

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

DANIELLE NERIS FERREIRA

**AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CURATIVO EM FERIDAS REALIZADO
POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

**CAMPO GRANDE-MS
2015**

DANIELLE NERIS FERREIRA

**AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CURATIVO EM FERIDAS REALIZADO
POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: O cuidado em saúde e enfermagem.

Orientador: Dr. Adriano Menis Ferreira.

Coorientador: Dr.^a Vilma Ribeiro da Silva.

CAMPO GRANDE-MS

2015

DANIELLE NERIS FERREIRA

**AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CURATIVO EM FERIDAS REALIZADO
POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Sob a orientação do Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira e coorientação da Prof.^a Dr.^a Vilma Ribeiro da Silva.

A banca examinadora, após avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito

_____.

Campo Grande, 01 de abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA

CONCEITO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira – UFMS/CPTL

Prof. Dr.^a Maria de Fátima Meinberg Cheade – UFMS/CG

Prof. Dr.^a Maria Angélica Marcheti – UFMS/CG

AGRADECIMENTOS

Por minha vida, família e amigos, sou imensamente grata a ti Senhor, que permitiu que tudo isso acontecesse, em todos os momentos é o maior Mestre que alguém pode ter, fez o possível acontecer apesar das dificuldades.

Essa pesquisa é fruto da minha jornada pessoal e profissional e há quem contribuiu significativamente para isso e em especial preciso mencionar:

Ao meu orientador, Prof. Dr. Adriano que me acolheu sem me conhecer e acreditou em mim, em pequenos momentos oportunizou grandes conversas, pela orientação, apoio, confiança, amizade, correções e sugestões, meu muito Obrigada.

A minha coorientadora, Prof.^a Dr.^a Vilma, que compartilhou momentos decisivos dessa caminhada, meu deu suporte, pelas correções e incentivos, Obrigada.

A minha família, pais e irmãos, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha mãe Cleusa, que me acompanhou nos momentos mais difíceis da elaboração dessa pesquisa.

A minha irmã Caroline, Mestre em Enfermagem, pela inspiração e exemplo de profissional.

Ao meu esposo Delter e meu filho Henrique pela compreensão e amor, pois percorreram comigo nessa trajetória.

As minhas amigas que por sua amizade fizeram parte da minha formação e permanecerão comigo em minha vida.

A banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima e Prof.^a Dr.^a Maria Angélica, pelas sugestões e recomendações.

Aos colegas e amigos do HRMS pelo apoio, carinho e incentivo desde o processo seletivo a defesa.

Ao campo de estudo, que oportunizou realizar essa pesquisa.

Em especial, aos profissionais de enfermagem, das unidades de internação - Clínica Cirúrgica e Clínica Médica - pela confiança e disponibilidade em participarem da pesquisa, sem vocês isso não teria se concretizado.

Aos pacientes, meu respeito, por vocês almejo ter contribuído cientificamente para a Enfermagem.

“Tenho o privilégio de não saber quase tudo. E isso explica o resto”

Manoel de Barros

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar o procedimento de curativo realizado pelos profissionais de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem) atuantes em duas unidades de internação, clínica cirúrgica e clínica médica, de um hospital público localizado no município de Campo Grande-MS. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada pela observação direta não participativa e individual, e consulta aos registros de enfermagem no prontuário do paciente, através de instrumento de coleta de dados do tipo *Check-list* validado e adaptado para este estudo, para observar a execução do procedimento em três fases, sendo: I-Pré-execução: preparação para a técnica do curativo, II-Execução da técnica de curativo e III-Pós-execução à técnica de curativo. Por amostragem não probabilística, a amostra por conveniência constituiu de 80 curativos, sendo 40 procedimentos por unidade pesquisada. O procedimento de curativo foi avaliado com base no índice de positividade (IP), gerando um percentual para cada questão observada, por fase (I, II e III) e por procedimento. O IP foi comparado entre fases (I, II e III) por meio da aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, com o nível de significância de $p < 0.05$. Os softwares utilizados para análise foram o Minitab 17 (Minitab Inc.) e Statistica 10 (StatSoft Inc.). O procedimento de curativo foi considerado de qualidade quando apresentou IP $> 70\%$. Na maioria dos itens avaliados nas duas unidades de internação obtiveram IP $\leq 70\%$, no entanto a clínica cirúrgica apresentou maior IP em comparação com a clínica médica. As questões mais comprometidas para as duas unidades estudadas foram as que estavam relacionadas ao aquecimento da solução fisiológica, preparo do ambiente e disposição do lixo, manutenção da privacidade do paciente, higienização das mãos, desinfecção da superfície, conferência do prazo de validade dos materiais, paramentação com equipamento de proteção individual, posicionamento e disposição dos materiais, limpeza da ferida, identificação do curativo, desprezo dos materiais e registro de enfermagem. Enquanto que para as questões referentes à apresentação ao paciente, conferência da prescrição, abertura do campo de curativo, remoção não traumática do curativo, aplicação da cobertura sobre a ferida, manutenção nos princípios de assepsia, sequência lógica na realização do procedimento e valorização das queixas do paciente, mostrou-se comprometidas apenas na clínica médica. A clínica cirúrgica obteve IP de 79,49% na fase II, sendo as demais fases I (60%) e III (66,30%). A clínica médica obteve índice melhor na fase III (62,50%), nas demais o curativo foi significativamente comprometido, sendo I (34,16%) e II (30,00%). Na clínica cirúrgica 75% dos procedimentos de curativo foram classificados como insatisfatório, sendo essa classificação em 97,5% dos procedimentos da clínica médica. A realização do procedimento de curativo mostrou-se comprometida, requerendo intervenção que provoque mudanças na prática assistencial, que possa conferir e assegurar qualidade e segurança no cuidado de enfermagem prestado ao paciente com feridas.

Descritores: Avaliação em enfermagem. Ferimentos e lesões. Cuidados de enfermagem. Bandagens. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

This study was aimed at assessing the bandaging procedure conducted by nursing professionals (nursing assistants and technicians) who work in two units of admission, surgical clinic and medical clinic of a public hospital located in the municipality of Campo Grande-MS. This is a cross-sectional, descriptive and observational study, with a quantitative approach. Data collection took place by means of non-participatory and individual direct observation, and query in the nursing records contained in the patient's chart, through a data collection tool of checklist type validated and adapted for this study, to observe the accomplishment of the procedure in three phases, namely: I-Pre-accomplishment: preparation for the bandaging technique, II-Accomplishment of the bandaging technique and III-Post-accomplishment to the bandaging technique. Through non-probabilistic sampling, the convenience sample was composed of 80 bandages, with 40 procedures for each surveyed unit. The bandaging procedure was assessed on the basis of the positivity index (PI), thus generating a percentage for each issue observed, by phase (I, II and III) and by procedure. The PI was compared among phases (I, II and III) by means of the application of the Kruskal-Wallis test, with a significance level of $p < 0.05$. The softwares used for analysis were Minitab 17 (Minitab Inc.) and Statistica 10 (StatSoft Inc.). The bandaging procedure was considered quality when presented $PI > 70\%$. The majority of the items assessed in the two units of admission obtained $PI \leq 70\%$, but the surgical clinic showed a greater PI in comparison with the medical clinic. The most compromised issues for the two studied units were those that were related to the heating of saline solution, preparation of environment and disposal of garbage, maintenance of the patient's privacy, sanitization of hands, surface disinfection, verification of the expiration date of materials, surgical scrub with personal protective equipment, positioning and disposal of materials, wound cleaning, bandage identification, discard of materials and nursing record. Whilst for issues concerning the presentation to the patient, verification of prescription, opening the bandage area, non-traumatic bandage removal, application of the coverage on the wound, maintenance in the principles of asepsis, logical sequence in the conduction of the procedure and appreciation of the patient's complaints, they have shown commitment only in the medical clinic. The surgical clinic obtained PI of 79,49% in the phase II, and the remaining phases were: I (60%) and III (66,30%). The medical clinic obtained a better index in the phase III (62,50%). In the remaining ones, the bandage was significantly compromised, with I (34,16%) and II (30,00%). In the surgical clinic 75% of bandaging procedures were classified as unsatisfactory, and this classification in 97.5% of the medical clinic procedures. The realization of the bandaging procedure proved to be committed, requiring intervention that provokes changes in the assistential practice and that can offer and ensure quality and safety in the nursing care provided to the patient with wounds.

Keywords: Nursing assessment. Wounds and injuries. Nursing care. Bandages. Quality of health care.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el procedimiento de curativo realizado por los profesionales de enfermería (auxiliares y técnicos de enfermería) actuantes en dos unidades de internación, clínica quirúrgica y clínica médica, de un hospital público localizado en el municipio de Campo Grande-MS. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y observacional, con enfoque cuantitativo. La recolección de datos fue realizada por la observación directa no participativa e individual, y consulta a los registros de enfermería en el prontuario del paciente, a través de instrumento de recolección de datos del tipo *Check-list* validado y adaptado para este estudio, para observar la ejecución del procedimiento en tres fases, siendo: I-Pre-ejecución: preparación para la técnica del curativo, II-Ejecución de la técnica de curativo y III-Pos-ejecución a la técnica de curativo. Por muestreo no probabilístico, la muestra por conveniencia constituyó de 80 curativos, siendo 40 procedimientos por unidad investigada. El procedimiento de curativo fue evaluado con base en el índice de positividad (IP), generando un porcentual para cada cuestión observada, por fase (I, II y III) y por procedimiento. El IP fue comparado entre fases (I, II y III) por medio de la aplicación del test de *Kruskal-Wallis*, con el nivel de significancia de $p < 0.05$. Los softwares utilizados para análisis fueron el Minitab 17 (Minitab Inc.) y Statistica 10 (StatSoft Inc.). El procedimiento de curativo fue considerado de calidad cuando presentó IP $> 70\%$. En la mayoría de los ítemes evaluados en las dos unidades de internación obtuvieron IP $\leq 70\%$, sin embargo la clínica cirugía presentó mayor IP en comparación a la clínica médica. Las cuestiones más comprometidas para las dos unidades estudiadas fueron las que estaban relacionadas al calentamiento de la solución fisiológica, preparo del ambiente y disposición de la basura, manutención de la privacidad del paciente, higienización de las manos, desinfección de la superficie, conferencia de la fecha de vencimiento de los materiales, el uso de equipamiento de protección individual, posicionamiento y disposición de los materiales, limpieza de la herida, identificación del curativo, desprecio de los materiales y registro de enfermería. Mientras que para las cuestiones referentes a la presentación al paciente, conferencia de la prescripción, abertura del campo de curativo, remoción no traumática del curativo, aplicación de la cobertura sobre la herida, manutención en los principios de asepsia, secuencia lógica en la realización del procedimiento y valoración de las quejas del paciente, demostró el compromiso sólo de la clínica médica. La clínica quirúrgica obtuvo IP de 79,49% en la fase II, siendo las demás fases I (60%) y III (66,30%). La clínica médica obtuvo índice mejor en la fase III (62,50%), en las demás el curativo fue significativamente comprometido, siendo I (34,16%) y II (30,00%). En la clínica quirúrgica 75% de los procedimientos de curativo fueron clasificados como insatisfactorio, siendo esa clasificación en el 97,5% de los procedimientos de la clínica médica. La realización del procedimiento de curativo resultó el compromiso, requiriendo intervención que causas cambios en la práctica asistencial, que pueda conferir y asegurar calidad y seguridad en el cuidado de enfermería prestado al paciente con heridas.

Descriptor: Evaluación en enfermería. Heridas y lesiones. Cuidados de enfermería. Vendajes. Calidad de la Asistencia a la Salud.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	Qualidade em saúde.....	12
2.2	Avaliação dos procedimentos de enfermagem.....	15
2.3	Procedimento de enfermagem – curativo.....	17
3	OBJETIVOS.....	25
3.1	Objetivo geral.....	25
3.2	Objetivos específicos.....	25
4	MATERIAL E MÉTODO.....	26
4.1	Tipo de pesquisa.....	26
4.2	Local da pesquisa.....	27
4.3	Participantes da pesquisa.....	29
4.4	População e amostra.....	30
4.5	Coleta dos dados.....	31
4.6	Análise dos dados.....	34
4.7	Aspectos éticos.....	36
5	RESULTADOS.....	38
5.1	Resultado 1 - Unidade de clínica cirúrgica.....	38
5.2	Resultado 2 - Unidade de clínica médica.....	45
5.3	Resultado 3 - Índice de positividade e qualidade.....	51
6	DISCUSSÃO.....	56
6.1	Caracterização dos profissionais de enfermagem.....	56
6.2	Caracterização dos pacientes.....	60
6.3	Índice de positividade do procedimento de curativo - fase I.....	65
6.4	Índice de positividade do procedimento de curativo - fase II.....	74
6.5	Índice de positividade do procedimento de curativo - fase III.....	82
6.6	Qualidade do procedimento de curativo.....	88
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
	REFERÊNCIAS.....	95
	APÊNDICES.....	107
	ANEXOS.....	124

1 INTRODUÇÃO

A prática do curativo, no contexto da evolução humana, advém de um cuidado milenar, a partir de descrições pré-históricas ocasionadas, inicialmente, pelo próprio homem exposto a lesões de pele. Esse avanço foi obtido por meio dos estudos das ciências biomédicas e conta, atualmente, com uma diversidade tecnológica da prática de curativos (JORGE; DANTAS, 2005).

Nesse progresso, a enfermagem tem contribuído significativamente na produção científica sobre essa temática, pelos aspectos preventivos e/ou de tratamento em feridas - reflexo, sobretudo, da atuação profissional - que culminam, por sua vez, na especialização da assistência.

Na assistência a pessoa com feridas, o curativo faz parte de um conjunto de intervenções necessárias, com o objetivo de promover a reparação tecidual e reestabelecer o bem-estar do indivíduo. Dessa forma, a técnica apurada e eficaz, através dos padrões assépticos do procedimento, contribuirá para a recuperação do paciente/cliente.

A capacitação e atualização dos profissionais no cuidado em feridas e curativos deve se constituir em uma prioridade institucional, amparando-se em um programa de educação permanente a toda a equipe de enfermagem, garantindo que as condutas estejam fundamentadas no conhecimento científico e que promovam uma atuação segura, evitando, desta forma, a realização de práticas inadequadas e que comprometam a qualidade da assistência.

A problemática apontada por Dantas (2005) não difere do cenário atual. O autor cita que:

Hoje vivenciamos uma verdadeira revolução nos princípios de tratamento tópico em feridas. Entretanto, ainda é frequente nos depararmos com condutas inadequadas e produtos ineficazes ou mesmo prejudiciais ao processo cicatricial, [...] embora na era da evolução médico-científica, nos deparamos muitas vezes com condutas medievais (DANTAS, 2005, pg.06).

A experiência na assistência ao paciente com feridas oportunizou-me conviver próximo aos problemas expostos, presenciando inadequações ou não conformidades na prática do curativo, servindo de estímulo para a busca da compreensão desse problema, que envolve a atuação da equipe de enfermagem, em relação a esse procedimento.

Manter uma equipe atualizada em sua prática é um desafio, contudo, necessário para a qualidade da assistência de enfermagem. Silveira e Castro (2008) afirmam que a quebra de paradigmas por parte dos profissionais, através da adoção de novas práticas no tratamento de feridas, são essenciais para qualificar a assistência, tornando-a científica e, sobretudo contribuindo para os indicadores de qualidade institucional.

Ao envolver riscos, o curativo, como procedimento técnico, intrínseco ao cuidar da enfermagem, pode comprometer diretamente a qualidade da assistência (NONINO; ANSELMINI; DALMAS, 2008). Dessa forma, a busca por qualidade vem ganhando destaque na avaliação dos processos laborais das organizações e, no âmbito da assistência à saúde, é inerente ao desempenho que visa resultados positivos (POTTER; PERRY, 2013).

No contexto da prática de curativo em feridas, alguns questionamentos foram pontuados no cenário assistencial: Como os profissionais de enfermagem estão efetivamente realizando esse procedimento? Existe divergência entre a prática com os cuidados esperados e as evidências científicas? Qual o índice de positividade na execução do procedimento de curativo, como elemento de avaliação da qualidade do cuidado?

A partir da perspectiva de qualidade da assistência prestada pelo procedimento do curativo, diante do julgamento do ato executado, Donabedian (2005) expõe um ponto pertinente a este estudo, afirmando que a questão não é apontar o erro, perguntando “O que está errado nisso?”, mas sim “O que se passa aqui?” e “Como isso pode ser realizado de melhor maneira?”.

Repensar a prática diária da assistência de enfermagem inclui reavaliar as ações às quais são confiadas, em que o fazer seja executado da melhor forma

possível, e que a busca por qualidade seja almejada continuamente (BARBOSA; MELO, 2008).

Considerando que a assistência de enfermagem objetiva proporcionar um cuidado pautado em saberes científicos, técnicos e humanísticos, os quais são imperativos à atuação profissional, busca-se avaliar o procedimento de curativo realizado por profissionais de enfermagem em pacientes com feridas, cujos resultados obtidos possam contribuir significativamente para a prática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Qualidade em saúde

O termo qualidade se refere a uma propriedade, atributo ou condição, determinando a natureza de algo, projetando uma característica peculiar em aspectos construtivos, que indiquem superioridade, excelência, talento, virtude; expressa, sobretudo o valor de algo ou de alguém (FERREIRA, 2010).

Na saúde, para Burmester (2013), não existe uma definição única e elementar para conceituar qualidade, mas esta pode ser explicada pela sua multidimensionalidade, existindo assim, várias definições e abordagens. O autor completa que qualidade é o resultado de um processo continuado, por isso reforça a importância de sua busca contínua, através da adoção de um modelo de gestão adepto a essa perspectiva.

Qualidade é um constructo conceitual expresso por diversos autores que convergem, contudo, no âmbito da enfermagem, em um ponto principal, o qual afirma que ela deve proporcionar benefícios que, por sua vez, incluem prestar uma assistência livre de danos e riscos, garantindo segurança aos usuários diante do cuidado prestado (ROTHBARTH, 2011).

Diante da variedade de compreensão que envolve o tema, Barbosa; Melo (2008) expõem que qualidade tem sido bastante pesquisada, tanto nos aspectos de gestão quanto da assistência em saúde. Isso tem emergido no contexto do atendimento médico-hospitalar, considerando a atenção sobre a vida das pessoas, manifestando a intenção de fazer da melhor forma possível e com qualidade (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Para Bonato (2011), o aspecto qualidade tem influenciado diversos campos da sociedade e em diferentes organizações de serviços para a saúde, com destaque para as instituições hospitalares, devido à sua complexidade e importância social.

A preocupação e adequação dos serviços de saúde deve-se a transformação da sociedade perante as exigências de atenção nesta área, fazendo com que os gestores adotem uma nova postura, incorporando o aspecto qualidade como incremento essencial de suas organizações (MANZO; BRITO; CORREA, 2012).

A qualidade da assistência tem se destacado no âmbito das instituições de saúde, na busca por oferecer um atendimento pautado em melhores práticas. Sob a perspectiva de Feldman e Cunha (2006), a qualidade está presente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e inerente ao cotidiano das organizações hospitalares.

A avaliação da qualidade vem de um engajamento de movimento em diversas áreas e, no serviço de saúde, fundamentou-se, principalmente, pelo pioneirismo de Avedis Donabedian¹, comumente referenciado no contexto da avaliação da qualidade em saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Donabedian (1988) estabeleceu a tríade: estrutura, processo e resultados, como abordagens primordiais nas avaliações da qualidade em saúde. Definiu “estrutura” como os atributos essenciais em que ocorre o cuidado, e isto incluem os recursos humanos, materiais e organizacionais; “processo” como a relação estabelecida entre usuários e profissionais decorrentes das ações assistenciais, e “resultado” como os efeitos dos cuidados prestados a saúde dos pacientes.

A avaliação da qualidade permeou a década de 20, do século XX, com o Programa de Padronização Hospitalar (PPH) do Colégio Americano de Cirurgiões, passando por várias vertentes, no intuito de estabelecer padrões mais apropriados que pudessem garantir a qualidade de assistência aos pacientes (FELDMAM; GATTO; CUNHA, 2005).

Esse evento desencadeou vários processos e parcerias, principalmente relacionados à assistência médica que, ao longo dos anos, possibilitou a criação de grupos, comissões, associações e organizações voltadas para as avaliações e monitoramento do desempenho dos serviços de saúde (FELDMAM; GATTO; CUNHA, 2005).

¹ Pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, considerado como um dos primeiros autores que se dedicou, de maneira sistemática, a estudar e publicar sobre qualidade em saúde (BURMESTER, 2013).

Dentre as formas de avaliação, está a Acreditação, que se refere a um processo de avaliação voluntário e periódico, em que a organização de saúde adquire reconhecimento público baseado em determinados padrões, assegurando assim, a qualidade nos serviços prestados (ONA, 2014).

Em âmbito nacional, várias frentes organizacionais levaram o país a explorar essa área de atenção e se adequar às mudanças emergentes do cenário mundial, por influência dos movimentos internacionais que exigiam mudanças na qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, a exemplo do que já se fazia nos países desenvolvidos. Assim, surgiram programas como o Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), pioneiro em realizar avaliações de qualidade nos hospitais brasileiros, na década de 90 (século XX), em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde, que levou à criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (BURMESTER, 2013).

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como objetivo principal implantar, em nível nacional, um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, incentivando o aprimoramento da gestão da qualidade (ONA, 2014).

A certificação da avaliação hospitalar, através do processo de Acreditação, é apontada, positivamente, como um direcionamento de melhoria necessário em níveis crescentes de qualidade para a assistência aos pacientes (FELDMAM; GATTO; CUNHA, 2005).

O Programa de Acreditação Hospitalar tem operacionalizado estratégias sobre as práticas e padrões aceitáveis nos serviços prestados, que envolvem a adoção de novos hábitos e mudança por parte dos profissionais, sobretudo, diante das avaliações dos procedimentos de enfermagem e seus resultados (BRASIL, 2006a).

A acreditação vem em consonância com ações voltadas para a qualidade do cuidado e segurança do paciente. Segurança que está intrinsecamente atribuída ao conceito de qualidade, pois visa evitar danos, decorrentes dos cuidados de saúde naquilo que tem por objetivo ajudá-lo (BRASIL, 2014).

Dessa forma, no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), visando contribuir para a melhoria da qualificação dos cuidados em saúde, com prioridade dada a segurança do paciente (BRASIL, 2014).

As ações propostas pelo PNSP devem estar articuladas com as demais políticas de saúde brasileira (BRASIL, 2014). Dessa forma, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem coordenado, em âmbito nacional, o processo de implantação de estratégias seguras e seus indicadores, visando à redução dos riscos e à busca pela qualidade dos serviços de saúde (ANVISA, 2011).

2.2 Avaliação dos procedimentos de enfermagem

A avaliação pressupõe que um padrão alcançado necessite de julgamentos, análises e interpretações, decorrentes de fatos e fenômenos produzidos frente a critérios previamente estabelecidos, acarretando em indicadores que possam direcionar as práticas assistências. Dessa forma, as estratégias de avaliação visam o processo de contínua análise da qualidade das ações de enfermagem (CIANCIRULHO; LOPES, 2012).

Para os processos gerenciais, as informações obtidas diante de avaliações em saúde contribuem para o aprimoramento do objeto em estudo, onde a condição caracterizada pode expressar medidas e indicadores em saúde (MORAIS et al., 2008).

O indicador pode ser comparado a um sensor, com o intuito de sinalizar se os objetivos propostos foram ou não alcançados. Na enfermagem, os indicadores comumente utilizados referem-se, principalmente, à esfera processo, apesar de não ser o único indicativo, mas tornar-se imprescindível na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem (CALDANA et al., 2013).

Estudos pioneiros sobre a avaliação de procedimentos de enfermagem datam da década de 80 (século XX), onde já havia uma preocupação com a prática do cuidado prestado. Moraes (1988) buscou descrever a realização do procedimento técnico de curativo em feridas infectadas, executado por auxiliares de enfermagem, onde a inadequação técnica foi evidenciada pela maioria dos profissionais observados.

No estudo de Silva e Souza (2002) ao observar a realização da técnica de curativo por enfermeiros em feridas cirúrgicas foi possível identificar falhas na execução do procedimento, pela infração dos princípios científicos e problemas relacionados ao processo de trabalho interferindo na terapêutica ao paciente.

Outro estudo, como o desenvolvido por Nonino, Anselmi e Dalmas (2008), tiveram por objetivo avaliar a qualidade da técnica de curativo, segundo o grau de dependência de pacientes internados em uma unidade médico-cirúrgica. Algumas ações foram descritas como satisfatórias (> 70%) no que se refere, por exemplo, ao preparo para execução do procedimento, porém atinge percentual baixo (< 50%) em condutas, como a higienização das mãos, comunicação e sequência lógica na técnica realizada.

Ao comparar o desempenho de profissionais *versus* estudantes de enfermagem, em relação à técnica de curativo, verificou que, na maioria dos itens analisados dos procedimentos, os estudantes se sobressaíram, com destaque à higienização das mãos, orientação do paciente e técnica adequada na limpeza da ferida (MEDEIROS et al., 2012).

Objetivando verificar o desempenho de auxiliares e técnicos de enfermagem na realização de curativo em clientes com acesso venoso para hemodiálise, demonstraram que os profissionais aplicavam, parcialmente, o conhecimento em sua prática diária, com prejuízo iminente ao paciente pela exposição à infecção (NASCIMENTO et al., 2009).

Na avaliação de dez curativos de cateter central de inserção periférica realizados em recém-nascidos, Johann et al. (2010) demonstraram que mesmo quando os profissionais utilizaram instrumentos básicos para cuidar, como

ferramenta para a prática profissional, esta demonstrou fraca evidência científica, justificada, por exemplo, pela falta de recursos materiais dispostos naquele serviço, sendo necessária a revisão de protocolos institucionais.

Sobre a temática em estudo, Nonino (2006) aponta que a avaliação da qualidade vem se constituído objeto de debates e investigações para a saúde, principalmente pelas ações de enfermagem contribuir expressivamente para a qualidade dos processos assistenciais.

