.

Na questão 02: **“Descreva as características que você consegue identificar nas feridas das fotos em anexo.”** foi possível analisar que 15 enfermeiros entrevistados (88%) identificam os tipos de tecido, 14 (82%) identificaram o tipo de ferida, 12 (70%) as bordas, 08 (47%) o exsudato, 05 (29%) o local da ferida e a presença de infecção, 04 (23%) a área da ferida e sua classificação pelo grau e 02 entrevistados (12%) identificaram as fases e o tipo de cicatrização.

Percebe-se que não houve uma preocupação por parte dos enfermeiros em descrever a ferida com relação ao seu tempo de cicatrização. O que nos permite inferir a dificuldade, o despreparo e/ou a falta de preocupação em fazer esta avaliação, já que poucos enfermeiros acompanham e/ou executam os curativos.

No que se refere ao tempo de cicatrização, Simões (2011) subdivide as feridas em agudas e crônicas. As agudas são feridas onde o processo de cicatrização ocorre sem complicações, por rápida epitelização e pela mínima formação de tecido de granulação, geralmente incidem por cicatrização por primeira intenção. Já as feridas crônicas caracterizam-se por processos difíceis de cicatrização, cicatrizam normalmente por segunda ou terceira intenções, e estão associadas a forças de pressão, cisalhamento ou de fricção, isoladas ou combinadas com patologias de base. Geovanini e Junior (2008), ainda acrescentam que as feridas crônicas são descritas como de longa duração ou de recorrência frequente e ocorre um desvio na sequência do processo cicatricial fisiológico.

E06: Fig. A: *F.O aberta com presença de hiperemia + tecido desvitalizado nas bordas. Com presença de sinais flogísticos.*

Fig. B: *Úlcera por pressão com tecido de granulação, esfacelo e tecido desvitalizado. Bordas maceradas.*

Fig. C: *Escoriação com presença de tecido desvitalizado.*

E07: Fig. A: *Tecido de granulação.*

Fig. B: *Tecido de granulação + necrose.*

Fig. C: *Tecido de necrose + granulação.*

E13: Fig. A: *Observar a quantidade de exsudato (odor, tecido, etc.). Observar o tamanho da ferida operatória, a quantidade de material para curativo que será necessário, que tipo de tratamento será utilizado nesta ferida.*

Fig. B: *Observar que estágio se encontra a úlcera de decúbito; observar que tipo de curativo (tratamento) será realizado; observar a necessidade da avaliação da plástica ou não para desbridamento da ferida.*

Fig. C: *Observar as características do ferimento (escoriações) quanto ao tecido. Observar o tipo de curativo que será feito. Observar se haverá a necessidade de limpeza cirúrgica.*

Para a questão 03: **“Quais os aspectos em uma ferida devem ser considerados numa avaliação?”** foi analisado que 12 entrevistados (70%) consideram o tipo de exsudato na avaliação de feridas, 11 enfermeiros (65%) o tipo de tecido, 09 (52%) o local da ferida, 06 (35%) levam em consideração o odor, a área e a profundidade, 04 (23%) extensão e etiologia, 03 (18%) o grau de contaminação, 02 (12%) a fase de cicatrização, e 01 enfermeiro (6%) levou em consideração borda, tempo de cicatrização, temperatura e grau de comprometimento tecidual.

Foi possível observar que nenhum dos entrevistados citou a perfusão tecidual e o pH como um aspecto que deve ser considerado em uma avaliação de feridas. Esse fato nos alerta e preocupa, pois, cabe a enfermagem a mobilização com a intenção, entre outras, de melhorar a perfusão tecidual, o que vem ratificar o alto índice de surgimento das úlceras por pressão nas UTIs.

Para Meneghin e Vattimo (2003, p.36) um dos fatores que retardam a cicatrização é a manutenção de pressão contínua sobre a área da lesão, prejudicando a perfusão adequada dos tecidos. Isso ocorre porque a deficiência de oxigênio impede a síntese de colágeno, diminui a proliferação e a migração celulares e reduz a resistência dos tecidos à infecção.

