

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas

Report of an experience of a nursing student in a clinic specialized in treatment of wounds

Informe de una experiencia de estudiantes de enfermería en un especialista en el tratamiento de la oficina de las heridas

Bruna Luana de Lima CAVALCANTE¹, Uirassú Tupinambá Silva de LIMA²

RESUMO

Relato de experiência de estágio curricular não obrigatório, realizado em um consultório de enfermagem especializado em tratamento de feridas da cidade de Maceió, no período de abril a dezembro de 2010. Utilizou-se das seguintes técnicas de coleta de dados: diário de estágio, observação estruturada (pesquisador participante), consulta à ficha de atendimento clínico, participação nas atividades clínicas/gerenciais, análise da estrutura física do consultório, consulta a órgãos públicos normatizadores e regulamentadores de serviços de saúde. Este artigo tem como objetivo apresentar as experiências e as atividades vividas durante o estágio. Nos resultados foi possível relatar a assistência do enfermeiro no consultório, o perfil clínico dos pacientes, citar as diferentes formas de tratamento disponíveis e descrever alguns aspectos gerenciais da constituição e implementação de um consultório de enfermagem. A experiência foi significativa, sinalizando que o cenário em questão é muito importante como campo de dispersão para o alunado de enfermagem que busca ampliar seus conhecimentos na área de dermatologia e da estomaterapia.

Descritores: relato de experiência; consultório de enfermagem; tratamento de feridas.

ABSTRACT

Experience report of probation is not mandatory, performed in a clinical nursing specialist in the treatment of wounds of the city of Maceió, in the period April to December 2010. We used the following techniques of data collection: diary stage, structured observation (research participant), refers to the form of clinical service, participation in clinical activities / management, analysis of the physical structure of the clinic, consults to government agencies and regulators normalizers health services. This article aims to present the experiences and activities experienced during the internship. The results could report to assist the nurse in the clinic, the clinical profile of patients, citing the different forms of treatment available and describe some managerial aspects of the constitution and implementation of a nursing clinic. The experience was significant, signaling that the scenario is very important as the stray field of nursing for the student body that seeks to expand their knowledge in the field of dermatology and stomal.

Descriptors: Experience report; Nursing clinic; Wounds treatment.

RESUMEN

Relato de experiencia de la libertad condicional no es obligatoria, realizada en un especialista en enfermería clínica en el tratamiento de las heridas de la ciudad de Maceió, en el período de abril a diciembre de 2010. Se utilizaron las siguientes técnicas de recolección de datos: la etapa del diario, la observación estructurada (participante de la investigación), se refiere a la forma de la atención odontológica, la participación en las actividades clínicas y la gestión, el análisis de la estructura física de la clínica, consulta a los organismos gubernamentales y reguladores normalizadores servicios de salud. Este artículo tiene como objetivo presentar

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da FCBS/CESMAC. E-mail: bruna_cavalcante1@hotmail.com

² Professor do Curso de Enfermagem da FCBS/CESMAC. E-mail: uirassulima@yahoo.com.br

las experiencias y actividades con experiencia en su práctica. Los resultados podrían ayudar a informar a la enfermera en la clínica, El perfil clínico de los pacientes, citando a las diferentes formas de tratamiento disponibles y se describen algunos aspectos de gestión de la constitución y puesta en práctica de una clínica de enfermería. La experiencia fue significativa, lo que indica que ese cenario es muy importante como el campo de dispersión de enfermería para ella lumnado que busca ampliar sus conocimientos en el campo de la dermatología y del estoma.

