



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

DRYELLY BRUNA CESCINETE

**O ENFERMEIRO FRENTE AO TRATAMENTO DAS FERIDAS
CRÔNICAS SOB O CONTEXTO GERENCIAL**

ARIQUEMES – RO

2014

DRYELLY BRUNA CESCINETE

**O ENFERMEIRO FRENTE AO TRATAMENTO DAS FERIDAS
CRÔNICAS SOB O CONTEXTO GERENCIAL**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, como requisito parcial á obtenção de Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ma. Mônica Fernandes Freiburger.

Dryelly Bruna Cesconete

**O ENFERMEIRO FRENTE AO TRATAMENTO DAS FERIDAS
CRÔNICAS SOB O CONTEXTO GERENCIAL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial a obtenção de Grau de Bacharel.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Mônica Fernandes Freibergger

Prof. Ma.

FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof: Esp.

FAEMA– Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof. Esp.

FAEMA- Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes , _____ de _____ de 2014.

Quando você cuida de alguém que realmente está precisando, você vira um herói. Porque o arquétipo de herói é a pessoa que, se precisar enfrenta a escuridão e segue com amor e coragem porque acredita que algo pode ser mudado para melhor.

Patch Adams

AGRADECIMENTOS

Ao nosso Senhor Jesus que é digno de toda honra e glória, pelo seu amor, cuidado, proteção para comigo, por ser minha luz minha fortaleza durante toda minha vida. A minha linda família, Luiz Carlos Cesconete, Angela M. L. Cesconete e irmãos Lucas e Luiz Cesconete os quais me ensinaram o significado e valor da união do amor, carinho, atenção, honestidade, dignidade e por sempre me apoiarem nunca ter me desamparado em toda minha vida. A minha avó Jovelina Lucas com toda sua serenidade sempre me deu bons conselhos, e a todos meus familiares que para a concretização desse sonho foram fundamentais e essenciais.

Agradeço a todo corpo docente da FAEMA, em especial minhas queridas e amadas professoras Denise A. Chocair, Silvia Rossetto, Silvia Tolomeotti, Sônia Carvalho, Helena Meika Uesugui e por último não menos importante a coordenadora de curso e orientadora de meu TCC, Mônica Fernandes Freiburger, essas duas últimas agradeço imensamente por cruzarem meu caminho se tornaram exemplo de postura profissional, pelo compromisso, ética que sempre demonstraram durante minha trajetória acadêmica.

Por fim quero agradecer aos meus colegas de classe que se tornaram minha companhia diária, em especial meu grupo de estagio "G1", onde encontrei amigos de verdade que quero levar por toda vida no meu coração. Luana Ramos, Jessica Gromann, Gelsieli Ferreti, Ana Sueli, Cássia Messias, Isaac Ovani, Glauber Duarte, Werner, Claudia Tailaine; espero que todos nos encontremos nossos sonhos realizados daqui para frente, amo e admiro cada um de vocês, não tenho o que mais a dizer se não meu muito obrigado por fazerem parte da minha vida.

RESUMO

O tratamento de feridas vem sendo tema destacado por vários setores da saúde em todo mundo. É uma prática realizada desde muito antigamente e que estava ligada aos costumes e hábitos. Com o passar dos anos através do desenvolvimento tecnológico a saúde conquistou seu merecido cunho científico. O que se vivencia notoriamente hoje são profissionais, instituições, e indústrias, se empenhando e buscando a excelência para proporcionar ao doente portador de feridas crônicas, um tratamento de curto prazo, confortável e eficaz que possa devolver ao mesmo sua vida de maneira mais confortável e eficaz possível. Sendo assim o presente estudo tem por objetivo geral destacar a importâncias do gerenciamento de enfermagem no tratamento de feridas crônicas. O estudo trata-se de um levantamento bibliográfico descritivo exploratório, as estratégias de busca foram às bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, Manuais do Ministério da Saúde e a Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. O Levantamento bibliográfico ocorreu entre os meses de Agosto de 2013 a outubro de 2014. Por meio da leitura e análise dos artigos foi constatado que os trabalhadores de enfermagem têm graus de formação diferenciados e a organização ocorre pela divisão de tarefas, garantindo ao enfermeiro a função de controlador do processo de trabalho. Assim, o enfermeiro além de realizar o trabalho assistencial também realiza o intelectual e gerência durante a assistência em feridas crônicas sendo responsável em planejar organizar coordenar e controlar os serviços de enfermagem.

Palavras chave: Gerenciamento – Enfermagem - Feridas Crônicas.

ABSTRACT

The treatment of wounds has been highlighted by various sectors of the health issue worldwide. It is a practice performed since very old and was connected to the customs and habits. Over the years through technological development health merited won its scientific nature. What is experienced today are notoriously professionals, institutions, and industries, striving and striving for excellence to provide the patient have chronic wounds, a treatment of short-term, comfortable and efficient it may return to the same life more comfortably and effective as possible. Thus the present study has the objective to highlight the importance of nursing management in the treatment of chronic wounds. The study deals with an exploratory descriptive bibliographic, search strategies were to databases: Virtual Health Library (VHL), Google Scholar, Ministry of Health and Manuals Library Julius Bordignon, Faculty of Education and Environment - FAEMA. The bibliographic survey occurred between the months of August 2013 through October 2014. Through the reading and analysis of articles was found that nursing workers have different degrees of training and the organization is the division of tasks, ensuring nurses to function of the labor process controller. Thus, besides the nurse perform relief work also conducts the intellectual and management assistance during chronic wounds is responsible for coordinating organized planning and control nursing services.

Keywords: Management - Nursing - Chronic Wounds.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.0 - Utilizada para controle de pacientes em tratamento de feridas crônicas.....	28
Tabela 1.1 - Utilizada para o controle de materiais tais como coberturas e troca/periodicidade.....	29
Tabela 1.2 - Escala de Braden.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECP – educação continuada permanente

FA – feridas agudas

FC – feridas crônicas

RH – recursos humanos

RM – recursos materiais

SAE – sistematização da assistência de enfermagem

TD – tomada de decisão

Sumário

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA.....	13
4. REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 SISTEMA TEGUMENTAR HUMANO.....	14
4.2 FERIDAS E SEU PROCESSO DE REPARAÇÃO	15
4.3 FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS	17
4.4 REPARO TECIDUAL.....	18
4.5 GERENCIAMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM.....	22
4.5.1 TOMADA DE DECISÃO	23
4.5.2 LIDERANÇA EM ENFERMAGEM.....	24
4.5.3 EDUCAÇÃO CONTINUADA/PERMANENTE	25
4.5.4 GERENCIAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	26
4.5.5 GERENCIAMENTO DE RECURSOS MATERIAIS.....	27
4.6 GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS.	27
4.7 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FERIDAS CRONICAS.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS.....	37

INTRODUÇÃO

No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, tanto homens como mulheres independentes de idade ou classe social o que proporciona um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo assim, um sério problema de saúde pública. Porém não há dados estatísticos que comprovem este fato, devido os registros desses atendimentos serem escassos. O surgimento de feridas de uma forma geral prejudica a qualidade de vida da população além de ser um indicador da assistência prestada (BRASIL, 2001).

Os trabalhadores de enfermagem têm graus de formação diferenciados e a organização ocorre pela divisão de tarefas, garantindo ao enfermeiro a função de controlador do processo de trabalho. Assim, o enfermeiro além de realizar o trabalho assistencial também realiza o intelectual e gerencia a assistência que é prestada. A Lei do Exercício Profissional nº7498/86, art.11, dispõe que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: privativamente – planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços da assistência de enfermagem.

De acordo com Silva (2003), a qualidade da assistência a saúde esta diretamente associada a existência de recursos humanos treinados capacitados e recursos materiais suficientes com a oferta de cuidados orientada pelas necessidades de saúde além da necessidade do profissional que exerce a gerência fazer uso de instrumentos do trabalho administrativo como o planejamento, a organização, a coordenação e o controle.