Dessa forma é perceptível considerar que a enfermagem vem investigando acerca dos aspectos de qualidade, desempenho técnico e avaliação de procedimentos na área, enquanto que, aos estudos apresentados, o curativo tem se destacado como procedimento importante para avaliar a qualidade da assistência, demonstrando que, nesse contexto, são várias as implicações que podem comprometer o procedimento e interferir na qualidade.

2.3 Procedimento de enfermagem - curativo

O procedimento de curativo consiste em um conjunto de ações que está além do aspecto técnico, pois envolve princípios, em diferentes dimensões, que subsidiam e fundamentam o cuidado de enfermagem. Os profissionais de enfermagem, frente a suas atribuições e responsabilidades, contribuem significativamente na assistência ao paciente com feridas, sendo o curativo, realizado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, uma das ações primordiais.

O enfermeiro exerce um papel fundamental na avaliação e no tratamento de feridas, não se restringindo à execução da técnica de curativo, mas à responsabilidade do planejamento do cuidado, intervindo, sobretudo, na base da lei do exercício profissional (FERREIRA; CANDIDO; CANDIDO, 2010).

Em face às habilidades e atribuições do enfermeiro sendo gerente do cuidar, cabe a ele exercer ações de enfermagem, mas também direcionar e/ou delegar

cuidados da assistência. Assim, a realização do curativo cabe à equipe técnica, desde que seja orientado e supervisionado para tal função (BRASIL, 1986).

Os serviços de saúde têm direcionado a prática de curativo em feridas através da operacionalização de protocolos, normas e rotinas, conforme orientações de comissões de curativo, grupos de avaliação em feridas e/ou acompanhamento do serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH), apoiando, consideravelmente, a assistência de enfermagem (GEOVANINI, 2014).

Diante do conhecimento desenvolvido na área de feridas, espera-se que quem cuida de pacientes com feridas domine o saber sobre essa prática, desde conceitos básicos a novas tecnologias desse cuidado. Para o enfermeiro, o cuidado em feridas e curativos, ao se basear em fundamentações científicas, necessita estar inserido na Sistematização da Assistência de Enfermagem em sua aplicabilidade (SAE).

A dimensão técnico-científica é descrita por Montesinos (2010) como uma competência consolidada nas habilidades do profissional de saúde, que abrange o conhecimento, a destreza e a experiência na execução de determinado procedimento; enquanto que o processo de enfermagem, como ferramenta metodológica baseado num suporte teórico, permite oferecer uma assistência organizada, sistemática e humanizada, em face ao pensamento crítico (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Essa ferramenta permite ainda focalizar na produção de resultados mais eficientes com custo efetivo e em um cuidado proativo, que visa não apenas resolver os problemas, mas preveni-los, baseados fundamentalmente em evidências científicas, onde os princípios do processo se fortalecem através dos padrões intuitivo, lógico, reflexivo e criativo (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

O curativo é descrito como o ato ou ação de curar, do latim *curare*, “cuidar, tomar conta de”, envolvendo um conjunto de medidas aplicadas a uma ferida, visando sua cicatrização (FERREIRA, 2010).

Diante das novas tecnologias em realizar curativo, Johann et al. (2010) apontam que uma simples execução técnica, que antes servia apenas para proteger

a pele, passou a ter uma relação ímpar à terapêutica adotada, em que o conhecimento científico é fundamental na assistência em saúde e, em particular, na tomada de decisões da enfermagem.

O procedimento de curativo ou técnica de curativo é a proteção da lesão ou ferida contra a ação de agentes externos físicos, mecânicos ou biológicos. É a ação que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com finalidade de promover a cicatrização e prevenir contaminação e infecção (JORGE; DANTAS, 2005; GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2008).

O curativo ainda tem por finalidade remover corpos estranhos, reaproximar bordas, promover hemostasia, preencher espaço morto, facilitar a aplicação tópica e de coberturas, realizar desbridamento, remover tecido desvitalizado, reduzir edema, absorver e facilitar drenagem de exsudato, manter umidade, fornecer isolamento térmico, diminuir a intensidade da dor e propiciar conforto psicológico (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2008).

Objetivando, sobretudo, restabelecer a integridade tecidual, Rackenbach e Moraes (2008) caracterizam o curativo como um procedimento a ser realizado de forma asséptica, organizado em ações planejadas em três fases da realização da técnica, sendo: pré-execução, execução do procedimento propriamente dito e pós-execução.

A fase de pré-execução se caracteriza na verificação de materiais necessários e adequados para o procedimento, visto que a necessidade dos materiais dependerá da avaliação prévia, pois o que determina o tipo de material a ser utilizado é a característica da lesão e as necessidades do indivíduo (JORGE; DANTAS, 2005; RACKENBACH; MORAES, 2008).

Além de reunir os materiais necessários, cabe ao profissional de enfermagem orientar o indivíduo e a família sobre o cuidado a ser realizado, preparar o ambiente, verificando aspectos como privacidade e luminosidade, posicionando o paciente, de maneira confortável e adequada para realizar a técnica (RACKENBACH; MORAES, 2008).

Potter, Perry e Elkin (2013) adicionam à prática de curativo a realização da higienização das mãos, antecedendo ao procedimento, a verificação da prescrição em relação ao curativo e reforçam o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI).

A utilização do EPI é importante no controle de infecção e fundamental na proteção dos profissionais de saúde, como uma medida de biossegurança. Destaca-se que o curativo, sendo um procedimento com risco a exposição a material biológico, o profissional está sujeito tanto a adquirir uma infecção quanto a transmiti-la (COELHO JUNIOR; NASCIMENTO, 2007).

Assim, se reforça o uso de barreiras de proteção, como luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção, conforme sua necessidade, estabelecido pelas medidas de precaução padrão, que incluem, ainda, a limpeza e desinfecção das superfícies, artigos e equipamentos hospitalares, e o manuseio e descarte adequado de materiais perfurocortante (APECIH, 2012).

Em relação à higienização das mãos e à limpeza e desinfecção da superfície, essas contribuem em minimizar a contaminação cruzada, por meio das mãos dos profissionais e da manipulação de instrumentos ou produtos contaminados, garantindo a prevenção e redução das infecções relacionadas à assistência à saúde (BRASIL, 2010).

Sobre a execução da técnica, esta se caracterizará pelo tipo de ferida a ser tratada, envolvendo quatro momentos, sendo eles: remoção do curativo, limpeza da ferida, aplicação da cobertura e proteção da ferida, com a instalação de um novo curativo (RACKENBACH; MORAES, 2008).

A remoção do curativo deve ser realizada de forma não traumática, sendo recomendado umedecer a proteção anterior com solução fisiológica 0,9% (SF 0,9%), conforme necessidade da fixação e/ou cobertura aderida ao leito da ferida, evitando a ocorrência de desbridamento não seletivo ou lesão periferida (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2008, RACKENBACH; MORAES, 2008).

A finalidade da limpeza da ferida é remover elementos, como sujidade, corpo estranho, fragmentos decorrentes do próprio tecido (debris), tecido desvitalizado e

partes do curativo anterior (DEALEY, 2008). Esse evento é considerado como componente importante no tratamento de feridas, demonstrando contribuir significativamente na evolução da lesão (HO et al., 2012; MOORE; COWMAN, 2013).

Assim, tem sido adotada a limpeza pela técnica de irrigação, utilizando seringa de 20 ml e agulha 40 x 12 ou 25 x 8, a qual permitirá exercer uma pressão sobre o leito da ferida menor que 15psi². A pressão essencial deve ser em torno de 8psi, sendo adequada e efetiva para a limpeza, pois não trará dano ao tecido (MARTINS, 2000; YAMADA, 2005).

A solução fisiológica a 0,9% é um agente de limpeza seguro, sendo o preferido no tratamento de diversas feridas, pois mantém o meio úmido, favorecendo a formação de tecido viável; além disso, tem recomendação concomitante a outras coberturas (DEALEY, 2008). A temperatura da solução para a limpeza da ferida é algo importante para a cicatrização das feridas, dessa forma, estudos sugerem que a temperatura ideal esteja equiparada à temperatura corporal, sendo de 36° e 38°C (JONES, 2012).

Estudos apontam o uso de outras soluções como agentes alternativos na limpeza de feridas, como o uso de água tratada e soluções antissépticas, bem como a adoção de técnicas de limpeza, sejam por imersão, irrigação ou uso do chuveiro. Apesar da eficácia que os estudos demonstram, ainda é inconclusivo quando há comparações (técnicas e soluções), emergindo a expansão de novos estudos que possam indicar a melhor opção na limpeza de feridas (RODRIGUES; SILVA, 2012).

O uso de antissépticos é amplamente visto na prática de curativo. Como soluções de limpeza no tratamento de feridas, sua indicação deve ser restrita e criteriosa; soluções como iodóforos podem ser citotóxicas, apesar de apresentarem indicação específica (OLIVEIRA; SANTOS, 2008).

² Psi sigla em inglês “*per square inch*” (libra por polegada quadrada), o qual indica uma medida de pressão conforme o comprimento da injeção em polegadas quadrada. A pressão exercida sobre o tecido ao utilizar a técnica de irrigação é de 8 a 15 psi. O uso de seringa de 20ml e agulha com calibre 18G (40x12) e 21G (25x8) permitem a limpeza da ferida, com pressão de 9,5 e 12,5 psi, respectivamente.

O tratamento da ferida envolve estabelecer um cuidado personalizado, conforme as necessidades individuais, em um processo dinâmico, o qual dependerá de avaliações sistematizadas, com prescrições distintas de frequência, tipo de cobertura, face aos recursos humanos e materiais disponíveis pela instituição (JORGE; DANTAS, 2005).

Como descrito por Ferreira e Andrade (2008), cobertura entende-se pelos diversos produtos fabricados para o tratamento das feridas, indiferentes de entrarem em contato direto ou não com o leito da ferida; enquanto que curativo envolve o processo de cuidar de feridas - objeto desse estudo.

No curativo, a cobertura primária é designada como aquela que está ou é aplicada em contato direto ao leito da ferida; enquanto que a cobertura secundária serve para fixar e proteger a cobertura anterior (DEALY, 2008; SASSERON, 2010).

A cobertura a ser determinada para o tratamento da ferida deve ser avaliada quanto à sua indicação, contraindicação, custos, eficácia e disponibilidade (JORGE; DANTAS, 2005).

Recomenda-se ainda, que os produtos indicados como coberturas para o tratamento de feridas permitam ser de fácil aplicabilidade, adaptabilidade e remoção, que propicie conforto, permaneçam por um período maior, evitando trocas desnecessárias e interferências sobre a ferida, considerando o custo e que atenda o objetivo proposto (DEALY, 2008; REDDY et al., 2008).

Há uma variedade de produtos no mercado para o tratamento de feridas, destacando-se os ácidos graxos essenciais (AGE), alginatos, hidrogéis, carvão ativado, gazes impregnadas, hidrocolóides, espumas, filmes transparentes, matriz de colágeno e celulose, além desses, pomadas, como sulfadiazina de prata e colagenase, e produtos manipulados, como a papaína e a própolis. Materiais como gaze, compressas e chumaço são utilizados como coberturas secundárias (JORGE; DANTAS, 2005; DEALEY, 2008; DUARTE; ALMEIDA, MENDEZ, 2015).

Terapias adjuvantes, como fatores de crescimento, terapia hiperbárica, terapia por vácuo, cultura e engenharia de tecidos, surgem como inovações

tecnológicas, oportunizando novos conceitos no tratamento de feridas (DEALEY, 2008).

Não há um consenso que determine a melhor cobertura a ser adotada no tratamento de feridas, visto que as lesões decorrem de fatores multifacetados, mas há de se considerar que os profissionais precisam ter, como base, o custo, a facilidade de uso e a preferência do paciente (REDDY et al., 2008).

Estudos clínicos randomizados demonstraram que não há evidências que um curativo seja melhor que outro, seja no tratamento de úlcera por pressão, úlcera arterial e venosa ou ferida cirúrgica por segunda intenção. Contudo, reforçam que a terapia adotada deve satisfazer pelo menos três critérios: promover desbridamento, manter o equilíbrio da umidade e o controle bacteriano (REDDY et al., 2008).

Os preceitos técnicos do curativo abrangem a manipulação asséptica dos materiais utilizados para o procedimento, seja pela abertura do pacote de curativo, calçamento das luvas ou disposição dos materiais sobre o campo. Na execução de qualquer curativo é necessário respeitar os padrões universais no controle de infecção, onde em situações específicas, como desbridamento, requerem conduta asséptica (GAMBA; BARBOSA, 2006).

Devido às divergências das evidências sobre técnica limpa e estéril na realização do curativo, conforme apontado por Ferreira e Andrade (2008), em âmbito hospitalar, a adoção da prática de realizar curativo tem sido pela técnica estéril. No entanto, Flores (2008) aponta que a técnica estéril tem sido tradicionalmente adotada no tratamento de feridas, mostrando uma prática ritualista em divergência às evidências. A discussão acerca desse tema faz com que, na prática, seja mais prudente errar por cautela do que por dúvida.

Yamada (2005) aponta a necessidade de padronização do cuidado, onde o profissional tenha responsabilidade e compromisso de preservar o paciente/cliente de contaminações, provenientes de técnicas inadequadas e/ou produtos contaminados.

As referências abordam a utilização do pacote de curativo como instrumento necessário na execução do procedimento, mas é possível ver, no cenário

assistencial, o calçamento de luvas estéreis no manejo em curativo, respeitando os princípios de assepsia. Dessa forma, Ferreira, Andrade e Poletti (2009) destacam a permanência dos princípios assépticos, indiferentemente da técnica utilizada, propiciando um cuidado de forma segura, através de medidas que evitem a contaminação.

Ao término do procedimento, o profissional deve organizar o ambiente, recompor o paciente, mantendo sua privacidade e propiciando conforto, encaminhar o material para o expurgo e registrar o procedimento e as características da ferida em prontuário (RACKENBACH; MORAES, 2008).

O registro do procedimento e da observação da ferida garante ao paciente e ao profissional a descrição dos cuidados prestados, sendo um meio de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde como documento legal, no qual estão descritos os cuidados proporcionados ao indivíduo (POTTER; PERRY; ELKIN, 2013).

Outro cuidado a realçar é a importância da orientação durante o processo do cuidado de enfermagem, principalmente nas fases de pré e pós-execução da técnica, pois isso visa à participação do indivíduo sobre seu tratamento, podendo aliviar ansiedades e desconhecimentos, contribuindo em sua recuperação.

Dessa forma, a orientação deve ser clara e objetiva em relação à finalidade e importância do curativo, comunicando sobre frequência e etapas do procedimento, horário de realização, cuidados adicionais e riscos envolvidos (RACKENBACH; MORAES, 2008).

Conforme descrito, cada momento do procedimento para realizar o curativo envolverá um conjunto de ações de enfermagem, necessário para contemplar os objetivos propostos pela execução técnica. Através do cumprimento de cada detalhe, é possível reduzir riscos e/ou prejuízos no decorrer da assistência, expressando, sobretudo, qualidade e segurança.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar o procedimento de curativo realizado por profissionais de enfermagem, em pacientes com feridas, internados nas unidades de assistência médico-cirúrgica.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os profissionais de enfermagem, quanto, sexo, idade, categoria profissional, tempo de formação e tempo de atuação.
- Caracterizar os pacientes com feridas quanto, sexo, idade, diagnóstico clínico principal e tipo de ferida.
- Avaliar a qualidade da execução técnica do procedimento curativo em feridas realizado por profissionais de enfermagem.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e observacional, com abordagem quantitativa, o qual objetivou avaliar o procedimento de curativo realizado por profissionais de enfermagem, em pacientes com feridas.

A pesquisa quantitativa enfatiza os atributos mensuráveis da experiência humana, a partir de procedimentos estruturados e instrumentos de coleta de dados, permite objetividade na coleta e análise às informações numéricas por meios estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

Conforme Dyniewicz (2009); Andrade (2015) os estudos descritivos tem como propósito observar, descrever, explorar, classificar e interpretar fatos e fenômenos, descobrindo sua característica como tal, voltada em saber “como está” determinada situação, bem como, verificar frequência, relação e/ou associação entre variáveis.

O estudo observacional tem a finalidade de ver e registrar, sistematicamente, comportamentos, fatos e circunstâncias em situações concretas, exigindo dessa forma o uso de instrumentos estruturados ou protocolos que direcionem a observação (DYNIEWICZ, 2009; POLIT; BECK, 2011).

De acordo com Correia (2009) a observação enquanto técnica de investigação requer contato direto, frequente e prolongado com os atores envolvidos, sendo o próprio pesquisador instrumento de pesquisa, e para tanto, é preciso adquirir habilidades, que garantam a objetividade, organizada de forma sistemática, sujeita a validação, verificação, precisão e controle do método.

O delineamento transversal envolve a coleta de dados em um determinado período, o qual o fenômeno estudado será contemplado, permitindo a descrição do mesmo (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida nas unidades de internação, clínica cirúrgica e clínica médica do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) – “Rosa Pedrossian”, situado no município de Campo Grande-MS.

O HRMS é um hospital público de grande porte, sendo referência estadual no âmbito da assistência hospitalar, com capacidade para 320 leitos, contratualizado ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto pela Portaria nº 3.410/2013 (BRASIL, 2013a). Certificado como hospital de ensino e pesquisa na área da saúde proporciona atendimento de média à alta complexidade, através da atuação da assistência multiprofissional em linhas de cuidados, sendo: cardiovascular, clínica médico-cirúrgica, materno-infantil, nefro-urológica, oncológica e pacientes críticos.

As unidades, clínica cirúrgica e clínica médica, que são setores independentes, porém totalizam 66 leitos ativos, correspondendo aproximadamente a 21% do total de leitos do hospital, promovendo atendimento ao paciente adulto e idoso.

A clínica cirúrgica está localizada no 4º andar, apresenta 10 enfermarias, com dois leitos cada e quatro enfermarias com três leitos, compondo, dessa forma 32 leitos. É referência no tratamento a pacientes cirúrgicos, com destaque as intervenções da cirurgia geral e vascular, seja de caráter emergencial ou eletivo.

A clínica médica situada no 7º andar dispõe de 17 enfermarias, com dois leitos cada, compondo assim 34 leitos, voltado para a assistência de clínica médica, tem por objetivo atender pacientes portadores de diversas doenças, com destaque ao Diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, insuficiência hepática e renal.

Tendo em vista as duas unidades apresentarem o maior número de leitos da instituição em estudo e considerando a característica de pacientes, a prática da realização do curativo nessas unidades é inerente ao cuidado voltado ao paciente com feridas, com predomínio as lesões ulcerosas e intencionais decorrentes de

procedimentos cirúrgicos (desbridamentos, fasciotomias e incisão cirúrgica). Tais particularidades determinaram na escolha das referidas unidades como campo de estudo.

A instituição adota o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) proposto por Fugulin *et al.* (1994), complementado por Santos *et al.* (2007)³, sendo essa classificação realizada pelos enfermeiros assistenciais. Os pacientes atendidos na unidade de clínica cirúrgica tem o perfil de pacientes que exigem cuidados de enfermagem principalmente de caráter mínimo, intermediários e de alta dependência. Enquanto que na clínica médica, predomina o atendimento de maior complexidade, principalmente de alta dependência e semi-intensivo; por vezes de caráter intensivo.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) está parcialmente implantada, contemplando apenas as unidades intensivas - infantil e adulta. Sendo assim, nas unidades em estudo as prescrições de curativo são realizadas pelo médico assistente. Os enfermeiros assistenciais da unidade, por vezes, indicam verbalmente o tratamento necessário, dando suporte à prescrição médica, enquanto que a execução do curativo é de responsabilidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Embora as unidades em estudo não contem com a SAE, o registro de enfermagem é realizado no prontuário eletrônico do paciente (PEP), armazenado em um banco de dados digital, permitindo a integração das informações de saúde do usuário.

O registro por meio eletrônico permitiu a obtenção de informações decorrentes das anotações de enfermagem relacionadas à descrição da execução do curativo e da caracterização da ferida. Esses registros são impressos em papel para a assinatura manuscrita dos profissionais de enfermagem e armazenamento no prontuário do paciente.

³ Santos *et al.* (2007) propôs através do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), denominado habitualmente de Classificação de Fugulin, incluir no instrumento de avaliação a necessidade de curativo, considerando os aspectos de integridade cutâneo/mucosa, ressaltando a importância de atenção aos pacientes portadores de lesão de pele.

No período de elaboração da pesquisa a instituição estava envolvida no processo de certificação proposto pelo Compromisso da Qualidade Hospitalar (CQH), evidenciando uma preocupação com a excelência no cuidado, direcionando o hospital ao programa de melhoria da qualidade. Foi realizado um diagnóstico situacional da instituição, contudo, no decorrer do estudo as atividades foram interrompidas sem retorno previsto.

A implantação do Núcleo de Educação Permanente para Enfermagem (NEPE) e do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) juntamente com a Diretoria de Enfermagem (DENF) e Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI) tem procurado implementar planos assistências envoltos em práticas seguras, revisando protocolos, adquirindo recursos materiais, promovendo ensino através da educação permanente, operacionalizando dessa forma, a institucionalização das normas e rotinas.

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os auxiliares e técnicos de enfermagem alocados nas unidades de clínica cirúrgica e clínica médica. Esses profissionais exercem atividades em grau auxiliar, os quais devem ser orientados e acompanhados pelo enfermeiro, conforme dispostos na lei do exercício profissional (BRASIL, 1986). Apesar de haver diferença nas atividades que os competem, na instituição em estudo, ambos executam as mesmas funções assistenciais.

No período da coleta de dados, o quadro de profissionais de enfermagem das unidades em estudo constituíam 61 funcionários do serviço público estadual, sendo nove enfermeiros, 12 auxiliares e 40 técnicos de enfermagem.

O gerenciamento das atividades assistenciais nas unidades estudadas - clínica cirúrgica e clínica médica são desenvolvidas por um enfermeiro, este é designado como responsável técnico-administrativo e desempenha suas atividades em oito horas diária de trabalho. Cada unidade possui quatro enfermeiros assistenciais, distribuídos nos quatro turnos de trabalho – matutino (6h), vespertino

(6h) e noite par e impar (12h cada), totalizando 8 enfermeiros. Enquanto que os técnicos de enfermagem cumpre uma escala de plantão de 12 horas de trabalho e 36 horas de folga, compondo 52 profissionais de enfermagem de nível médio.

Os enfermeiros assistenciais e os auxiliares e técnicos de enfermagem cumprem carga horária de 40 horas semanais, horas excedentes são compensadas em folgas de 6 às 12h, no mês subsequente. Na escala de serviço de ambas às unidades é previsto a alocação de sete profissionais (auxiliares e técnicos de enfermagem) por turno de trabalho (dia par e impar, noite par e impar). No entanto, a escala não é fixa, pois de acordo com a complexidade de cuidados por exigir a atuação de mais ou menos profissionais de enfermagem, além disso, mantem disponíveis quatro vagas, os quais são cobertas pelos profissionais de enfermagem, sendo remunerados com pagamento extra.

Estabelecendo uma relação funcionário alocados por unidade, considerando a escala vaga, e do número de leitos disponíveis nas unidades, a relação é de 4,85 leitos por profissional na clínica médica e 4,57 na clínica cirúrgica. Esse quantitativo se refere ao máximo de paciente atendido, mas pode variar conforme complexidade de necessidades dos pacientes.

4.4 População e amostra

Para esta pesquisa, a população recaiu sobre os procedimentos de curativos, realizados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. O procedimento de curativo foi selecionado por compor expressivamente as atividades desenvolvidas diariamente pela equipe de enfermagem, considerando ainda sua relevância no cuidado e com a qualidade da assistência de enfermagem.

Por amostragem não probabilística, foi adotada a amostra por conveniência, sendo incluída a observação do procedimento de curativo concomitantemente por dois aspectos: inclusão de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que apresentarem algum tipo de lesão aberta e que necessitassem de curativo; e profissionais de enfermagem alocados por no mínimo 90 dias nas unidades, tendo

em vista a adaptação ao serviço e sua apropriação do ambiente de trabalho, quanto ao cumprimento e conhecimento de normas e rotinas do setor.

Contemplando o método adotado no estudo, foram realizadas oitenta (n= 80) observações em diferentes tipos de feridas em pacientes internados nas duas unidades da pesquisa. A finalização da observação foi determinada pela saturação dos dados coletados, com repetição do comportamento dos profissionais durante a realização das etapas do curativo.

Cada profissional de enfermagem foi observado na realização do curativo, uma vez ou mais, conforme sua disponibilidade durante a coleta de dados. A média de observações foi de quatro (4,0) procedimentos de curativo por profissional na clínica cirúrgica e 2,86 na clínica médica.

Quadro 1 - Amostra dos procedimentos de curativo observados segundo as unidades pesquisadas de um hospital público estadual. Campo Grande-MS, 2014.

Unidade	Amostra
Clínica Cirúrgica	40
Clínica Médica	40
Total	80

4.5 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada pela observação direta e individual e consulta aos registros de enfermagem no prontuário do paciente, seja pelo meio impresso ou digital.

O período da coleta ocorreu de julho a outubro do ano de 2014, entre os horários das 8 às 12 horas, o período matutino corresponde um período significativo da assistência de enfermagem por geralmente acontecer maior demanda dos cuidados de enfermagem referentes principalmente à higiene corporal, terapia medicamentosa e curativos.

Para executar a coleta, o observador, responsável pela pesquisa, ficou a disposição nas unidades de estudo, conferia os possíveis curativos a serem executados naquele dia, bem como a participação dos profissionais de enfermagem e pacientes, quando havia a possibilidade da ocorrência do procedimento de curativo, o profissional de enfermagem o comunicava, permitindo iniciar o processo de observação.