Descriptor: Experiencia informe; Enfermería oficina; Cuidado de heridas.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia, determinando um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, causando elevados custos financeiros, tanto ao indivíduo acometido, quanto à instituição de saúde, sendo assim, um problema de saúde pública.¹

Há algum tempo, o tratamento das lesões deixou de ser apenas focado na realização da técnica de curativo, incorporando toda a metodologia da assistência que o enfermeiro presta, com avaliação do estado geral do paciente, exame físico direcionado de acordo com a etiologia da lesão, escolha do tratamento e da cobertura a ser utilizada, além do registro de enfermagem e projeção prognóstica.²

O cuidado do enfermeiro com o paciente que possui esse perfil, requer dos profissionais, muito além da prática do curativo, abordagem também, da compreensão da fisiologia da pele, fisiologia da cicatrização, conhecimento científico e conhecimento sobre os tipos de coberturas existentes no mercado.³

Sem esse conhecimento, é impossível que se possa fazer um diagnóstico correto do tipo de lesão e realizar a indicação do produto adequado para a prevenção ou tratamento da lesão.^{4:281}

A ferida é algo que fragiliza, podendo, em muitas das vezes, incapacitar o paciente de desenvolver suas atividades diárias. A pessoa que tem uma lesão carrega consigo a origem dessa lesão: queima-

dura, trauma, doença crônica, complicações após um procedimento cirúrgico, entre outros.⁵ A prevenção e tratamento de feridas devem ser realizados em clínicas, unidades básicas de saúde da família, consultórios, ou seja, ambientes que tenham uma equipe multidisciplinar com profissionais da saúde, capacitada para esta finalidade, seja ela de iniciativa pública ou privada, dispondendo também de materiais adequados.

Ao longo dos últimos anos, a enfermagem e outros profissionais da saúde vêm buscando, na literatura, conhecimentos relativos à prevenção de danos teciduais e do tratamento e cuidados com feridas que possam melhorar sua práxis neste sentido. No Brasil, a dermatologia na perspectiva da enfermagem, atualmente vem se desenvolvendo através da atuação da assistência direta do enfermeiro ao paciente em unidades ambulatoriais, domiciliares e hospitalares.

Para focar este contexto assistencial, a coautora deste trabalho realizou um estágio curricular não obrigatório em um consultório de enfermagem com a supervisão direta de uma enfermeira preceptora possibilitando a construção do presente artigo, capaz de compartilhar alguns aspectos teóricos e práticos do momento vivido pela autora neste singular ambiente de assistência a pessoas fragilizadas pela quebra de sua integridade cutânea.

Diante das reflexões aqui iniciadas, o presente estudo teve como objetivo apresentar as experiências e as atividades vivi-

das por uma estudante de enfermagem durante um estágio em consultório especializado em tratamento de feridas, destacando-se a assistência de enfermagem ao portador de lesão cutânea, manejo com os diferentes tipos de coberturas, caracterização do perfil da clientela e relato de alguns aspectos gerenciais da constituição e implementação de um consultório de enfermagem.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa consistiu em um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pela autora, na oportunidade de um estágio curricular não obrigatório em um consultório de enfermagem especializado em tratamento de feridas. Trata-se de um olhar qualitativo, que abordou a problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica. O estágio que resultou na redação deste relato aconteceu de abril a dezembro de 2010 em um consultório de enfermagem situado na cidade de Maceió, após a autorização da enfermeira responsável técnica, especialista em enfermagem dermatológica.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (CEP - FCBS/CESMAC), na qual foi emitido um parecer com Protocolo nº 1.183/11 informando que a partir das diretrizes para pesquisas definidas pela resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, a pesquisa não necessitou da submissão para apreciação ética, por se tratar de relato de experiência da própria coautora, com anuência do local onde ocorreu o estágio curricular não obrigatório e garantias de confidencialidade dos dados.

Utilizou-se das seguintes técnicas de coleta de dados: diário de estágio, observação estruturada (pesquisador participante), consulta à ficha de atendimento clínico, participação nas atividades clínicas/gerenciais, análise da estrutura física do consultório, consulta a órgãos públicos normatizadores e regulamentadores de serviços de saúde. Não foram utilizados dados pessoais, apenas aqueles de interesse fisiopatológico e/ou epidemiológico.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Assistência de enfermagem

O Consultório de enfermagem dermatológica em que decorreu o estágio foi inaugurado no início do ano de 2010, sendo o primeiro consultório de enfermagem em Maceió-AL. Tem como foco o tratamento de pacientes com lesões cutâneas, independente de sua etiologia, procedentes de encaminhamento ou de livre procura. Os pacientes, primeiramente, agendam sua consulta diretamente com a enfermeira, geralmente por telefone.