Essas funções gerenciais apontadas como responsabilidade do enfermeiro, permitem vislumbrar caminhos para compreender com maior clareza que “gerenciar” é uma ferramenta do processo de trabalho “cuidar”. Sendo o gerenciamento parte fundamental de um plano de cuidado que repercute diretamente na assistência prestada ao cliente, além de papel atribuído ao profissional de enfermagem e as feridas crônicas gerando profundas consequências sociais para os doentes e familiares, é que se justifica a importância de realizar um estudo sobre o gerenciamento de enfermagem no tratamento de feridas crônicas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar o gerenciamento de enfermagem no tratamento de feridas crônicas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contextualizar sobre sistema tegumentar humano;
- Classificar os tipos de Feridas e seu processo de reparação
- Contextualizar sobre o gerenciamento no trabalho de enfermagem
- Descrever o Papel do enfermeiro frente ao tratamento das feridas crônicas sob contexto gerencial.

3 METODOLOGIA

Esse trabalho trata-se de uma revisão sistemática de literatura de caráter descritivo, exploratório. As estratégias de busca foram às bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Manuais do Ministério da Saúde e acervos da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Gerenciamento em Enfermagem, Feridas Crônicas. O levantamento das publicações foi realizado no mês agosto de 2013 a outubro de 2014. Os critérios de inclusão para revisão bibliográfica foram os periódicos publicados entre os anos de 1995 a 2014 e escritos em línguas nacionais e internacionais acessados na íntegra que estavam coerentes com o tema da pesquisa.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SISTEMA TEGUMENTAR HUMANO

A pele é um dos maiores órgãos, atingindo 16% do peso corporal e desempenha inúmeras funções, como de proteger o organismo contra a perda de água e contra o atrito, recebe constantemente informações sobre o ambiente e envia para o SNC, através das terminações nervosas sensitivas, colaboram com a termorregulação do corpo, através dos vasos sanguíneos, glândulas e tecido adiposo as glândulas sudoríparas participam da excreção de várias substâncias, a melanina (pigmento produzido e acumulado na epiderme) tem função protetora contra os raios ultravioleta (JUNQUEIRA e CARNEIRO,1999).

Esta é dividida em duas camadas distintas, a epiderme e a derme, firmemente unidas entre si. A camada mais externa é a epiderme e é formada por três linhagens diferentes: os queratinócitos, os melanócitos e as células de Langherans. A camada mais profunda é a derme e é formada por tecido conjuntivo (SANTOS, 2000).

A epiderme organiza-se em camadas e à medida que as mais superficiais são destruídas as camadas mais profundas são reestruturadas através de divisão celular. São divididas por cinco camadas: germinativa, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea. A derme faz limite com a camada mais profunda que a germinativa e a camada córnea é mais superficial. A camada córnea é formada por células escamosas, cheias de queratina, proporciona proteção contra traumas físicos e químicos. Já as várias camadas de queratinócitos unidos uns aos outros fornecem barreira contra a invasão de água e microorganismos, o pigmento melanina presente na epiderme protege os tecidos subjacentes dos efeitos da luz ultravioleta (BLANES, 2004).

Pode-se dizer que a derme é uma densa camada de tecido conjuntivo, que se estende da epiderme até o tecido subcutâneo. Nesta camada estão presentes os “anexos” da pele como: vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos. A derme possui vários tipos de células como os fibroblastos, fibrócitos, mastócitos, macrófagos, leucócitos sanguíneos. Esta camada favorece uma base firme tanto para a epiderme quanto aos anexos cutâneos. As fibras colágenas proporcionam grande força de

tensão e as fibras elásticas dão flexibilidade a pele. Os plexos vasculares são responsáveis em fornecer sangue para a epiderme, sem ser preciso penetrá-la. A derme tem função termorreguladora através do controle pelo hipotálamo e pelas fibras nervosas simpáticas sobre o fluxo sanguíneo na derme além de tudo isso ela proporciona ao indivíduo através das terminações nervosas sensoriais o contato com o meio ambiente (ALMEIDA, 2011).

Contudo a pele é responsável por uma série de funções como citado acima, uma vez que ocorra qualquer ruptura que venha agredir a integridade física de uma das camadas que a compõe dizemos ter uma ferida. Tendo assim um dano tecidual, ocorre um rompimento de uma arquitetura harmônica, desencadeando um processo de regeneração por meio de respostas biológicas complexas, que se dá o nome de processo de reparação ou cicatrização.

4.2 FERIDAS E SEU PROCESSO DE REPARAÇÃO

A ferida é a consequência de uma ruptura na pele, na membrana ou qualquer estrutura do corpo ocasionado por um agente físico, químico ou biológico. Dependendo da intensidade do trauma a ferida pode ser classificada como:

- Superficial: quando afeta apenas as estruturas da superfície;
- Profunda: quando envolve vasos sanguíneos, músculos, nervos, fáscias, tendões, ligamentos ou ossos (BLANCK, 200-).

Ferimentos cutâneos extensos podem ocorrer a partir de um traumatismo diretamente na pele ou em seu suprimento sanguíneo, secundários a dermatopatias necrosantes, e após a retirada em bloco de neoplasias cutâneas, subcutâneas ou de apredes corporal. As considerações terapêuticas baseiam-se no tipo de ferimento cutâneo. Alguns desses ferimentos podem expor estruturas importantes ou serem de tal extensão, podendo causar morbidade no paciente, ou ainda por estarem sob articulações que devido a movimentação constante tem sua cicatrização dificultada (TIMBY, 2007).

De acordo com Smeltzer (2005), os ferimentos ainda podem ser classificados de acordo com o agente causal como exemplo:

- Incisas ou cortantes: são provocadas por agentes cortantes, como facas, bisturi, lâminas, suas características são o predomínio fazer comprimento sobre a profundidade, bordas regulares e nítidas, geralmente retilíneas. Na ferida incisa o corte geralmente possui profundidade igual de um extremo à chamada outro da lesão, sendo que na ferida cortante, a parte mediana e mais profunda;
- Perfurante: São ocasionadas por agentes longos e pontiagudos como prego, alfinete. Pode ser transfixante atravessam órgão, estando sua gravidade na importância deste órgão.
- Pérfuro-contusas - São como ocasionadas por arma de fogo, podendo existir dois orifícios, o de entrada e o de saída;
- Lácero-contusas: a pele é esmagada de encontro ao plano subjacente, ou por tração, por rasgo ou arrancamento tecidual. Bordas são irregulares, com mais de um ângulo, constituinte exemplo clássico como mordidas de cão.
- Perfuro incisivas - provocadas por Instrumentos pérfuro-cortantes, possuem gume e ponta, por exemplo um punhal. Deve-se sempre lembrar que pode haver uma pequena marca na pele, mas profundamente pode haver comprometimento de órgãos importantes.
- Escoriações - a lesão surge logo na superfície cutânea, com perda da pele.
- Equimoses e hematomas - na equimose há rompimento dos capilares, porém não há perda de pele, sendo que no hematoma, o sangue extravasado forma uma cavidade.

Segundo Paranhos (2003), as feridas também podem ser classificadas de acordo com o grau de contaminação. Esta classificação tem importância, pois orienta o tratamento antibiótico e também nos fornece o risco de desenvolvimento de infecção.

- Limpas - são feridas produzidas durante cirurgia, sendo que não foram abertos sistemas como o digestório, respiratório e geniturinário. Onde a probabilidade da infecção da ferida é em torno de 1 a 5%.
- Limpas-Contaminadas – também são conhecidas como potencialmente contaminadas; nelas há contaminação grosseira, por exemplo nas ocasionadas por faca de cozinha, ou nas situações cirúrgicas em que houve abertura dos sistemas contaminados descritos anteriormente. O risco de infecção é de 3 a 11%.