O estudo observacional foi orientado pela aplicação de dois instrumentos estruturados (Apêndice A e C), a partir da observação e registro da prática dos profissionais de enfermagem na execução do procedimento de curativo, em dois tipos de lesões:

- Feridas agudas que segundo as causas podem ser classificadas em: a) Intencional ou Cirúrgica; b) Traumáticas abertas. Para a ferida cirúrgica serão consideradas as deiscências de sítio cirúrgico.
- Feridas crônicas classificadas em: a) Úlcera venosa; b) Úlcera arterial; c) Úlcera por pressão; d) Úlcera de pé em diabéticos.

A coleta de informações baseou-se nos instrumentos elaborado e validado por Nonino, Anselmi e Dalmas (2008). O primeiro se caracteriza por ser do tipo *Check-list* (lista de verificação), tendo a descrição de cada item da técnica, seguida de três alternativas: “Conforme” – quando o item era executado corretamente; “Não Conforme” - quando o item não era executado; “não se aplica” - quando o item não era aplicável à situação observada.

O instrumento compreendeu 29 questões em três momentos da avaliação do procedimento, descrito como I - Pré-execução: preparação para a técnica do curativo, II - Execução da técnica de curativo e III - Pós-execução à técnica de curativo, conforme Apêndice A.

O segundo instrumento (Apêndice B) refere-se a um roteiro de observação no qual constou, para cada questão, o respectivo descritor, referente à conformidade técnica desejada, compondo, assim, o manual de orientação para o observador.

Além da observação sistemática prevista no instrumento de coleta de dados, para cada questão havia um campo para o registro de observações a critério do pesquisador, o qual oportunizou registrar situações significativas do cotidiano da prática assistencial, decorrente da realização do procedimento de curativo, os quais foram considerados pertinentes e potencializaram a análise dos dados.

De acordo com Brasil (1997) na atuação da enfermagem, a observação se faz necessário quanto elemento essencial à supervisão do cuidado, pois pode fornecer informações a cerca do atendimento prestado, determinando a eficácia da assistência de enfermagem, em vista ao desempenho da equipe de enfermagem. Enquanto instrumento metodológico, a observação serve como guia para intervir, auxiliar e incentivar a prática dos profissionais.

O terceiro (Apêndice C) consta da descrição da técnica de curativo, no que se refere aos materiais utilizados no procedimento e as características da ferida a serem registradas em prontuário.

Antecedendo a coleta de dados, o instrumento passou por um Teste Piloto, considerando as normas e rotinas estabelecidas pelo serviço na prática de curativo, peculiaridades do procedimento, necessidades do estudo e processo de trabalho da equipe de enfermagem.

O instrumento – Teste piloto foi aplicado em pacientes com feridas de diferentes etiologias internados nas unidades de clinica médica e cirúrgica. A partir de 15 observações realizadas foi verificada a necessidade de adequações das questões descritas, em sua forma e no conteúdo dos instrumentos.

A caracterização dos profissionais de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem) realizou-se com o preenchimento antecipado conforme disposto no Apêndice D, após o aceite para participar do estudo.

Os pacientes com feridas também foram caracterizados conforme variáveis dispostas no instrumento de coleta de dados (Apêndice C).

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram transferidos para um banco de dados Microsoft Excel[®] 2010, sendo agrupados e ordenados para a análise estatística.

Cada item do procedimento de curativo (questões observadas), cada fase do procedimento (I, II e III) e cada procedimento gerou um percentual, descrito como índice de positividade (IP). Para a obtenção do IP, cada questão do instrumento conteve as respostas afirmativas e respostas negativas, descritas respectivamente como “conforme” e “não conforme”, as respostas relativas ao “não se aplica” de cada procedimento observado foi desconsiderado da análise, tendo em vista que o paciente não esteve exposto aquela condição.

A equação adotada foi o total de respostas afirmativas do item dividido pela somatória de respostas afirmativas e respostas negativas multiplicadas por cem, gerando assim um percentual (%) de positividade.

O Índice de Positividade é representado pela equação a seguir, onde: ra corresponde as respostas afirmativas e m , as respostas negativas.

Figura 1. Representação da equação matemática do Índice de Positividade.

$$IP = \left(\frac{ra}{ra + m} \right) \times 100$$

Fonte: Nonino, Anselmi e Dalmas (2008).

O IP foi calculado a fim de comparar as três fases de execução do curativo. Os dados foram avaliados por percentuais de conformidade e não conformidade. O IP foi comparado entre fases (I, II e III) por meio da aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*. Os testes estatísticos foram aplicados com nível de significância de 0,05. Os softwares utilizados para análise foram o Minitab 17 (Minitab Inc.) e Statistica 10 (StatSoft Inc.).

Para estabelecer a Qualidade da Assistência (QA) realizada decorrente do procedimento de curativo, baseou-se nos critérios indicados por Carter *apud* Saupe e Horr (1982) e descrito por Haddad (2004); Haddad, Evorá (2008) e Murassaki et al (2013), que classificam a QA a partir do cálculo do IP, como: IP de 100% - cuidado Desejável; IP entre 90 e 99% - cuidado Adequado; IP entre 80 e 89% - cuidado Seguro; IP entre 71 a 79% - cuidado Limítrofe e IP igual ou menor de 70% - cuidado Sofrível.

No intuito de adequar essa classificação aos objetivos do presente estudo, as variáveis da avaliação foram redefinidas e determinadas considerando o IP alcançado, possibilitando a descrição da nomenclatura e adequação conceitual de cada classificação, garantindo a amplitude da avaliação.

Para fins desta pesquisa considerou-se de qualidade somente os procedimentos de curativo que apresentarem IP superior a 70% ($IP > 70\%$), ou seja, o mínimo aceitável da QA estabelecido nesta investigação. Vale ressaltar que outras pesquisas (NONINO; ANSEMI, DALMAS, 2008; PADILHA; MATSUDA, 2011), adotaram, como parâmetro para QA, IP igual ou superior a 70% ($IP \geq 70\%$).

O quadro 2 se refere QA, classificando-a a partir das variáveis⁴ relacionadas ao IP alcançado, onde a proposta do conceito descrito de cada variável (aspecto qualitativo) equiparasse ao IP alcançado (percentagem). As variáveis adotadas representam gramaticalmente um adjetivo⁵, que nesta pesquisa representa o atributo da qualidade desempenhada diante do procedimento realizado. A definição dessas variáveis, sendo como: ótima, boa, regular e insatisfatória, foram estabelecidas conforme as descrições conceituais de Ferreira (2010).

⁴No aspecto estatístico, uma variável se refere a um atributo ou característica mensurável ou não, sujeito à variação quantitativa ou qualitativa (VIEIRA, 2010).

⁵ Palavra que se refere a um **substantivo** indicando-lhe um atributo, indicando qualidae, carater, modo de ser ou estado (FERREIRA, 2010).

Quadro 2 - Classificação da qualidade da assistência de enfermagem.

Qualidade da Assistência	Descrição	Índice de positividade (IP)
Ótima	Procedimento desejável, muito bom, excelente, o melhor possível dentro das expectativas.	90 a 100%
Boa	Procedimento adequado, aprazível, agradável, como deve ser ou como convém que seja.	80 a 89%
Regular	Procedimento que depende de algo para tornar-se conforme deve ser, limitrofe ao esperado, mediano, razoável.	71 a 79%
Insatisfatória	Procedimento que é insuficiente, que não satisfaz, não atinge os objetivos e pode expor a perigo/dano.	≤70%

Fonte: Adaptado de Carter *apud* SAUPE, H.; HERR, L., 1982.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à apreciação da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI) do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, conforme autorização Nº 007/2014, seguindo consecutivamente da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), pelo parecer consubstanciado inscrito na Plataforma Brasil (Nº 559.615).

Após a autorização de ambas as instituições (Anexo A e B), verificou-se a disponibilidade dos profissionais a serem observados quanto à realização da técnica de curativo, os quais foram esclarecidos sobre os objetivos e propostas da pesquisa para prática da enfermagem.

Os indivíduos portadores de feridas, pacientes internados nas unidades de clínica médica e cirúrgica também foram convidados a participarem da pesquisa e quando não apresentavam condições de decidir sobre sua participação, sua família ou responsável legal foi consultado.

O aceite para a participação do estudo foi através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, pelos profissionais do estudo (Apêndice E), quanto pelos pacientes ou seus representantes legais (Apêndice F), conforme definida na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

A privacidade, confidencialidade e anonimato dos dados coletados em consulta em bancos de dados secundários - prontuário foi garantido pela assinatura do Termo de Compromisso e Responsabilidade perante a instituição em estudo (Apêndice G).

5 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa estão apresentados em três partes, sendo os resultados 1 e 2 referentes, consecutivamente, às unidades de clínica cirúrgica e clínica médica. Para cada unidade, apresenta-se a caracterização dos profissionais de enfermagem e dos pacientes observados na realização do procedimento de curativo.

Para a avaliação do procedimento de curativo, são apresentados os percentuais de conformidade para cada questão do procedimento, com destaque ao $IP \leq 70\%$ nas três fases (I-Pré-execução, II-Execução da técnica de curativo e III-Pós-execução).

O resultado 3, descrito como Índice de Positividade (IP) e Qualidade, compõe o índice alcançado por fase e por unidade, sendo o IP de cada procedimento estabelecido para classificar a qualidade do procedimento de curativo.

5.1 Resultado 1 - Unidade de clínica cirúrgica

Os participantes da pesquisa da unidade de clínica cirúrgica foram compostos por dez ($n=10$) profissionais de enfermagem. A tabela 1 mostra os percentuais das variáveis, conforme caracterização amostral dos respondentes observados na pesquisa.

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais de enfermagem, observados na realização do procedimento de curativo, na unidade de clínica cirúrgica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014. ($n=10$)

Caracterização	n	%
Sexo		
Feminino	9	90,00
Masculino	1	10,00

*Continuação***Idade**

≤ 25	1	10,00
26 a 30	2	20,00
31 a 35	1	10,00
36 a 40	3	30,00
41 a 45	0	0,00
46 a 50	2	20,00
≥ 51	1	10,00

Profissional de enfermagem

Auxiliar de enfermagem	1	10,00
Técnico de enfermagem	9	90,00

Em relação às características dos profissionais atuantes na unidade de clínica cirúrgica, quanto à variável sexo, houve o predomínio expressivo do sexo feminino (90%).

A idade dos profissionais de enfermagem apresentou média de 37,70 anos, com desvio padrão de 2,92 anos e mediana de 39,00 anos, sendo a idade mínima de 24,00 anos e a máxima de 52,00 anos.

Na categoria profissional, 90% dos profissionais observados na realização do curativo correspondem à formação de técnico em enfermagem. O tempo médio de formação foi de 7,60 anos, com desvio padrão de 4,62 anos e mediana de 6,50 anos. O tempo mínimo de formação foi de 2,00 anos e o máximo de 17,00 anos.

Os profissionais apresentaram tempo médio de atuação na instituição de 5,10 anos com desvio padrão de 3,90 anos e mediana de 4,00 anos, sendo o tempo mínimo de atuação de 1,00 ano e o máximo de 13,00 anos. Enquanto que o tempo médio de atuação, na unidade referenciada, foi de 3,20 anos, com desvio padrão de 3,65 anos e mediana de 2,00 anos. O tempo mínimo de atuação na clínica também correspondeu há 1,00 ano e o máximo de 13,00 anos.

Os pacientes participantes da pesquisa, internados na unidade de clínica cirúrgica, constituíram dezoito (n=18) pacientes, com feridas de diversas etiologias,

os quais foram observados na realização do procedimento de curativo. A tabela 2 mostra os percentuais das variáveis, conforme caracterização dos mesmos.

Tabela 2 - Caracterização de pacientes com feridas, nos quais foram realizados os procedimentos de curativos, na unidade de clínica cirúrgica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014. (n=18)

Caracterização	n	%
Sexo		
Feminino	7	38,89
Masculino	11	61,11
Faixa etária		
< 40	4	22,22
40 a 49	2	11,11
50 a 59	4	22,22
≥ 60	8	44,45
Diagnóstico clínico		
Complicação por DM	10	55,60
Infecção de sítio cirúrgico	2	11,11
Acidente ofídico	1	5,50
Fasceíte necrotizante	1	5,50
Erisipela	2	11,11
Osteomielite	2	11,11
Tipo de ferida		
Úlcera diabética	10	55,60
Úlcera por pressão	2	11,11
Úlcera arterial	1	5,50
Úlcera vasculogênica	2	11,11
Ferida cirúrgica	2	11,11
Fasciotomia	1	5,50

Em relação às características dos pacientes com feridas observadas durante a execução do curativo na unidade de clínica cirúrgica, quanto à variável sexo, houve o predomínio do sexo masculino (61,11%).

A idade dos pacientes apresentou média de 54 anos com desvio padrão de 13,45 anos e mediana de 56 anos. A idade mínima encontrada foi de 31,00 anos e a máxima de 76,00 anos, tendo concentração maior na faixa de idade ≥ 60 anos (44,45%).

O diagnóstico clínico predominante foi à complicação por Diabetes Mellitus (DM) com 55,60%, mesmo percentual para a ocorrência de úlceras diabéticas, relacionando, dessa forma, que as úlceras foram complicações decorrentes da doença, a qual motivou a internação dos pacientes.

A tabela 3 mostra os percentuais das variáveis referentes à fase I do procedimento de curativo em feridas e o índice de positividade (IP), em percentual, para cada questão avaliada.

Tabela 3 - Percentuais referentes às variáveis da fase I do procedimento de curativo em feridas, realizados por profissionais de enfermagem da unidade de clínica cirúrgica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014.

Fase	Itens	Conforme		Não Conforme	
		n ¹	% ²	n ¹	% ²
I (Pré-Execução)	1. Apresenta-se para o paciente no primeiro contato com o mesmo?	9	81,82	2	18,18
	2. Informa o procedimento proposto?	36	90,00	4	10,00
	3. Prepara o material para o curativo individualmente?	38	95,00	2	5,00
	4. Aquece o soro fisiológico para limpeza da ferida?	8	20,00	32	80,00
	5. Prepara o ambiente de forma adequada?	22	55,00	18	45,00
	6. Mantém o lixo em posição adequada?	26	65,00	14	35,00
	7. Posiciona o paciente para o curativo, conforme necessidade?	39	97,50	1	2,50
	8. Mantém a privacidade e respeita o pudor do paciente, de acordo com a necessidade?	21	52,50	19	47,50
	9. Higieniza as mãos antes de iniciar o curativo?	19	47,50	21	52,50
	10. Realiza desinfecção da superfície para dispor os materiais para o curativo?	7	17,50	33	82,50
	11. Confere a cobertura e o curativo indicado em prescrição médica ou de enfermagem?	38	95,00	2	5,00
	12. Confere o prazo de validade dos materiais utilizados?	0	0,00	39	100

¹ O n é referente apenas aos itens observados durante o procedimento de curativo.

² Percentuais em negrito mostram IP ≤ 70%, indicando que essas questões apresentaram-se abaixo do índice de conformidade.

Do total de 12 questões avaliadas para essa fase, sete (58,33%) delas apresentaram IP abaixo de 70,00%. A maioria dos profissionais não realiza o aquecimento do soro fisiológico para proceder à limpeza da ferida (Q4), não prepara o ambiente de forma adequada (Q5), não mantém o lixo em posição adequada (Q6), não respeita a privacidade e o pudor do paciente (Q8), não higieniza as mãos antes de iniciar o curativo (Q9), não realiza a desinfecção das superfícies (Q10) e a totalidade dos profissionais não confere o prazo de validade dos materiais utilizados para o curativo (Q12).

Para as questões referentes à informação do procedimento proposto (Q2), preparo do material (Q3), posicionamento do paciente (Q7) e conferência da cobertura/curativo prescrito (Q12), o percentual apresenta IP $\geq 90,00\%$, superando o IP de 70,00%.

A tabela 4 mostra os percentuais das variáveis referentes à fase II do procedimento de curativo em feridas e o índice de positividade (IP), em percentual.

Tabela 4 - Percentuais referentes às variáveis da fase II do procedimento de curativo em feridas, realizados por profissionais de enfermagem da unidade de clínica cirúrgica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014.

Fase	Itens	Conforme		Não Conforme	
		n ¹	% ²	n ¹	% ²
II (Execução)	13. Realiza a paramentação com EPI, conforme necessidade?	20	50,00	20	50,00
	14. Abre o campo do curativo, de forma asséptica?	36	90,00	4	10,00
	15. Mantém o posicionamento/disposição dos materiais de forma adequada?	24	60,00	16	40,00
	16. Remove curativo anterior, de forma não traumática?	30	90,91	3	9,09
	17. Realiza limpeza da ferida?	17	42,50	23	57,50
	18. Aplica cobertura no leito da ferida, de forma asséptica?	38	95,00	2	5,00
	19. Oclui a ferida com cobertura secundária, quando indicado?	40	100	0	0,00
	20. Fixa o curativo, conforme necessidade?	40	100	0	0,00
	21. Identifica o curativo realizado?	1	2,50	39	97,50

Continuação

22. Mantém princípio de assepsia durante o curativo?	30	75,00	10	25,00
23. Mantém sequência lógica na realização do curativo, utilizando os tempos de pinças ou troca de luvas, quando necessário?	31	79,49	8	20,51

¹O n é referente apenas aos itens observados durante o procedimento de curativo.

²Percentuais em negrito mostram $IP \leq 70\%$, indicando que essas questões apresentaram-se abaixo do índice de conformidade.

Do total de 11 questões avaliadas para essa fase, sete apresentaram IP acima de 70,00%. O percentual atinge o máximo de 100% almejado para dois itens avaliados, sendo a oclusão da ferida com cobertura secundária, quando indicado (Q19) e fixação do curativo, conforme necessidade (Q20).

As demais questões (36,00%) apresentaram IP abaixo de 70,00%. Assim, a maioria dos profissionais não realiza a paramentação com EPI (Q13), não posiciona os materiais utilizados para o curativo de forma adequada (Q15), não realiza a limpeza da ferida (Q17) e não identifica o curativo (Q21).

A tabela 5 mostra os percentuais das variáveis referentes à fase III do procedimento de curativo em feridas, e o índice de positividade (IP), em percentual. Essa fase é descrita como pós-execução ao procedimento de curativo.

Tabela 5 - Percentuais referentes às variáveis da fase III do procedimento de curativo em feridas, realizados por profissionais de enfermagem da unidade de clínica cirúrgica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014.

Fase	Itens	Conforme		Não Conforme	
		n ¹	% ²	n ¹	% ²
III (Pós-Execução)	24. Despreza os materiais utilizados imediatamente após o término do curativo, em seus lugares apropriados?	24	60,00	16	40,00
	25. Organiza o ambiente e recompõe o paciente?	37	92,50	3	7,50
	26. Higieniza as mãos, após realizar o curativo?	29	72,50	11	27,50
	27. Valoriza as queixas do paciente, tomando alguma conduta?	15	93,75	1	6,25
	28. Registra imediatamente a execução do	0	0,00	40	100

Continuação

procedimento no prontuário?

29. Descreve no relatório de enfermagem a execução do procedimento e a descrição da ferida?

1 **2,50** 39 97,50

¹ O n é referente apenas aos itens observados durante o procedimento de curativo.

² Percentuais em negrito mostram $IP \leq 70\%$, indicando que essas questões apresentaram-se abaixo do índice de conformidade.

Do total de seis questões avaliadas para essa fase, três (50,00%) delas apresentaram IP abaixo de 70,00%, sendo elas referentes ao desprezo dos materiais utilizados nos curativos nos locais adequados (Q24), ao registro imediato da execução do procedimento no prontuário (Q28) e à descrição do procedimento e da ferida no relatório de enfermagem (Q29).

A tabela 6 mostra a comparação entre os índices de positividade médios das três fases de execução do procedimento de curativo, a fim de verificar possíveis diferenças significativas entre as fases.

Tabela 6 - Média \pm desvio padrão (Mediana) dos escores percentuais do índice de positividade, referente às três fases do procedimento de curativo realizados na clínica cirúrgica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014.

Fase	Média \pm DP	Mediana	(Mín;Máx)	Valor P ¹
I (n=12)	59,73 \pm 33,71	60,00	(0,00;97,50)	0,574
II (n=11)	71,40 \pm 30,28	79,49	(2,50;100,00)	
III (n=6)	53,50 \pm 42,40	66,30	(0,00;93,80)	

¹ Valor P referente ao teste de Kruskal-Wallis a $p < 0,05$.

Os resultados da tabela 6 mostram que os percentuais do índice de positividade, entre as três fases, não diferem de forma significativa ($p=0,574$); no entanto, os escores são inferiores nas fases I e III, ou seja, são $\leq 70,00\%$ nas fases de pré e pós-execução do procedimento. Na fase de execução do procedimento (fase II), o IP foi superior a 70,00%, sendo considerado conforme.

5.2 Resultado 2 - Unidade de clínica médica

Os participantes da pesquisa da unidade de clínica médica foram compostos de quatorze (n=14) profissionais de enfermagem. A tabela 7 mostra os percentuais das variáveis, conforme caracterização amostral dos respondentes observados na pesquisa.

Tabela 7 - Caracterização dos profissionais de enfermagem observados na realização do procedimento de curativo, na unidade de clínica médica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014. (n=14)

Caracterização	n	%
Sexo		
Feminino	13	92,86
Masculino	1	7,14
Faixa Etária		
≤35	4	28,57
36 a 40	4	28,57
41 a 45	2	14,29
≥ 46	4	28,57
Profissional de enfermagem		
Auxiliar de enfermagem	3	21,43
Técnico de enfermagem	11	78,57

Em relação às características dos profissionais atuantes na unidade de clínica médica, houve o predomínio do sexo feminino (92,86%). A idade dos profissionais de enfermagem apresentou média de 40,29 anos com desvio padrão de 5,27 anos e mediana de 40,00 anos, sendo a idade mínima de 33,00 anos e a máxima de 48,00 anos.

Os profissionais de enfermagem apresentaram tempo médio de formação de 14,36 anos, com desvio padrão de 5,72 anos e mediana de 12,50 anos. O tempo mínimo de formação foi de 9,00 anos e o máximo de 26,00 anos.

Além disso, esses profissionais apresentaram tempo médio de atuação na instituição de 7,86 anos, com desvio padrão de 4,40 anos e mediana de 8,00 anos. O tempo mínimo de atuação foi de 1,00 ano e o máximo foi de 14,00 anos. O tempo

médio de atuação na clínica médica foi de 5,28 anos, com desvio padrão de 3,12 anos e mediana de 5,00 anos. O tempo mínimo de atuação foi de 1,00 ano e o máximo de 11,00 anos.

Os pacientes participantes da pesquisa internados na unidade de clínica médica constituíram dezenove (n=19) pacientes com feridas, os quais foram observados na realização do procedimento de curativo. A tabela 8 mostra os percentuais das variáveis, conforme caracterização dos mesmos.

Tabela 8 - Caracterização de pacientes com feridas, nos quais foram realizados os procedimentos de curativos, na unidade de clínica médica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014. (n=19)

Caracterização	n	%
Sexo		
Feminino	8	42,10
Masculino	11	57,89
Faixa etária		
< 50	4	21,05
50 a 59	2	10,53
60 a 69	4	21,05
≥ 70	9	47,37
Diagnóstico clínico		
Complicação por DM	3	15,79
Pneumonia	6	31,58
AVE	3	15,79
Distúrbio renal	2	10,53
Erisipela	2	10,53
Outros	3	15,79
Tipo de ferida		
Úlcera diabética	3	15,79
Úlcera por pressão	14	73,68
Úlcera vasculogênica	2	10,53

Em relação às características dos pacientes com feridas observadas durante a execução do curativo, na unidade de clínica médica, quanto à variável sexo, houve o predomínio do sexo masculino (57,89%).

A idade dos pacientes apresentou média de 69,16 anos, com desvio padrão de 17,90 anos e mediana de 69 anos, 68,42% dos pacientes tinham 60 anos ou mais. A idade mínima encontrada foi de 40,00 anos e a máxima de 96 anos.

O diagnóstico clínico com maior ocorrência foi à pneumonia, com 31,58%. Os demais casos apresentaram conformidade em percentual, característicos de patologias clínicas. A úlcera por pressão predominou como o principal tipo de ferida observada no estudo, com 73,68%.

A tabela 9 mostra os percentuais das variáveis referentes à fase I do procedimento de curativo em feridas e o índice de positividade (IP), em percentual, para cada item avaliado nessa fase.

Tabela 9 - Percentuais referentes às variáveis da fase I do procedimento de curativo em feridas, realizados por profissionais de enfermagem, da unidade de clínica médica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014.

Fase	Itens	Conforme		Não Conforme	
		n ¹	% ²	n ¹	% ²
I (Pré-Execução)	1. Apresenta-se para o paciente no primeiro contato com o mesmo?	1	33,33	2	66,67
	2. Informa o procedimento proposto?	33	82,50	7	17,50
	3. Prepara o material para o curativo individualmente?	30	75,00	10	25,00
	4. Aquece o soro fisiológico para limpeza da ferida?	0	0,00	40	100
	5. Prepara o ambiente de forma adequada?	17	42,50	23	57,50
	6. Mantém o lixo em posição adequada?	14	35,00	26	65,00
	7. Posiciona o paciente para o curativo, conforme necessidade?	37	92,50	3	7,50
	8. Mantém a privacidade e respeita o pudor do paciente, de acordo com a necessidade?	6	15,00	34	85,00
	9. Higieniza as mãos antes de iniciar o curativo?	11	27,50	29	72,50
	10. Realiza desinfecção da superfície para dispor os materiais para o curativo?	2	5,41	35	94,59
	11. Confere a cobertura e o curativo indicado em prescrição médica ou de enfermagem?	20	50,00	20	50,00
	12. Confere o prazo de validade dos materiais				

Continuação

utilizados? 0 **0,00** 40 100

¹ O n é referente apenas aos itens observados durante o procedimento de curativo.

² Percentuais em negrito mostram $IP \leq 70\%$, indicando que essas questões apresentaram-se abaixo do índice de conformidade.