Romanelli e Dinni apud Glibbery e Mani (2011, p.516) explicam que o pH do leito da ferida tem provado ser de fundamental importância durante a cicatrização de feridas crônicas, já que a acidificação prolongada do leito da ferida aumenta a taxa de cicatrização de úlceras crônicas de perna, enquanto o pH da não cura de úlceras crônicas de perna, de etiologia venosa e úlceras por pressão, mostrou-se alcalino ou neutro em relação a pele perilesional normal.

E10: *São vários, entre eles: etiologia, localização, extensão, profundidade, estado nutricional, grau de comprometimento tecidual, mobilidade, presença microrganismos, tempo de existência, nível de conhecimento do paciente/cliente dentre outros.*

E12: *Tamanho, profundidade, aspecto, débito, quantidade de exsudato, coloração, odor.*

Na questão 04: **“Você sente alguma dificuldade para realizar a avaliação das feridas? Quais?”** emergiram duas categorias: **I – “Há dificuldade na avaliação”;** **II – “Não há dificuldade na avaliação”.**

Categoria I: “Há dificuldade na avaliação”

Nesta categoria foi possível verificar que 70% dos entrevistados sentem dificuldades para realizar a avaliação das feridas. Dentre as dificuldades citadas estão: diferenciar os tipos de exsudato (6%), diferenciar os tipos de tecidos (18%) e estruturas da pele atingida (12%).

E01: *Sim. O tipo de secreção, cor, odor e partes da pele atingida.*

E03: *Em úlceras pro pressão quando tem a necrose e não tem como definir com precisão o estágio.*

E08: *Diferenciar alguns tipos de tecido.*

E17: *Sim, as vezes em tecido da coloração amarelada gera dúvida, se trata-se de um com fibrina ou pontos de infecção.*

Somente ao conhecermos o que avaliar nas lesões de pele, vai nos permitir traçar um plano de cuidados eficaz, que nos permitira adequar e monitorar o tratamento e acompanhar a evolução do processo cicatricial. Em geral, a/o enfermeira/o reluta em assumir a execução desta atividade, há tanto tempo delegada aos técnicos e, hoje nos vemos despreparados e desinteressados a assumir este cuidado, que requer mais que somente o ato de trocar os curativos e sim, a complexa tarefa de avaliar e prescrever.

Devemos conhecer sobre as dificuldades apresentadas que a formação do exsudato ocorre devido a permeabilidade da parede vascular, e é constituído de fibrinogênio, tromboplastina e plaquetas. Seu aspecto, consistência e cor vão depender do tipo de tecido

atingido e da intensidade e duração do processo inflamatório. O exsudato seroso é plasmático, aquoso, transparente e está normalmente presente em lesões limpas; o exsudato sanguinolento indica lesão vascular; e o exsudato purulento, normalmente espesso, é o resultado de leucócitos e microorganismos vivos ou mortos, apresentando uma coloração amarela, verde ou marrom, dependendo do agente infeccioso (MENEZHIN; VATTIMO, 2003).

Para Agreda e Bou (2012, p.58) os tipos de tecido são: tecido necrótico- seco (duro) ou úmido (mole); tecido esfacelado; tecido de granulação e tecido de epitelização. Yamanda (2003) explicam que o tecido necrótico seco, também chamado de necrose de coagulação, é decorrente da desnaturação das proteínas e é comumente produzida pela interrupção do suprimento sanguíneo. A necrose úmida, ou necrose liquefativa é oriunda de digestão enzimática celular com um processo relativamente rápido de degradação e destruição total das células mortas.

O termo esfacelo refere-se ao tecido de consistência delgada, mucóide, macia e de coloração amarela, bronzeada ou cinza, e é formada por bactérias, fibrina, elastina, colágeno, leucócitos intactos, fragmentos celulares, exsudato e grande quantidade de DNA. O esfacelo pode estar firme ou frouxamente aderido no leito e bordas da ferida.