➤ Contaminadas – feridas onde há reação inflamatória; são as que tiveram contato com material como terra, fezes, etc. São consideradas feridas contaminadas aquelas em que se passaram seis horas o ato que resultou na ferida. Sendo o risco de infecção da ferida de aproximadamente atinge 10 a 17%.

➤ Infectadas - apresentam sinais nítidos de infecção.

Feridas contaminadas caracterizam-se pela intensa contaminação e podem estar presentes corpos estranhos. Feridas sujas e infectadas são caracterizados por processos infecciosos em curso (HOSGOOD, 2007).

As feridas ainda podem ser classificadas de acordo com o desenvolvimento e tempo de cicatrização, onde assim podem ser consideradas: agudas ou crônicas.

4.3 FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS

Quanto ao desenvolvimento e duração as feridas podem ser classificadas em agudas ou crônicas. As feridas agudas (FA) caracterizam-se pela ruptura da vascularização e nessa reação ocorrem modificações anatômicas predominantemente vasculares e exsudativas, além disso respondem de maneira rápida ao tratamento e cicatrizam sem maiores complicações. Exemplos de FA são aquelas causadas por queimaduras e traumas (FONSECA,2011).

Para Martins (2008), o termo ferida crônica, embora frequentemente utilizado, significa que mais tempo será necessário para ocorrer a cicatrização, mas não representa a problemática em torno da etiologia da mesma.

Por ser de longa duração, apresenta células em baixa atividade mitótica, diminuição dos fatores de crescimento e baixa resposta celular. Em geral essas lesões não cicatrizam espontaneamente em três meses, e apresentam padrões de complexidade característicos. Há deposição insuficiente de matriz celular, diminuição da neovascularização, demora na repitelização e pode ser causados por injúria química ou física (HARDING, 2002).

Dealey (2001) cita como exemplo de FC, as lesões por queimaduras graves, lesões em pacientes diabéticos, feridas com processo necrótico extenso, úlceras por pressão, úlceras de perna, feridas de extremidades inferiores seja elas: venosa, arterial, mista.

Essas tendem a se tornar infectadas e normalmente apresentam calor, rubor, dor, odor fétido, perda da tensão de oxigênio transcutânea, presença de tecido necrosado. De uma forma geral as FA responde de maneira rápida a cicatrização em quanto às crônicas são de longa duração e podem reincidir (FONSECA, 2011).

As FC diferem entre si no tamanho e natureza, sendo que algumas cicatrizam em meses, enquanto outras nunca chegam a cicatrizar. Há doentes que têm feridas durante vinte ou trinta anos, e estima-se que 35% dessas não cicatrizam em cinco anos (ALVAREZ, 2007).

Constituindo uma custosa e problemática situação para o paciente hospitalizado as FC justamente por se caracterizarem pelo longo período de cicatrização, aumentam a permanência da necessidade do cliente ao serviço de saúde. A incidência e a prevalência dessas justificam a preocupação sobre a necessidade de identificar os pacientes com o risco de apresenta-las. Sua aparição eleva a mortalidade e a morbidade, prolonga o período de hospitalização e aumenta os custos, além de que sua incidência é um indicador clássico da qualidade assistencial da rede hospitalar de um país (CUNHA, 2006).

4.4 REPARO TECIDUAL

A pele é considerada o primeiro órgão de defesa contra patógenos do ser humano. Quando esta barreira é rompida, seja por trauma, cirurgia, ou outros procedimentos invasivos, o organismo logo fica propenso á invasão microbiana. Quando ocorre o rompimento/alteração na estrutura epitelial imediatamente ocorre o início do processo de cicatrização para restaurar o tecido lesado. O processo de cicatrização acontece através de uma série de estágios ou fases sobrepostas (JORGE, 2005).

➤ Fase Inflamatória ou exsudativa

Assim que ocorre o trauma a inflamação é a resposta imediata do organismo, surgindo os sinais clássicos, como rubor, calor, dor e perda de função (CAMPOS, 2011).

As principais funções desta fase são de promover o controle central da cicatrização através da ativação do sistema de coagulação, defender a lesão de

infecções, promover o debridamento autolítico da lesão. Assim que os vasos sanguíneos são rompidos, o sangue preenche a área da lesão. Ocorre então a agregação plaquetária e deposição de fibrina para a formação do trombo (coágulo sanguíneo).

Logo após a cascata da coagulação é induzida pelos fatores plaquetários e por substâncias que se originam do tecido conjuntivo danificado. Como resultado tem a transformação através das enzimas o fibrinogênio solúvel em fibrina insolúvel, o que forma uma rede que tem como função a formação do coágulo e do trilha, por onde as células se deslocam para o ponto ideal. Este processo é auxiliado pela vasoconstrição local imediata 5 a 10 minutos após a lesão prevenindo a hemorragia e perda de líquidos corporais. Segue-se de vasodilatação, com aumento na permeabilidade capilar, com a presença de bradicinina, histamina e leucócitos, responsáveis pela fagocitose e por parte da resposta imune mediada por células (SEELEY, 2007).

Neste período, os mastócitos secretam histamina causando vasodilatação dos capilares adjacentes. Isso leva a migração do plasma e leucócitos principalmente os neutrófilos para a área danificada. Quando as proteínas secam ocorre a formação de uma crosta que permite uma “vedação natural”. Depois disso os mastócitos irão secretar histamina causando vasodilatação dos capilares adjuntos, possibilitando a saída do plasma e leucócitos, principalmente neutrófilos para a área danificada. Em cerca de seis horas os neutrófilos começam ingerir bactérias e pequenos restos celulares no local da ferida (CANDIDO, 2001).

Além disso, os neutrófilos liberam diversas enzimas proteolíticas como a collagenases, elastases e hidrolases que decompõem o tecido necrótico e as substâncias básicas (colágeno e proteoglicanas) levando ao debridamento autolítico da ferida. Eles morrem em poucos dias e liberam seu conteúdo no leito da ferida que é adicionado ao exsudato. Em seguida, macrófagos fagocitam corpos estranhos, células mortas e bactérias (3 a 4 dias pós-lesão). Em um segundo estágio, os macrófagos secretam substâncias biologicamente ativas, que continuam a fagocitose (debridamento) e regulam as outras fases da cicatrização. Inicia-se a formação de novos vasos sanguíneos e multiplicação dos fibroblastos, começando a nova fase.

A fase inflamatória conhecida também por exsudativa pode durar de 4 a 5 dias ou mais dependendo houver infecção, corpo estranho ou lesão causada pelo

curativo, ou caso haja inadequado aporte energético e nutricional. Este fato poderá debilitar o paciente e aumentar o tempo de cicatrização (DEALEY, 2008).

➤ Fase Proliferativa

Esta fase conhecida também por neovascularização geralmente dura de 3 a 24 dias, os capilares começam a crescer no interior da área lesada atingindo seu auge por volta do oitavo dia. Esta fase é importante porque supre com oxigênio e nutrientes a intensa atividade celular. A grande quantidade de capilares nessa fase dá a cor vermelha às feridas em processo de cicatrização, diminuída após 6 a 8 semanas (JORGE E DANTAS, 2005).

Simultaneamente ocorre à “multiplicação” de fibroblastos que se originados do tecido conjuntivo, juntamente com os novos vasos irão formar o tecido de granulação que é uma forma inicial do tecido cicatricial. Pronto agora esta tudo preparado para a biossíntese do colágeno, sendo este uma proteína fibrosa, a mais importante do tecido conjuntivo e o principal componente do tecido cicatricial fornecendo força para a cicatriz. A síntese de colágeno acontece em ambiente ácido, devido a presença do lactato, sendo necessário a vitamina C, o zinco, magnésio e aminoácidos. O pico da síntese ocorre do 5º ao 7º dia em cicatrização por primeira intenção.

