

Cicratização de feridas cirúrgicas e crônicas: um atendimento ambulatorial de enfermagem

Beatriz Guitton R. B. Oliveira
Ana Luiza Soarez Rodrigues

Resumo

Este estudo está sendo desenvolvido no Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP/UFF), campo de ensino teórico-prático da Disciplina Semiologia e Semiotécnica I, onde alunos e professores realizam a consulta de enfermagem desenvolvendo cuidados fundamentais a clientes portadores de lesões cutâneas. O projeto tem como objetivo realizar uma avaliação diagnóstica da clientela portadora de lesões tissulares que é atendida pelos professores e estudantes de enfermagem no ambulatório. Desse modo, a pesquisa visa tanto atender a clientela de Niterói e áreas adjacentes, implementando técnicas atuais de curativo; quanto incentivar o treinamento e a produção científica dos acadêmicos de enfermagem e bolsistas. Como produto da pesquisa, estamos oficializando protocolos de diagnóstico, cuidados e orientações para clientes ambulatoriais portadores de afecções cutâneas.

Palavras-chave: Ferida. Cicatrização. Enfermagem.

Introdução

Este estudo apresenta resultados parciais do projeto registrado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense, intitulado “Cicatrização de Feridas Cirúrgicas e Crônicas: um atendimento ambulatorial de enfermagem”, em que professores, alunos de graduação, bolsistas e monitores de enfermagem desenvolvem cuidados fundamentais a clientes ambulatoriais portadores de lesões cutâneas e mucosas.

A clientela atendida no ambulatório do Hospital Universitário Antonio Pedro é encaminhada principalmente pelo serviço de triagem, pela consulta de enfermagem com clientes diabéticos, pelos serviços de cirurgia cardiovascular, cirurgia geral, dermatologia e cirurgia plástica. A maioria deles apresenta feridas crônicas, como úlceras diabéticas, neuropáticas e venosas; feridas traumáticas e cirúrgicas.

Dessa forma, durante a consulta, desenvolvemos tanto a Metodologia da Assistência de Enfermagem com as etapas de: identificação, diagnóstico, prescrição de cuidados, evolução e prognóstico, como cuidados fundamentais necessários a clientes com afecções cutâneas. Nos cuidados fundamentais, incluímos a técnica de curativo e bandagem, a retirada de pontos e drenos, a verificação de temperatura e respiração, principalmente em pacientes com complicações cirúrgicas e traumáticas; a verificação da pressão arterial e do pulso pedioso, tibial posterior, fibular e poplíteo em clientes com doenças crônicas degenerativas; a verificação do peso e altura; e o exame físico específico. Consideramos também a avaliação da dor, que nos Estados Unidos se transformou no quinto sinal vital do ser humano, e para nós sua presença pode significar sinais

de inflamação ou até mesmo infecção, e a sua ausência, muitas vezes no paciente diabético, significa sinal de uma neuropatia avançada.

Na avaliação da ferida, consideramos essencial descrever quando se iniciou, a etiologia, a localização, o tamanho, a profundidade, a presença de infecção, as características do tecido (granulação, epitelização, necrose, esfacelo, crosta); o aspecto do exsudato; o odor; a presença de edema; e os aspectos da pele ao redor da lesão (hidratada, ressecada, descamativa, macerada, hiperpigmentada, fibrótica, lipodermatoesclerose). Atualmente, incluímos o decalque das feridas, a fotografia e a medida como meios para controle da evolução da cicatrização.

Todos os dados são registrados nos Protocolos de Atendimento, que estão sendo tabulados e analisados pelos pesquisadores, para que se possa obter uma avaliação diagnóstica da clientela, estabelecendo uma relação entre as diversas classificações de feridas e seus respectivos tratamentos.

Metodologia

Na fase inicial da pesquisa, foi feito amplo levantamento bibliográfico através de busca na internet, consulta em livros, artigos de revistas e periódicos especializados dos últimos cinco anos com o objetivo de realizar um aprofundamento sobre a temática.

A etapa seguinte consistiu no acompanhamento semanal dos curativos pelos bolsistas e monitores, e da tabulação dos dados registrados no livro do ambulatório, a partir do ano de 1999. Constam nos registros dados de: identificação do cliente; história clínica; doenças prévias; descrição da ferida; curativo e material utilizado; procedimento realizado, soluções e medicamentos utilizados, tipo de curativo e bandagem, exames orientações; e encaminhamentos.