Do total de 12 questões verificadas na fase I, nove (75,00%) apresentaram IP abaixo de 70,00%. A maioria dos profissionais não se apresenta em um primeiro contato com o paciente (Q1), não realiza o aquecimento do soro fisiológico para proceder à limpeza da ferida (Q4), não prepara o ambiente de forma adequada (Q5), não mantém o lixo em posição adequada (Q6), não respeita a privacidade e o pudor do paciente (Q8), não higieniza as mãos, antes de iniciar o curativo (Q9), não realiza a desinfecção das superfícies (Q10), não confere a cobertura e o curativo na prescrição médica (Q11) e a totalidade dos profissionais não confere o prazo de validade dos materiais utilizados para o curativo (Q12).

A tabela 10 mostra os percentuais das variáveis, referentes à fase II do procedimento de curativo em feridas e o índice de positividade (IP), em percentual.

Tabela 10 - Percentuais referentes às variáveis da fase II do procedimento de curativo em feridas, realizados por profissionais de enfermagem, da unidade de clínica médica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014.

Fase	Itens	Conforme		Não Conforme	
		n ¹	% ²	n ¹	% ²
II (Execução)	13. Realiza a paramentação com EPI, conforme necessidade?	10	25,00	30	75,00
	14. Abre o campo do curativo, de forma asséptica?	15	37,50	25	62,50
	15. Mantém o posicionamento/disposição dos materiais, de forma adequada?	2	5,00	38	95,00
	16. Remove curativo anterior, de forma não traumática?	3	9,68	28	90,32
	17. Realiza limpeza da ferida?	21	53,85	18	46,15
	18. Aplica cobertura no leito da ferida, de forma asséptica?	21	52,50	19	47,50
	19. Oclui a ferida com cobertura secundária, quando indicado?	40	100	0	0,00

Continuação

20. Fixa o curativo, conforme necessidade?	39	100	0	0,00
21. Identifica o curativo realizado?	1	2,50	39	97,50
22. Mantém princípio de assepsia durante o curativo?	12	30,00	28	70,00
23. Mantém sequência lógica na realização do curativo, utilizando os tempos de pinças ou troca de luvas quando necessário?	10	25,64	29	74,36

¹ O n é referente apenas aos itens observados durante o procedimento de curativo.

² Percentuais em negrito mostram $IP \leq 70\%$, indicando que essas questões apresentaram-se abaixo do índice de conformidade.

Do total de 11 questões avaliadas para essa fase, nove (81,81%) delas apresentaram IP abaixo de 70,00%. Assim, a maioria dos profissionais não realiza a paramentação com EPI (Q13), não realiza a abertura do curativo, de forma asséptica (Q14), não posiciona os materiais utilizados para o curativo, de forma adequada (Q15), não remove o curativo anterior, de forma não traumática (Q16), não realiza a limpeza da ferida (Q17), não aplica a cobertura do leito da ferida, de forma asséptica (Q18), não identifica o curativo (Q21), não mantém a assepsia durante o procedimento (Q22) e não mantém a sequência lógica do procedimento de curativo (Q23).

Assim como na fase I, o índice apresenta-se uma relação de não conformidade altíssima, prejudicando os objetivos propostos pela prática do curativo realizados por esses profissionais.

A tabela 11 mostra os percentuais das variáveis referentes à fase III do procedimento de curativo em feridas e o índice de positividade (IP), em percentual.

Tabela 11 - Percentuais referentes às variáveis da fase III do procedimento de curativo em feridas, realizados por profissionais de enfermagem, da unidade de clínica médica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014.

Fase	Itens	Conforme		Não Conforme	
		n ¹	% ²	n ¹	% ²
III (Pós-Execução)	24. Despreza os materiais utilizados imediatamente após o término do curativo, em seus lugares apropriados?	26	65,00	14	35,00

Continuação

25. Organiza o ambiente e recompõe o paciente?	34	85,00	6	15,00
26. Higieniza as mãos, após realizar o curativo?	29	74,36	10	25,64
27. Valoriza as queixas do paciente, tomando alguma conduta?	3	60,00	2	40,00
28. Registra imediatamente a execução do procedimento no prontuário?	0	0,00	40	100
29. Descreve no relatório de enfermagem a execução do procedimento e a descrição da ferida?	0	0,00	40	100

¹ O n é referente apenas aos itens observados durante o procedimento de curativo.

² Percentuais em negrito mostram $IP \leq 70\%$, indicando que essas questões apresentaram-se abaixo do índice de conformidade.

Do total de seis questões avaliadas para essa fase, quatro (66,67%) delas apresentaram IP abaixo de 70,00%, sendo elas referentes ao desprezo dos materiais utilizados nos curativos nos locais adequados (Q24), à não valorização das queixas do paciente (Q27), ao registro imediato da execução do procedimento no prontuário (Q28) e à descrição do procedimento e da ferida no relatório de enfermagem (Q29).

A tabela 12 mostra a comparação entre os índices de positividade médios das três fases de execução do procedimento de curativo.

Tabela 12 - Média \pm desvio padrão (Mediana) dos escores percentuais do índice de positividade, referente às três fases do procedimento de curativo realizados na clínica médica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014.

Fase	Média \pm DP	Mediana	(Mín; Máx)	Valor P ¹
I (n=12)	38,23 \pm 31,77	34,16	(0,00;92,50)	
II (n=11)	40,20 \pm 34,10	30,00	(2,50;100,00)	0,919
III (n=6)	47,40 \pm 37,70	62,50	(0,00;85,00)	

¹ Valor P, referente ao teste de Kruskal-Wallis a $P < 0,05$.

Os resultados da tabela 12 mostram que os percentuais do IP, entre as três fases, não diferem de forma significativa ($P=0,919$). Os escores das três fases são inferiores a 70%, evidenciando problemas de pré e pós-execução do curativo, além de problemas durante a execução do procedimento.

5.3 Resultado 3 - Índice de Positividade e Qualidade

A Tabela 13 mostra as estatísticas do IP nas três fases de execução do procedimento de curativo, avaliadas para as duas unidades estudadas.

Tabela 13 - Média±desvio padrão (Mediana) do índice de positividade, em relação à unidade de atuação dos profissionais de enfermagem de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014.

Fase	Clinica Cirúrgica	Clinica Médica	Valor P ¹
I (n=12)	59,73±33,71 (60,00)	38,23±31,77 (34,16)	0,099
II (n=11)	71,40±30,28 (79,49)	40,20±34,10 (30,00)	0,070
III (n=6)	53,50±42,40 (66,30)	47,40±37,70 (62,50)	0,627

¹ Valor P, referente ao teste de Kruskal-Wallis a $p < 0,05$.

Os resultados mostram que o IP de ambas as unidades não apresentaram diferenças significativas, quando comparados, visto que os valores P foram superiores ao nível de significância. No entanto, é possível observar que, por mais que a diferença entre os índices não seja significativa em todas as fases, os profissionais da clínica cirúrgica apresentaram índices de positividade superiores aos da clínica médica.

Os resultados mostram que a clínica cirúrgica apresentou maior índice de positividade, ou seja, maior conformidade para as questões Q1, Q2, Q3, Q6 e Q11 (fase I), Q14, Q16, Q18, Q22 e Q23 (fase II) e Q25 e Q27 (fase III). Assim, os profissionais apresentaram maior conformidade para questões como apresentação de si mesmo ao paciente ao primeiro contato, informação sobre o procedimento proposto, preparação do material de forma individual, manutenção da posição adequada para o lixo, conferência da cobertura e do curativo, conforme descrito na prescrição (fase I); abertura do campo do curativo, de forma asséptica, remoção do curativo de forma não traumática, aplicação da cobertura do curativo, de forma asséptica, manutenção da assepsia e da lógica durante o procedimento (fase II); organização do ambiente, recomposição do paciente e valorização das queixas do paciente tomando uma conduta (fase III).

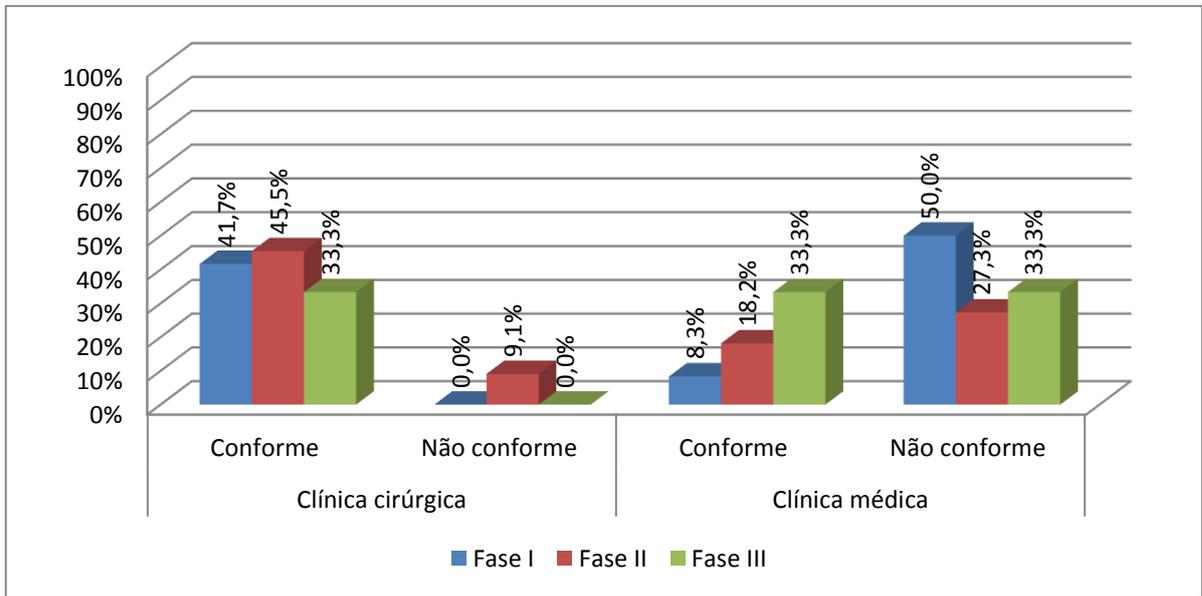
Profissionais de enfermagem da clínica médica apresentaram maior conformidade para as questões Q7 (fase I), Q19, Q20 (fase II), Q24 e Q26 (fase III). Assim, os profissionais apresentaram maior índice de conformidade para posicionamento do paciente, conforme necessário para realizar o procedimento (fase I); oclusão da ferida com cobertura secundária, quando indicado, fixação do curativo, conforme necessidade (fase II); desprezo dos materiais utilizados imediatamente após a utilização em local apropriado e higienização das mãos, após realizar o curativo (fase III).

Profissionais da clínica cirúrgica apresentaram maior índice de não conformidade para a questão 17 (fase II) que indica a realização da limpeza da ferida. Profissionais da clínica médica apresentaram índice de não conformidade em diversas questões, sendo elas: aquecimento do soro fisiológico para limpar a ferida (Q4), preparação do ambiente, de forma adequada (Q5), manutenção da privacidade e respeito ao pudor do paciente (Q8), higienização das mãos, antes de iniciar o procedimento (Q9), realização da desinfecção da superfície para dispor os materiais necessários para o procedimento (Q10), conferência do prazo de validade dos materiais utilizados (Q12) (fase I); realização da paramentação com EPI (Q13), manutenção da disposição correta dos materiais (Q15), identificação do curativo realizado (Q21) (fase II); registro (Q28) e descrição do procedimento no relatório de enfermagem (Q29) (fase III).

Desse modo, as análises indicam que os profissionais da clínica cirúrgica apresentaram maior índice de positividade (conformidade) do que os profissionais da clínica médica.

O gráfico 1 mostra os percentuais de conformidade e não conformidade, em relação às fases do procedimento de curativo e em relação às unidades.

Gráfico 1 - Percentuais de conformidade e não conformidade das fases do procedimento, em relação às unidades pesquisadas.



Os gráficos 2 e 3 mostram os índices de positividade das clínicas pesquisadas, sendo que a clínica cirúrgica apresentou índices superiores na maioria dos procedimentos avaliados.

Gráfico 2 - Índice de positividade por procedimento de curativo, realizado pelos profissionais de enfermagem, na unidade de clínica cirúrgica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014.

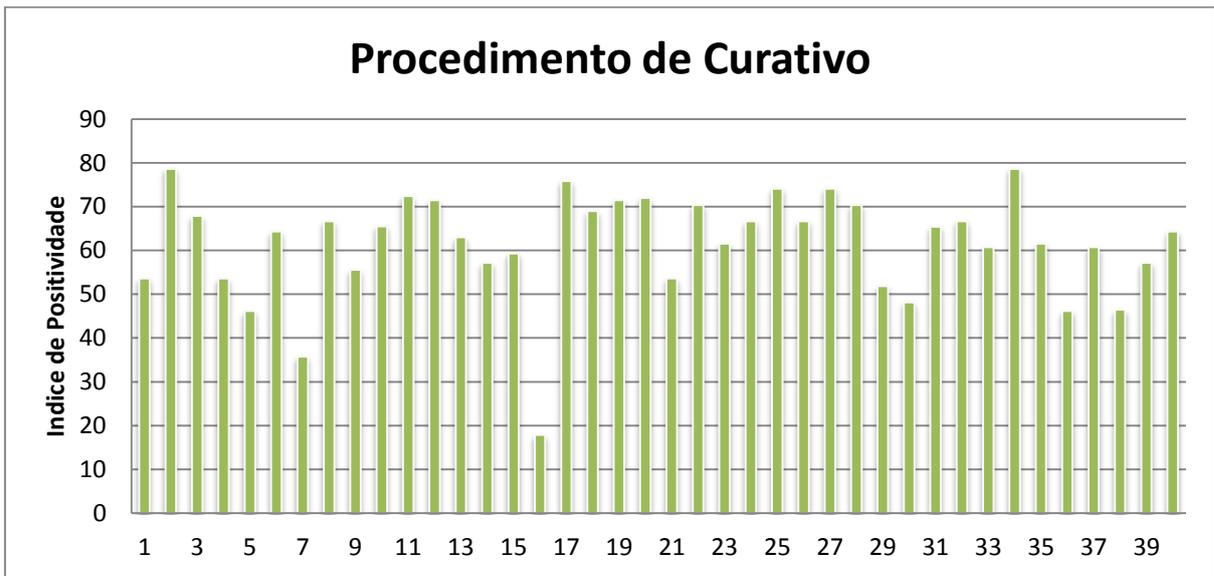
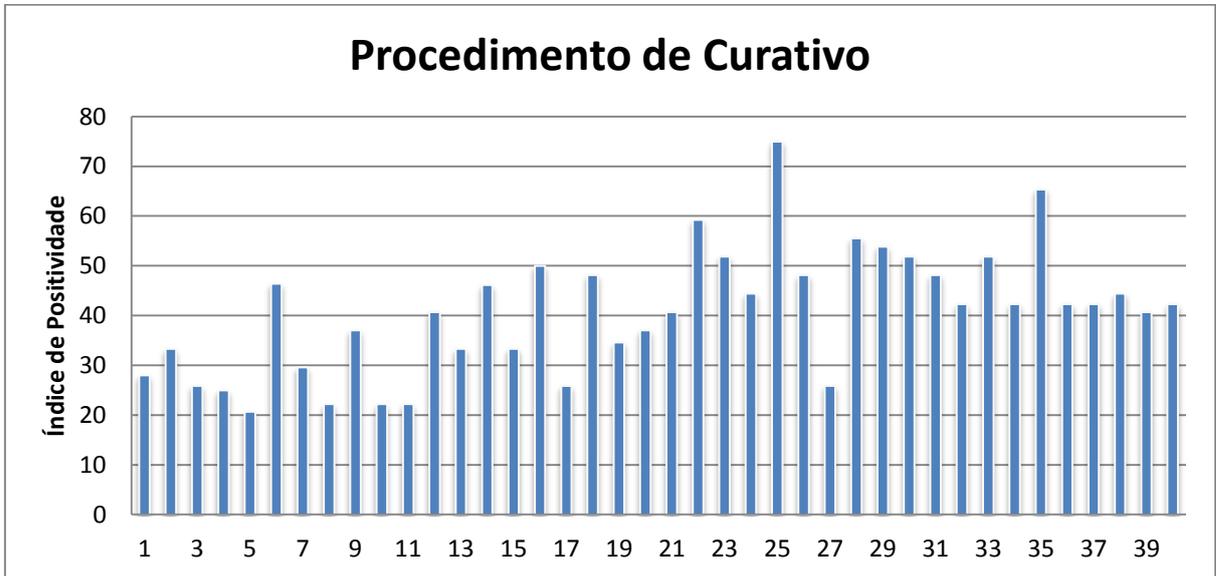
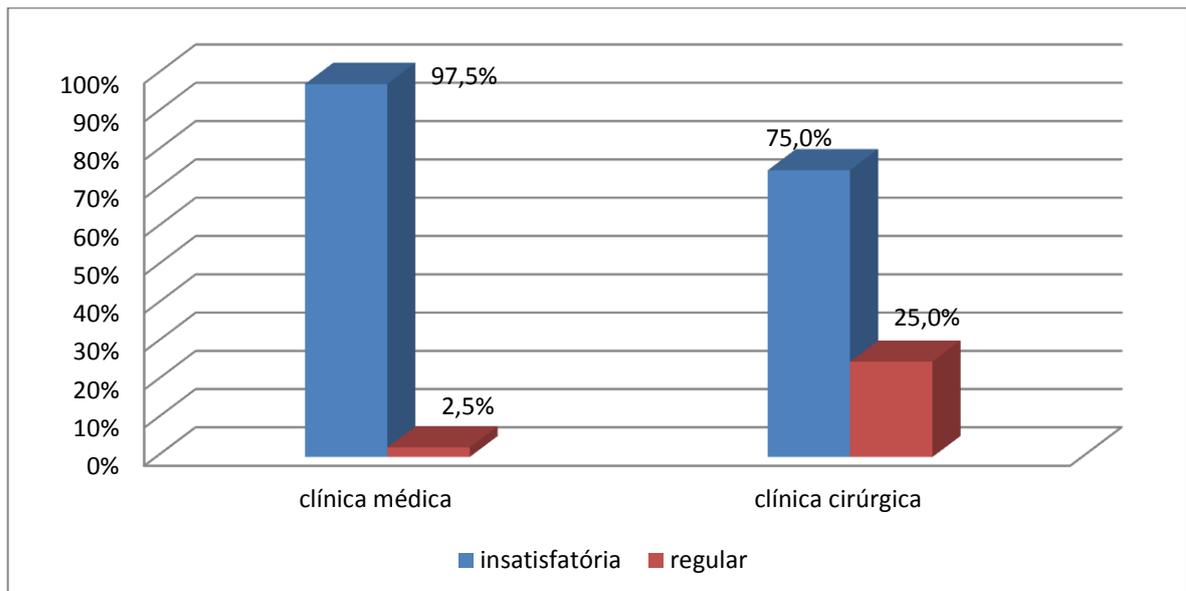


Gráfico 3 - Índice de positividade por procedimento de curativo, realizado pelos profissionais de enfermagem, na unidade de clínica médica de um hospital público estadual. Campo Grande - MS, 2014.



O gráfico 4 mostra a classificação da qualidade da assistência de enfermagem, através do procedimento de curativo, realizado pelos profissionais de enfermagem.

Gráfico 4 - Classificação da qualidade da assistência (QA) de enfermagem, segundo o Índice de Positividade de cada procedimento de curativo e unidade de atuação dos profissionais de enfermagem.



Considerando o IP > 70,00% estabelecido como mínimo aceitável, dos 40 procedimentos observados na clínica cirúrgica, 25% (n=10) foram classificados como regular, com variação do IP de 71,42% a 78,57%; os demais 30 procedimentos obtiveram IP ≤ 70,00%, designados como insatisfatórios.

Na clínica médica, a maioria dos procedimentos observados (n=39) foi insatisfatória, pela classificação da QA; apenas um procedimento obteve IP de 75%.

Nenhuma das clínicas apresentou índices de positividade que pudessem classificar seus procedimentos de curativo em feridas como Bom (80 e 89%) e Ótimo (90% a 100%).

6 DISCUSSÃO

A discussão desse estudo será apresentada da seguinte forma: primeiramente, apresentaremos a caracterização dos profissionais de enfermagem e dos pacientes com feridas envolvidos no procedimento de curativo.

Em seguida a discussão das questões avaliadas no procedimento de curativo, nas três fases: I-Pré-execução, II-Execução da técnica de curativo e III-Pós-execução. Destacando apenas os índices de positividade (IP) com percentual de conformidade $\leq 70\%$, em uma ordem de apresentação da discussão obtidos sequencialmente na clínica cirúrgica e clínica médica.

E por fim, a abordagem quanto ao IP alcançado por fase e por procedimento estabelecendo a avaliação da qualidade do procedimento de curativo realizado pelos profissionais de enfermagem.

6.1 Caracterização dos profissionais de enfermagem

Os auxiliares e técnicos de enfermagem participantes do estudo foram observados na realização do procedimento de curativo em ferida, nas unidades de internação - clínica cirúrgica e médica. Os dados encontrados mostram as características semelhantes dos profissionais das duas unidades, nas variáveis: sexo, idade e categoria profissional. Houve um predomínio de mulheres, com idade adulta-jovem, da categoria técnico de enfermagem.

A variável sexo obteve o percentual de 90% para mulheres, na clínica cirúrgica, enquanto que, na clínica médica, foi de 92,86%. Sequencialmente às unidades referidas, as idades médias dos profissionais foram de 37,70 e 40,29 anos. Na categoria profissional, 90% dos profissionais da clínica cirúrgica têm por

formação o curso técnico em enfermagem e, na clínica médica, esse percentual é de 78,57%.

No panorama nacional, 80% dos profissionais de enfermagem correspondem à formação de auxiliares (36,80%) e técnicos (43,18%), mostrando que a formação de nível médio ainda é mais elevada. A idade concentra-se na faixa etária de 26 a 35 anos (35,98%), seguida por 36 a 45 anos (27,25%). O sexo feminino é predominantemente superior, correspondendo a 87,24% dos profissionais de enfermagem no Brasil (COFEN, 2011).

No estudo de Santos et al. (2010), o qual também observou a execução da técnica curativo, a caracterização dos profissionais da enfermagem apresentou percentuais semelhantes, sendo a maior parte técnico de enfermagem (71,4%), com faixa de idade concentrada entre 26 a 35 anos (57,1%) e predomínio do sexo feminino (85,7%).

Historicamente, a enfermagem se caracterizou e ainda se configura como uma prática feminina, em que a questão do gênero tem forte influência na institucionalização do cuidado e formalização do ensino, a partir de Florence Nightingale (WALDOW, 2007).

Essa referência feminina na área da enfermagem passa por uma concepção histórica, política, cultural, educativa e trabalhista, acompanhada pela evolução do cuidado no cenário da assistência em saúde; no entanto, vem gradativamente transformando-se, oportunizando a presença da figura masculina como agente do cuidado (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

A mulher assume a maior força de trabalho na área da enfermagem e, sob influência de suas características em relação à concepção de cuidado, vem firmando cada vez mais seu papel na sociedade.

A faixa de idade dos 20 aos 40 anos compreende um período importante da idade adulta, designada como adulto-jovem. Caracteriza-se por ser uma fase produtiva, em que a determinação dos papéis é reconhecida pela responsabilização em diversos cenários. Além do aspecto profissional, envolve a construção de relações interpessoais, condicionando para um processo de afirmação e

reconhecimento, a partir de um pensamento flexível, aberto, adaptativo, complementado pelo comportamento intuitivo, emocional e lógico, que permeia a experiência humana (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

A questão do gênero e a média de idade obtida neste estudo sustentam ainda mais a importância da mulher que, no aspecto profissional, pode contribuir para o amadurecimento da prática da enfermagem.

A ABen (Associação Brasileira de Enfermagem), preocupada com a formação e a qualificação dos quadros da enfermagem, e em atendimento à demanda histórico-social pela qual passava a sociedade brasileira, na década de 60 do século XX, criou a categoria do técnico de enfermagem para atender a demanda de mão-de-obra, bem como a crescente necessidade de atenção à saúde da população brasileira, cujo processo formativo, naquele momento, era fortemente guiado pela ótica da assistência curativa, centrada nos hospitais. No entanto, contribuiu para o aumento dos profissionais de enfermagem no mercado de trabalho (KLETEMBERG et al., 2010).

Registre-se, porém, que esta categoria profissional só teve suas atribuições regulamentadas pela lei do exercício profissional (n.º 7.498/86); portanto, quase vinte anos depois. Ao técnico de enfermagem, como integrante da equipe de enfermagem, cabe exercer atividades de nível médio em grau auxiliar, executando ações assistenciais, sob orientação e acompanhamento do enfermeiro, participando do processo de enfermagem (BRASIL, 1986; COFEN, 2009).

Novamente, na década de 90, a Aben, em forte articulação com o Ministério da Saúde e considerando a necessidade de promover a formação dos profissionais de enfermagem, principalmente de nível médio, viabilizou a realização do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), o qual oportunizou a qualificação técnica dessa força de trabalho na saúde do Brasil. Por conseguinte, promoveu a melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde (PEDUZZI; ANSELMINI, 2003).

O perfil de egressos do curso técnico de enfermagem pelo PROFAE, no Estado de São Paulo, foi delineado no estudo de Bógus et al. (2011). As

participantes caracterizavam-se por serem mulheres, com média de idade de 42,2 anos, parte delas formadas no curso de auxiliar de enfermagem, demonstrando a busca pela ascensão profissional, que pode repercutir, por exemplo, em um melhor desempenho de sua função.

O incentivo à formação em técnico de enfermagem reflete-se no perfil de profissionais encontrados em diversos estudos, pois sua atuação é imprescindível em inúmeros cenários assistenciais. Portanto, avaliar a conduta na execução de procedimentos permite compreender a prática desses profissionais, onde talvez seja preciso retomar o aspecto da qualidade da própria formação inicial e também da aquisição contínua do conhecimento, que pode influenciar no desenvolvimento de suas habilidades.