O tecido de granulação é um tecido avermelhado, observado em feridas limpas (IRION, 2005), enquanto que o tecido de epitelização apresenta migração e multiplicação de células epiteliais sobre uma superfície desnuda durante o processo cicatricial (COSTA, 2014).

A classificação das feridas pelo grau de lesão tissular compreende 4 estágios: estágio 1- pele íntegra com sinais de hiperemia, descoloração e endurecimento; estágio 2- perda parcial de epiderme ou derme, apresentando –se em forma de abrasão, bolhas ou cratera rasa; estágio 3- perda total de tecido cutâneo, necrose do subcutâneo até a fáscia muscular; estágio 4- destruição significativa do tecido com necrose, atingindo músculo, tendões e ossos.

Atualmente, devido a análise do mercado de trabalho e das diversas áreas de atuação do enfermeiro, a competência profissional tem sido um importante requisito básico, uma vez que se vive a era da informação e do conhecimento, buscando-se padrões de excelência, alcançando-se melhores resultados organizacionais e aumentando a competitividade. Desse modo, é ressaltante o fato de que o enfermeiro deve ter iniciativa e disponibilidade para desenvolver sua competência. Sendo assim, a educação continuada é considerada também fundamental para uma tomada de consciência da necessidade da formação profissional sistemática, programada de modo a atingir todos os níveis da saúde, oferecendo a todos a oportunidade de crescimento profissional e pessoal (FERREIRA, KURCGANT, 2009).

Os mesmos autores ainda afirmam que a eficácia do treinamento em enfermagem para uma assistência à saúde, em nível hospitalar, depende diretamente das experiências de ensino-aprendizagem proporcionadas pela Instituição, cujo programa global deve conter as ações de saúde que lhe compete prestar à população que lhe é adstrita. Isto significa que é dever do hospital, como a qualquer instituição produtora de bens ou serviços, responsabilizar-se pelo contínuo aperfeiçoamento de todo o seu corpo de pessoal. Os gestores e as instituições hospitalares devem investir na capacitação dos recursos humanos, considerando os contextos sócio-político-econômico e de saúde vigentes.

Categoria II – “Não há dificuldade na avaliação”

Nesta categoria, 12% dos entrevistados revelaram não sentir dificuldades para realizar a avaliação das feridas. É importante ressaltar que 18% dos enfermeiros participantes não responderam esta questão.

Sabe-se que as feridas acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia, determinando um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele em hospitais, sendo assim, um sério problema de saúde pública. Entretanto, não há dados estatísticos que comprovem este fato, devido os registros dos atendimentos serem escassos (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Setz e D'Innocenzo (2009) afirmam que a qualidade dos serviços de enfermagem não está só na formação do enfermeiro, no processo de restauração da saúde do cliente ou, quando isto não é possível, na melhoria das condições de vida, nas orientações quanto ao autocuidado, na simplificação e na segurança nos procedimentos de enfermagem, mas também no resultado do produto hospitalar, medido por meio da qualidade da documentação e do registro de todas as ações de enfermagem. A qualidade do registro das ações assistenciais reflete a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho e, com base nesses registros, pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais.

5 CONCLUSÃO

Sabe-se que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde e sendo um dos responsáveis pelos cuidados ao paciente portador de ferida, deve buscar estratégias de prevenção, avaliação e tratamento para o controle e abordagem desta, visando promover

condições que favoreçam uma cicatrização eficaz, sem maiores complicações ou comprometimentos.

Diante dos resultados da pesquisa, foi possível concluir que para o portador da ferida, os critérios que os enfermeiros intensivistas mais utilizam para avaliação clínica são: nutrição, hidratação, exames laboratoriais, estado geral, doenças de base, idade, nível de consciência e uso de medicamentos. Em relação a ferida em si, os enfermeiros avaliam o tipo de tecido, tipo de exsudato e quantidade, odor, local, etiologia, grau de contaminação, área, extensão, profundidade, borda, tempo de cicatrização e as fases do processo cicatricial. No entanto, alguns enfermeiros sentem dificuldades, ou possuem algumas dúvidas em relação a avaliação das feridas, pois a CCIH e a Comissão de Curativos que deveriam estar presentes para suporte estão ausentes na UTI.