Depois de aproximadamente 3 semanas, a ferida resistira a tensão tissular normal. Ao mesmo tempo, que se inicia a neovascularização e formação do tecido de granulação começa a epitelização. As células epiteliais vindas das bordas em direção ao centro migram sob a crosta, até se encontrarem formando uma ponte epitelial, em seguida o epitélio se diferencia para formar vários estratos da epiderme (ROCHA, 2006).

Alguns fatores sistêmicos que podem influenciar nesta fase são: a idade do paciente, perfusão local, estado nutricional, infecções locais e sistêmicas, tabagismo, diabetes mellitus, estresse, uso de esteróides, alguns aspectos psicológicos, como, ansiedade, educação e motivação do paciente e familiares (AZEVEDO, 2005).

➤ Fase Reparadora

Nessa fase ocorre como prioridade a formação do novo tecido conjuntivo e a epitelização, ocorrendo em consequência, uma diminuição da capilarização e aumento de colágeno. A ultima fase da cicatrização ocorre uma remodelagem do colágeno que pode durar de 24 dias a 1 ano o tecido cicatricial reorganiza a

arquitetura para aumentar a resistência e reduzir a espessura da cicatriz, diminuindo a deformidade. A enzima colagenase é responsável pela quebra do colágeno. Ocorre também um decréscimo progressivo da vascularização na cicatriz. A aparência avermelhada do tecido de granulação vascular, muda para a aparência de um tecido cicatricial avascular, branco pálido (DEALEY, 2008).

A maneira que a ferida é cicatrizada pode ocorrer por diversos tipos, quando falamos nos tipos de cicatrização nos referimos à maneira pela qual a ferida é fechada. Existem três formas pelas quais uma ferida pode cicatrizar, as quais dependem da quantidade de tecido perdido ou danificado e da presença ou não da infecção (JORGE E DANTAS, 2005).

➤ Tipos de cicatrização

Cicatrização por primeira intenção: é o tipo de cicatrização onde a perda de tecido é mínima o que permite que as bordas sejam aproximadas por sutura. Neste caso, o curativo passa a ter utilidade somente como proteção, o que dispensa o uso de meio úmido, e pode ser retirado após 24-48 horas. Para esse tipo de cicatrização é necessário a ausência de sinais de infecção, drenagem mínima e pouco edema. Geralmente resulta em lesão cicatricial quase imperceptível (TIAGO, 1995; JORGE e DANTAS, 2005).

Cicatrização por segunda intenção: Esse tipo de cicatrização se dá quando ocorre perda ou dano grandes de tecidos, como queimaduras, ou infecção da lesão. Esse processo envolve uma produção de tecido de granulação. Assim sendo as bordas da ferida não podem ser aproximadas e o curativo é utilizado para tratamento da lesão, sendo indispensável a manutenção do leito da ferida úmido. A cicatrização por segunda intenção demora mais tempo do que a de primeira intenção e conseqüentemente resulta em maior quantidade de tecido cicatricial. Quando a perda tecidual é muito grande, ela pode resultar em deformidade ou disfunção (TIAGO, 1995; DEALEY, 2008).

Cicatrização por terceira intenção: Ocorre quando acontece alguma coisa que retarda a cicatrização, e daí é necessário deixar a lesão aberta para drenagem ou para debelar possível infecção. Uma vez tratada, a ferida poderá ser fechada, através de sutura ou outros meios.

De acordo com Cândido (2001), o enfermeiro deve ter uma visão panorâmica no tratamento de uma ferida principalmente crônica onde o papel desse profissional

não vai se resumir em somente executar execução os curativos prescritos pelo médico.

O profissional de enfermagem está intimamente ligado a recuperação no tratamento de feridas, é ele que realiza o curativo fazendo acompanhamento diário da evolução da mesma. A ação do enfermeiro em muitos aspectos se sobreporá à dos outros componentes da equipe de saúde.

O tratamento das lesões deixou de ser apenas focado na realização da técnica de curativo, para incorporar toda a metodologia da assistência que o enfermeiro presta, com avaliação do estado geral do paciente, exame físico direcionado de acordo com a etiologia da lesão, escolha do tratamento e da cobertura a ser utilizada. Além do registro de enfermagem e projeção prognóstica (OLIVEIRA, 2006).

4.5 GERENCIAMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM

A gerência configurada como ferramenta ou instrumento do processo do cuidar pode ser entendida como um processo de trabalho específico onde tem por finalidade obter as condições adequadas no atendimento ao paciente. Assim sendo o enfermeiro tem como objetivo no processo de trabalho gerencial: a organização do trabalho, através do planejamento, o dimensionamento e capacitação de recursos humanos de enfermagem. Os meios utilizados para isso são tanto recursos: físicos, financeiros, materiais e os saberes administrativos que utilizam ferramentas específicas para serem operacionalizados. Esses instrumentos citados como parte integrante do gerenciamento são o planejamento, coordenação, direção e o controle (ALMEIDA, 2003).

Essas responsabilidades gerenciais apontadas como responsabilidade do enfermeiro, possibilitam a compreensão que gerenciar é uma ferramenta do processo de trabalho cuidar que tem como finalidade geral a assistência à saúde sendo através da promoção, prevenção, proteção ou reabilitação (FELLI, 2005).

O profissional enfermeiro deve desenvolver competências apoiadas em uma base sólida de conhecimentos. Dentre esses conhecimentos associados são fundamentais os saberes da administração que são: as teorias administrativas, as

ferramentas específicas da gerência inclui planejamento, organização, tomada de decisão, liderança em enfermagem, educação continuada/ permanente, gerenciamento de recursos humanos e gerenciamento de recursos materiais a ética no gerenciamento, conhecimentos sobre organização e cultura poder de negociar, realizar trabalho em equipe, diminuição dos custos, sistemas de informação e processo decisório.

De acordo com Silva (2003), a qualidade da assistência a saúde esta diretamente associada a existência de recursos humanos treinados capacitados e recursos materiais suficientes com a oferta de cuidados orientada pelas necessidades de saúde além da necessidade do profissional que exerce a gerência fazer uso de instrumentos do trabalho administrativo como o planejamento, a organização, a coordenação e o controle.

Os trabalhadores de enfermagem têm graus de formação diferenciados e a organização ocorre pela divisão de tarefas, garantindo ao enfermeiro a função de controlador do processo de trabalho. Assim, o enfermeiro além de realizar o trabalho assistencial também realiza o intelectual e gerencia a assistência que é prestada. A Lei do Exercício Profissional nº7498/86, art.11, dispõe que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: privativamente – planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços da assistência de enfermagem.

Passaremos a discutir algumas das competências que se relacionam diretamente com a área de Administração em enfermagem possibilitando uma assistência integral a pacientes com feridas crônicas.

4.5.1 TOMADA DE DECISÃO

A natureza do trabalho/cuidado dos enfermeiros e suas responsabilidades para a coordenação e o gerenciamento da assistência de enfermagem devem estar voltadas para a capacidade de tomar decisões, tendo em vista o uso apropriado da força de trabalho, de recursos materiais e de procedimentos e práticas. Para que aconteça a tomada de decisão (TD) é necessário cumprir algumas etapas como conhecer as condições de trabalho que o lugar oferece, a real condição do paciente suas necessidades e realizar o trabalho pautado em planejamento que contemple o

detalhamento de informações tais como: recursos viáveis, definição dos envolvidos e dos passos a serem seguidos, criação de uma metodologia seja um cronograma de trabalho e envolvimento dos diversos níveis hierárquicos.