Quanto ao tempo médio de formação na área da enfermagem, a clínica cirúrgica obteve menor tempo, sendo 7,60 anos, enquanto que, na clínica médica, foi de 14,36 anos, demonstrando uma diferença considerável dessa variável nas unidades em estudo.

A formação inicial é considerada um alicerce para a prática profissional. A aprendizagem adquirida no transcorrer das atividades laborais fortalece essa formação, bem como as competências e habilidades, ao longo da experiência profissional (CRUZ; ALMEIDA, 2010).

Em relação ao tempo médio de atuação, na instituição e na unidade em estudo, os profissionais da clínica cirúrgica obtiveram o tempo médio de atuação de 5,10 anos; na instituição e na própria unidade, de 3,2 anos. Na clínica médica, esse tempo aumenta, sendo 7,86 anos na instituição e 5,28 anos na referida unidade.

Mesmo havendo diferença para o tempo médio de atuação na instituição e em cada unidade estudada, pode-se deduzir que esses profissionais tendem a reconhecer o processo de trabalho nos quais atuam, pois tendem a fixar suas relações de trabalho, reconhecer melhor o cenário de atuação e se apropriar da dinâmica laboral.

Ancorados no aspecto do tempo de formação e tempo de atuação em cada unidade, os dados dos profissionais da clínica médica indicam mais experiência e

conhecimento do trabalho na unidade, e isso pode resultar em maior habilidade técnica e, conseqüentemente, maior experiência na área da enfermagem.

6.2 Caracterização dos pacientes

Em relação aos pacientes com feridas, nos quais foram realizados os procedimentos de curativos, foram verificadas as variáveis referentes ao sexo, idade, diagnóstico clínico e tipo de ferida. Os dados encontrados mostram que apenas a variável sexo se assemelhou, predominando os pacientes do sexo masculino em ambas as unidades, sendo 61,11% na clínica cirúrgica e 57,89% na clínica médica.

Os homens, por considerarem-se invulneráveis aos agravos, acabam por se fragilizar e, conseqüentemente, expondo-se a diversas condições que podem interferir em sua saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

No estudo de Vieira et al. (2013), foi possível identificar diversos motivos que caracterizam essa vulnerabilidade, dentre eles: o julgamento de não necessitarem de atendimento, por se considerarem saudáveis; demora no atendimento, afastando, dessa forma, a busca pelos serviços; constrangimento de expor sua intimidade; e o receio da descoberta de doenças graves ou de se reconhecerem doentes.

A construção da questão do gênero, socialmente instituído acerca da masculinidade, afasta a possibilidade do homem assumir seu cuidado, principalmente na perceptiva preventiva, o que poderia associá-lo a manifestações de fraqueza, medo e insegurança (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

A busca pelo serviço de saúde, ou melhor, a pouca procura por serviços de saúde por parte de homens está associado à falta de adesão, principalmente às medidas de prevenção de saúde, o que torna o homem vulnerável a diversas doenças, sobretudo, as de condições crônicas (BRASIL, 2009a).

Todo contexto comportamental e sociocultural que envolve a saúde do homem tem forte influência na busca pelo serviço de saúde, mas as barreiras institucionais também dificultam a inserção dos homens no atendimento do serviço de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007). Buscando corrigir/minimizar essas dificuldades, em 2009, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, tendo em vista à promoção de ações nos diferentes níveis de atenção à saúde, visando à redução dos índices de morbimortalidade por doenças preveníveis e evitáveis, assim, possibilitando o aumento da expectativa de vida do homem no Brasil (BRASIL, 2009a).

Na clínica cirúrgica, a média de idade dos pacientes foi de 54 anos, tendo concentração maior na faixa de idade ≥ 60 anos (44,45%). O diagnóstico clínico principal foram às complicações decorrentes do Diabetes Mellitus (DM). Essas complicações foram representadas pelas feridas de membros inferiores - úlceras de pé em diabéticos.

O DM faz parte do grupo de doenças metabólicas, caracterizadas pelo quadro hiperglicêmico e associado a complicações, considerado um agravo de saúde de ordem mundial, instalado, principalmente, nos países em desenvolvimento. O aumento crescente de indivíduos diabéticos tem relação com o envelhecimento populacional e está associado a fatores como a obesidade e o sedentarismo (BRASIL, 2006b).

A idade tem forte influência para o desenvolvimento da doença, concentrando-se na faixa etária de 45 a 64 anos, no caso de DM tipo 2, sendo os agravos cardiovasculares e cerebrovasculares as principais complicações e as causas de morte (BRASIL, 2006b; SBD, 2015).

Dentre as complicações decorrentes da doença, a neuropatia diabética se apresenta como uma complicação habitual, afetando o bem-estar de seus portadores, pois pode ocasionar de limitações físicas e manifestações sensitivas à instalação de lesões ulcerosas, principalmente, dos membros inferiores (BRASIL, 2006b).

O desenvolvimento das úlceras no pé em diabéticos pode levar ao quadro infeccioso local, repercutindo no manejo clínico da doença e da ferida, podendo exigir a necessidade de intervenções como desbridamento e nas condições mais graves de amputação do membro (BORGES, 2011).

As complicações do DM são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade, o que envolve perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013b).

A úlcera no pé em diabéticos predominou como o principal tipo de ferida na clínica cirúrgica (55,60%) - consequência das complicações da doença de base. Essas lesões caracterizaram-se, principalmente, pela presença de tecido desvitalizado e infecção local, necessitando de intervenção cirúrgica (desbridamento), curativos, antibioticoterapia endovenosa, além do controle glicêmico e do alívio da dor.

A ocorrência para esse tipo de ferida evidencia a repercussão de uma doença. De acordo com Borges (2011), a adesão ao tratamento ainda é um fator fundamental para prevenir as ulcerações, pois quando há baixa ou nenhuma adesão do regime terapêutico, as complicações secundárias da doença se tornam frequentes, podendo agravar o quadro de saúde do indivíduo.

Na clínica cirúrgica, foi possível identificar a característica de um agravo crônico, em que a complicação poderia ser evitada. A perspectiva de atenção à saúde desses pacientes, além de tratar as lesões e de controlar a doença, é evitar complicações recorrentes e instalação de novas feridas. Isso vai além do processo educativo, mas de inseri-los em programas de saúde de atenção em nível primário, com acompanhamento multidisciplinar e encaminhamento ambulatorial de serviços especializados em feridas.

Na clínica médica, a assistência ao idoso predominou, sendo que 68,42% dos pacientes tinham 60 anos ou mais, com média de idade de 69,16 anos. A pneumonia foi o diagnóstico clínico principal, correspondendo a 31,58% das internações.

O envelhecimento populacional faz parte da realidade da maioria das sociedades. No Brasil, estima-se que existam cerca de 17,6 milhões de idosos, aumentando progressivamente, sobretudo, o número de octogenários. A senilidade é um processo natural do envelhecer, contudo, na presença de doenças, condiciona a uma situação patológica que requer assistência em saúde, sendo as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as principais a afetar a funcionalidade das pessoas idosas (BRASIL, 2007).

Das DCNT, as doenças cardiovasculares, seguida das doenças neoplásicas, imperam como principal causa de mortalidade e de hospitalizações no país. As disfunções do aparelho respiratório representam a quarta principal causa (BRASIL, 2013b).

Diante da aceleração do crescimento demográfico em idosos, tende a ocorrer o aumento na prevalência de doenças crônicas, tornando-os vulneráveis a uma condição indesejável, necessitando de cuidados e, por vezes, de atenção em regime de hospitalização (CARRETTA; BETTINELL; ERDMANN, 2011).

No estudo sobre análise do perfil de pacientes internados em unidades de clínica médica, Tiansoli et al. (2014) encontrou o predomínio de pessoas idosas necessitando de atendimento hospitalar por diferentes causas, dentre elas: as doenças neurológicas, cardiovasculares e gastrointestinais.

Apesar de ter relacionado apenas um diagnóstico clínico como principal motivo de internação, as condições clínicas dos pacientes manifestavam a presença de mais de um agravo, o qual condicionava o tratamento e a necessidade de intervenção de cuidados em saúde e, dessa forma, repercutia na complexidade de cuidados, demandando, por parte da enfermagem, uma atuação envolvida em vários procedimentos.

Na clínica médica, a úlcera por pressão (UPP) representou (73,68%) o principal tipo de ferida observado nos pacientes. A úlcera por pressão é definida como uma lesão localizada na pele, geralmente em locais de proeminências ósseas, consequência de pressões interna e externa, exercida sobre o tecido, sendo

classificadas em categorias conforme o comprometimento tecidual (NPUAP/EPUAP, 2009).

O desenvolvimento da UPP é multifatorial, tendo elementos internos e externos, tornando o indivíduo suscetível ao aparecimento das ulcerações. Dentre os fatores de risco relevantes, destaca-se, primariamente, a pressão, seguido pelo cisalhamento e fricção, exposição à umidade, déficit nutricional, idade, imobilidade, comprometimento neurológico e processos patológicos degenerativos (NPUAP/EPUAP, 2009; GEOVANINI, 2014).

No processo de envelhecimento, as alterações metabólicas, estruturais e funcionais do tecido comprometem sobremaneira as funções da pele, principalmente quanto à hidratação, elasticidade e resistência. Quando associada a outros fatores, em específico, às doenças crônicas, estima-se que a incidência de UPP possa variar de 30 a 40% em pacientes hospitalizados, aumentando em pacientes geriátricos (GEOVANINI, 2014).

Nos estudos de Blanes et al. (2004) e Maciel (2008), ao verificarem a ocorrência de úlceras por pressão, em unidades de internação, os idosos foram os mais acometidos.

Apesar da suscetibilidade e vulnerabilidade intrínsecas ao indivíduo acometido por esse tipo de lesão, sua ocorrência pode estar condicionada a falhas nos cuidados assistenciais. Dessa forma, a ocorrência de UPP está sendo considerada como um evento adverso e deve ser evitada através da adoção de medidas preventivas (ANVISA, 2013).

Diante da observação do procedimento de curativo em pacientes da clínica médica, a ocorrência predominante de úlceras por pressão demonstra preocupação com a segurança dos pacientes, sobretudo, por acometer os pacientes idosos, mas revela outro aspecto fundamental: a qualidade da assistência de enfermagem voltada para a prevenção de feridas.

Nas unidades em estudo, os pacientes com feridas mostraram características diferenciadas, principalmente pelo tipo de ferida e no contexto de como se desenvolveram. No entanto, podem convergir nos aspectos relacionados à

vulnerabilidade na ocorrência de complicações e no descuido para a prevenção desses agravos.

6.3 Índice de Positividade do procedimento de curativo - Fase I

Do total de 12 questões verificadas na fase I, na clínica cirúrgica, sete (58,33%) apresentaram IP abaixo de 70,00%, enquanto que, na clínica médica, foram nove (75,00%) questões.

Na primeira questão dessa fase: “*Apresenta-se para o paciente ao primeiro contato com o mesmo?*”, observou-se que apenas um profissional de enfermagem da clínica médica se apresentou ao paciente, quando se dirigiu ao mesmo pela primeira vez, para realizar o procedimento de curativo, perfazendo o IP de 33,3%.

A comunicação interpessoal é essencial para a prática da enfermagem, sendo a autoapresentação um dos elementos de comunicação, no qual o profissional precisa verbalizar seu nome e função. Essa atitude de dirigir-se aos outros transmite respeito, reconhecimento e compromisso no cuidado (POTTER; PERRY, 2013).

A apresentação do profissional configura o primeiro contato com o paciente. A partir disso, será estabelecida uma relação de cuidado que, neste caso, demonstrou-se comprometida pela falta de comunicação.

Ressalta-se que ao realizar a coleta de dados, os profissionais já haviam iniciado sua jornada de trabalho, o que configurava ter estabelecido uma comunicação prévia com o paciente e/ou acompanhante, por isso, para os demais procedimentos, essa questão não se apresentou problemática.

Para a questão: “*Aquece o soro fisiológico para limpeza da ferida?*”, na clínica cirúrgica, esse quesito foi observado em 20% dos procedimentos, enquanto que, na clínica médica, não houve aquecimento em nenhum dos procedimentos observados.

Destaca-se que essa ação está descrita nas normas e rotinas de ambas as unidades.

Nos procedimentos observados onde houve o aquecimento da solução, isso aconteceu com a utilização do forno micro-ondas, mas não foi controlado o tempo de aquecimento, quantidade de solução e conferência da temperatura para o uso. Há que se acrescentar que as normas da instituição, mencionadas anteriormente, não apresentam qualquer indicativo (tempo, volume de solução) que orientem tal prática.

Yamada (2005) cita o uso desse tipo de forno e indica o aquecimento de SF 0,9% de 250 ml, durante 20 segundos, em potência máxima, mas sugere a necessidade de estudos que permitam concretizar tal prática, bem como o aquecimento em banho-maria e o uso de estufa.

De acordo com Jones (2012), o aquecimento da solução é importante para a limpeza da ferida, pois tem forte influência na cicatrização. Assim, há a necessidade de se manter a solução na mesma proporção da temperatura corporal (36 a 38°C). Torna-se uma atividade imprescindível para a evolução das feridas e indica o manejo adequado na prática de curativo (CARVALHO; FÓFANO; SILVA, 2014).

Essas questões relacionadas ao aquecimento do soro também foram apontadas por Nonino, Alsemi e Dalmas (2008), quando avaliaram o procedimento de curativo, em que o item “*Aquece o soro fisiológico?*” apresentou conformidade insatisfatória, sendo um dos itens mais baixos dessa fase, corroborando com os resultados deste estudo.

O aquecimento da solução não está incorporado à prática desses profissionais e, quando realizado, parece ter partido de uma conduta individual e não do reconhecimento dos protocolos institucionais. Vários fatores podem ter contribuído para essa inadequação técnica, entre eles: os aspectos relacionados à infraestrutura, supervisão inadequada e falta ou ausência de atualização dos técnicos de enfermagem e do enfermeiro que os acompanha.

Na questão: “*Prepara o ambiente de forma adequada?*”, o IP, na clínica cirúrgica, foi de 55%; na clínica médica, esse índice foi menor, com 42,50%. O preparo do ambiente refere-se ao planejamento e organização das atividades, e

permitirá, ao profissional, executar o procedimento da melhor forma possível, considerando os recursos disponíveis para a realização do curativo.

A preparação do ambiente que antecede a realização do procedimento de curativo se encontra apresentada na bibliografia, pois, conforme propõem os autores, manter um ambiente adequado contribui para propiciar um ambiente tranquilo, com luminosidade apropriada, diminuindo correntes de ar, dispondo os materiais em superfície limpa e plana, e posicionando o lixo de forma a permanecer de fácil acesso, sem causar risco de contaminação cruzada (JORGE; DANTAS, 2005; RACKENBACH; MOARES, 2008; GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2008; POTTER; PERRY; ELKIN, 2013).

Outros estudos obtiveram resultados semelhantes quanto à inadequação do preparo do ambiente, apontando o déficit de equipamentos, como biombos - indicado como um recurso importante para restringir a exposição do procedimento e, sobretudo, do paciente (NONINO; ANSELMINI; DALMAS, 2008).

Essa questão, quanto ao preparo do ambiente, precisa ser revista nas duas unidades, pois a organização é fundamental para o êxito do procedimento. São ações que se relacionam ao conforto do paciente e às medidas de controle de infecção.

Para a questão: "*Mantém o lixo em posição adequada?*", a maioria dos profissionais da clínica cirúrgica procurou atender o requisito, mas mantiveram IP abaixo do esperado (65%); na clínica médica, o índice foi de 35%. Essa problemática foi evidenciada, principalmente, pela inadequação do uso do lixo, seja por manter em posição inadequada, seja pela utilização do lixo do paciente, disponível na enfermagem.

O objetivo do posicionamento apropriado do lixo para realizar o procedimento é evitar o cruzamento dos materiais a ser descartados sobre o campo de curativo, pois a contaminação pode acontecer acidentalmente, tendo em vista que neste estudo foi adotada a técnica estéril, seja pelo uso do pacote de curativo ou pelo invólucro da luva estéril.

Na manipulação de um campo estéril, os profissionais precisam manter a conduta de assepsia, ou seja, assegurar que no processo de manipulação do campo estéril, os princípios para a manutenção da assepsia sejam adotados, evitando que ocorra a contaminação sobre a área exposta, contribuindo no controle de infecção (POTTER; PERRY, 2013).

Dentre os princípios de assepsia, Potter e Perry (2013) citam: a manipulação de matérias estéreis sobre o campo estéril; evitar exposição prolongada; não se ausentar da área exposta; abrir e manter os materiais em local limpo e plano; paramentar-se adequadamente; e orientar o paciente a colaborar durante a execução do procedimento.

Na questão: “*Mantém a privacidade e respeita o pudor do paciente, de acordo com a necessidade?*”, o IP, nessa questão, foi de 52,50% e 15% para as clínicas cirúrgica e médica, respectivamente. A privacidade e o pudor do paciente não foram considerados pelos profissionais ao realizar o curativo. Essa questão é preocupante, quando se trata dos aspectos psicoemocionais do ser humano e da representatividade da ferida para o seu corpo.

Os fatores que evidenciaram a falta de privacidade e desrespeito à intimidade foram a falta de instalação de biombos e a abertura da porta da enfermaria durante o procedimento. Isso expôs o paciente a outros que circulavam próximos ou permaneciam no ambiente.

A ferida é a expressão biológica do rompimento da integridade da pele, mas traz um reflexo sobre o modo de viver do indivíduo; além do aspecto físico, tem impacto no estado mental, emocional e psicológico (GEOVANINI, 2014).

Sob o olhar de Dantas Filho (2005), no cuidado a pessoas com feridas, pode-se encontrar um ser humano fragilizado, gerando diversas implicações em seu tratamento pela exposição da ferida, seja pela presença de odores, secreções e manifestações de dor, que podem afetar tanto o corpo quanto a mente.

Quando o profissional se preocupa com a privacidade do paciente, assegurando sua intimidade na relação do cuidado, isso reflete, além do procedimento técnico, um olhar humanizado e comprometido com o outro. Para

Soares (2010), o corpo humano é constantemente exposto no processo de cuidar, em que as intervenções estejam voltadas para controlar e manter os parâmetros biológicos, mas com esquecimento a outras dimensões que caracterizam a subjetividade do indivíduo.

Dessa forma, é imprescindível reaver as condutas de enfermagem com relação a essa questão, pois o desrespeito com o outro, quando se trata do corpo, pode estar acontecendo não apenas na prática do curativo, mas em diversos procedimentos sob a responsabilidade da enfermagem.

É importante reforçar a responsabilidade do profissional em “respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano”, conforme disposto no artigo 19, do código de ética de enfermagem (COFEN, 2007).

Estabelecer uma comunicação com o paciente, acompanhante e demais membros da equipe, talvez, seja o primeiro passo, explicando o que irá acontecer, solicitando a colaboração de todos, minimizando a permanência e circulação de pessoas na unidade do paciente associado a medidas como: a instalação de biombos, fechamento da porta da enfermaria e sinalização do local. Essas ações contribuem para assegurar a privacidade durante a execução do procedimento, respeitando o pudor do paciente.

Na observação “*Higieniza as mãos antes de iniciar o curativo?*”, verificou-se que a higienização das mãos apresentou IP baixo nas duas unidades, sendo 47,50% na cirúrgica e 27,5% na médica. Esses índices mostram um descuido por parte da enfermagem, considerando a higienização das mãos (HM) como ação primordial no controle de infecção.

Higienizar ou comumente descrito como lavar as mãos é uma medida simplória e de baixo custo para os serviços hospitalares, representando uma das principais ações na prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS). Tem por finalidade interromper a transmissão de infecções veiculada pelo contato, permitindo remover microrganismo, além de sujidade, secreções e elementos celulares (OMS, 2008; BRASIL, 2009b; ANVISA, 2012a).

As mãos representam uma ferramenta de trabalho, pois é por meio delas que os profissionais executam suas atividades; portanto, o ato de higienizá-las demonstra a responsabilidade para com o paciente, conferindo segurança e qualidade no cuidado prestado (BRASIL, 2009b).

Diversos estudos nacionais e internacionais apontam a baixa adesão da HM pelos profissionais da saúde, apesar das fortes evidências dessa conduta na redução nas taxas de infecção hospitalar. A mudança comportamental é vista como ponto essencial para a adesão a essa prática, mas como todo protocolo, rotina ou norma a ser implementada e cumprida, exige um processo de mudança de diversos atores (BRASIL, 2009b).

Esse processo de mudança é visto como essencial para a adesão à HM, mas seu cumprimento é complexo e envolve diversos fatores e, por isso, demonstra-se desafiador aos gestores e profissionais, inclusive aos que atuam em Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) (ANVISA, 2012a).

Os estudos de Nonino, Anselmi e Dalmas (2008) e Santos et al (2010) também apresentaram falta de adesão da higienização das mãos antes da execução do procedimento de curativo, conferindo uma preocupação na contaminação cruzada e transmissão de infecção.

A higienização das mãos é definida como uma boa prática, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na prevenção de IRAS, e sua falta de adesão confere um desafio global para com a segurança do paciente (ANVISA, 2012).

A proposta apresentada pela OMS e descrita pela OPAS é instituir o lema: “Uma assistência limpa é uma assistência segura”. Assim, as estratégias seriam constituídas de componentes multifacetados, com vista a envolver o sistema, onde o serviço precisa garantir infraestrutura e insumos necessários para que os profissionais possam praticar a HM, além de proporcionar ações de capacitação e educação em saúde, para sensibilizar e motivar os profissionais, mas não excluir sua responsabilidade (OMS, 2008; ANVISA, 2013).

Considerando a responsabilidade do serviço em dispor de insumos necessários para que o profissional realize o ato de higienizar as mãos, fato esse

que, por sua vez, não justifica a falta de adesão dos profissionais, já que a instituição dispõe de lavatórios no corredor da unidade e dispensadores de álcool gel em todas as enfermarias, identificados com cartazes ilustrativos e explicativos, referentes à técnica correta e o momento ideal para higienizar as mãos no decorrer do trabalho. Além disso, o Serviço de Comissão de Infecção Hospitalar (SCIH) da instituição realiza, periodicamente, educação permanente com essa temática.

Trata-se de uma ação rotineira da prática hospitalar, mas, por vezes, esquecida. Os profissionais de enfermagem precisam conscientizar-se das ações que executam e perceber o quão grave são os riscos aos quais expõem os pacientes, quando não adotam as medidas de controle de infecção e que, no contexto da prática do curativo, pode influenciar na repercussão do tratamento prestado.

Na questão: “*Realiza desinfecção da superfície para dispor os materiais para o curativo?*”, essa ação mostrou-se preocupante no controle de infecção, em relação à desinfecção da superfície, seja da bandeja para dispor os materiais para o curativo, do carrinho de curativo ou do mobiliário disponível na unidade do paciente. Essa questão apresentou baixíssimos índices nas duas unidades, obtendo assim, IP de 17,50% na clínica cirúrgica e 5,41% na clínica médica.

Através da limpeza e/ou desinfecção da superfície é previsto a redução e destruição de microrganismos, além de remoção de matérias orgânicas que podem ser focos de contaminação (BRASIL, 2010).

O processo de limpeza e desinfecção é algo previsto e atribuído à equipe técnica de enfermagem, conforme descrito na legislação que regulamenta o exercício profissional (BRASIL, 1986).

Qualquer que fosse a superfície utilizada, deveria ter ocorrido o processo de limpeza e desinfecção, pois a exclusão da responsabilidade profissional, na manutenção de um ambiente seguro, expôs o paciente à infecção.

A questão: “*Confere a cobertura e o curativo indicado em prescrição médica ou de enfermagem?*” apresentou IP abaixo de 70,00% apenas na clínica médica, onde, na metade (50%) dos procedimentos observados, os profissionais

desconheciam qual tipo de cobertura e/ou curativo era necessário para o tratamento da ferida do paciente.

Neste estudo, observou-se que profissional de enfermagem desconhecia o que deveria utilizar para realizar o curativo, talvez por não conferir a prescrição do procedimento, pela falta de uma prescrição clara e individualizada, e por não se comunicar com o enfermeiro da unidade, solicitando avaliação e conduta para prosseguir com suas atividades.

A consulta à prescrição para averiguar o tipo de curativo e cobertura a ser utilizada no procedimento faz parte do planejamento do cuidado de enfermagem, garantindo que seja executado o tratamento apropriado (POTTER; PERRY, 2013).

Dessa forma, a prescrição do curativo, no contexto da SAE, precisa conter alguns quesitos essenciais que estejam relacionados à avaliação da ferida, como por exemplo, o tipo de curativo, limpeza, cobertura e frequência do procedimento (RODRIGUES; HADDAD, 2013).

O enfermeiro, sendo especialista ou não em feridas, desempenha um papel primordial no tratamento dos pacientes com feridas, o qual, periodicamente, deve avaliar, monitorar e documentar suas ações, sustentado pelo conhecimento técnico-científico atualizado, mantendo-se informado sobre os avanços nessa área, que o apoiarão na execução dos curativos (DANTAS; JORGE, 2005).

Estudos realizados por Moraes, Oliveira e Soares (2008) e Costa et al. (2012) evidenciam que a falta da avaliação e acompanhamento do enfermeiro no tratamento de feridas, mostrou-se comprometido diante de dificuldades e limitações expressas pela falta de recursos, falta de tempo, priorização de atendimento, ausência de protocolos, decisões centralizadas no médico, falta de experiência e treinamento específico. Estes fatores refletirão em uma participação mínima e, muitas vezes, ausente do enfermeiro na avaliação das feridas, repercutindo negativamente na atuação deste profissional junto à execução e supervisão dos curativos.

Se os auxiliares e técnicos de enfermagem não conferiram o que estava prescrito para sustentar suas ações, elas podem ter transcorrido em julgamentos

baseados na vivência e experiência do profissional. No entanto, outros elementos chamam a atenção quanto a essa questão, que se refere à falta de informação da prescrição, pois reduzia a descrição da ação em apenas “realizar curativo”. Além disso, poderia estar ocorrendo à falta de interação com o enfermeiro da unidade, que seria o responsável por nortear aos demais quanto à execução do cuidado, sem interrogações e/ou indagações pertinentes ao curativo a ser realizado.