Na primeira consulta foi feita anamnese, exame físico, sinais vitais e o preenchimento da ficha de atendimento à pessoa portadora de ferida, contendo informações necessárias de cada paciente. A consulta de enfermagem fornece subsídios para o diagnóstico e elaboração de um plano de cuidados. Sua realização exige do profissional enfermeiro uma série de conhecimentos e constante treinamento que o instrumentalize a desenvolver esta prática.⁶

Após esse primeiro momento o paciente foi levado à maca, onde foi inicialmente realizado o exame físico para detecção de outras anormalidades e análise criteriosa da lesão pela enfermeira. Esta análise é fundamental para detecção das necessidades da lesão e escolha da cobertura que poderá ser utilizada como estratégia terapêutica inicial.

Os curativos são uma forma de tratamento das feridas cutâneas e sua escolha depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. O tratamento das feridas cutâneas é dinâmico e depende, a cada momento, da evolução das fases de cicatrização.^{7:203}

A partir da avaliação, a enfermeira pode desenvolver o seu plano de cuidados, embasado em conhecimento técnico-científico sobre ferida. Os resultados esperados foram estabelecidos e, a partir disto, a enfermeira planejou o uso de coberturas de acordo com a gravidade, o tipo de ferida e a presença de alguma condição que causasse complicação, como infecção, má nutrição, imunossupressão e diabetes, capaz de afetar a cicatrização.

Antes de qualquer intervenção, o paciente era informado sobre o procedimento que iria ser realizado, sendo tranquilizado durante a técnica. Muitos se apresentavam inseguros, e desacreditados, pelo fato de estarem há muito tempo fragilizados com a lesão e por terem passado pela assistência de vários profissionais de saúde e não terem obtido resultado.

É importante envolver o paciente em todas as decisões sobre seu tratamento; isso fará com que se tenha um relacionamento baseado na confiança, deixando-o mais à vontade.⁸ Durante as consultas, foi visto que muitos estavam acompanhados de algum familiar e solicitavam para que no momento do procedimento do curativo eles estivessem presentes, fazendo com que amenizasse o medo e a angústia.

É preciso ter consciência de que o paciente está em um momento muito delicado de sua vida, já que dor e aparência da lesão interfere na qualidade de vida desse paciente, necessitando de muita dedicação e apoio em seu tratamento.⁹

O procedimento do curativo se deu primeiramente através da inspeção e análise da lesão. Após classificar a lesão quanto as suas características para a escolha da cobertura que iria ser utilizada, o primeiro passo foi a limpeza com solução fisiológica a 0,9% de cloreto de sódio em

temperatura ambiente e gaze esterilizada, e depois a aplicação de uma solução antimicrobiana de polihexametileno biguanida (PHMB) que era deixada por 15 minutos. Após a limpeza da lesão, se ainda assim permanecesse tecido desvitalizado, o próximo passo seria promover o desbridamento.

Há quatro tipos básicos de desbridamento: cirúrgico, mecânico (inespecífico), químico e autolítico. Dentre estes, no consultório os mais comumente usados foram o mecânico e o instrumental conservador, onde era utilizada a força mecânica com gaze e solução fisiológica no leito da ferida para a retirada do tecido inviável; ou o pacote de curativo com uma pinça de Kelly, uma dente de rato e uma pinça anatômica, tornando o desbridamento seletivo, respectivamente, a depender da melhor escolha para cada paciente e do seu limiar de dor.

Mesmo que após estes desbridamentos, permanecesse tecido inviável, havia necessidade do auxílio de um desbridante tópico ou da aplicação de uma cobertura que favorecesse o desbridamento.

Sucedendo a escolha e realização do curativo, o paciente e seus familiares sempre eram orientados sobre o tipo de cobertura e tratamento que foi utilizado. Cada escolha de cobertura tem a quantidade máxima de dias que pode permanecer no leito da ferida, a depender de cada lesão e principalmente do exsudato.