Peres e Ciapone (2006) diz que a TD é formada através do pensamento crítico sobre alguma situação vivenciada tomando como base nas análises e julgamentos das perspectivas de cada proposta de cuidado e de seus desdobramentos. São características fundamentais para a TD, o raciocínio lógico e intuitivo o conhecimento da cultura e das estruturas de poder das organizações, estabelecimento de objetivos, procura de alternativas, escolha, implementação e avaliação.

A competência do enfermeiro para a TD é definida como processo que faz parte de seu cotidiano e pode ser influenciado por alguns fatores, como a rotina institucional e os modelos de comportamento. A TD não pode fugir das regras institucionais, portanto devem estar embasada nas mesmas, ressaltando o conhecimento científico e a experiência profissional (LIMA e PEREIRA, 2003).

A TD se torna uma estratégia integrativa, que necessita da cooperação de todos, e que o enfermeiro deve aplicar com criatividade, para adequar o que ele possui disponível sobre recursos materiais e humanos com a necessidade do paciente e disponibilidade técnica de trabalho realizando uma assistência planejada e com qualidade (MEDEIROS, 2010).

4.5.2 LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

Dentre as principais características a serem desenvolvidas pelo enfermeiro a liderança é considerada como uma das principais nos dias atuais, o enfermeiro tem a oportunidade de desenvolver e praticar a liderança em seu ambiente de trabalho com sua equipe, exigindo perspicácia, prontidão e habilidade (SIMÕES, 2001).

A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões. As decisões precisam ser muitas vezes tomadas de forma rápida e assertivas podendo gerar uma postura autoritária ao invés da postura participativa. O profissional nesse contexto deve saber se apresentar de forma prudente e objetivo com sua equipe sabendo impor seu papel de forma comunicativa respeitando as

características peculiares de cada membro de sua equipe (BALSANELI; CUNHA e WHITAKER, 2008).

A comunicação é um instrumento fundamental para que a prestação de cuidado seja efetiva devendo pressupor conhecimentos básicos ou científicos dependendo a quem esta se referindo, podendo ser membros da equipe, paciente ou familiares. Se torna necessário a consciência da forma verbal e não verbal nas interações, atuar com clareza e objetividade, promover o autocuidado através de explicação de higiene pessoal, nutrição, retorno na busca de tratamento eficaz (BRASIL, 2001).

Considerando que para gerenciar é fundamental comunicar-se a competência comunicativa é fundamental para que haja interações adequadas e produtivas. O intuito maior da comunicação multiprofissional é de identificar o causador de problema, os agravantes, estabelecer metas, e a partir daí incrementar a eficiência de cada unidade de trabalho e da organização como um todo (QUIN, 2003).

Os enfermeiros precisam criar estratégias de comunicação para atender as necessidades dos familiares e pacientes é necessário sensibilidade e conhecimento teórico, para uma possível assistência de enfermagem planejada e estruturada, visando a orientação aos familiares a respeito do que ocorre e o estímulo da expressão de seus sentimentos. A comunicação passa a ser vista como ferramenta de mudança e melhoria do cuidado, assim sendo avaliar, planejar e comunicar são processos presentes no cotidiano de trabalho, necessários para qualquer ação ou decisão de enfermagem (MARQUES; SILVA e MAIA, 2009).

4.5.3 EDUCAÇÃO CONTINUADA/PERMANENTE

As atividades de educação continuada/permanente (ECP) é considerada uma das maneiras de assegurar e manter a competência da equipe de enfermagem em relação à assistência. A ECP sob a prática do desenvolvimento profissional do enfermeiro é destacada como uma estratégia de gestão participativa no trabalho/cuidado, pois possibilita transformações, adequações/aprimoramentos do processo de trabalho, envolvendo uma reflexão crítica sobre prática cotidiana de

trabalho para produzir mudanças no pensar e agir da equipe de saúde (MEDEIROS, 2010).

Espera-se que os profissionais tenham competência para identificar e intervir nas alterações fisiológicas além de amenizar a ansiedade desses e de seus familiares. Ao enfermeiro, cabe zelar pela manutenção e organização do ambiente, junto aos demais membros de sua equipe (BALSANELI, 2008).

A ECP é responsabilidade do profissional de saúde, associada ao papel da universidade e das políticas institucionais. O enfermeiro inserido nesse processo de educação permanente deve elaborar de forma contínua a promoção de habilidades através de treinamentos capacitações cursos palestras para sua equipe e clientes de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades de saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas no seu processo de trabalho (PERES e CIAPONE, 2006).

4.5.4 GERENCIAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

O gerenciamento de RH é considerado uma maneira de atender a demanda de pacientes que buscam o sistema de saúde, possibilitando condições favoráveis de trabalho e, conseqüentemente garantir a saúde dos trabalhadores de enfermagem (OLIVEIRA e CHAVES, 2009).

Esse dimensionamento deve ser realizado de acordo com as normas técnicas mínimas estabelecidas pela Resolução COFEN nº293/2004. Essa Resolução preconiza que o dimensionamento e a adequação quantiquantitativa do quadro de profissionais de enfermagem devem se basear em características relativas à instituição/empresa, ao serviço de enfermagem e à clientela (COFEN, 2004).

O enfermeiro para promover gerenciamento dos RH da área da enfermagem necessita conhecer a capacidade e a disposição de seus colaboradores e aliá-las no nível de complexidade exigida pela clientela. Assim, os profissionais membros da equipe terão possibilidade de crescer e melhorar seus conhecimentos e atitudes durante o desenvolvimento da assistência de enfermagem.

4.5.5 GERENCIAMENTO DE RECURSOS MATERIAIS

O gerenciamento de RM é definido como a programação do fluxo envolvendo a classificação, padronização, especificação e previsão de materiais, a compra envolvendo o controle de qualidade e licitação, a recepção, armazenamento, distribuição e controle, com o objetivo de garantir que a assistência aos usuários não sofra interrupções por insuficiência na quantidade de recursos materiais (CASTILHO e GONÇALVES, 2005).

A gerência constitui um importante instrumento para a efetivação das políticas de saúde, pois incorpora um caráter articulador e integrativo, em que a ação gerencial é determinante do processo de organização dos serviços de saúde (PERES e CIAMPONE, 2006).

No Brasil se gasta, anualmente, 80 dólares per capita com saúde, com significativo desperdício de recursos e a capacitação gerencial para definir e resolver problemas torna-se imprescindível uma mudança na contenção e redirecionamento de gastos nos serviços de saúde (JÚNIOR e VIEIRA, 2002).

Assim sendo os enfermeiros são responsáveis em executar atividades de controle de qualidade, avaliar material e controlar o desperdício além de realizar orientação sobre a forma de utilização adequada dos materiais através da educação (OLIVEIRA e CHAVES, 2009).

Diante disso, resalta a necessidade desse profissional ter noções sobre o controle de materiais para atuar como elo entre a equipe de enfermagem e de saúde, o controle dos gastos gerados na troca de curativos implicam além da necessidade da melhor escolha para o tratamento a diminuição do tempo de necessidade desse cliente nas redes de saúde, dessa forma é necessário o enfermeiro estar apto a treinar sua equipe para definir os materiais mais adequados e as técnicas seguras à prestação de assistência com qualidade à clientela, sob sua responsabilidade.

4.6 GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS.

O tratamento de feridas vem sendo tema destacado por vários setores da saúde em todo mundo. É uma prática realizada desde muito antigamente e que estava ligada aos costumes e hábitos. Com o passar dos anos através do desenvolvimento tecnológico a saúde conquistou seu merecido cunho científico. O que se vivencia notoriamente portanto hoje são profissionais, instituições, e indústrias, se empenhando e buscando a excelência para proporcionar ao doente portador de lesões, um tratamento de curto prazo, confortável e eficaz que possa devolver suas atividades diárias mais confortavelmente (MARIA e AUN, 2013).