Neste trabalho divulgaremos os dados de 231 pacientes atendidos no Ambulatório de Cirurgia do HUAP entre o 2º semestre de 1999 e 1º semestre de 2000.

Fundamentação Científica Cicatrização das Feridas

Segundo Barbul (1993, P. 505), uma lesão cutânea desencadeia uma série de eventos biológicos que resultam em uma ferida cicatrizada. Esse processo começa com a hemostasia e inflamação que se caracteriza por aumento da permeabilidade vascular, quimiotaxia das células da circulação para dentro do meio ambiente da ferida, liberação local de citocinas e fatores de crescimento e ativação de células migrantes. No diabetes, a ativação reduzida das células inflamatórias, juntamente com uma quimiotaxia reduzida, resulta em destruição menos eficiente das bactérias com mais infecções subseqüentes e menor disposição de colágeno.

A segunda fase da cicatrização é a proliferativa. Os fibroblastos e as células endoteliais são as células primárias que proliferam, migrando para o local da ferida a partir do tecido circundante. As células endoteliais proliferam a partir de vênulas intactas localizadas próximo da ferida, e formam novos capilares, pelo processo de angiogênese.

A última fase da cicatrização é conhecida como fase de maturação e de remodelagem. A principal característica é a deposição de colágeno na ferida. Clinicamente, essa é a fase mais importante da cicatrização, pois a velocidade e a qualidade total de deposição da matriz determinam a resistência da cicatriz.

Em relação a infecção da ferida, Barbul (1993, p. 637) diz que uma ferida não está infectada quando cicatriza por primeira intenção sem secreção. Pode-se afirmar que há infecção se

ocorre uma descarga de material purulento, até mesmo quando não se consegue recuperar bactérias pela cultura. Essa drenagem pode representar bactérias novas, leucócitos ou outros detritos que produzem cultura negativa. É clinicamente necessário incluir as feridas que estão inflamadas, mas que não drenam ou nas quais ocorre uma drenagem com cultura positiva, porém sem nenhum pus. Essas feridas são designadas como “possivelmente infectadas”. Uma exceção a essas categorias é o abscesso do ponto sutura. É igualmente importante que a ferida cicatrize por primeira intenção e que os locais da sutura estejam limpos dentro de 72 horas após a retirada dos pontos. Todas as feridas, tanto eletivas quanto traumáticas, exibem um certo grau de contaminação.

Tipos de Feridas

Existem várias classificações para designar o tipo de ferida. Segundo Tiago (1997, p.19), podemos dividi-las em cirúrgicas, traumáticas e ulcerativas. As *feridas cirúrgicas* são as causadas pela interrupção da continuidade dos tecidos que revestem a superfície corporal ou órgãos e tecidos mais profundos. São feridas intencionais, provocadas por meio de instrumentos cirúrgicos com a finalidade de tratamento como: extirpação (exérese), correção, drenagem, ligamento, transplante etc. Enquanto as *feridas traumáticas* são as provocadas acidentalmente por agentes cortantes, perfurantes, atrito e laceração.

As *feridas ulcerativas* são as lesões escavadas, circunscritas, podendo atingir profundidades variáveis, desde a pele até o músculo. São formadas geralmente por deficiências circulatórias, associadas a doenças de base como diabetes, hanseníase e outras. As categorias principais da ferida ulcerativa são: Úlcera de estase venosa, Úlcera de pressão ou decúbito, Úlceras arteriais diabéticas e Úlcera plantar ou mal perfurante plantar.

Tratamento de Feridas

Até os anos 60, o princípio básico de todo curativo era somente a limpeza mecânica, a utilização de técnicas de antisepsia e proteção contra o meio ambiente, sendo chamados de curativos passivos. Nessa década, demonstraram que nas feridas submetidas a um curativo oclusivo, com a formação de um ambiente úmido, não ocorre a formação de crosta na superfície com conseqüente maior velocidade de progressão da epitelização. Também há, na presença de ambiente úmido na ferida, um aumento da síntese de colágeno durante a fase inflamatória, maior formação de tecido de granulação e maior angiogênese.