Então, a enfermeira os orientava que até o retorno da consulta, os dias em que eram permitidos ficarem com o curativo, que trocassem somente o curativo secundário e/ou terciário, caso o exsudato transpassasse (que geralmente eram as gazes e atadura), não mexendo, em hipótese alguma, na cobertura primária, nem realizando qualquer limpeza, permanecendo assim até a próxima consulta.

Caso houvesse alguma intercorrência, eles eram orientados a telefonar imediatamente para a enfermeira, para ela orientar da melhor maneira possível sobre

qual conduta seguir. Todos os pacientes eram encorajados a este posicionamento, quando em sua moradia, até o próximo retorno. Esta informação foi de grande importância, já que, em sua maioria, o retorno variava de 3 a 7 dias.

As diferentes formas de tratamento de lesões cutâneas

O consultório disponibilizava de um protocolo de curativo estabelecido pela enfermeira para auxiliar na escolha da cobertura. Neste protocolo haviam vários tipos de coberturas que poderiam ser utilizados no paciente, a partir do diagnóstico da enfermeira, seguido de indicação, contraindicação, tempo de permanência na ferida, princípio ativo/composição e a forma que são aplicados.

Antes da indicação da cobertura, era feita uma análise criteriosa do paciente como um todo. A doença de base (diagnóstico médico), perfil social do indivíduo (como condição da moradia e perfil econômico). O processo de seleção de curativo é determinado por vários fatores, como característica, localização da ferida e a variedade de coberturas disponíveis.¹⁰

Essa análise foi feita porque houve pacientes de variados níveis econômicos e sociais, pacientes com deficiência de acesso a transporte, principalmente os do interior do Estado, que dificultava sua ida ao consultório. A partir disto, a enfermeira podia escolher a cobertura que iria se adequar a esses critérios, ou seja, coberturas que pudessem ficar mais tempo na ferida, sem precisar que o paciente fosse mais vezes ao consultório durante a semana, e que tivesse uma relação custo/benefício, principalmente.

Nos casos de lesão crônica ou infeccionadas, a ferida teve seu tratamento iniciado com carvão ativado com prata até desaparecerem ou diminuírem esses sinais, e fosse novamente reavaliado e indicado outro tipo de cobertura. Por ser de longa

permanência, a depender do exsudato, ele dispõe de muita praticidade, minimizando as trocas e a ida ao consultório. A segunda escolha como tratamento de feridas infectadas, foi a cobertura composta de fibras de alginato com prata. A enfermeira optava por esta cobertura, geralmente nos casos onde, além da infecção, havia uma quantidade moderada a alta de exsudato.

As coberturas disponibilizadas no consultório iam desde a prevenção de úlceras e infecção, controle microbiano, ao auxílio no seu total reparo. Para as feridas com tecido desvitalizado, escara e fibrina, havia vários meios para ajudar na remoção do tecido desvitalizado, que é o que se chama de desbridamento.

Para o desbridamento autolítico, disponibilizava do hidrogel, um gel transparente e amorfo contendo alginato de sódio, que pode permanecer na lesão por até 72 horas fazendo o desbridamento através da promoção do meio úmido, estimulando a migração dos leucócitos e ação de enzimas. “O desbridamento autolítico é uma alternativa para o cliente que não pode tolerar um desbridamento cirúrgico ou outros métodos”.^{11:120}

O desbridamento químico podia ser oportunizado através da papaína, que é um derivado do mamão carica papaya e é indicado através de diferentes concentrações, que variam de 2 % a 10 %. A escolha de um deles pela enfermeira dependia não só da necessidade da lesão, mas principalmente da classe social do paciente, pois apesar de ambos atuarem como desbridante, há diferença no custo e na forma de agir, causando às vezes desconforto.

As coberturas aqui citadas foram custeadas pelos pacientes, ou seja, além da consulta que eles pagavam, havia também os custos das coberturas que foram utilizadas. Por isso que no consultório haviam vários produtos com a mesma função, porém de qualidade e preços distintos para poder atender todos os pacientes de diferentes classes econômicas.