No Brasil, atualmente, o tratamento de feridas vem recebendo uma atenção fundamental dos profissionais de saúde, destacando a atuação dos enfermeiros, que muito tem contribuído para o avanço e o sucesso do tratamento dos portadores de lesões crônicas, visando a cura ou cicatrização, a melhora da condição clínica e social dos clientes, a racionalização com a consequente otimização do atendimento (PRADINES, 2004).

Um serviço de saúde não pode ser de qualidade se os riscos de dano ao paciente não estiverem reduzidos e controlados. Entretanto, a segurança do paciente é uma dimensão da qualidade peculiar, pois foca a ausência de dano, demonstrando a responsabilidade do enfermeiro na prevenção das feridas devendo ele desenvolver atividades de monitoramento, planejamento da segurança através da implantação sistemática de boas práticas de segurança além de avaliar, prescrever o tratamento mais adequado, orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na execução do curativo.

Levando em consideração o gerenciamento de enfermagem e todas as características eminentes correlacionados a ela o enfermeiro deve desenvolver estratégias que visem a melhor condição de atendimento ao paciente portador de feridas crônicas. Medidas de prevenção, curativa, reabilitação e controle são fundamentais para esse processo. Diante das inúmeras maneiras que o enfermeiro pode intervir nesse processo algumas estratégias como impressos; tabelas, funcionais podem ser utilizadas de forma gerencial.

Segue abaixo alguns exemplos de como a elaboração de algumas tabelas podem direcionar o gerenciamento de enfermagem em feridas crônicas.

A seguinte tabela pode ser utilizada para controle de pacientes em tratamento de feridas crônicas.

UNIDADE: _____ DATA: _____ Enf.: _____

Paciente	Data de início	Tamanho Cm	Cobertura indicada	Quant. Usada	Troca/dias

Tabela 1.0 – Controle de pacientes em tratamento de feridas crônicas.

Fonte: Secretaria municipal de Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/principal.php>.

Essa segunda tabela pode direcionar a equipe quanto o tipo de material que deve ser utilizado considerando a fase que se encontra a ferida, bem como o período de troca desse curativo.

FASES		COBERTURA PRIMARIA	TROCA/PERIODICIDADE
Estagio 1	SUPERFICIAL	Vaselina sólida	Diária
		Linimento	12 a 24 horas
		Calêndula	Diária
		Hidrocolóide	Até 7 dias
		Hidropolímero transparente	48 horas
Epitelização	PROFUNDA	Gaze úmida 0,9%	4/4 horas
		Vaselina	Diária
		Linimento	12 a 24 horas
		Calêndula	Diárias
		Hidrocolóide	Até 7 dias
Granulação	POUCO/MÉDIO	Gaze úmida 0,9%	4/4 horas
		Vaselina	Diária
		Linimento	12 a 24 horas
		Calêndula	Diária
		Papaína	Diária
Exsudativa	GRANDE	Hidrocolóide	Até 7 dias
		Gaze úmida SF 0,9%	S/N
		Linimento	12 a 24 horas
		Papaína gel	Diária
		Hidrocolóide	Diária
		Hidrogel	1 a 3 dias

Necrótica	TECIDO DESVITALIZADO	Gaze seca	Até saturação
		Carvão ativado	2 a 7 dias
		Alginato (fita)	12h. a 5 dias
		Papaína 6%	Diária
		Hidrocolóide	Até 7 dias
		Sulfadiazina	12 horas
	ESCARA	Gaze seca	Até saturação
		Carvão ativado	2 a 7 dias
		Alginato (fita)	12h. a 5 dias
		Papaína 6%	Diária
		Gaze úmida SF 0,9%	4/4 horas
		Papaína 6%	Quando secar
		Carvão ativado	2 a 7 dias
		Hidrogel	1 a 3 dias
Sulfadiazina	12 horas		
Vaselina	Diária		
Hidrocolóide	7 dias		

Tabela 1.1 - Controle de materiais tais como coberturas e troca/periodicidade.

Fonte: Secretaria municipal de Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/principal.php>.

Ressalta-se a utilização da escala de Braden, por um profissional devidamente capacitado, onde é possível avaliar o indivíduo hospitalizado diagnosticando as situações de: estado nutricional, nível de mobilidade, percepção sensorial, fricção, cisalhamento, umidade e grau de atividade física, prevenindo o possível aparecimento das úlceras por pressão.

	Percepção sensorial	Exposição à umidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Risco de lesão cutânea
1	Completamente limitada	Constantemente úmida	Acamado	Completamente imóvel	Muito pobre	Problema
2	Muito limitada	Úmida com frequência	Cadeira de rodas	Muito limitada	Provavelmente inadequada	Problema potencial
3	Ligeiramente limitada	Ocasionalmente úmida	Deambula ocasionalmente	Ligeiramente limitada	Adequada	Sem problema aparente
4	Sem limitações	Raramente úmida	Deambula frequentemente	Sem limitações	Excelente	

PONTUAÇÃO	RISCO DE UPP
< 13	ALTO RISCO
13 A 14	RISCO MODERADO
> 14	BAIXO RISCO

Tabela 1.2 – Escala de Braden
Fonte: PARANHOS e SANTOS, 1999.

O portador de FC existe em todos os seguimentos sociais. No Brasil o grande desafio encontrado é contornar as dificuldades daqueles que não possuem acesso a recursos adequados e acabam procurando instituições públicas para receberem o tratamento. São conhecidas as dificuldades inerentes aos serviços públicos de saúde de forma generalista, podemos citar como causa básica a grande demanda e busca de atendimento e carência de recursos para atendê-la adequadamente.

Chama à atenção a característica dessa demanda, em sua maioria proveniente das camadas carentes da população, onde o desconhecimento relacionado a prevenção melhora e cura são altos, o que conota maior incidência de doenças instaladas (SECO e PUIG, 2004).

Diante das FC por se tratar de um cuidado complexo o enfermeiro para realizar seu papel assistencial deve primeiramente elaborar um plano de cuidado embasado em seus conhecimentos científicos utilizando os instrumentos gerenciais como ponto de partida. O planejamento deve ser feito através da condição socioeconômica do cliente deve ser respeitado condições étnicas religiosas e psicológicas do mesmo bem como a comunicação deve ser constante entre enfermeiro-equipe-cliente. Os materiais escolhidos na realização da assistência deverá ser específico e controlado

não havendo desperdício, a equipe deve estar em harmonia e treinada através de reuniões a educação continuada, permite a excelência da assistência.

Alguns itens devem ser analisados pelo enfermeiro antes do planejamento do cuidado durante a avaliação do estado geral do paciente compreendendo: higiene, estado nutricional, hidratação oral, sono/ repouso, eliminações, etilismo/ tabagismo, patologias associadas, medicamentos em uso, idade, estresse, ansiedade, condições da pele (SARQUIS, 2003).

Os exames de hemograma completo, glicemia em jejum, dosagem de albumina sérica, proteínas totais e fracionadas auxiliam no diagnóstico dos possíveis fatores que influenciam na cicatrização da ferida, bem como de doenças associadas. A solicitação desses exames está regulamentada conforme a resolução 195 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, podendo ser solicitado pelo enfermeiro (CARMO, 2004).

A partir do diagnóstico o enfermeiro constrói planos de cuidados cujos objetivos são proporcionar condições que minimizem o tempo de cicatrização da ferida, reduzem os riscos de infecções, prevenção de recidivas, garantam a segurança e conforto do paciente.

Neste sentido, Alves (2006) coloca que tornar disponíveis os recursos necessários, preparar a equipe para oferecer uma assistência de qualidade, realizar auditorias com a finalidade de alimentar as ações educativas e a revisão dos processos, controlando a qualidade do cuidado oferecido ao cliente, é uma forma bastante atual de gerenciar o cuidado de enfermagem.

Insistir com a equipe de enfermagem e com os enfermeiros sobre a realização de curativos baseados em técnicas rigorosamente assépticas é uma das prioridades e necessidades da assistência, bem como a atualização profissional para o processo de cuidar e tratar das lesões da pele (FERNANDES et al, 2008).