Frente ao exposto, torna-se necessário a elaboração de um cronograma de implementação de capacitações para educação permanente que elabore estratégias e desenvolva ações, através de palestras e pesquisas, buscando um maior aprofundamento acerca da temática e ao desenvolvimento de um trabalho juntamente com a Comissão de Curativos e/ou CCIH para que o enfermeiro possa atuar com maior segurança no processo de avaliação de ferida e do portador, de maneira holística.

Sabe-se que o uso de um instrumento de avaliação padronizado é essencial para a comunicação entre os membros da equipe de saúde e o plano de cuidados, quando esse registro é insuficiente e inadequado compromete a assistência prestada ao paciente assim como a instituição e a equipe de enfermagem. Existe um comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado do paciente, além da dificuldade para mensurar os resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro. A padronização dos registros (anotações e evoluções) de enfermagem é necessária, visto que existem falhas no que se refere a adequações gramaticais da linguagem formal, exatidão, brevidade, legibilidade, identificação e terminologia técnica.

Lembrando sempre que é de primordial importância, por parte do enfermeiro, a necessidade de habilidade na avaliação da ferida, no planejamento dos cuidados (frequência, materiais a serem utilizados no procedimento, e necessidade ou não de consulta médica), na execução do curativo propriamente dito e na monitorização da ferida no que se refere à sua evolução e à eficácia dos cuidados prestados. Além disso, também há uma necessidade de ensino relativos à alimentação, hidratação, cuidados de higiene ou mobilização, todos eles fundamentais à evolução favorável de uma ferida.

ABSTRACT

Wounds are tissue lesions, deformities or continuity solutions, which can affect the epidermis up to internal structures. Patients allocated in Intensive Care Units (ICUs) are great candidates for acquiring skin lesions, due to the large amount of equipment connected to them and their critical profile, therefore, wounds evaluation by nurses is essential for their subsequent treatment, once these are the professionals who, constantly, perform the healing. The objectives of this study are intended to identify the intensive nurses criteria on the wounds appraisal in a general adult ICU of a public hospital from Campina Grande – PB; analyzing the nurses knowledge on the wounds appraisal and possible difficulties in its implementation. Qualitative methodology was used, having as the study field the Adult ICU of a Public Hospital with 20 beds, the sample consisted of 17 interviewed intensive care nurses, according to the accessibility and considering that the nurse was part of the effective ICU staff and that signed a consent search term; the instrument for data collection consisted on the application of a socio-demographic form and semi-structured questionnaire with wounds images to be evaluated by respondents, the data were treated by content analysis technique propounded by Bardin, respecting the precepts of Resolution 466/12 related to human research. Upon search results it was noted that the nurse does not understand the wound bearer, not performing a clinical trial, they observe the wound itself, particularly the tissue, exudates and edge characteristics. Therefore, it was identified the need to implement training for continuing education on the theme as well as the development of a work together with the Commission Dressings and/or CCIH so the professionals can feel safer in their appraisals.

KEY- WORDS: Intensive Care Units. Wounds Appraisal. Cicatrization.

REFERÊNCIAS

ABBADE, Luciana P. Fernandes. Preparo do leito da ferida. In: MALAGUTTI, Willian; KAKIHARA, Cristiano Tárzia (Org.). **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011. p. 60-62.

AFONSECA, Mariana acht de. *et al.*. Repercussão de doenças sistêmicas no reparo tecidual. **Revista Bahiana de Odontologia**. Salvador, v. 3 n.1. p. 63-75, dez. 2012. Disponível em: <<http://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/32/71>>. Acesso em: 01 out. 2013.