Ao tratar a infecção, deixando a ferida sem fatores que inibem a cicatrização, o próximo passo foi auxiliar a fase de proliferação, promovendo um ambiente que acelerasse o processo de granulação. No consultório também haviam coberturas com este propósito, compostas principalmente de colágeno, e foram utilizadas em feridas limpas, pouco exsudativas, com ausência de tecido necrótico-fibrinoso e sem sinais de infecção.

O colágeno atua na quimiotaxia para elementos celulares envolvidos na cicatrização (como os granulócitos, macrófagos e fibroblastos), possibilitando maturação da ferida por fornecerem um suporte para uma transição mais rápida à produção de colágeno maduro e a seu alinhamento.¹²

Nos casos em que persistiu dúvida sobre a possibilidade de colonização no leito da ferida, foi utilizada uma cobertura composta de colágeno, celulose oxidada regenerada e prata, tornando-o bacteriostático e muito bem atribuído a vários pacientes tratados no consultório. Esta cobertura atua também em feridas crônicas, já que além de agilizar a formação de tecido de granulação, atua também tratando e prevenindo a colonização.

Esses tipos de coberturas à base de colágeno aqui descritos, permaneciam no leito da ferida por aproximadamente 72 horas, que é o tempo que precisavam para interagir com o meio, formando um gel, onde era absorvido completamente pelo organismo, precisando de uma nova placa, até sua total epitelização.

Como o processo cicatricial evolui constantemente, certas coberturas podem deixar de ser a melhor indicação após alguns dias. O acompanhamento adequado é fundamental e deve ser feito pelo profissional capacitado. Além disso, os pacientes podem reagir de forma totalmente diferente, mesmo apresentando feridas semelhantes, precisando sempre de uma reavaliação.⁷

Além das coberturas mencionadas que trouxeram resultados muitos satisfatórios, atualmente também vêm sendo usado no consultório o laser de baixa frequência no tratamento das lesões. Vale ressaltar que essa modalidade de tratamento ainda se encontra em teste científico de eficácia. Porém, muitas pesquisas mostram que o laser pode acelerar a taxa de cicatrização de feridas pela irradiação sobre os fibroblastos, trazendo resultados bastante satisfatórios.¹³

Os avanços tecnológicos têm possibilitado a utilização destes produtos que, indiscutivelmente, aceleram a cicatrização das feridas, facilitando a vida do paciente. O preço é um aspecto relevante a ser considerado e alguns destes curativos são caros. A economia se fará, entretanto, pela diminuição do tempo de recuperação e, automaticamente, dos gastos embutidos neste período.⁷

Aspectos gerenciais da constituição e implementação do consultório de enfermagem

O consultório de enfermagem que respaldou este relato de experiência foi o primeiro cadastrado nos órgãos públicos em Maceió - AL, no ano de 2010. Para a sua constituição foi preciso a realização de alguns procedimentos.

Primeiro, a inscrição da enfermeira no Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas (COREN/AL), o registro na Prefeitura de Maceió com cópia dos documentos pessoais (RG, CPF e COREN/AL) e o IPTU do local para o cadastro como autônoma e pessoa física, por se tratar de um consultório. O cadastro é realizado e o comprovante de inscrição e situação cadastral é emitido no mesmo momento.

Após o cadastro na Prefeitura como autônoma, por exigência legal (Lei Municipal 4.486/96) todos aqueles que prestam algum serviço presente na lista do anexo I da referida Lei, neste caso, os serviços de saúde incluso o de enfermagem, precisam

recolher o DAM (Documento de Arrecadação Municipal) do ISS (Imposto Sobre Serviço) um tributo municipal, que pode ser pago anualmente.

Este imposto tem como fato gerador a prestação de serviços constantes da lista do anexo único da referida lei, passando o profissional a ser contribuinte do município, que serve para o mesmo atuar em sua função. É importante enfatizar que esta Lei fala sobre a redução de 50 % do DAM nos primeiros cinco anos, a contar da data da diplomação do profissional.