A ausência do enfermeiro na avaliação e acompanhamento das feridas pode ter refletido na conduta dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Muitas vezes, a referência desses profissionais está voltada para a equipe médica e esta, por sua vez, também apresenta limitação em realizar uma abordagem sistemática e multidisciplinar ao paciente com feridas, o que foi observado na inconsistência das prescrições relacionadas ao curativo.

Na questão: “*Confere o prazo de validade dos materiais utilizados?*”, verificou-se que a conferência do prazo de validade dos materiais utilizados foi excluída, no contexto da prática do preparo do curativo nas duas unidades (IP 0,00%), pois em nenhum momento os profissionais apresentaram uma atitude que indicasse tal conduta.

A validade indicada no invólucro do material, no caso de produtos esterilizados, determina uma margem de segurança para o consumo do mesmo, sendo uma das medidas utilizadas para o controle de qualidade (ANVISA, 2012b).

Essa inadequação do procedimento também foi identificada por Nonino, Peduzzi e Dalmas (2008), corroborando com os achados neste estudo. O fato de não conferir a data de validade dos materiais estéreis pode trazer riscos ao procedimento e, conseqüentemente, expor o paciente à contaminação, pois pode ter sido utilizado algum material vencido.

Considerando que são vários os materiais estéreis que compõem os recursos necessários para realizar o procedimento de curativo, é preciso estabelecer, junto à equipe de enfermagem, uma rotina de conferência de validade dos materiais, forma de estocagem e quantidade necessária, que permita viabilizar o processo diário de trabalho da enfermagem, sem omissão a essa questão.

6.4 Índice de Positividade do procedimento de curativo - Fase II

Do total de 11 questões avaliadas para essa fase, na clínica cirúrgica, quatro (36,00%) apresentaram IP abaixo de 70,00%, enquanto que, na clínica médica, foram nove questões (81,81%).

Na primeira questão da fase II: “*Realiza a paramentação com EPI, conforme necessidade?*”, em metade (50%) dos procedimentos observados na clínica cirúrgica, os profissionais utilizaram, parcialmente, o EPI necessário; na clínica médica, o IP chega a 25%, o que foi caracterizado como inadequado. As falhas encontradas foram pela falta do uso de máscara e óculos de proteção e, nos casos de pacientes em precaução por contato, o avental foi o equipamento não utilizado.

A indicação e o uso adequado do EPI fazem parte das medidas de precaução padrão, as quais devem ser aplicadas no atendimento do paciente, independentemente, do risco de contaminação. A implementação e a adesão das medidas têm por objetivo evitar a contaminação de micro-organismos do paciente ao profissional e vice-versa (APECIH, 2012).

A paramentação com o uso de luvas de procedimento, óculos e avental é recomendada quando adotada a técnica de irrigação para limpar a ferida, por causa do risco de respingo (MARTINS; MENEGHIN, 2012). Esses equipamentos são imprescindíveis na proteção dos profissionais. A máscara, além de proteger a face do profissional pela exposição de fluídos corporais, evita a contaminação por gotículas sobre o campo esterilizado, seja sobre o pacote de curativo ou o sobre o invólucro da luva estéril (APECIH, 2012; POTTER; PERRY, 2013).

A adesão ao uso de EPI mostra-se desafiadora, decorrente da resistência por parte dos profissionais. Neves et al. (2011) identificaram alguns fatores que influenciam na adesão ao uso do EPI, principalmente relacionados ao ambiente laboral e ao aspecto comportamental, mas expõem a individualidade como determinante para a decisão ao uso do EPI.

O avental foi outro equipamento não utilizado quando havia a indicação, como nos casos dos pacientes em precaução por contato que, além das medidas de proteção padrão, necessitam de medidas específicas, sendo o avental uma barreira importante para evitar a transmissão por contato (APECIH, 2012).

Vale registrar que, em um período da coleta de dados, o avental descartável encontrava-se indisponível na instituição, o que pode ter justificado a falta de uso pelos profissionais, expondo-os ao risco de infecção. Esse registro remete-nos às afirmações dos estudiosos sobre o assunto, de que quando há falhas na disponibilidade e acessibilidade aos recursos materiais agregadas à sobrecarga de trabalho, a adesão ao EPI fica comprometida, expondo os profissionais aos riscos ocupacionais (NEVES et al., 2011).

A omissão ao uso do EPI, por parte dos profissionais, revela um ponto preocupante no controle de infecção e na saúde ocupacional dos mesmos. O indicativo do uso adequado do EPI se faz necessário pelo risco de exposição a fluídos biológicos, no caso específico do curativo, pela exposição à ferida e também pelo risco de contaminação durante o procedimento.

A instituição precisa dispor dos meios necessários e adequados, tendo em vista estimular a adesão ao uso do EPI, bem como se apropriar de estratégias que visem promover o envolvimento dos profissionais com as ações de prevenção e controle de infecção. Dessa forma, é preciso buscar compreender quais fatores foram determinantes para essa desvalia, para direcionar estratégias de mudança e incorporar tal prática no cotidiano da enfermagem.

Na observação: “*Abre o campo do curativo de forma asséptica?*”, o baixo IP foi identificado apenas na clínica médica, com 37,50% de conformidade. Esse quesito revelou o descuido dos profissionais de enfermagem na abertura do campo do curativo, expondo a contaminação do mesmo. O campo citado refere-se ao pacote de curativo ou invólucro da luva estéril.

Neste estudo, a técnica estéril foi adotada como técnica principal para realizar os curativos em feridas, seja pelo uso de pinças ou luvas esterilizadas, considerando

os princípios protocolados na instituição, que foram mantidos para nortear a observação.

Na clínica médica, os principais fatos observados e que repercutiram na não conformidade foram: a falta de organização e a inadequação do local para dispor os materiais; e a abertura dos invólucros, inadequadamente, contribuindo na quebra de barreiras, ocasionando a contaminação dos materiais e do campo, e este último, por sua vez, sobre a ferida.

Em procedimentos estéreis, o profissional precisa executar ações concernentes à finalidade exigida, evitando a contaminação dos recursos materiais utilizados, tanto para o curativo quanto para a ferida. Para isso, o campo estéril precisa estar disposto sobre superfície plana, limpa e seca, configurando segurança para a manipulação dos demais materiais que serão colocados nesse campo. Ainda, reforçando medidas, como: uso de EPI, quando for indicado, e solicitação do paciente e acompanhante para colaborar na manutenção dos princípios de assepsia (POTTER; PERRY, 2013).

Mesmo na adoção da técnica estéril, que envolve, sumariamente, executar o procedimento na utilização de recursos estéreis, evitando, dessa forma, contaminá-los, é necessário conduzir a técnica mantendo os preceitos da conduta asséptica, e isso abrange, por exemplo, higienizar as mãos, evitar a contaminação dos materiais que estarão em contato direto com a ferida, armazenar e manusear os produtos ou coberturas, de forma segura, e realizar desinfecção da superfície (FERREIRA; ANDRADE; POLETTI, 2009).

Neste contexto, pressupõe-se que a unidade de clínica médica precisa de uma atenção especial na revisão de conceitos básicos envolvidos no controle de infecção. Em mais de um aspecto do procedimento de curativo, o paciente esteve exposto ao risco de infecção; assim, é urgente desenvolver ações que promovam a incorporação da adoção desses princípios.

Na questão: “*Mantém o posicionamento/disposição dos materiais, de forma adequada?*”, foi observada a falta de organização para realizar o curativo, cujo posicionamento inadequado dos materiais, sem uma disposição ordenada e lógica,

repercutiu na execução da técnica, podendo demandar maior tempo para realizar o procedimento e expondo a ferida ao risco de contaminação. O IP foi de 60% na cirúrgica, enquanto na médica atingiu 5%.

Os profissionais precisam compreender a importância do planejamento do curativo, otimizando o tempo necessário para executar o procedimento, a fim de evitar a exposição da ferida no ambiente (SANTOS et al., 2010).

Para proceder à realização do curativo, é imprescindível que o profissional planeje e organize o que precisa ser executado, a fim de facilitar sua conduta e garantir o objetivo proposto. Neste momento, era esperado que o profissional dispusesse os materiais, de forma a facilitar a execução correta do procedimento.

Essa questão, que mostrou a não conformidade para a disposição adequada dos materiais, obteve diferença expressiva nas unidades estudadas. A clínica médica quase que a desconsiderou nos procedimentos observados, que podem ter sido executados de qualquer maneira, sem um critério lógico que garantisse os princípios básicos de uma técnica.

Para a questão: “*Remove curativo anterior, de forma não traumática?*”, o IP foi de 9,68%, na clínica médica, revelando que, na maioria dos procedimentos, os profissionais removeram o curativo fixado no paciente, expondo-o a traumas. Ressalta-se que essa questão mostrou-se comprometida apenas nessa unidade.

O uso de gaze, como cobertura secundária, e a fixação com fita adesiva predominou como recurso utilizado nos curativos dos pacientes. No caso da gaze, ela pode estar aderida ao leito da ferida e a fita fixada à pele, de forma a dificultar sua retirada, sendo então, a umidificação prévia recomendável para remoção dos componentes do curativo.

A remoção de um curativo deve ocorrer de maneira cautelosa e suave, umedecendo com SF 0,9% a fixação e/ou cobertura aderida ao leito da ferida, pois os objetivos envolvem evitar danos ao tecido em cicatrização, prevenir lesões na pele circunjacente à ferida e minimizar manifestações de dor (JORGE; DANTAS, 2005; RACKENBACH; MORAES, 2008; POTTER; PERRY, 2013).

Dentre os principais requisitos que devem ser observados em um curativo, está a promoção de conforto ao paciente, em que a aderência ao leito da ferida deve permitir a formação de tecido e não provoque traumas em sua retirada (CARVALHO; FÓFANO; SILVA, 2014).

Dealy (2008) aponta que a remoção do curativo é um dos procedimentos que mais causam dor ao paciente, principalmente aqueles caracterizados como curativos aderentes. Potter e Perry (2013) mencionam que uma ferida é, frequentemente, dolorosa, portanto, a remoção cuidadosa do curativo minimiza o desconforto durante os cuidados com a ferida.

Dessa forma, os profissionais devem estar atentos a essas observações, ao realizar o curativo, pois a remoção não traumática do curativo vai além do aspecto biológico, que envolve a promoção das etapas da cicatrização, mas também está relacionado aos aspectos psicoemocionais, principalmente em propiciar conforto ao paciente.

Ao verificar a questão: "*Realiza limpeza da ferida?*", observou-se que, na maioria dos procedimentos, o ato de limpar a ferida apresentou-se comprometido nas duas unidades. A inadequação técnica refletiu no baixo índice de positividade, sendo 42,50% na clínica cirúrgica e 53,85% na clínica médica.

Considerando as cinco possibilidades para realizar a limpeza da ferida descrita no instrumento (roteiro de observação), a principal não conformidade verificada foi o uso inadequado dos materiais na adoção da técnica de irrigação, com o uso de frasco de SF 0,9% irrigando diretamente a ferida, em duas formas: frasco com vários orifícios feitos com agulha ou frasco com a agulha acoplada. Essa inadequação no procedimento de curativo, quanto à limpeza da ferida, também foi encontrada, na mesma forma, no estudo de Santos et al. (2010).

A forma como os profissionais executaram a limpeza da ferida, utilizando a técnica de irrigação, não garante uma limpeza eficaz, conforme Yamada (2005). É necessário exercer uma pressão ideal e efetiva sobre os tecidos, minimizando o trauma tecidual e otimizando sua reparação. Para tanto, recomenda-se a utilização da seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, pois com esses recursos é possível

exercer pressão sobre o leito da ferida, sem prejudicá-la (MARTINS, 2000; YAMADA, 2005).

Será necessário um olhar especial, em relação à limpeza da ferida, em dois aspectos fundamentais: tanto na adoção da técnica de irrigação quanto no aquecimento da solução, o qual foi discutido, anteriormente, pois ambas apresentaram baixo índice de positividade nos procedimentos observados.

A prescrição de enfermagem quanto ao tipo de limpeza necessário para a ferida não é algo institucionalizado. Dessa forma, os profissionais acabam por estabelecer o que eles julgam necessário para efetuar a limpeza da ferida, e assim o fazem. Talvez isso seja reflexo da ausência do enfermeiro no tratamento de feridas, repercutindo na execução do procedimento.

Mesmo que a SAE não esteja, efetivamente, implantada na unidade, o enfermeiro precisa discutir com a equipe, sobretudo, com os profissionais médicos, a melhor terapêutica a ser adotada no tratamento dos pacientes com feridas, o que inclui: o tipo de limpeza, cobertura, necessidade de troca do curativo, dentre outras especificidades. É preciso sustentar esse cuidado em saberes técnico-científicos, mas também acompanhar e supervisionar aqueles que estão exercendo as intervenções de enfermagem.

Além da inadequação da técnica da limpeza, outro aspecto que chamou atenção na unidade de clínica médica e contribuiu para o baixo IP, foi o uso de soluções antissépticas para a limpeza da ferida, principalmente a polivinilpirrolidona iodo (PVP-I).

A utilização de soluções antissépticas tem indicação bem específica, principalmente nas feridas crônicas. Sua ação antimicrobiana é eficaz, porém pode ser afetada pela presença de matéria orgânica. Por sua citotoxicidade, pode retardar o processo cicatricial, acarretando na interação aos demais produtos utilizados no tratamento da ferida (OLIVEIRA; SANTOS, 2008).

Observou-se o uso indiscriminado e sem critério por parte dos profissionais, os quais pareciam entender que a solução antisséptica era veemente indicada, e assim a utilizavam. Este, portanto, se configura em mais um aspecto aparente, de

uma prescrição inconsistente e da ausência do enfermeiro em avaliar, indicar e supervisionar os cuidados referentes ao tratamento de feridas.

Quanto à questão: “*Aplica cobertura no leito da ferida de forma asséptica?*”, o IP abaixo do esperado foi verificado apenas na clínica médica (52,50%). Um dos aspectos observados nesta questão foi a aplicação da cobertura primária sobre o leito da ferida, sem delimitação da área a ser tratada; além disso, ferindo mais uma vez os princípios de assepsia, principalmente por manipular as coberturas inadequadamente.

No processo de execução do procedimento, a não conformidade em manipular a cobertura e aplicá-la sobre a ferida apareceu como condição desencadeadora de várias quebras de barreiras, em que os princípios assépticos foram violados.

Para a questão: “*Identifica o curativo realizado?*”, apenas em dois procedimentos do total da amostra houve o registro de identificação com data, horário e o profissional que realizou o curativo, cada um em uma unidade, perfazendo o IP 2,5%, respectivamente, em cada unidade.

A identificação garante legitimidade às ações do profissional que executou o procedimento, sinalizando, principalmente, a necessidade de troca do curativo pelo registro do tempo (data). De acordo com Potter e Perry (2013), a identificação fornece um acesso rápido, acerca do período no qual foi realizado o procedimento, além de indicar periodicidade de troca.

Para a questão: “*Mantém princípio de assepsia durante o curativo?*”, o IP foi de 30,00%, sendo identificado apenas na clínica médica. A falta de assepsia foi um reflexo de várias condutas inadequadas, ao longo do procedimento de curativo, e foi evidenciada em outras questões, referentes aos seguintes procedimentos: abertura e manuseio do campo de curativo; forma de execução da limpeza da ferida e aplicação da cobertura; organização dos materiais; preparação do ambiente; desinfecção de superfície; disposição do lixo; utilização de EPI; e higienização das mãos. Isso explica que, em algum momento, houve quebra nos princípios de assepsia.

A assepsia, em seu conceito geral, é definida por Ferreira (2010) como um conjunto de procedimentos que tem por objetivo evitar a presença de um micro-organismo. Moriya e Módena (2008) complementam como um conjunto de medidas que impedem à presença de um micro-organismo, em um local que não deve estar. Assim, um ambiente asséptico evita a ocorrência de infecções.

Dessa forma, o risco de infecções foi iminente por diferentes não conformidades evidenciadas, comprometendo, dessa forma, a qualidade do cuidado e a segurança dos pacientes.

A preocupação na manutenção de princípios assépticos não foi aplicada nos procedimentos. Assim, em concordância com a exposição de Aziz (2008), esse requisito não parece ser mais prioridade, como costumava ser, e propõe que a melhoria dos princípios de assepsia pode ser alcançada através da adoção de boas práticas, desde que sejam unificadas, padronizadas e auditadas.

Ao verificar a questão: *“Mantém sequência lógica na realização do curativo, utilizando os tempos de pinças ou troca de luvas, quando necessário?”*, observou-se que esta apresentou baixo IP apenas na clínica médica (25,64%). Considerando a adoção da técnica estéril, seja pelo uso de luvas estéreis ou pinças no pacote de curativo, o que se observou foi que parte considerável dos profissionais não utilizou nem um e nem outro. O recurso principal para realizar o curativo foi à luva de procedimento.

No cuidado com feridas, a utilização de luvas tem se tornado cada vez mais comum e aceita na prática do curativo, possibilitando o contato com a ferida e facilitando a execução do procedimento. Uma técnica a destacar é à técnica de curativo sem toque, que combina técnica limpa e estéril pelo uso de luva de procedimento, sendo uma alternativa na utilização pelo uso de pinça (FERREIRA; ANDRADE; POLETTI, 2009).

A utilização de luvas de procedimento para a execução do curativo, por Ferreira e Andrade (2008), tem se mostrado segura, do ponto de vista microbiológico, desde que sejam preservados os princípios de assepsia. E isso inclui higienizar as mãos, evitar a contaminação dos materiais que estarão em contato

direto com a ferida, e manter e manusear os produtos ou coberturas armazenadas de forma segura (FERREIRA; ANDRADE; POLETTI, 2009).

As luvas não estéreis estão elencadas na execução de vários procedimentos clínicos, inclusive no tratamento de feridas, e isso irá repercutir na escolha da técnica. Para tanto, exige que seja realizada uma avaliação verificando os possíveis riscos que permeiam o procedimento, pois, a partir disso, será possível definir a melhor escolha entre a técnica limpa ou estéril (FLORES, 2008).

No entanto, Aziz (2008) propõe a necessidade de estabelecer e adotar uma prática unificada, o que ajudaria na incorporação de medidas de controle de infecção, uniformizando o cuidado e melhorando o desempenho da técnica asséptica. O autor ainda reforça a necessidade de inserir essa construção na formação dos profissionais de enfermagem.

Considerando todo contexto do uso de luvas de procedimentos na adoção de uma técnica limpa para a execução do curativo, esse cuidado não está inserido na prática da instituição, portanto, foi desconsiderado no estudo, dessa forma, apresentando-se como não conforme, ainda mais porque os profissionais falharam quanto à adoção dos princípios assépticos.

6.5 Índice de Positividade do procedimento de curativo - Fase III

Do total de seis questões observados para essa fase, três (50,00%) delas apresentaram IP abaixo de 70,00% na clínica cirúrgica, e quatro (66,67%), na clínica médica.

Da primeira questão descrita na fase III: “*Despreza os materiais utilizados imediatamente após o término do curativo em seus lugares apropriados?*” O IP foi de 60% na clínica cirúrgica e 65% na clínica médica. Apesar de estar abaixo dos 70,00%, a maioria dos profissionais procurou executar tal conduta. O principal

aspecto observado quanto ao desprezo dos materiais foi o descarte dos resíduos produzidos em local inapropriado.

O recipiente do lixo disponível nas enfermarias é para o uso do paciente e houve procedimentos em que o descarte dos resíduos do curativo ocorreu nesse local, configurando uma inadequação no gerenciamento de resíduos sólidos em saúde (GRSS).

A presença de um local de descarte de fácil acesso surge como uma forma de otimizar as atividades da equipe de enfermagem, e isto está inadequado, demonstrando a falta de engajamento dos profissionais em medidas básicas do controle de infecção.

Os resíduos decorrentes do curativo se caracterizam por ser de composição biológica, portanto, são classificados como resíduos biológicos do grupo A, conforme disposto pela RDC 306/04 (ANVISA, 2004). Os resíduos desse grupo, resultantes do processo de assistência à saúde, são aqueles com possível presença de agentes biológicos, podendo apresentar risco de infecção (BRASIL, 2006c).

No GRSS, das diferentes etapas no manejo do resíduo, o primeiro passo é a segregação, que consiste na separação e descarte do resíduo em local apropriado. Essa etapa é o início do processo de GRSS, sendo este momento fundamental na continuidade do gerenciamento. Para tanto, é necessário o envolvimento dos profissionais que geram esse resíduo, criando uma cultura de organização e segurança (BRASIL, 2006c).

Para os profissionais que procuraram cumprir o item observado, os mesmos dispuseram do saco coletor, em tamanho menor, ou utilizavam o saco coletor de cor preta e o destinavam, ao término do procedimento, ao saco coletor branco, disposto no expurgo da unidade. Considerando essa conformidade constatada nas observações, não justificaria terem utilizado o lixo do paciente para o descarte dos materiais. Esta é mais uma questão que merece atenção, sendo necessário promover ações que incorporem tal conduta no cotidiano da prática da enfermagem.

A questão: “*Valoriza as queixas do paciente, tomando alguma conduta?*” apresentou baixo IP apenas na clínica médica (60%). A queixa principal, verbalizada

pelos pacientes, foi a manifestação de dor, sendo a terapia medicamentosa a principal conduta realizada.

A manifestação da dor, nos pacientes com feridas, está associada, principalmente, à natureza e ao comprometimento tecidual, entretanto, as dimensões da dor também podem estar associadas a aspectos psicossomáticos decorrentes da lesão. Dessa forma, a avaliação da dor deve ser realizada através de escalas numéricas ou categorias, que permitam verificar a queixa e estabelecer as condutas condizentes com a avaliação (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2008).

É importante que se avalie frequentemente a dor e realize a administração de analgesia prescrita, quando necessário ou de forma contínua, sobretudo, previamente à execução do curativo, pois além de propiciar conforto, minimiza a manifestação de dor durante o procedimento (RACKENBACH; MORAES, 2008; SANTOS, RODRIGUES, 2013).

Apesar de necessária, a terapia analgésica, segundo Santos e Rodrigues (2013), traz a necessidade de implementação de outras medidas não farmacológicas associadas ao procedimento, como: seleção e aplicação da cobertura adequada para a ferida; curativo que permaneça por mais tempo, evitando manipulação e exposição da ferida, desnecessariamente; proteção da pele perilesional, prevenindo maceração da borda; limpeza da ferida com solução aquecida; e uso do toque suave ao realizar o curativo.

Outros cuidados também são considerados e podem contribuir no alívio da dor, tais como: quando possível, conversar com o paciente, expondo as expectativas em relação ao procedimento, envolvendo-o no cuidado prestado; e promover um ambiente acolhedor, mantendo o paciente em posição confortável (SANTOS; RODRIGUES, 2013).

De acordo com Silva (2012), as feridas, principalmente as crônicas, são dolorosas, por isso o paciente precisa estar ciente de que poderá sentir alguma sensação de dor. Dessa forma, é importante identificar as queixas e estabelecer as medidas necessárias, as quais permitirão otimizar o cuidado, promovendo conforto e segurança ao paciente.

Na clínica médica, a condição clínica dos pacientes pode ter contribuído para a não verbalização da dor, principalmente daqueles com algum comprometimento neurológico, levando o profissional a considerar que não havia nenhuma queixa para ser valorizada. Isso demonstra o quão despreparado está esse profissional em atuar na questão da dor, no contexto da prática do curativo.

Nas últimas questões dessa fase, que se referem à anotação de enfermagem: “*Registra imediatamente a execução do procedimento no prontuário?*” e “*Descreve no relatório de enfermagem a execução do procedimento e a descrição da ferida?*”, o IP para a primeira questão foi ausente nas duas unidades; na segunda questão, o índice foi de 2,5% na clínica cirúrgica e 0,00% na clínica médica.

O registro de enfermagem ocorreu não imediatamente e de forma incompleta, sendo descrito, em sua maioria, apenas a execução do curativo, desconsiderando os demais elementos necessários e imprescindíveis para a evolução das feridas. Dessa forma, a anotação foi caracterizada como inadequada. Apenas uma anotação de enfermagem, na clínica cirúrgica, contemplou as informações determinadas neste estudo.

O déficit nas anotações de enfermagem refletiu o tratamento prestado aos pacientes com feridas, apesar de algumas questões atingirem o esperado de conformidade, pois, em parte, foi executado, no entanto, não constaram no registro, como por exemplo: a limpeza da ferida, tipo de cobertura utilizada, as queixas dos pacientes e as condutas adotadas.

O estudo realizado por Gardona et al. (2013), ao avaliar a qualidade dos registros de curativo realizados pela enfermagem, identificou que: 65% das anotações não descreviam o tipo de tecido presente na ferida; 85% não constavam o tipo de exsudato; 100% não indicavam a mensuração da ferida; em 80%, o aspecto da margem e centro da lesão não foram registrados; e, em 98%, não havia registros de queixas de dor. Esses resultados indicaram limitações e inadequações, sob o ponto de vista da qualidade da anotação de enfermagem.

A anotação de enfermagem é o registro ordenado e sistemático da assistência prestada ao paciente, fornecendo informações que refletem a qualidade

do cuidado, constituindo um importante instrumento de comunicação da equipe multiprofissional, indispensável na continuidade da assistência de enfermagem, legitimando o seu trabalho através do aspecto ético-legal, além de ser um instrumento para a auditoria e subsídio para o ensino e a pesquisa (ITO et al., 2011).

A legislação da enfermagem prevê a responsabilidade dos profissionais na documentação das suas ações. A Resolução 311/2007 do COFEN, em seu art. 25, traz a incumbência do registro das informações referentes e indispensáveis do processo do cuidar no prontuário do paciente, enquanto que, no art. 35, proíbe o registro de informações incompletas e inverídicas sobre a assistência prestada.