Tipos de Curativos

Vimos nesses últimos anos serem lançados vários curativos com a finalidade de manter úmido o ambiente da ferida, cada qual com suas próprias características em relação à capacidade de hidratar ou absorver secreção de lesões, adesividade à lesão e pele, porosidade ao vapor, poder antisséptico e capacidade de coaptação à ferida (chamados curativos interativos). Isso tornou muito difícil a escolha de qual o melhor curativo a ser usado, no entanto, recomendamos aos enfermeiros avaliarem as vantagens e desvantagens de cada curativo incluindo as que não são explicitamente mostradas pelos seus fabricantes. Considerando sempre o custo benefício.

Com a evolução dos curativos têm-se conseguido manter essa umidade controlada no microambiente da ferida por vários dias, possibilitando a troca menos freqüente de curativos, gerando um menor trauma ao tecido de granulação, menor incidência de contaminação e maior permanência dos fatores de crescimento presentes no exsudato, em contato com o tecido de granulação.

A Técnica de Curativo

A técnica de curativo é um cuidado fundamental que deve ser realizado pelo enfermeiro ou pelo menos sob a sua supervisão, ou seja, com avaliação criteriosa do aspecto da ferida. Portanto, o cuidado envolve desde a escolha do material até a realização da técnica, incluindo a avaliação, o registro e as orientações.

O curativo ideal é aquele que mantém alta umidade na interface ferida/curativo; remove o excesso de exsudato, permite a troca gasosa, é impermeável a bactérias, isento de partículas tóxicas e fornece isolamento térmico. Considerando este último item, lembramos que a cada troca de curativo retardamos em média quatro horas o processo de cicatrização, 40 minutos para recuperar a sua temperatura original e três horas para a atividade mitótica retornar (DEALEY, 2001).

Para a retirada sem trauma do curativo, sugerimos que a gaze ou o produto que está em contato com a lesão seja removido delicadamente com auxílio do jato de soro. O jato de soro consiste em furarmos com uma agulha 40X12 o frasco de soro fisiológico. A técnica do *no-touch* é sempre utilizada, e ela consiste em tocar na ferida exclusivamente com pinça e/ou luva estéril (STIER *et al*, 1995, p.52).

A Metodologia da Assistência de Enfermagem

Em relação à Metodologia da Assistência de Enfermagem que sustenta este estudo, nos baseamos na autora Wanda de Aguiar Horta e adotamos alguns princípios da Teoria de Enfermagem de Dorothea E. Orem. Considerando que o cliente durante a consulta ambulatorial deve ser capaz de participar do seu tratamento de forma efetiva, visando a manutenção da vida, saúde e bem - estar.

Dessa forma, visamos um atendimento sistematizado com controle da evolução do tratamento e participação da clientela na recuperação de sua saúde. O cliente atendido pelos alunos e professores da Enfermagem, no Ambulatório de Cirurgia do HUAP, é estimulado a participar do seu tratamento não só comparecendo ao hospital para realizar o curativo, mas para compreender e colaborar com o processo de cicatrização de sua ferida., evitando recorrências, principalmente nos casos de úlceras venosas e diabéticas. Assim, o cliente sente-se útil em seu tratamento, responsável por sua melhora quando segue adequadamente as orientações de enfermagem. E a equipe sente-se orgulhosa de poder participar da recuperação e proporcionar bem - estar a esses indivíduos.

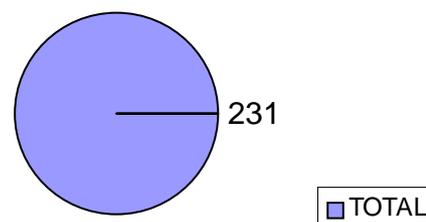
Resultados Parciais

A seguir, serão apresentados os dados dos pacientes atendidos no Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Antonio Pedro, pelos acadêmicos e professores de enfermagem, no 2º semestre de 1999 e no 1º semestre de 2000, que corresponde ao período de 03/11/1999 a 06/07/2000.

GRÁFICO Nº 1

Número de pacientes atendidos
no Ambulatório de Cirurgia do HUAP
no 2º semestre de 1999 e 1º semestre de 2000.

Número de pacinetes atendidos

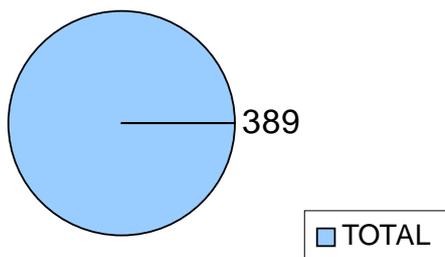


Foram atendidos no ambulatório, pelos professores e estudantes de enfermagem, 231 pacientes com lesões de pele.