Na mesma oportunidade, foi solicitada a autorização para emissão de notas fiscais. No dia seguinte é gerada uma senha juntamente com o login, onde a pessoa pode acessar de onde estiver e emitir a sua nota fiscal online (www.smf.maceio.gov.br). Esta nota serve para emissão a pessoa física (paciente) ou para alguma Instituição (hospital, clínica), em que o profissional não tenha vínculo empregatício, porém presta serviço.

O paciente tem direito ao recibo, conforme determina o Código de Proteção do Consumidor (Lei 8.078/91, conhecida como CDC). A lei considera consumidor toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

A Lei Municipal 4.227 de 29/07/93 indica que os estabelecimentos de interesse à saúde são sujeitos ao Cadastro Municipal da Vigilância Sanitária (CMVS), tornando obrigatória, também, a inscrição do profissional de saúde na Vigilância Sanitária (VISA) de cada município. Esta lei compete à VISA exercer o controle e a fiscalização dos serviços de saúde e das condições de exercício de profissões que se dediquem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Considera-se que, para efeitos desta lei, se enquadram no cadastro os serviços de enfermagem.

Portanto, CMVS deve ser feito por todos os enfermeiros que realizam atendimento em consultórios e clínicas, conside-

rados estabelecimentos de saúde. É preciso consultar a VISA de cada região para verificar o local e os documentos necessários para realizar o cadastro, além de algumas exigências relacionadas à adequação do funcionamento de consultórios e clínicas de saúde.

Segundo a VISA de Maceió, em consulta pública, os documentos para a solicitação do Alvará de funcionamento são: RG e CPF do proprietário, comprovante de residência do estabelecimento, certidão de que o profissional está inscrito no respectivo conselho de classe (COREN) e o preenchimento do requerimento padrão da VISA. A segunda etapa do processo é aguardar a visita da Vigilância Sanitária e a inspeção do estabelecimento seguindo os critérios da ficha de inspeção de consultório e clínica.

Em relação ao recolhimento do lixo contaminado, houve o contrato com uma empresa de tratamento de resíduos, na qual os funcionários passavam semanalmente para o recolhimento do lixo em bambonas de 20 litros. Após o contrato com esta empresa, foi preciso levar o documento comprobatório para a VISA.

No que diz respeito à esterilização dos materiais, foi preciso adquirir uma autoclave sendo, todo material esterilizado no próprio consultório. O cadastro foi realizado junto à VISA do município por ser este o órgão responsável pelos cuidados e fiscalização da área de saúde em geral. Quando não há este órgão no município, a pessoa deverá se informar na Secretaria de Saúde se o cadastro poderá ser realizado neste órgão, salientando que a licença sanitária tem que ser renovada anualmente.

Em relação a sua organização estrutural, o consultório dispõe de ambientes planejados e equipados como a sala de espera refrigerada, com assentos para os pacientes, sala de consulta e procedimento de curativo, banheiro adaptado para deficientes e um espaço onde é realizada a limpeza e esterilização de materiais.

Além dos materiais básicos para o procedimento do curativo, a enfermeira dispõe de um estoque com diferentes tipos de coberturas através de uma consignação feita com empresas distribuidoras de algumas linhas de coberturas. Na qual ao final do mês vai um funcionário da empresa fazer a leitura do que foi consumido e emite o valor a ser cobrado. Ou seja, o paciente tem um custeio do valor da consulta que pode ser acrescido do valor da cobertura que a enfermeira utilizou.

A demanda, em geral, deu-se por indicação médica dos que tinham conhecimento do consultório e do trabalho da enfermeira. A minoria dos clientes fora em busca do tratamento através da demanda livre (boca a boca e passagem pelo local). Apesar do período em que houve a coleta de dados não ocorrer indicação de paciente por outros profissionais da área da saúde, qualquer que seja ele poderá indicar, como colegas enfermeiros, fisioterapeutas, outras especialidades médicas, nutricionistas, entre outros.

Perfil da clientela assistida

Entre os 50 pacientes assistidos durante o período do estágio, observou-se proporção de pacientes do sexo masculino e sexo feminino. Notórios são as características dessa demanda. Ao investigar a faixa etária desta clientela, pode-se observar pacientes com idade entre 40 a 86 anos, em sua maioria provenientes das camadas carentes da população, com o nível socioeconômico de classe média a classe média baixa.