A legislação sustenta a anotação como documento legal de comunicação. Dessa forma, a Resolução 429/2012 do COFEN dispõe que o registro em prontuário, seja por meio tradicional (escrita em papel) ou eletrônico (meios informáticos), deve conter descrições coerentes e de qualidade, referentes ao processo do cuidar e do gerenciamento do processo de trabalho (COFEN, 2012).

O conteúdo da anotação de enfermagem deverá constar registrado o cuidado prestado ao paciente, além de ser condizente com o que foi realizado, observado, avaliado e referido, em uma ordem cronológica da assistência, evitando apenas uma descrição, ao final do período de trabalho (ITO et al., 2011; MIRA et al., 2012). No entanto, esse último aspecto parece ser uma prática comum dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

A anotação de toda a assistência de enfermagem não é uma tarefa fácil, considerando o atendimento integral ao paciente, por isso é importante otimizar o registro, em escritos técnicos, legítimos e objetivos, a fim de evitar os registros mecanizados e pobres em sua elaboração (MIRA et al., 2012)

No curativo, a anotação de enfermagem é descrita por diversos autores como o último item a ser cumprido na execução do procedimento, o que configura a concretização do cuidado prestado pelo profissional de enfermagem. Assim, o registro deve contemplar tanto a técnica realizada quanto a característica da ferida, reconhecendo ainda as possíveis ocorrências e intercorrências durante o

procedimento (JORGE; DANTAS, 2005; DEALEY, 2008; RACKENBACH; MORAES, 2008; POTTER; PERRY; ELKIN, 2013; GEOVANINI, 2014).

Um registro eficaz e contundente da assistência prestada ao paciente com feridas crônicas, como as lesões ulcerosas, é de fundamental importância no acompanhamento da evolução da ferida, pois, a partir disso, é que se irá determinar a melhor terapêutica e sustentar as condutas estabelecidas (RODRIGUES; CAMACHO, 2015).

A instituição em estudo adota o sistema de prontuário eletrônico para o armazenamento das informações em tempo real, tornando os escritos digitalizados objetivos e inseridos em instrumentos específicos. No entanto, o tempo que o próprio profissional determina para as anotações do cuidado prestado acaba por torná-lo sucinto em seus escritos, descaracterizando o que seria realmente necessário registrar no procedimento de curativo. Pode-se inferir também que a demanda de atividades executadas pelos profissionais e a preocupação em atender diretamente o paciente, cumprindo suas responsabilidades do cuidado, faz com que a anotação seja algo secundário, e não complementar às suas ações.

Em relação ao registro de enfermagem, no contexto da prática do curativo, verificou-se que os baixos índices encontrados mostram-se preocupantes, sob o ponto de vista ético e legal. Assim sendo, é preciso um olhar diferenciado e a intervenção imediata que envolva mudanças significativas, em que a questão da anotação esteja incorporada no cotidiano da atuação da enfermagem.

Parte-se do princípio de que os profissionais precisam reconhecer a importância da documentação que subsidia seu cuidado; ao enfermeiro, cabe repassar as informações pertinentes do que deve ser observado, executado e registrado, em relação ao curativo e a ferida.

Dessa forma, é mais que necessária a implantação da SAE nas unidades estudadas, o que permitirá operacionalizar o cuidado de enfermagem, inserindo o enfermeiro, neste contexto, como agente atuante no tratamento e na prevenção das feridas.

6.6 Qualidade do procedimento de curativo

A partir do índice de positividade de cada questão observada na técnica do curativo, obteve-se uma avaliação global da execução da técnica em cada unidade estudada, permitindo estabelecer a qualidade do procedimento, mediante a atuação dos profissionais de enfermagem.

Estatisticamente, não houve diferença do IP identificado nas três fases do procedimento nas unidades de clínica cirúrgica e médica, contudo, a clínica cirúrgica obteve IP superiores, na maioria das questões, em comparação à clínica médica.

A fase I, referente à pré-execução do curativo, que se caracteriza, principalmente, pelas ações da enfermagem que, por sua vez, constituem o planejamento do cuidado, mostrou-se significativamente comprometida na clínica médica, com mediana de 34,16% frente ao verificado na clínica cirúrgica, que foi de 60,00%.

Na fase II, que representa o momento do tratamento propriamente dito da ferida, através da execução do curativo, a clínica cirúrgica atingiu um índice satisfatório (>70%), com mediana de 79,49%; no entanto, esta fase divergiu em comparação ao índice da clínica médica, que foi de 30,00%, sendo a fase mais comprometida nos procedimentos observados para esta unidade. O que não estava conforme na fase anterior, agravou significativamente, neste momento.

Enquanto que, na fase III que se refere a pós-execução do procedimento, os índices se assemelharam nas duas unidades, com mediana de 66,30% na clínica cirúrgica e 62,50% na clínica médica. Mesmo assim, ambas apresentaram índices abaixo do esperado (<70%). Essa fase constitui o fechamento da totalidade do que foi realizado quanto à reorganização da unidade, destino correto dos materiais e documentação de todo o processo.

Verificando o IP por unidade, nessa fase, os profissionais da enfermagem da clínica cirúrgica, em muitas questões, apesar de não terem atingindo o percentual proposto neste estudo (> 70%), ainda assim mostraram-se mais eficientes, pois em

diversas questões chegaram bem próximo da conformidade almejada, e isso também se confirmou nas fases I e III. Na clínica médica, o melhor percentual foi o da fase III, mas ainda assim, abaixo do esperado. Para as demais fases (I e II), os índices mostraram-se significativamente preocupantes.

Ao avaliar o procedimento como um todo, dos oitenta curativos observados, a maioria não atingiu o IP > 70% nas duas unidades estudadas, permitindo designá-los como insatisfatórios, mostrando preocupação com a qualidade na realização desse cuidado - requisito fundamental na assistência aos pacientes com feridas.

Na clínica cirúrgica, 75% (n=30) dos procedimentos foram classificados como insatisfatórios; os demais (n=10) foram classificados como regular, sendo o IP máximo alcançado de 78,57%. Na clínica médica, apenas um procedimento teve o índice >70%, sendo os demais (n=39) classificados como insatisfatórios, representando 97,5% dos procedimentos. Não houve procedimentos classificados como bom (80 a 89%) ou ótimo (90 a 100%), em ambas as unidades.

Diante dos resultados obtidos na realização do procedimento de curativo, a qualidade da assistência foi classificada como insatisfatória nas duas unidades estudadas, mostrando-se preocupante em diversas questões relacionadas aos aspectos de: comunicação, planejamento e organização do procedimento; e práticas específicas do curativo, como técnica de limpeza e aquecimento da solução, documentação, prevenção e controle de infecção.

Em um estudo realizado por Nonino, Anselmi e Dalmas (2008), as autoras também identificaram problemas semelhantes na execução do curativo, referentes à comunicação do paciente, ao aquecimento do soro, à higienização das mãos, ao preparo do ambiente, à conferência do prazo de validade dos materiais e princípios de assepsia. No entanto, conseguiram atingir IP > 70%, na maioria dos procedimentos observados, divergindo dos resultados obtidos neste estudo.

Determinadas especificidades da prática de enfermagem, dentre elas, as intervenções técnicas invasivas, caracterizam-se por seu elevado risco e, dessa forma, requerem, por parte dos profissionais, tanto habilidade quanto conhecimentos

técnico-científicos, sejam para a prevenção de danos ou para a garantia da qualidade do cuidado (PEDUZZI; ANSELMINI, 2003).

Neste estudo, observou-se uma atuação do enfermeiro assistencial distante da atuação do auxiliar e técnico de enfermagem que, talvez pelo volume de atividades que tenha que desempenhar, acaba voltando suas ações apenas para o aspecto administrativo, afastando-se da supervisão da assistência ao paciente. E isso ficou evidenciado pela ausência do enfermeiro em relação à avaliação das feridas, deixando de ocupar um espaço interessante, tendo em vista que a execução do procedimento de curativo se constitui como uma oportunidade de atuação em crescimento na área da enfermagem.

O registro deste cenário aponta muitos desafios para a adoção de uma prática da enfermagem comprometida com a qualidade do cuidado que oferece. A começar pelo posicionamento adequado do enfermeiro na equipe de saúde e ainda esbarra em questões relacionadas à falta de profissionais, insuficiência de recursos materiais e infraestrutura inadequada. Mesmo diante dessas dificuldades, os enfermeiros precisam reconhecer e assumir sua responsabilidade na assistência à saúde e buscar, junto aos gestores, as melhores condições que os direcionem para as melhores práticas de cuidado.

O enfermeiro tem um papel de extrema importância para conduzir as ações desempenhas pela equipe de enfermagem, direcionando melhor a forma de planejar e executar o cuidado, e descaracterizando uma prática que, por vezes, se mostra ritualística, fundamentada apenas no cumprimento de normas e rotinas.

No entanto, estabelecer uma rotina através da padronização dos procedimentos de enfermagem permite operacionalizar a assistência e garantir objetividade no atendimento. Para isso, no entanto, esse instrumento precisa ser reconhecido por todos e o seu cumprimento deve fazer parte da sistematização das ações de enfermagem, em consonância com os princípios científicos.

A execução do curativo precisa ser realizada de maneira uniforme por todos os profissionais da instituição, mediante o Procedimento Operacional Padrão (POP). Para isso, é preciso estar descrito, detalhadamente, o “quê” e “como” deve ser feito.

No entanto, o POP pode passar por alterações. É previsto que, no tratamento de feridas, a avaliação médica ou de enfermagem pode redefinir condutas, a partir da individualidade não prevista nas normatizações (GEOVANINI, 2014).

Além disso, o cuidado ao paciente com feridas deve ser desenvolvido e sustentado por uma metodologia que leve em consideração a singularidade da pessoa, no contexto do processo saúde-doença. Neste aspecto, a enfermagem tem seu próprio processo como ferramenta para conduzir esse cuidado, mediante a atuação do enfermeiro e dos demais profissionais da enfermagem (DUARTE; ALMEIDA; MENDEZ, 2015). Desse modo, a adoção da sistematização da assistência consiste em um caminho para a promoção de uma atuação do enfermeiro e da enfermagem mais centrado nas necessidades dos pacientes e comprometido com a qualidade da assistência oferecida.

Os altos índices de não conformidade em várias questões, talvez precisem ser revistos e melhor elucidados, no sentido de identificar as causas que conduzem a esse resultado. No entanto, diante do comprometimento encontrado na maioria dos procedimentos, verifica-se a necessidade de uma intervenção imediata, por parte da instituição em estudo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas duas unidades analisadas neste estudo - clínicas cirúrgica e médica -, o curativo realizado pelos profissionais de enfermagem mostrou-se comprometido em diversos aspectos: na avaliação por questão, por fase do procedimento e no procedimento como um todo. Em relação à qualidade, a maioria dos procedimentos foi classificada como insatisfatória, mostrando, dessa forma, um reflexo implicador da qualidade da assistência de enfermagem na instituição.

A complexidade do cuidado em saúde e as mudanças da prática assistenciais têm exigido uma atualização constante dos profissionais, em aspectos da formação que os auxiliem no desempenho de suas habilidades. As questões que precisam ser revistas, no contexto do curativo, relacionam-se à comunicação, ao planejamento e à organização do procedimento, documentação, prevenção e controle de infecção, e às práticas específicas do curativo, como a técnica de limpeza e aquecimento da solução.

É preciso impulsionar os profissionais a se responsabilizarem pelas suas atitudes, no sentido de evitar as não conformidades recorrentes, diante de ações de medidas não-punitivas, mas educativas. Conforme descrito no início desse estudo, a avaliação da realização do procedimento de curativo, decorrente do modelo donabediano, permitiu julgar o ato executado, perguntando: “O que se passa aqui?”. No entanto, agora é necessário transcender, respondendo à questão: “Como isso pode ser realizado da melhor maneira?”. Para chegar a essa resposta, é pertinente fazer algumas colocações, como a inserção do enfermeiro na prática do curativo.

O enfermeiro precisa reconhecer e assumir seu papel na assistência à saúde, apropriando-se do conhecimento acerca do tratamento e prevenção de feridas, que envolva o aspecto do curativo como intervenção necessária, mas incluída no conjunto de ações subsidiado pelo processo de enfermagem. Espera-se que o enfermeiro tenha uma atuação mais próxima, supervisionando e conduzindo sua equipe na adoção das melhores condutas.

Os gestores também precisam reconhecer seu papel, onde talvez seja preciso rever normas/rotinas e os protocolos assistenciais, reorganizando o processo de trabalho da enfermagem. Neste aspecto, a instituição em estudo conta com diferentes serviços (Diretoria de Enfermagem, Diretoria de Pesquisa, Ensino e Qualidade Institucional, Núcleo de Educação Permanente para Enfermagem, Núcleo de Segurança do Paciente, Serviços de Comissão de Infecção Hospitalar) que, quando articulados adequadamente, podem desenvolver ações que provoquem mudanças significativas no cotidiano da enfermagem.

Outro aspecto que pode contribuir para a mudança desse cenário é a formação de uma equipe multidisciplinar, voltada para a prevenção e tratamento de feridas, tornando-se um apoio na efetivação de programas de educação permanente nesta área.

As não conformidades encontradas nas observações do procedimento de curativo permitirão reorientar a assistência de enfermagem, que necessita ser revista no dia a dia da prática hospitalar. Aprender com os erros é uma atitude essencial para provocar mudanças na atuação desses profissionais, na promoção de ações que contribuam para um melhor desempenho da enfermagem, inclusive do enfermeiro, assegurando, dessa forma, a qualidade e segurança do cuidado às pessoas com feridas.

Cabe apontar, ainda, algumas limitações deste estudo. A execução da pesquisa observacional por um único observador, sem posterior análise conjunta com profissionais especializados ou com conhecimento atualizado sobre o assunto, pode refletir em uma visão unidirecional do objeto, além do observador não poder captar tudo ao mesmo tempo, já que a maioria dos curativos ocorria simultaneamente, no período matutino.

Além disso, deve ser considerado que o observador optou por acompanhar cada etapa do procedimento de forma individualizada e o fato dos resultados não serem representativos da população geral de profissionais de enfermagem que trabalham nas outras unidades, o que leva a fragilidade externa dos resultados. Como esperado em um estudo observacional, um dos principais problemas possíveis é o efeito do observador sobre o sujeito observado - denominado de "efeito *Hawthorne*" -, que configura ameaça importante à validade interna do estudo,

já que o fato dos sujeitos da pesquisa terem conhecimento de que participam de um estudo no qual serão observados, pode levá-los a mudar seu comportamento, embora o observador faça parte do quadro de enfermeiros do hospital e não interfira no procedimento.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ANDRADE, S. M. O. **A pesquisa científica em saúde**: concepções e execução. 7. ed. rev. atual. Campo Grande, 2015.

ANVISA. Resolução nº 306, de 7 de dezembro de 2004. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2004.

_____. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Boletim Informativo**, Brasília, v. 1, n. 1, jan./jul. 2011.

_____. **Segurança do paciente**: relatório sobre autoavaliação para higiene das mãos. Brasília: Anvisa, 2012a.

_____. Resolução nº 15, de 15 de março de 2012. **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências**. Brasília: Anvisa, 2012b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2013.

APECIH. Associação Paulista de Epidemiologia. **Precauções e isolamento**. 2. ed. ver. ampl. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2012.

AZIZ, A. M. Variations in aseptic technique and implications for infection control. **British Journal of Nursing**, v. 18, n. 1, 2009.

BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 366-370, mai./jun. 2008.

BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 182-187, 2004.

BÓGUS, C. M. et al. Conhecendo egressos do Curso Técnico de Enfermagem do PROFAE. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 945-52, 2011.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BORGES, E. L. **Feridas - Úlceras de Membros Inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRASIL, V. V. O que dizem os enfermeiros sobre observação. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 83-94, jul. 1997.

_____. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986, seção 1, p. 9271-9275.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos**. Brasília: Anvisa, 2009b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2010.

_____. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. **Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)**. Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BURMESTER, H. **Gestão da qualidade hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CALDANA, G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. v. 15, n. 4, p. 915-922, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19655>>. Acesso em: 28 out. 2014.

CARVALHO, A. S.; FÓFANO, G. A.; SILVA, I. P. Critérios gerais para realização de curativos. In: GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. São Paulo: Rideel, 2014.

CARRETTA, M. B.; BETTINELL, L. A.; ERDMANN, A. L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 5, p. 958-962, set./out. 2011.

CIANCIARULHO, T. I.; LOPES, A. L. M. A avaliação do sistema de assistência de enfermagem como base do desenvolvimento do conhecimento na enfermagem. In: **Sistema de assistência de enfermagem (SAE): evoluções e tendências**. 5. ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Ícone, 2012.

CNS. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Pesquisa com seres humanos**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2012.

COELHO JUNIOR, W. M.; NASCIMENTO, W. G. Aspectos microbiológicos e importância do controle de infecções. In: SILVA, C. L. S; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2. ed. rev. ampl. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

COFEN. Resolução nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.

_____. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, 2009.

_____. Comissão de Business Intelligence. **Produto 2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Versão 1.0, mar. 2011.

CORREIA, M. C. B. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**, Lisboa, v. 13, n. 2, 2009.

COSTA, K. S. et al. Atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de feridas. **Rev. Interdisciplinar**, Teresina, v. 5, n. 3, p. 9-14, jul./set. 2012.

CRUZ, A. M. P.; ALMEIDA, M. A. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 921-927, 2010.

DANTAS, S. P. R. E. Aspectos históricos no tratamento de feridas. In: JORGE, S. A.; _____. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.

_____. FILHO, V. P. Aspectos éticos do tratamento de feridas. In: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.

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

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, sept. 23/30, 1988.

_____. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, jan./fev. 2006.

DUARTE, S. J. H.; ALMEIDA, W. A.; MENDEZ, R. D. R. Atenção às pessoas portadoras de feridas: contribuições da equipe de enfermagem. In: **Feridas: conceitos e atualidades**. São Paulo: Martinari, 2015.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

_____; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 540-545, jul./ago. 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2010.

_____, A. M.; ANDRADE, D. Revisão integrativa da técnica limpa e estéril: consensos e controvérsias na realização de curativos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 117-121, 2008.

_____; _____; POLETTI, N. A. A. Técnica sem toque: alternativa para a realização de curativo. **Rev. Nursing**, v. 12, n. 134, p. 318-320, 2009.

_____; CANDIDO, M. C. F. S., CANDIDO, M. A. C. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 656-60, out./dez. 2010.

FLORES, A. Sterile versus non-sterile glove use and aseptic technique. **Nursing Standard**, v. 23, n. 6, oct. 2008.

FUGULIN, F. M. T. et al. Implantação do Sistema de Classificação de Pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Med. HU-USP**, v. 4 (1/2), p. 63-68, 1994.

GAMBA, M. A.; BARBOSA, M. V. S. Feridas. In: BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M. A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri: Manole, 2006.

GARDONA, R. G. B; FERRACIOLI, M. M; SALOMÉ, G; M; PEREIRA, M. T. J. Avaliação da qualidade dos registros dos curativos em prontuários realizados pela enfermagem. **Rev. Bras. Cir. Plast.**, v. 28, n. 4, out./dez. 2013.

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. São Paulo: Rideel, 2014.

_____; OLIVEIRA JUNIOR, A. G. **Manual de curativos**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Corpus, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem – o processo de avaliação em um hospital universitário público**. 2004. 224 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

_____; ÉVORA, Y. D. M. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 7 (Suplem.1), p. 45-52, 2008.

HO, C. H.; BENSITEL, T.; XIAOFENG, W.; BOGIE, K. M. Pulsatile lavage for the enhancement of pressure ulcer healing: a randomized controlled trial. **Physical Therapy**, v. 92, n. 1, p. 1-10, jan. 2012.

ITO, E. E. et al. **Anotação de enfermagem: reflexo do cuidado**. São Paulo: Martinari, 2011.

JOHANN, D. A. et al. Avaliação de um cuidado de enfermagem: curativo de cateter central de inserção periférica no recém-nascido. **Rev. Min. Enferm**, v. 14, n. 4, p. 515-520, out./dez. 2010.

JONES, M. L. Wound cleansing: is it necessary, or just a ritual? **Nursing & Residential Care**, v. 14, n. 8, p. 396-399, Aug. 2012.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.

KLETEMBERG, D. F. et al. O Processo de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 26-32, jan./fev. 2010.

MACIEL, E. A. F. **Prevalência de feridas em pacientes internados em um hospital filantrópico de grande porte de Belo Horizonte**. 2008. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2008.

MARTINS, E. A. P. **Avaliação de três técnicas de limpeza do sítio cirúrgico infectado utilizando soro fisiológico para remoção de microrganismos**. 2000. 143 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

_____; MENEGHIN, P. Avaliação de três técnicas de limpeza do sítio cirúrgico infectado utilizando soro fisiológico. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 11 (suplem.), p. 204-210, 2012.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORREA, A. R. Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 388-394, 2012.

MEDEIROS, A. B. A. et al. Wound dressing technique: comparative study between nursing professional and students. **Journal of nursing UFPE on line**, v. 6, n. 6, p. 1352-60, jun. 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2515/pdf_1240>. Acesso em: 20 jul. 2013.

MIRA, V. L. et al. Anotação de enfermagem. In: **Sistema de assistência de enfermagem (SAE): evoluções e tendências**. 5. ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Ícone, 2012.

MONTESINOS, M. J. L. Programas de gestão da qualidade assistencial: uma oportunidade de melhoria no procedimento de curativos. In: MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. **Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2010.

MOORE, Z. E. H., COWMAN, S. **Wound cleansing for pressure ulcers (Review)**. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, 2013.

MORIYA, T.; MODENA, J. L. P. Assepsia e antisepsia: técnicas de esterilização. Fundamentos em clínica cirúrgica - 1ª parte, Cap. III. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 41, n. 3, p. 265-73, 2008.

MORAIS, M. C. B. **Procedimento técnico do curativo: atuação da enfermagem**. 1988. 126 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=9362&indexSearch=ID>>. Acesso em: 21 out. 2013.

_____, A. S. et al. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 404-409, jul./set. 2008.

_____, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 98-105, jan./mar. 2008.

MURASSAKI, A. C. Y. et al. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 11-16, jan./mar. 2013.

NASCIMENTO, V. P. C. et al. Avaliação da técnica de curativo em clientes com acesso venoso para hemodiálise. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 215-219, abr./jun. 2009.

NEVES, H. C. C. et al. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011.

NONINO, E. A. P. M. **Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem - banho e curativo – segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário**. 2006. 242f. Tese

(Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

_____; ANSEMI, M. L.; DALMAS, J. C. Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, jan./fev. 2008.

NPUAP/EPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

OLIVEIRA, A. S.; SANTOS, V. L. C. G. Uso de iodóforo tópico em feridas agudas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 193-201, 2008.

OMS. **Guia Para Implementação**: um guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.

ONA. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2014.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 292-300, abr./jun. 2006.

_____, E. F.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 64, n. 4, p. 684-691, jul./ago. 2011.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. **Relatório final de pesquisa** - Avaliação do impacto do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) na qualidade dos serviços de saúde. Estado da Bahia - fase 1. Brasília: Ministério da Saúde/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

_____; _____.; ELKIN, M. K. **Procedimentos e intervenções de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RACKENBACH, K. M. A.; MORAES, A. L. Curativo de incisão cirúrgica. In: SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Série boas práticas de enfermagem em adultos: procedimentos básicos**. São Paulo: Atheneu, 2008.

REDDY, M. et al. Treatment of pressure ulcers: a systematic review. **Jama**, v. 300, n. 22, p. 2647-2662, dec. 2008.

RODRIGUES, A. A. P; HADDAD, V. C. N. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com feridas. In: GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. São Paulo: Rideel, 2014.

_____, C. T.; CAMACHO, A. C. L. F. Registro de enfermagem de curativos de úlceras venosas na atenção básica. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 2, p. 526-32, fev. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5553>>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____, C.; SILVA, D. Limpeza de feridas: técnicas e soluções. **Journal of tissue regeneration & healing**, p. 25-31, 2012.

ROTHBARTH, S. **Gestão da qualidade: um processo de acreditação hospitalar**. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná. Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curitiba, 2011.

SANTOS, A. R. et al. Observação da técnica de curativo realizada pelos profissionais de enfermagem em um hospital público. **Rev Enferm UPFE on line**, v. 4, n. 3, p. 1357-1364, jul./set., 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/928>>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____, A. S.; RODRIGUES, S. A dor do doente com úlcera de perna crônica durante realização do penso. **Journal of Aging & Innovation**, v. 2, n. 2, p. 58-67, 2013.

_____, F. et al. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. **Rev. Latino-am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, set./out. 2007.

SASSERON, M. G. M. Uso de medicamentos tópicos no tratamento de feridas. In: MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. **Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2010.

SAUPE, H.; HERR, L. Auditoria em enfermagem. **Rev. Ciência e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 23, 1982.

SILVA, M. F.; SOUZA, N. V. D. O. Curativo cirúrgico: uma análise contextualizada do procedimento. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 129-132, mai./ago. 2002.

_____, I. F. J. **Tratamento da dor em feridas crônicas: revisão sistemática da literatura**. 2012. 78 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Lisboa, 2012.

SILVEIRA, J. M. S.; CASTRO, M. E. Práxis dos enfermeiros assistenciais nos cuidados com as feridas cirúrgicas. **Rev. Estima**, v. 6, n. 3, p. 19-24, 2008.

SOARES, N. V. **A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar**. 2010. 104 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

TIENSOLI, S. D. et al. Diagnóstico situacional: perfil sócio demográfico e clínico de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 573-578, jul./set. 2014.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 120-127, jan./mar. 2013.