AGREDA, J.J.S; BOU, J.E.T. Atenção Integral nos Cuidados das Feridas Crônicas. Petrópolis, RJ: EPUB, 2012.

ARON, Suzana; GAMBA, Monica Antar. Preparo do Leito da Ferida e a História do TIME. **Revista Estima** - Vol 7 n° 4. 2009. p. 20 – 24. Disponível em: <<http://www.revistaestima>.

com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=109:atualizacao-1&catid=13:edicao-vol-74>. Acesso em: 24 jan. 2013.

BONAMIGO, Renan Rangel; RAZERA, Fernanda; OLM, Gislaine Silveira. Dermatoses neutrofílicas - parte I. **An. Bras. Dermatol.** vol.86 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962011000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 jun. 2014

COSTA, Idevânia. Feridas Complexas. Disponível em:< <http://www.feridascomplexas.com.br/p/principios-de-preparo-de-leito.html>>. Acesso em: 25 jun. 2014

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2007. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 17 set. 2013.

CROZETA, Karla; ROEHRS, Hellen. Avaliação das úlceras por pressão: um cuidado de enfermagem. In: MALAGUTTI, Willian; KAKIHARA, Cristiano Tárzia (Org.). **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2011. P.519.

FERREIRA, J. C. de O. A.; KURCGANT, P. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. **Acta paulista de enfermagem**. vol.22 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100005>. Acesso em: 25 jun.2014

GEOVANINI, Telma; JUNIOR, Alfreu Gomes de Oliveira. **Manual de curativos**. 2. ed. Corpus – São Paulo – 2008.

GOMES, Flávia V.L.; COSTA, Monica R.; MARIANO, Luciana A. A. **Manual de curativos**. 3. ed. 2005.

GOVERNO DA PARAÍBA. **Hospital de Trauma de Campina Grande atende 489 pessoas no final de semana**. Segunda-feira, 11 de março de 2013 - 11h34. Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/65517/hospital-de-trauma-de-campina-grande-atende-489-pessoas-no-final-de-semana.html>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

IRION, Glenn. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas de cores**. Tradução de João Clemente Dantas do Rêgo Barros – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Título original: Comprehensive wound management.

MANDELBAUM, Samuel Henrique; DI SANTIS, Érico Pampado; MANDELBAUM, Maria Helena Sant'Ana. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte I. **An bras Dermatol.** Rio de Janeiro, v.78, n.4, p. 393-410, jul./ago. 2003.

MENEGHIN, P; VATTIMO, M.F.F. (Colab.). Fisiopatologia do Processo Cicatricial. In: JORGE, S.A; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.** São Paulo: Atheneu, 2003, cap 5. p. 31-41.

_____. **Mensurando as feridas.** Disponível em: <<http://enfermeiro.br.tripod.com/lesoes/id6.html>>. Acesso em: 18 Abr. 2014.

MILONE, Giuseppe. **Estatística: geral e aplicada.** São Paulo: Pioneira Thomson Laeming, 2004. p. 35.

MORAIS, Gleycianne F.C.; OLIVEIRA, Simone H.S.; SOARES, Maria J.G.O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Rev. Texto Contexto Enferm.** [online] Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 98-105, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/11.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

POTTER Patricia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de Enfermagem.** Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento, et al.. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Título original: *Fundamentals of Nursing*. p. 1285.

ROMANELLI, Marco; DINNI, Valentina. Avaliação clínica e instrumental das feridas. In: MALAGUTTI, Willian; KAKIHARA, Cristiano Tárzia (Org.). **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional.** 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011. p. 507.

SANTOS, F. dos. et al.. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al.. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.15 n° 5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd178/avaliacao-e-tratamento-de-feridas.htm>>. Acesso em: 03 out. 2013.

SILVA, Roberto C. L. da et al.. **Feridas: fundamento e atualizações em enfermagem.** 3. Ed. – São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2012.

SIMÕES, Isabel Maria Henriques. Controle de infecção no tratamento de feridas. In: MALAGUTTI, Willian; KAKIHARA, Cristiano Tárzia (Org.). **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional.** 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011. p. 585.