Segundo Timby (2007), o tratamento de feridas envolve a cada momento a evolução para a cicatrização que dependerá da escolha do medicamento para o tratamento de feridas. A escolha do medicamento adequado dependerá da correta avaliação, do conhecimento sobre o produto, sua eficácia, custo, disponibilidade no mercado, no bem estar e conforto do cliente. O uso inadequado do tratamento pode prejudicar ou retardar a cicatrização.

Não existe o melhor produto para a realização do tratamento da ferida ou o único em todo o processo cicatricial, é necessário identificar e conhecer indicação e

contra-indicação e o benefício do produto. A escolha do produto irá depender do tipo de procedimento, tamanho, presença de drenagem ou sinais de infecção da ferida (FRANCO e GONÇALVES, 2007).

A formação dos técnicos de saúde envolvidos no diagnóstico e tratamento de FC desempenha um papel determinante, porque aliando aos avanços tecnológicos dos materiais e equipamentos, orientações adequadas e padronizadas de prevenção e tratamento, obter-se-á um impacto muito positivo nos resultados clínicos e econômicos e grande parte da carga econômica poderá ser evitável (GASPAR, 2010).

A redução dos erros clínicos por meio de treinamento, capacitação, tem um grande potencial para reduzir os custos da saúde, pois melhora a qualidade dos cuidados e a formação profissional contínua é essencial para os profissionais de saúde se manterem atualizados e poderem usar conhecimentos e habilidades clínicas adequadas no atendimento das mais complexas exigências de cuidados dos pacientes oportunizando um atendimento eficaz e integral ao paciente (WEINER, 2009).

Para desempenhar a função gerencial com eficiência o enfermeiro, dentre outros instrumentos, pode utilizar o planejamento gerencial e a Sistematização da Assistência de Enfermagem que é um instrumento que possibilita que haja uma íntima relação entre o processo de gerenciamento em enfermagem e o processo assistencial individual.

4.7 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS

De acordo com a Resolução COFEN nº272/2002 dispõe que desde 1986, é ação privativa do enfermeiro através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ocorrendo em toda instituição de saúde, pública e privada realizar o planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem (COFEN, 2004).

A SAE é tida como um instrumento gerencial diretamente relacionada a competência de enfermagem uma vez que permite o controle da realização dos

cuidados prescritos, além de direcionar a assistência, favorece o planejamento das ações, a continuidade das mesmas, além de garantir que as prescrições de enfermagem serão realizadas e não alteradas (BARBOSA, 2010).

Em primeiro lugar o enfermeiro deve buscar o histórico da ferida daquele paciente, fazendo a inspeção, ou seja, avaliar a superfície, os sinais de cicatrização, a temperatura do paciente, irá analisar as características definidoras (presença de drenagem amarelada, cheirando a sujo, se as bordas se aproximam, drenagem marrom avermelhada) e a seguir ele irá diagnosticar a ferida, analisando: Diminuição da integridade da pele que está relacionado com incisão cirúrgica, efeitos da pressão, acidente químico, secreções e excreções; Risco de diminuição da integridade da pele relacionado com imobilização física, exposição a secreções; Risco para infecção, relacionada à má nutrição, perda de tecido e exposição aumentada ao ambiente; Dor, relacionada com incisão abdominal; Diminuição da mobilidade física, relacionado com dor na ferida cirúrgica; Nutrição alterada menor do que as necessidades do corpo, relacionado à inabilidade de ingerir alimentos; Padrão de respiração ineficaz, relacionado com dor na incisão abdominal; Perfusão tecidual alterada, relacionado com interrupção do fluxo arterial, interrupção do fluxo venoso; Distúrbio da autoestima relacionado com a percepção das cicatrizes, percepção dos drenos cirúrgicos, reação à parte do corpo removida cirurgicamente (POTTER e PERRY, 1999).

Posteriormente o enfermeiro irá desenvolver um plano de cuidados prescrição com as metas, resultados esperados, prescrições e a justificativa onde requer o gerenciamento da ferida. As metas e os resultados esperados são estabelecidos, e, a partir das metas, o enfermeiro planeja as terapias de acordo com a gravidade e o tipo de ferida e a presença de alguma condição que cause complicação, como infecção, má nutrição, imunossupressão e diabetes, capaz de afetar a cicatrização da ferida (CANDIDO, 2001).

A SAE sendo empregada na assistência ao cliente fazendo parte da gerência em enfermagem contribui para além de direcionar a caracterização de recursos humanos e materiais, facilita a avaliação da assistência prestada, o que permite verificar o alcance dos padrões mínimos de assistência, oferecendo subsídios aos indicadores de custos e rendimentos, indicando também áreas que requeiram aprimoramento (POTTER e PERRY, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, quanto dos recursos físicos e materiais da informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores e líderes na equipe de saúde. O enfermeiro tem sido o responsável pela organização e coordenação das atividades assistenciais dos hospitais e pela viabilização para que os demais profissionais da equipe de enfermagem e outros da equipe de saúde atuem, tanto no ambiente hospitalar quanto na saúde pública. Chama a atenção que na área da enfermagem o gerenciamento foi historicamente incorporado como função do enfermeiro. Portanto, sempre houve no processo de formação desses profissionais um preparo “mínimo” para assumir esse papel. Entretanto, são poucas as carreiras da área de saúde que incluem disciplinas voltadas ao gerenciamento de serviços de saúde na graduação. Mesmo dentre os atuais gerentes de serviços de saúde, um pequeno percentual se especializam em gestão.

Prestar um cuidado de qualidade a clientes portadores de feridas é um desafio a ser enfrentado por toda a equipe, em especial pelo enfermeiro. É proporcionando o cuidado humanizado, buscando compreender a patologia sem deixar de se preocupar com os fatores psicossociais e humanos que o profissional alcançará a excelência no atendimento. O profissional enfermeiro deve atentar não apenas para a lesão em si, mas ter a sensibilidade para planejar holisticamente o cuidado do modo a contemplar o ser humano em sua plenitude. É possível concluir que para o enfermeiro prestar uma assistência autônoma é preciso objetivar, otimizar e padronizar os procedimentos de prevenção e tratamento de feridas. Isso deve ser feito perante protocolos técnicos que garantam respaldo legal, técnico e científico ao profissional, a fim de melhorar a assistência ao portador de feridas.

O profissional de enfermagem não mais realiza apenas as técnicas de curativo em relação as feridas crônicas ele é responsável em criar um plano de assistência a cada paciente de acordo com suas próprias necessidades para isso deve fazer uso de instrumentos que viabilize esse objetivo, como por exemplo fazer uso da sistematização da assistência de enfermagem, que é capaz de direcionar a caracterização de recursos humanos e materiais, facilitar a avaliação da assistência prestada, permite verificar o alcance dos padrões mínimos de assistência, oferecendo subsídios aos indicadores de custos e rendimentos, indicando também

áreas que requeiram aprimoramento, realizar constantemente sempre que necessário treinamento de sua equipe quanto as técnicas assépticas rigorosas entre outras. Contudo acredita-se que este estudo possa contribuir de alguma forma para facilitar a busca de caminhos estratégicos para agir de forma diferente frente aos cuidados de feridas crônicas, ou seja, mais crítico e sendo realmente um gerente do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA M. **As novas diretrizes curriculares para os cursos da área de saúde.** Londrina (PR): Rede Unida, 2003.

ALMEIDA M.J.G.T. **Análise da efetividade da terapia fotodinâmica sobre feridas cutâneas infectadas por *staphylococcus aureus*, em ratos.** São José dos Campos: [s.n.], 2011.

ALVAREZ, O. et al. **Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds.** [S.L.: S.n.], 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17985974>>. Acesso em: 30 set. 2013.