GRÁFICO Nº 2

Número de consultas realizadas por acadêmicos e professores de enfermagem no ambulatório do HUAP, de novembro de 1999 a julho de 2000.

Número de consultas realizadas

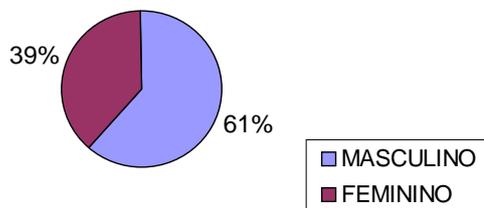


Foram realizadas 389 consultas ambulatoriais de enfermagem, referentes a 231 pacientes.

GRÁFICO Nº 3

Distribuição dos pacientes atendidos por sexo.

Distribuição dos pacientes por sexo

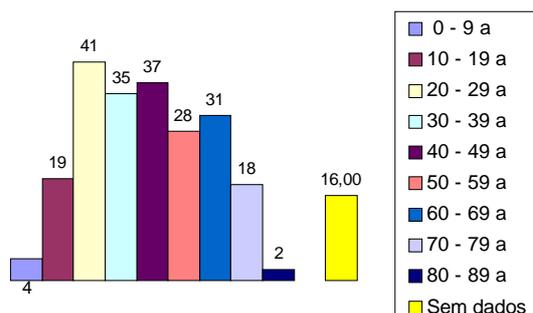


Dos pacientes atendidos, 141 (61%) eram do sexo masculino e 90 (39%) eram do sexo feminino.

GRÁFICO Nº 4

Distribuição dos pacientes atendidos por faixa etária.

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR IDADE

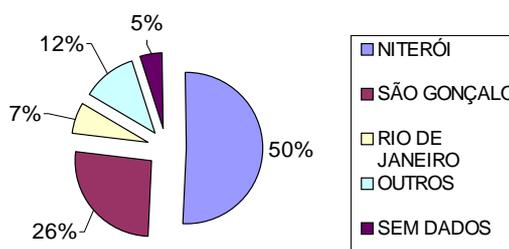


A maior concentração de pacientes, no período pesquisado, ocorreu na faixa etária entre 20 e 29 anos (18%), seguida da faixa etária de 40 a 49 anos (16%). A menor concentração (1%) foi de pacientes entre 80 e 89 anos. Não houve atendimento a pessoas com mais de 90 anos.

GRÁFICO Nº 5

Municípios onde a clientela atendida no Ambulatório do HUAP reside.

DISTRIBUIÇÃO POR PROCEDÊNCIA



Outros: Itaboraí, Alcântara, Maricá, Jacaré, Teresópolis e Nova Friburgo.

Quanto à procedência, verificamos que a maioria dos pacientes é originária dos municípios de Niterói (50%) e de São Gonçalo (26%).

TABELA Nº1

Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de lesão apresentada

Lesões	Freqüência	Percentual
Lesão traumática	54	23,38 %
Lesão cirúrgica	46	19,92 %
Lesão traumática suturada	39	16,88 %
Abscesso	23	9,96 %
Úlcer venosa	19	8,23 %
Queimadura	10	4,33 %
Deiscência de sutura	7	3,03 %
Úlcer diabética	4	1,73 %
Úlcer de pressão	3	1,30 %
Úlcer isquêmica	3	1,30 %
Mífase	3	1,30 %
Erisipela	2	0,87 %
Bolha	2	0,87 %
Úlcer arterial	1	0,43 %
Escoriação	1	0,43 %
Furunculose	1	0,43 %
Antraz	1	0,43 %
Inflamação na cicatriz cirúrgica	1	0,43 %
Lesão alérgica	1	0,43 %
Unha encravada	1	0,43 %
Picada de inseto	1	0,43 %
Onicomicose	1	0,43 %
Sem dados	7	3,03 %
TOTAL	231	100 %

A procura pelo ambulatório deu-se principalmente por pacientes portadores de lesão traumática (23,38 %), lesão cirúrgica (19,92 %) e lesão traumática suturada (16,88 %).