_____, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

YAMADA, B. F. A. O processo de limpeza de feridas. In: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ITENS AVALIADOS DO PROCEDIMENTO DE CURATIVO⁶

Iniciais do nome: _____ N. Registro: _____ Clínica: _____

Enfermaria/leito: _____ Sexo: _____ Idade _____

Diagnóstico médico: _____

I - PRÉ-EXECUÇÃO PREPARAÇÃO PARA A TÉCNICA DE CURATIVO	Conforme	Não Conforme	Não se aplica	Observação
1. Apresenta-se para o paciente se primeiro contato com o mesmo?				
2. Explica o procedimento proposto?				
3. Prepara o material para o curativo individualmente?				
4. Aquece o soro fisiológico para limpeza da ferida?				
5. Prepara o ambiente de forma adequada?				
6. Mantém o lixo em posição adequada?				
7. Posiciona o paciente para o curativo conforme necessidade?				
8. Mantém a privacidade e respeita o pudor do paciente de acordo com a necessidade?				
9. Higieniza as mãos antes de iniciar o curativo?				
10. Realiza desinfecção da superfície para dispor os materiais para o curativo?				
11. Confere a cobertura e o curativo indicado em prescrição médica ou de enfermagem?				
12. Confere o prazo de validade dos materiais utilizados?				
II - EXECUÇÃO DA TÉCNICA DE CURATIVO	Conforme	Não Conforme	Não se aplica	Observação
1. Realiza paramentação com EPI conforme necessidade?				
2. Abre o pacote de curativo de forma asséptica?				
3. Manteve o posicionamento/disposição dos materiais de forma adequada?				

⁶ Instrumento de coleta de dados adaptado de Nonino, Anselmi e Dalmas (2008).

4. Remove curativo anterior de forma não traumática?				
5. Realiza limpeza da ferida?				
6. Aplica cobertura no leito da ferida de forma asséptica?				
7. Oclui a ferida com cobertura secundária quando indicado?				
8. Fixa o curativo conforme necessidade?				
9. Identifica o curativo realizado?				
10. Mantém princípio de assepsia durante o curativo?				
11. Mantém sequência lógica na realização do curativo, utilizando os tempos de pinças ou troca de luvas quando necessário?				
III - PÓS-EXECUÇÃO À TÉCNICA DE CURATIVO	Conforme	Não Conforme	Não se aplica	Observação
1. Despreza os materiais utilizados imediatamente após o término do curativo em seus lugares apropriados?				
2. Organiza o ambiente e recompõe o paciente?				
3. Higieniza as mãos após realizar o curativo?				
4. Valoriza as queixas do paciente, tomando alguma conduta?				
5. Registra imediatamente a execução do procedimento no prontuário?				
6. Descreve no relatório de enfermagem a execução do procedimento e a descrição da ferida?				

Executor nº. _____

APÊNDICE B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DOS ITENS AVALIADOS DO PROCEDIMENTO DE CURATIVO⁷

I - PRÉ-EXECUÇÃO PREPARAÇÃO PARA A TÉCNICA DE CURATIVO	DESCRIÇÃO
1. Apresenta-se para o paciente se primeiro contato com o mesmo?	Explicita seu nome, função e o que pretende fazer com o paciente.
2. Explica o procedimento proposto?	Explica sobre o procedimento a ser realizado, local, horário e materiais a serem utilizados.
3. Prepara o material para o curativo individualmente?	Separa os materiais e os organiza no carrinho de curativo ou mesa auxiliar ou bandeja.
4. Aquece o soro fisiológico para limpeza da ferida?	Aquece o soro fisiológico para realizar a limpeza da ferida.
5. Prepara o ambiente de forma adequada?	Prepara o ambiente, diminui correntes de ar na unidade do paciente.
6. Mantem o lixo em posição adequada?	Posiciona o lixo de forma a permanecer de fácil acesso e de maneira que o profissional não cruze com o campo estéril. Utiliza saco coletor específico (resíduo biológico) ou outro saco com posterior destino ao saco coletor adequado (resíduo biológico). Não utiliza o lixo disponível para o paciente, exceto nos pacientes em isolamento.
7. Posiciona o paciente para o curativo conforme necessidade?	Posiciona o paciente de forma adequada, facilitando o acesso a região da ferida e mantendo o conforto do paciente.
8. Mantém a privacidade e respeita o pudor do paciente de acordo com a necessidade?	Expõe somente a área da ferida a ser realizado o curativo. Preservando a exposição de sua intimidade. Mantém biombos durante a execução do procedimento e/ou orienta a retirada de terceiros no ambiente quando possível.
9. Higieniza as mãos antes de iniciar o curativo?	Realiza a higienização das mãos com água e sabão ou com álcool gel conforme recomendações do CCIH - HRMS.
10. Realiza desinfecção da superfície para dispor os materiais para o curativo?	Realiza desinfecção da superfície (carrinho de curativo, mesa auxiliar ou bandeja) com álcool 70% conforme recomendações do CCIH - HRMS.

⁷ Roteiro de observação adaptado de Nonino, Anselmi e Dalmas (2008).

11. Confere a cobertura e o curativo indicado em prescrição médica ou de enfermagem?	Utiliza produto indicado, seguindo prescrição médica ou de enfermagem; consulta o profissional quando necessário.
12. Confere o prazo de validade dos materiais utilizados?	Confere o prazo de validade do material utilizado (pacote de curativo ou embalagem da luva estéril)
II - EXECUÇÃO DA TÉCNICA DE CURATIVO	DESCRIÇÃO
1. Realiza paramentação com EPI conforme necessidade?	Paramenta-se com equipamento de proteção individual (luva, máscara, avental e óculos de proteção).
2. Abre o pacote de curativo de forma asséptica?	<u>No caso de pacote de curativo:</u> Abre o pacote de curativo em uma superfície plana, de forma asséptica. Manipula as pinças mantendo cabos voltados para a borda do campo, sem realizar o cruzamento sobre o campo estéril. <u>No caso de luvas estéreis:</u> abre o pacote sobre uma superfície plana, calça as luvas sem contaminá-las.
3. Manteve o posicionamento/disposição dos materiais de forma adequada?	Posiciona os materiais de forma a facilitar a execução da técnica, respeitando os tempos do curativo (remoção, tratamento e fixação).
4. Remove curativo anterior de forma não traumática?	Remove o curativo sobre a ferida, utilizando pinça ou luva de procedimento, de forma a minimizar o trauma e quando possível umedecendo a fixação e a cobertura primária quando necessário.
5. Realiza limpeza da ferida?	5a) Realiza a limpeza da ferida por meio da técnica de irrigação, utilizando seringa de 20ml e agulha 25x8 ou 40x12 sem a utilização de luvas. 5b) Realiza a limpeza da ferida por meio da técnica de irrigação, utilizando seringa de 20ml e agulha 25x8 ou 40x12 utilizando luvas. 5c) Realiza a limpeza com pressão mecânica sem utilização de luvas, mas com utilização de pinças. 5d) Realiza a limpeza com pressão mecânica, através do enluvamento das mãos e utilização de pinças. 5e) Realiza a limpeza com pressão mecânica, através do enluvamento das mãos.
6. Aplica cobertura no leito da ferida de forma asséptica?	Aplica cobertura primária no leito da ferida, em quantidade suficiente e conforme indicado, respeitando os

	princípios assépticos.
7. Oclui a ferida com cobertura secundária quando indicado?	Dispõe cobertura secundária (gaze, chumaço e/ou compressa) em quantidade suficiente e conforme indicado.
8. Fixa o curativo conforme necessidade?	Fixa o curativo, ocluindo todo o leito da ferida, com fita adesiva hipoalérgica, esparadrapo ou atadura conforme indicado.
9. Identifica o curativo realizado?	Identifica o curativo, com data, hora e assinatura de forma legível.
10. Mantem princípio de assepsia durante o curativo?	Mantem os princípios de assepsia, não cruza sobre campo estéril, não contamina as pinças ou solução ou outro material aplicado sobre a ferida. Dispõe os materiais sobre o campo sem contamina-los.
11. Mantem sequência lógica na realização do curativo, utilizando os tempos de pinças ou troca de luvas quando necessário?	Realiza sequencia lógica do procedimento, utilizando os dois campos do pacote de curativo, 1º campo - remoção e 2º tratamento. Ou utiliza luvas de procedimento para remoção do curativo e luvas estéreis para realizar o tratamento da lesão.
III - PÓS-EXECUÇÃO Á TÉCNICA DE CURATIVO	DESCRIÇÃO
1. Despreza os materiais utilizados imediatamente após o término do curativo em seus lugares apropriados?	Descarta os materiais conforme indicado - resíduo comum, resíduo contaminado e materiais perfurocortantes. Realiza limpeza das pinças, mantém no expurgo.
2. Organiza o ambiente e recompõe o paciente?	Organiza os materiais utilizados em local apropriado, organiza o ambiente, recompõe o paciente, preserva sua intimidade, esclarece sobre o termino do procedimento.
3. Higieniza as mãos após realizar o curativo?	Realiza a higienização das mãos com agua e sabão ou com álcool gel conforme recomendações do CCIH - HRMS.
4. Valoriza as queixas do paciente, tomando alguma conduta?	Se durante o procedimento o paciente queixou-se de algum desconforto, dor ou dúvida, o profissional tomou alguma conduta? Qual? _____
5. Registra imediatamente a execução do procedimento no prontuário?	Registra no relatório de enfermagem o cuidado realizado - procedimento de curativo subsequente após a execução técnica.
6. Descreve no relatório de enfermagem a execução do procedimento e a	Registra no relatório de enfermagem a execução do procedimento de curativo,

descrição da ferida?	descrevendo quanto à limpeza, cobertura aplicada, fixação e intercorrências se presentes. E as características da ferida (tipo, extensão, localização, leito da ferida, quantidade e característica do exsudato, odor e bordas).
----------------------	--

APÊNDICE C

CARACTERIZAÇÃO DA FERIDA E DO CURATIVO REALIZADO⁸

Iniciais do nome: _____ N. Registro: _____ Clínica: _____

Enfermaria/leito: _____ Sexo: _____ Idade _____

Diagnóstico médico: _____

FERIDA	DESCRIÇÃO
1. Tipos de feridas	Lesão Aguda <input type="checkbox"/> Ferida intencionais (incisão cirúrgica com deiscência de sutura, fasciotomias). <input type="checkbox"/> Ferida traumática aberta (lesões perfurantes, lacerantes, cortantes)
	Lesão Crônica <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão (estágio II, III e IV) <input type="checkbox"/> Úlcera arterial <input type="checkbox"/> Úlcera venosa <input type="checkbox"/> Úlcera de pé em diabéticos
2. Extensão da ferida	<input type="checkbox"/> Pequena - até 05cm ² de extensão ou diâmetro. <input type="checkbox"/> Média - entre 0,6 e 10cm ² de extensão ou diâmetro. <input type="checkbox"/> Grande - acima de 10cm ² de extensão ou diâmetro.
3. Localização	<input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Tórax anterior ou posterior <input type="checkbox"/> Abdome <input type="checkbox"/> Membros superiores (braço, antebraço, mão) <input type="checkbox"/> Membros inferiores (coxa, perna, pé) <input type="checkbox"/> Região sacrococcígea, lombar ou trocanter.
4. Leito da ferida	<input type="checkbox"/> Tecido desvitalizado <input type="checkbox"/> esfacelo <input type="checkbox"/> escara <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> Tecido de epitelização
5. Exsudato	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Serosanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Piosanguinolento
6. Umidade	<input type="checkbox"/> Pequena quantidade de exsudato <input type="checkbox"/> Moderada quantidade de exsudato <input type="checkbox"/> Grande quantidade de exsudato <input type="checkbox"/> Ausência de umidade

⁸ Instrumento de coleta de dados adaptado de Nonino, Anselmi e Dalmas (2008).

7. Odor	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
8. Borda / Margem da ferida	<input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Descontinuada
CURATIVO	DESCRIÇÃO
1. Limpeza da ferida	<input type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____
2. Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Ácidos graxos essenciais <input type="checkbox"/> Papaína 10% <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de prata 1% <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____
3. Cobertura secundária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Compressa <input type="checkbox"/> Chumaço <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____
4. Fixação	<input type="checkbox"/> Fita adesiva hipoalérgica <input type="checkbox"/> Esparadrapo <input type="checkbox"/> Atadura de crepe <input type="checkbox"/> Não necessita de fixação <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____

Executor nº. _____

APÊNDICE D
CARACTERIZAÇÃO DO EXECUTOR

Nº. _____

1 Profissional de enfermagem - segundo categoria profissional

- () Enfermeiro
- () Técnico de enfermagem
- () Auxiliar de enfermagem

2 Sexo

- () Feminino
- () Masculino

3 Idade: _____ (em anos)

4 Tempo de formação: _____ (em anos)

5 Tempo de atuação na instituição: _____ (em anos)

6 Tempo de atuação na unidade: _____ (em anos)

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissional de Enfermagem

Sou enfermeira do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, discente de Pós-Graduação *Stricto sensu* - Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

O presente termo refere-se ao convite para participar do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do procedimento de curativo em feridas realizado por profissionais de enfermagem”. Esta pesquisa objetiva avaliar o curativo em um conjunto de ações em três momentos do procedimento (pré-execução, procedimento propriamente dito e pós-execução), bem como avaliar a qualidade do cuidado prestado diante do desempenho técnico do profissional.

O projeto foi elaborado conforme o exigido na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos.

Os dados serão coletados através da observação direta dos profissionais de enfermagem, durante a realização dos procedimentos de curativos em pacientes com feridas, utilizando um instrumento de coleta de dados estruturado, tipo *check-list*, a ser preenchida pelo pesquisador.

O estudo não trará prejuízos ao Sr(a) pela sua participação e sua identidade será mantida em sigilo. Se desejar fazer qualquer questionamento (perguntas), diante de dúvidas e/ou esclarecimentos em relação à pesquisa, poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (67) 9943-1333 e/ou e-mail: danielleneris@uol.com.br, ou na instituição do estudo através da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI/HRMS) pelo telefone 3378-2909; perguntas sobre seus direitos como participante no estudo contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187, o qual você também poderá receber os resultados dessa pesquisa.

Não haverá nenhuma remuneração pela participação na pesquisa e, se nesse entre tempo, desejar se retirar da pesquisa, a pesquisa cessará sem nenhuma forma de repressão. A recusa em participar do estudo será respeitada, não implicando em danos físicos, financeiros, morais, punitivos e sociais a sua pessoa nesta instituição.

Os benefícios esperados com os resultados obtidos servirão como instrumento para reflexão e avaliação dos profissionais de enfermagem sobre a realização do procedimento de curativo em pacientes com feridas.

Os resultados obtidos serão mantidos em um banco de dados sob minha responsabilidade, os quais posteriormente serão divulgados em comunicações científicas, bem como apresentados a Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional do HRMS, sempre preservando o anonimato dos profissionais.

Este termo será assinado em duas vias, garantindo uma via ao pesquisado, e outra ao pesquisador.

Sendo devidamente esclarecido (a) sobre o projeto de pesquisa acima citado, aceito o convite para participar livre e espontaneamente.

Pesquisado

Pesquisador
Danielle Neris Ferreira
RG: 309215
COREN/MS 163542

Rua Guaianazes, 82. Apt.32 Bl. A
Jd. Leblon
Campo Grande-MS

APÊNDICE F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Paciente

Sou enfermeira do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, discente de Pós-Graduação *Stricto sensu* - Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

O presente termo refere-se a um convite a inclui-lo (a) no projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do procedimento de curativo em feridas realizado por profissionais de enfermagem”. Esta pesquisa objetiva avaliar o curativo em um conjunto de ações em três momentos do procedimento (antes da realização, procedimento o propriamente e após o procedimento), bem como avaliar a qualidade do cuidado prestado diante do desempenho técnico do profissional ao realizar seu curativo.

Os dados serão coletados através da observação direta dos profissionais de enfermagem, durante a realização do procedimento de curativos em você.

Para realizar a avaliação do procedimento de curativo em você, será utilizado um formulário do tipo *check-list* (avaliando cada etapa do procedimento), que será preenchido por mim.

O estudo não trará prejuízos ao Sr(a) pela sua participação e sua identidade será mantida em sigilo. Se desejar fazer qualquer questionamento (perguntas), diante de dúvidas e/ou esclarecimentos em relação à pesquisa, poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (67) 9943-1333 e/ou e-mail: danielleneris@uol.com.br, ou na instituição do estudo através da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI/HRMS) pelo telefone 3378-2909; perguntas sobre seus direitos como participante no estudo contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187, o qual você também poderá receber os resultados dessa pesquisa.

Não haverá nenhuma remuneração pela participação na pesquisa e caso Sr(a) se recuse a participar sua vontade será respeitada. Se durante a pesquisa não mais desejar participar, a mesma será interrompida sem nenhuma forma de repressão.

Os benefícios esperados com os resultados obtidos servirão como instrumento para reflexão e avaliação dos profissionais de enfermagem sobre a

realização do procedimento de curativo em pacientes com feridas, permitindo obter melhorias na assistência de enfermagem.

Os resultados obtidos serão mantidos em um banco de dados sob minha responsabilidade, os quais posteriormente serão divulgados em comunicações científicas, bem como apresentados a Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional do HRMS.

Gostaria de pedir seu consentimento para incluí-lo em minha pesquisa, este termo será assinado em duas vias, garantindo uma via ao participante, e outra ao pesquisador. Sendo devidamente esclarecido (a) sobre o projeto de pesquisa acima citado, aceito o convite para participar livre e espontaneamente.

Pesquisado

Pesquisador
Danielle Neris Ferreira
RG: 309215
COREN/MS 163542

Rua Guaianazes, 82. Apt.32 Bl. A
Jd. Leblon
Campo Grande-MS

APÊNDICE G

Termo de Compromisso e Responsabilidade

Eu, Danielle Neris Ferreira, enfermeira do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, discente de Pós-Graduação *Stricto sensu* - Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, sou responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: “Avaliação do procedimento de curativo em feridas realizado por profissionais de enfermagem”.

Esta pesquisa objetiva avaliar o curativo em um conjunto de ações em três momentos do procedimento (pré-execução, procedimento propriamente dito e pós-execução), bem como avaliar a qualidade do cuidado prestado diante do desempenho técnico do profissional. Para tanto, é necessário à exploração e coleta de dados em prontuário referente ao registro de enfermagem quanto ao curativo e a ferida tratada no procedimento, contemplando itens da avaliação.

Os prontuários pesquisados serão referentes aos pacientes participantes da pesquisa, conforme autorização do mesmo ou de seus representantes legais, disposto no termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices F). A coleta de dados será através do instrumento de coleta de dados estruturado, no período de três meses previsto para os meses de fevereiro a abril de 2014, incluindo o teste piloto.

Dessa forma me comprometo manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, preservando a privacidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, sendo as informações utilizadas e exclusivamente para a execução do projeto apresentado.

Os resultados obtidos serão mantidos em um banco de dados sob minha responsabilidade, os quais posteriormente serão divulgados em comunicações científicas mantendo o anonimato dos participantes, considerando a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Campo Grande, Janeiro/2014.

Pesquisador
Danielle Neris Ferreira
RG: 309215
COREN/MS 163542

APÊNDICE H

Carta de anuência da À Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO STRICTU SENSU –
MESTRADO EM ENFERMAGEM**



À Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional.

Sr.^a Dr. Magali da Silva Sanches Machado

Eu, Danielle Neris Ferreira, na condição de mestranda do Programa de Pós-Graduação *Strictu sensu* – Mestrado em Enfermagem, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), sob orientação do Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira, venho solicitar autorização para realizar coleta de dados referente à pesquisa intitulada “**Avaliação do procedimento de curativo em feridas realizado por profissionais de enfermagem**”.

O principal objetivo desta pesquisa é avaliar o procedimento de curativo realizado por profissionais de enfermagem, em pacientes com feridas, internados nas unidades de assistência médico-cirúrgica.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa. Tendo o objeto de estudo os procedimentos de curativo, a partir da execução técnica dos profissionais de enfermagem (Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), em dois tipos de lesões (feridas agudas e crônicas).

A coleta de dados será através da observação direta e consulta ao registro de dados secundários (registro das anotações de enfermagem) por meio da aplicação de instrumentos estruturados, nos três momentos da avaliação do procedimento, descrito como pré-execução (preparação para a técnica do curativo), execução da técnica de curativo (propriamente dito) e pós-execução à técnica de curativo.

O primeiro – se refere à verificação da técnica pelo instrumento do tipo *Check-list*, o qual compõe a descrição de cada item da técnica. Segundo - trata de um roteiro de observação no qual consta, para cada item, o respectivo descritor, compondo, assim, o manual de orientação para o observador. Terceiro - consta da

descrição necessária da técnica e as características da ferida a ser registrada em prontuário, pelo profissional executor do procedimento. E quarto – informações referentes à caracterização dos profissionais de enfermagem.

Previamente a coleta de dados será aplicado o instrumento – *Teste piloto* em pacientes com feridas de diferentes etiologias internados nas unidades de internação médico-cirúrgica, verificando a necessidade de adequações dos itens descritos, seja na forma quanto no conteúdo dos instrumentos, contemplando os três momentos do procedimento.

As unidades elencadas para execução do estudo serão as unidades de clínica médica e cirúrgica do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS).

Os dados serão confidenciais e utilizados apenas para fins desta pesquisa ou encaminhados para publicação em periódicos especializados na forma de artigos científicos e divulgados em eventos da área, sempre preservando o anonimato dos sujeitos e salvaguardando a administração atual sem qualquer julgamento de valor.

O pesquisador se compromete a enviar a esta instituição um relatório final com os principais resultados obtidos para que possa conhecer a atuação profissional de enfermagem a pessoa com feridas, diante da execução técnica de curativo. Subsidiando a revisão do processo de trabalho e o direcionamento das ações educativas na referida instituição.

Após análise do exposto, solicito que assine o termo abaixo para posterior encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS.

Agradecemos antecipadamente vossa atenção e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários através do celular (67) 9943 1333 ou e-mail: danielleneris@uol.com.br .

Eu _____, estou ciente e autorizo a coleta de dados.

Campo Grande, ____ de _____ de 2014.

Assinatura e Carimbo

Pesquisador
Danielle Neris Ferreira

Pesquisador/Orientador
Dr. Adriano Menis Ferreira

ANEXOS

ANEXO A

	<p>GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS UNIDADES: HRMS</p>	
<p style="text-align: center;">AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA</p> <p style="text-align: center;">Nr. 007/2014</p> <p>A Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, declara estar informado da metodologia que será desenvolvida no projeto de pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CURATIVO EM FERIDAS REALIZADO POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM”. Apresentado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), pela Mestranda DANIELLE NERIS FERREIRA, sob orientação do Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira.</p> <p>Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme preconiza a resolução CNS nr. 466 de 12 de Dezembro de 2012 e demais resoluções complementares. Autorizo a realização da pesquisa nesta instituição.</p> <p style="text-align: center;">  Dr^a Magali da Silva Sanches Machado Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa Hospital Regional de Mato Grosso do Sul </p>		

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CURATIVO EM FERIDAS REALIZADO POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Pesquisador: DANIELLE NERIS FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27142914.9.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 559.615

Data da Relatoria: 06/03/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem por temática a avaliação do procedimento curativo realizados por profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Para a enfermagem o curativo é uma intervenção peculiar e necessária no tratamento de feridas, assim uma técnica apurada e eficaz, contribuirá para a recuperação do indivíduo, considerando que a qualidade tem se destacado na avaliação dos processos de trabalho das

organizações, e no âmbito da assistência à saúde, é inerente a prática que visa resultados positivos. Logo objetiva-se avaliar a qualidade desse procedimento, verificando a sua realização por profissionais de enfermagem em pacientes internados nas unidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital de ensino do estado do Mato Grosso do Sul. Para esta pesquisa, a população em destaque serão os procedimentos de curativos,

realizados pela equipe de enfermagem em pacientes com feridas de dois tipos de lesões (feridas agudas e crônicas), de diferentes etiologias. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, com abordagem quantitativa, através do método observacional e consulta ao prontuário, com a aplicação de instrumento de coleta de dados estruturados adaptados. Para o plano de análise serão estabelecidos o índice de positividade (IP superior a 70%) e a classificação da qualidade da assistência (QA) do procedimento de curativo. A execução do estudo respeitará os preceitos éticos

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110

UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 559.615

de pesquisa com seres humanos, e consulta a banco de dados secundários, conforme resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes da pesquisa serão os profissionais de enfermagem (Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), que totalizam 77 profissionais alocados nas unidades de clínica médica e cirúrgica. Contemplando o número de procedimentos observados do estudo, através da observação direta individual, serão realizadas no mínimo três observações do mesmo profissional em diferentes tipos de lesões/pacientes, possibilitando a ampliação índices de desempenho na execução da técnica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o procedimento de curativo realizado por profissionais de enfermagem, em pacientes com feridas, internados nas unidades de assistência médico-cirúrgica.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os profissionais de enfermagem, segundo categoria profissional, sexo, idade (média), tempo médio de formação (anos), tempo médio de atuação (anos). Avaliar a qualidade da execução técnica do procedimento curativo em feridas realizado por profissionais de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não trará prejuízos ao participante, sua identidade será mantida em sigilo. Não haverá nenhuma remuneração pela participação na pesquisa e caso houver recusa a participar sua vontade será respeitada. Se durante a pesquisa não mais desejar participar, a mesma será interrompida sem nenhuma forma de repressão.

Benefícios:

Os benefícios esperados com os resultados obtidos servirão como instrumento para reflexão e avaliação dos profissionais de enfermagem sobre a realização do procedimento de curativo em pacientes com feridas, permitindo obter melhorias na assistência de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa na área da saúde, com enfoque transversal, descritiva, com abordagem quantitativa, através do método observacional e consulta ao prontuário, com a aplicação de instrumento de coleta de dados estruturados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente projeto apresenta todos os termos obrigatórios, como:

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS			
Bairro: Caixa Postal 549			CEP: 79.070-110
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE		
Telefone: (67)3345-7187	Fax: (67)3345-7187	E-mail: bioetica@propp.ufms.br	



Continuação do Parecer: 559.615

Carta de anuência; Termo de compromisso; TCLE; Autorização do Hospital Regional; critérios de inclusão e exclusão;

Recomendações:

Não há recomendações;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de projeto bem elaborado, com bom desenho metodológico atendendo às exigências de documentação;

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 17 de Março de 2014

Assinador por:
Odair Pimentel Martins
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br