ALVES, M. A gerência do cuidado de enfermagem frente a novos modelos de gestão. **Congresso Brasileiro de Enfermagem.** [S.L.]. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=328949&indexSearch=ID>>. Acesso em 16 set. 2013.

AZEVEDO, M. F. **Feridas, revisão técnica.** São Paulo: Atheneu, 2005.

BALSANELLI A. P; CUNHA I. C. K.O, WHITAKER IY. **Estilos de liderança e perfil profissional de enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva.** São Paulo: Guanabara, 2008.

BARBOSA P. M. K.; PIROLO S. M.; FERNANDES C.; SILVA M. H.; PINTO R. L. **Análise da prática do enfermeiro ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva.** São Paulo. [s.n.], 2010.

BLANCK M. **Fisiopatologia das Feridas.** [S.L.,S.n.], 200-. Disponível em: <<https://www.google.com/search?q=Fisiopatologia+das+Feridas+Mara+Blanck>> Acesso em: 18.out. 2013.

BLANES, L. Tratamento de feridas. Cirurgia vascular. **Guia ilustrado.** [S.L. : S.n.], 2004. Disponível em :<<http://bapbaptista.com.br/feridasLeila.pdf> >acesso em :09 nov. 2013.

BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar.** 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução Nº 3, de 07 de novembro de 2001**. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 Nov 2001. Seção 1. p. 37.

CAMPOS, E. M. P. **Manual de assistência integral a pessoa com feridas**. 3ª edição. Ribeirão Preto: [s.n.] , 2011.

CANDIDO, L. C. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: SENAC, 2001.

CARMO, S.S. et al. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.L.], v. 09, n. 02, p. 506-517, 2004. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista9/n2/v9n2a17.htm>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

CASTILHO V.; GONÇALVES V. L. M. **Gerenciamento de recursos materiais**. São Paulo: Koogan, 2005.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Resolução COFEN nº 272/2002**. Disponível em:< http://www.portalcofen.com.br/_novo_portal>. Acesso 13 mai. 2014.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem **.Resolução COFEN nº 293/2004**. Disponível em: <<http://www.saudebratodosnormativoslegislacaosanitariapdf> >. Acesso em 13 mai. 2014.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. **Lei Cofen nº 7.498/86. Regulamentação do exercício de enfermagem**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materia?ArticleID22§ionID35>>. Acesso em 24 jun. 2014.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. **Lei Cofen nº 7.498/86. Regulamentação do exercício de enfermagem**. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>>. Acesso em 20 mai. 2014.

CUNHA A. N. **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas**. [S.L.: S.n.], 2006. Disponível em: www.abenpe.com.br. Acesso em: 10 nov.2013.

DEALEY C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. 2ªed. São Paulo: Atheneu; 2001.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2008

FELLI V. E. A, PEDUZZI M. **O trabalho gerencial em enfermagem**. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2005.

FERNANDES A. A., DARLEN D.V.S., ALMEIDA M.C.A., DIRE F.G. **O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão**. [S.L.], 2008. Disponível em: < <http://www.um.es/eglobal/pdf> >. Acesso em: 29 out. 2013.

FONSECA B. **Microbiologia e biofilme em lesões crônicas: como avaliar?** [S.L.:S.n.], 2011. Disponível em: HTTP://www.abendf.com.br/PDF/SIMPOSIO/Palestra-Biofilme_Bianca_Fonseca.pdf >. Acesso em: 25 out.2013.

FRANCO D; GONCALVES, L. F. **Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado**. [S.L.], 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.phpscriptS0100> > Acesso em: 18 jun. 2014.

GASPAR S. J. P. **Impacto da formação profissional contínua nos custos do tratamento das feridas crônicas**. [S.L.], 2010. Disponível em: < <http://search.scielo.org/index.php> >. Acesso em: 22 ago. 2013.

HANDING K.G. ET al. **Healing chronic wound**. british medicine journal, v.321, n.19, p.160, 2002.

HOSGOOD G. **Manual de cirurgia de pequenos animais**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2007.

JORGE, S. A. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.

JUNIOR G. D. G; VIEIRA M. M. F. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais**. [S.L.], 2002. Disponível em:<<http://www.scielo> >. Acesso em: 17 nov.2013.

JUNQUEIRA, L. C & CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. 9. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1999.

LIMA A. A. F; PEREIRA L. L. O papel da enfermeira clínica e o processo de decisão. **Nursing**. São Paulo, 2003; v. 6, n. 66, p. 43-50. 2014.

MARIA, R. P; AUN, R. B. **Projeto e implantação de um serviço de atendimento a pacientes portadores de feridas em uma instituição pública**. [S.L.: S.n.], 2013. Disponível em: <www.r&rtratamentodeferidas.com.br> Acesso em: 20 ago.2014.

MARQUES R. C; SILVA M. J. P; MAIA F. O. M. Comunicação entre profissionais de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, 2009, v.17,n. 1, p. 1-5, mar.2009.

MARTINS M. A. **Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia**. Goiânia, 2008. Disponível em:<https://portais.ufg.br/uploads/127/original_dissertacao-marlene-andrade.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2013.

MEDEIROS A. C. ET AL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [S. L.:S.n.], 63n, p.38-42, 2010.

OLIVEIRA N. C, CHAVES L. D. P. **Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensive**. Ver. Rene. 2009.

OLIVEIRA, B.G.R.B, Castro J.B.A, ANDRADE, N.C. Técnicas para avaliação do processo cicatricial de feridas. *Revista Nursing* 2006 nov;102(9):1106-1110.

PARANHOS, W. Y. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

PERES A. M, CIAMPONE M. H. T. **Gerência e competências gerais do enfermeiro**. São Paulo: Atheneu, 2006.

POLETTI, N. A. A. **O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática**. Ribeirão Preto: [s.n.], 2000.

POTTER, P. A. & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 4a. ed; Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1999.

PRADINES, S.M.S. et al. **Protocolo para tratamento de feridas**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

QUINN R. E. et al . **Competências gerenciais: princípios e aplicações**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

ROCHA, M.J., CUNHA, E.P., DINIS, A.P. & COELHO, C. **Feridas uma arte secular avanços tecnológicos no tratamento das feridas**. 2.ed. Portugal: Minerva Coimbra, 2006.

SANTOS V. L. C. G. **Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio**. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.

SARQUIS, MGA, et al. **Manual de tratamento e prevenção de lesões cutâneas**. 2º ed. Contagem, 2003.

SECO, M. C; PUIG, M. N. **Qualidade de vida e cicatrização são possíveis: cuidado clínico**. São Paulo, [s.n.], 2004.

SEELEY R. R; STEPHENS T. D. e TATE P. **Anatomia e fisiologia** ed.6. Portugal: Lusociência, 2007.

SILVA C. C. **Competências na prática educativa para constituição da força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores**. São Paulo (SP): USP/Escola de Enfermagem; 2003.

SIMÕES A. L. A. **Desenvolver o potencial de liderança: um desafio para o enfermeiro**, (tese de doutorado em Enfermagem). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: tratado enfermagem medicocirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro, RJ:v.1 Guanabara Koogan, 2005.

TIAGO, F. **Feridas: etiologia e tratamento**. 2. ed. Ribeirão Preto:[s.n.], 1995.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TORRE J. **Wound healing, chronic wounds.** Disponível em: < from: <http://emedicine.medscape.com/article/1298452-overview>>. Acesso em:

WEINER, S. J.; JACKSON, J. L.; GARTEN, S. **Measuring continuing medical education outcomes: a pilot study of effect size of three cme interventions at an sgim annual meeting.** *Journal of General Internal Medicine.* [S.L.], 2009. Disponível em: < <http://link.springer.com/article/10.1007/s11606-009-0902-3>>. Acesso em: 30 out. 2013.