Devido ao local da realização da pesquisa ser um Ambulatório de Cirurgia, há uma alta incidência de pacientes que retornam pós-alta hospitalar para a retirada de pontos e avaliação cirúrgica; geralmente, essas pacientes realizam apenas uma consulta de enfermagem, pois ocorrem poucos casos com deiscência de sutura; que retornam até a completa cicatrização por segunda intenção. Outra grande incidência no atendimento são os pacientes com lesões traumáticas, com ou sem sutura, esses pacientes são encaminhados ao ambulatório, depois de serem atendidos pelo Serviço de Emergência.

TABELA Nº 2
Distribuição dos pacientes
de acordo com a região da lesão

Região da lesão	Frequência	Percentual
Membro inferior	94	40,70 %
Membro superior	40	17,32 %
Abdome	25	10,82 %
Cabeça	25	10,82 %
Pescoço	4	1,73 %
Lombar	2	0,87 %
Cóccix	2	0,87 %
Dorsal	1	0,43 %
Torácica	1	0,43 %
Glútea	3	1,30 %
Esternal	1	0,43 %
Escapular	4	1,73 %
Clavicular	4	1,73 %
Axilar	4	1,73 %
Mamária	2	0,87 %
Inguinal	5	2,16 %
Espondilêia	2	0,87 %
Sem dados	12	5,19 %
TOTAL	231	100 %

Observa-se na Tabela nº 2 que a maior incidência de lesões foi no membro inferior (40,70 %), seguido do membro superior com 17,32 %, do abdome e da cabeça com 10,82% cada.

Os membros inferiores são mais afetados por causa das lesões traumáticas, das úlceras venosas e diabéticas. As lesões na região abdominal se justificam tendo em vista um grande número de clientes oriundos da cirurgia geral.

TABELA Nº 3
Apresentação do material
utilizado na técnica de curativo

Total de atendimentos T = 389

Material utilizado no curativo	Frequência	Percentual
Lavagem com jato de soro fisiológico a 0,9%	153	66,23 %
Vaselina	53	22,94 %
Neomicina + bacitracina	46	19,91 %
Povidine degermante	20	8,66 %
Sulfadiazina de prata	6	2,60 %
Sabão neutr o	5	3,46 %
Hidrocolóide	2	0,87 %
Colagenase	2	0,87 %
Iruxol	2	0,87 %
Pomada fungicida	1	0,43 %
Sem dados	21	9,09 %

A maioria das lesões foram lavadas com jato de soro fisiológico a 0,9%. Segundo Dealey (2001, p.78), o soro fisiológico a 0,9% é o único agente de limpeza totalmente seguro e é o tratamento de escolha para a maioria das lesões. Dentro da lesão, Oliveira (1999, p. 440) recomenda o uso do soro fisiológico em jato para limpeza da mesma.

As coberturas mais utilizadas atualmente são aquelas que mantêm a umidade na interface ferida/curativo, removem o excesso de exsudato, permitem a troca gasosa, funcionam como isolante térmico e são impermeáveis a bactérias.

Entre os produtos de cobertura, 53 pacientes utilizaram a pomada de vaselina estéril e 46, a pomada de neomicina com bacitracina. O uso da pomada de vaselina estéril é indicado para manter alta a umidade na interface ferida/curativo, facilitando a granulação e a epitelização das feridas. A pomada de neomicina com bacitracina é um antibiótico tópico, que já foi comprovado que não é absorvido pela ferida. Nós só utilizamos essa pomada devido à falta de material, com o único objetivo de manter a ferida úmida.

No ambulatório, os produtos utilizados variam muito de acordo com a compra realiza-

da pelo hospital. Essa realidade não é a que desejamos, mas muitas vezes é a única opção para oferecer um produto melhor.

A limpeza é fator importante, porque muitos pacientes, por questões culturais, não molham suas lesões ou até mesmo não tomam banho. Recomendamos a higiene da área adjacente com sabão neutro; no ambulatório, usamos o povidine degermante para limpeza da pele íntegra dos pacientes que apresentam sujidade.

A maioria dos pacientes foi orientada a retornar para realizar avaliação e novo curativo (88) e a realizar curativo em casa, seguindo o protocolo III (42).

TABELA Nº 4
Relação das orientações dadas pelos alunos de enfermagem aos pacientes.