SMELTZER, Suzanne C. et al.. **Brunner e Suddarth, Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica.** v. 3. 11. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 1629.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta paulista de enfermagem.** vol.22 no.3 São Paulo May/June 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012>. Acesso em: 25 jun. 2014

YAMADA, B. F. A. (Colab.). O Processo de Limpeza de Feridas. In: JORGE, S.A; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.** São Paulo: Atheneu, 2003, cap 5. p. 45-65.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO
ENFERMEIRO

Dados pessoais

1. Nome:

2. Gênero:

() Feminino () Masculino

3. Idade:

() 18-28 () 29-39 () 40-50 () 51- 59 () 60 ou mais

4. Estado civil: _____

5. Renda:

() Menos de 1 salário mínimo

() 1 salário mínimo

() 2 a 4 salários mínimos

() 4 a 6 salários mínimos

() Mais de 6 salários mínimos

6. Reside em:

() Zona rural () Zona urbana

7. Há quanto tempo terminou a graduação? _____

8. Você fez algum tipo de pós-graduação?

() Sim () Não

9. Se sim, qual?

() Especialização () Mestrado () Doutorado ou Pós-doutorado

Área: _____

10. A quanto tempo atua como enfermeiro?

() Até 5 anos () entre 5 e 10 anos () acima de 10 anos

11. Você já fez algum curso de capacitação ou atualização com o tema FERIDAS?

() Sim () Não

12. Esta Instituição tem CCIH?

() Sim () Não

13. Esta Instituição tem Comissão de curativos?

() Sim () Não

14. A CCIH atua com o treinamento sobre esta temática com os funcionários?

() Sim () Não

15. A CCIH e/ou a Comissão de curativos tem cronograma de treinamento a cerca de feridas?

() Sim () Não

Qual a frequência destes?

16. A equipe de CCIH e/ou a Comissão de curativos acompanham e/ou executam os curativos?

() Sim () Não

Quem da equipe?

17. Quais as orientações que a CCIH e/ou a Comissão de curativos fornecem sobre a avaliação de uma ferida?

18. Quais as orientações de a CCIH e/ou a Comissão de curativos para a escolha de produtos e na execução dos curativos?

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS CRITÉRIOS
UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS PARA AVALIAÇÃO DE FERIDAS**

- 1 Quais os critérios você leva em conta ao avaliar clinicamente o **portador** destas feridas em anexo?

Fig.A: _____

Fig.B: _____

Fig.C: _____

- 2 Descreva as características que você consegue identificar nas feridas das fotos em anexo.

Fig.A: _____

Fig.B: _____

Fig.C: _____

3 Quais os aspectos em uma ferida devem ser considerados numa avaliação?

4 Você sente alguma dificuldade para realizar a avaliação das feridas? Quais?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

_____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa CRITÉRIOS DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA NA AVALIAÇÃO DE FERIDAS. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho, CRITÉRIOS DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA NA AVALIAÇÃO DE FERIDAS, terá como objetivo geral identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre o cuidado com lesões cutâneas, numa UTI adulto de uma instituição hospitalar pública de Campina Grande – PB.

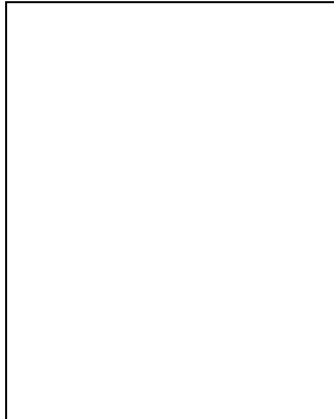
- Ao voluntário só caberá a autorização para Questionário e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 93424135 com Eloíde André Oliveira. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa



ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (03)

Pesquisador Responsável Junto a Plataforma Brasil: Eloide André Oliveira
Número do CAAE PLATAFORMA BRASIL: 23086013.6.0000.5187
Data da relatoria: 24/10/2013