Orientações	Frequência	Percentual
Retornar para realizar avaliação e curativo	88	29,83
Realizar curativo em casa, seguindo o protocolo III	42	14,24
Melhorar a higiene corporal	19	6,44
Elevar os membros inferiores acima da altura do coração, 3 vezes ao dia, durante 30 minutos cada vez (seguindo o protocolo IV)	17	5,76
Lavar a cicatriz cirúrgica com sabão neutro, mantendo o local limpo e seco	8	2,71
Evitar expor a cicatriz cirúrgica ao sol, usando protetor solar sempre que necessário	8	2,71
Realizar curativo em Unidade Básica de Saúde próxima à residência, seguindo o protocolo III	8	2,71
Seguir corretamente a prescrição da medicação oral	7	2,37
Aplicar compressa morna, 3 vezes ao dia	7	2,37
Evitar coçar o local da lesão	7	2,37
Hidratar a pele íntegra	7	2,37
Manter a mobilidade do membro afetado	4	1,36
Manter a cabeceira elevada	1	0,34
Aplicar compressa gelada, 3 vezes ao dia	3	1,02
Manter a mão elevada, apoiada na tipóia	3	1,02
Evitar fazer esforço	3	1,02
Aliviar a pressão na área da lesão	1	0,34
Lavar os olhos com água boricada gelada	1	0,34
Manter espaços interdigitais secos	1	0,34
Parar de fumar durante a cicatrização	1	0,34
Aumentar a ingestão hídrica	1	0,34
Fazer dieta nutricional hipolipídica e hipossódica	1	0,34
Fazer esquema de vacinação antitetânica	1	0,34
Não interromper o tratamento para a AIDS	1	0,34
Sem dados	55	18,64
TOTAL	295	100

A orientação é uma importante etapa da assistência de enfermagem. É resultante da avaliação das condições do cliente. Após uma avaliação minuciosa do estado da lesão, das condições físicas e emocionais, são feitas as orientações, e elas podem ser modificadas a cada consulta, de acordo com as necessidades que surgirem. Devem ter um objetivo operacional e os seus resultados devem ser constantemente avaliados.

A orientação requer habilidade de comunicação e eficaz relacionamento interpessoal, precisam ser concisas e claras para o entendimento do cliente. Para se obter um resultado satisfatório, a enfermeira e o cliente precisam estabelecer um sentimento de confiança e respeito mútuo durante o tratamento.

As orientações no atendimento ambulatorial são de suma importância, tendo em vista que o paciente dará continuidade ao tratamento no domicílio. Esse paciente deve estar bem orientado sobre a importância de continuar o tratamento realizado no ambulatório para uma boa cicatrização de sua lesão.

Considerações Finais

No início da tabulação, observamos que muitas evoluções feitas pelos acadêmicos estavam incompletas, prejudicando os resultados da pesquisa e certamente da assistência, uma vez que a falta de registro de alguns dados pode caracterizar que essas informações não foram colhidas e, por consequência, as ações planejadas nos cuidados daquele cliente podem ter sido falhas. Dessa forma, confeccionamos protocolos de atendimento para clientes com lesões crônicas e agudas. Portanto, desde o segundo semestre de 2001, temos dados mais completos, fazendo com que os resultados de pesquisa tenham maior aplicabilidade na prática.

Observamos que na maioria das vezes os alunos ficam mais motivados a desenvolverem as técnicas de curativo, e dão menor importância à

anamnese, ao registro e às orientações. No entanto, através da implementação dos protocolos, temos despertado o interesse dos acadêmicos, incentivando-os a desenvolverem cuidados fundamentais a clientes com lesões cutâneas, descrevendo de forma sistematizada dados clínicos, objetivos e subjetivos, queixas, além dos procedimentos realizados. Considerando que tanto a realização de técnicas básicas como o curativo, a bandagem, a retirada de pontos, quanto as etapas da metodologia da consulta são cuidados fundamentais na assistência de enfermagem, e ponto passivo no desenvolvimento da análise crítica no tratamento das lesões tissulares.

A avaliação diagnóstica, a prescrição da conduta e as orientações traçadas pelos professores e alunos de enfermagem são fundamentais na evolução do processo de cicatrização das lesões e na recuperação da saúde do cliente.

Dessa forma, o trabalho desenvolvido no Ambulatório de Cirurgia do HUAP por acadêmicos e professores de Enfermagem da UFF caracteriza-se pela qualidade de atendimento e interdependência das ações com a participação ativa do cliente na sua recuperação. E certamente reforça a tendência para o novo milênio, que é cada vez mais de interação do cliente com a equipe. Além de proporcionar diminuição no tempo de recuperação tecidual, diminuição do custo no atendimento, redução do número de atendimentos por cliente, também aumenta a demanda para o Serviço de Curativo e implementa uma nova abordagem para o cuidar de clientes com lesões tissulares. Nessa visão, o cuidado fundamental é desenvolvido considerando toda complexidade necessária para atender um ser humano.

Healing of chronic and surgical wounds

An ambulatory care of nursing

Abstract

This study has been developed at the Ambulatory of General Surgery of Antonio Pedro University Hospital (– HUAP/UFF), which is a theoretical and training teaching field of the Subject called Semiology and Semiotecnic I, where students and teachers perform the nursing treatment, developing important care to patients with skin wounds. The project has as objective to make a diagnostic evaluation of the patients with skin wounds who have been treated by the teachers and nursing students at the ambulatory. In this way, the research aims to treat the patients in Niterói and neighborhood, implementing modern technics of treatment; motivating the training and the cientific production of nursing students as well as the scholarship ones. As a result of the research, we are registering procedures of diagnosis, care and advice to ambulatory patients who have skin wounds.

Keywords: Wounds. Healing. Nursing.

Cicatrización de heridas quirúrgicas y crónicas

Una atención ambulatorial de enfermería.

Resumen

Este estudio esta siendo desarrollado en la consulta externa de Cirugía General del Hospital Universitario Antonio Pedro (HUAP/UFF), campo de enseñanza teórico-práctico del curso de Semiología y Semiotécnica I, donde los alumnos y profesores realizan la consulta de enfermería desarrollando cuidados fundamentales a clientes portadores de lesiones cutáneas. El proyecto tiene como objetivo realizar una evaluación diagnóstica de la clientela portadora de lesiones tisulares que es atendida por los profesores y estudiantes de enfermería en la consulta externa. De este modo, la investigación visa tanto, atender la clientela de Niterói y áreas adyacentes, implementando técnicas actuales de curativo; como insentivar el entrenamiento y la producción científica de los académicos de enfermería y becarios. Como producto de la investigación, estamos oficializando protocolos de diagnóstico, cuidados y orientaciones para clientes que acuden a la consulta externa y que son portadores de afecciones cutáneas.

Palabras claves: Herida. Cicatrización. Enfermería.

Referências

- BARBUL, A. *Clínicas Cirúrgicas da América do Norte*. São Paulo: Interlivros, 1993.
- BORGES, E.L.; CHIANCA, T.C.M. Tratamento e cicatrização de feridas, I. *Nursing*, p. 24-29, fev. 2000.
- BORGES, E.L.; CHIANCA, T. C.M. Tratamento e cicatrização de feridas, I. *Nursing*, p. 25-29, abr. 2000.
- COELHO, M.J; CARVALHO, M.T.C.; GONÇALVES M.C. O desafio de ensinar a cuidar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, ano 1, n. lançamento, p. 63-70, jul. 1997.
- DEALEY, C. *Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
- FLANAGAN, M. Uma estrutura prática para a determinação de ferimentos 1: fisiologia. *Nursing*, ano 10, n. 116, p. 11-18, nov. 1997.
- FLANAGAN, M. Uma estrutura prática para a determinação de ferimentos 2: métodos. *Nursing*, ano 10, n. 117, p. 22-26, dez. 1997.
- LACERDA, R.A. *Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico*. São Paulo: Atheneu, 1992.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- MARTINS, M.A. *Manual de Infecções Hospitalares: prevenção e controle*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.
- OLIVEIRA, B.G.R.; NASCIMENTO, C.M.F.; LIMA, H.S. Feridas: O ensino da técnica de curativo na disciplina semiologia e semiotécnica I. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51., 1999, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: ABEn, 1999.
- STIER, C.J.N. *Rotinas em controle de infecção hospitalar*. Curitiba: Ed. Netsul, 1995.
- TIAGO, F. *Feridas: etiologia e tratamento*. São Paulo: Ed. F. Tiago, 1997.

Sobre os autores

Beatriz Guitton R. B. Oliveira

Doutora e Mestre em Enfermagem. Profª Adjunto da Disciplina Semiologia e Semiotécnica I - Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense (Niterói - R.J) E-mail: beatriz@novanet.com.br

Ana Luiza Soares Rodrigues

Bolsista de Iniciação Científica BANESPA/UFF - PROPP. Acadêmica do 9º período do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense (Niterói - R.J). E-mail: analusr@ig.com.br