Título: AVALIAR PARA TRATAR FERIDAS: CRITÉRIOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: AVALIAR PARA TRATAR FERIDAS: CRITÉRIOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA. Serão identificados os tipos de feridas mais frequentes, os diagnósticos de enfermagem relacionados à ferida, os critérios de avaliação e de tratamento destas pelos enfermeiros, na UTI Geral adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes da cidade de Campina Grande/PB. O estudo terá uma abordagem quantitativa e será dividida em quatro etapas. A primeira etapa será destinada a análise dos portadores de feridas internados na UTI, a aquisição de imagens fotográficas das soluções de continuidade encontradas e será traçado o perfil das feridas de maior ocorrência. Na segunda etapa serão identificados os diagnósticos de enfermagem relacionados à ferida. Na terceira, pretendemos investigar os critérios utilizados pelos enfermeiros ao realizar a avaliação das feridas. E na quarta etapa realizaremos a investigação das intervenções sugeridas pelos enfermeiros intensivistas durante o tratamento de lesões cutâneas.

Objetivo da Pesquisa: Identificar os tipos de feridas mais frequentes, os diagnósticos de enfermagem relacionados a lesões cutâneas e os critérios de avaliação e de tratamento destas pelos enfermeiros, numa UTI Geral adulto de uma instituição hospitalar pública de Campina Grande/PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Como pretendemos realizar exame físico e fotografar as lesões (mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Obtenção e Utilização de Imagens por um responsável) entendemos que tais ações requerem manipulação dos pacientes que provocam incômodos e constrangimentos nos mesmos. Para diminuir tal desconforto pretendemos realizá-los durante o banho no leito, que na UTI, campo da referida pesquisa, é realizado todas as manhãs. Benefícios: Este estudo pretende aumentar o acervo de informações referentes a estudos de feridas mais frequência em UTIs adulto; sobre os diagnósticos de enfermagem relacionados a elas; e sobre como elas estão sendo avaliadas e tratadas pelos enfermeiros intensivistas. Para a comunidade científica este estudo colabora, para

que, posteriormente, se façam outras indagações e pesquisas acerca dos temas tratados. Para a instituição campo de estudo contribuirá para o conhecimento, por parte dos coordenadores e dos demais profissionais, sobre o perfil das feridas existentes nos pacientes tratados em suas UTIs e da maneira como a enfermagem vem tratando tais feridas. Estas informações contribuirão para a modificação de prováveis atitudes inadequadas que possam ocorrer no tratamento com feridas, bem como, a ratificação de condutas adequadas. E desta forma aumentar a qualidade da assistência de saúde voltada ao tratamento de feridas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa (bem como extensão), estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais do ensino superior em Enfermagem, dentre outras áreas afins do saber científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: No projeto encontram-se todos os termos de autorização necessários para a realização da pesquisa.

Recomendações: Sem recomendações. O projeto atende as exigências protocolares mediante Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto dentro das normas da resolução 466/12 do CNS/MS, com condições de ser executado

Situação do parecer: Aprovado

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

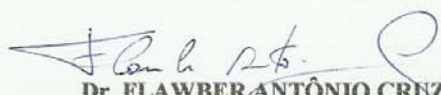
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES
DIREÇÃO TÉCNICA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa, intitulado: **AVALIAR PARA TRATAR FERIDAS: CRITÉRIOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA**, elaborado pela pesquisadora: **ELOÍDE ANDRÉ OLIVEIRA**. Salientamos que o processo para a coleta de dados nesta instituição cumprirá a RESOLUÇÃO 196/96, e só terá início mediante parecer positivo do comitê de ética, ao qual o referido projeto será submetido, caso envolva seres humanos.

Campina Grande PB, 14/10/2013


Dr. FLAWBER ANTÔNIO CRUZ
DIRETOR TÉCNICO

Av. Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas, CEP: 58.432-809, Campina Grande-PB
Fone: 3310-5850/3310-5878-Fax 3310-5869