As profissões dos pacientes sugerem sua baixa escolaridade e, conseqüentemente, a baixa renda. Sua grande minoria possuía ensino superior, e os demais eram analfabetos, aposentados, costureira, doméstica, mecânico, dona de casa, motorista, policial, eletricista e exerciam atividades rurais, acentuando desconhecimento relacionado ao processo de prevenção e tratamento da lesão.

Com relação à naturalidade dos pacientes assistidos, pode-se constatar uma quantidade considerável de pacientes que provinham do interior de Alagoas, enquanto que sua maior clientela era oriunda da capital, Maceió. Esta demanda de pacientes do interior fez com que houvesse uma atenção maior na escolha da cobertura, já que tinham muita deficiência de transporte para a capital, dificultando o acesso do paciente e, conseqüentemente, o tratamento.

Esse fato se tornou um importantíssimo quesito quando se falou em escolha de cobertura e resultados rápidos, fazendo com que a enfermeira e o próprio paciente, muitas vezes não dessem prioridade ao custo da cobertura em si, mas sim à praticidade de permanecer mais tempo na ferida, trazendo mais conforto e resultados satisfatórios.

Em relação aos aspectos clínicos que foram identificados entre os pacientes, foi visto que raros deles tinham Diabetes Mellitus (DM) tipo I, DM tipo II sem associação a outras doenças, havendo frequência maior em pacientes que apresentavam somente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM II associada à HAS, e outros poucos não apresentavam nenhuma doença crônica degenerativa. Quanto à variável tipo de ferida, foi visto que todas elas eram lesões crônicas com estágios de III e IV, apresentando complicações.

Quanto à etiologia e localização mais comum das lesões tratadas, os MMII foram os acometidos apresentando lesões traumáticas, úlcera venosa, úlcera mista (úlcera venosa e arterial), ferida cirúrgica (complicação após desbridamento cirúrgico), complicação após amputação de algum segmento corpóreo (pododáctilos, metatarsos, pé, perna) e úlceras por pressão (trocanterica, isquiática, sacral e calcâneo).

Os pacientes, em geral, apresentavam complicações nas lesões e em seu quadro clínico como um todo, por exemplo, infecção e insuficiência vascular periférica.

Já os pacientes diabéticos apresentavam complicações comuns da doença, neuropatia, nefropatia e retinopatia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo oportunizou uma leitura e uma releitura do papel do enfermeiro em um consultório de tratamento de lesões, uma melhor compreensão do perfil clínico destes clientes nesta unidade assistencial, como se desenvolve o plano de cuidados e tratamento adequado e como funciona o gerenciamento e a implementação de um consultório.

Evidenciou-se que, atualmente, quando se fala em assistência a pacientes com lesões, a enfermagem vem buscando algo muito além da prática do curativo, como conhecimentos técnico-científicos e materiais adequados para elaboração de estratégias de prevenção e tratamento para a promoção de condições que auxiliem em uma cicatrização mais rápida e sem maiores comprometimentos.

A ideia norteadora deste relato de experiência foi a de que ele possa contribuir para discussões e reflexões sobre a importância do profissional enfermeiro para a saúde da população e, principalmente, para os portadores de lesões tegumentares, testemunhando a evolução da profissão através da assistência no consultório, que parece ser a superação de uma prática enclausurada no âmbito hospitalar, que veio para aperfeiçoar os cuidados prestados e prestar qualidade para a assistência de enfermagem.

Fica a sugestão de que se possa, no contexto acadêmico, pensar na constituição de consultórios de enfermagem que também enfoquem a assistência a este segmento de clientes durante a formação generalista do profissional enfermeiro, tornando o cenário em questão um campo muito rico para dispersão. Além disso, enfatiza-se a necessidade de que novas pesquisas e programas de extensão universitária sejam desenvolvidos e outros reforçados

em torno do tema, com vistas a contribuir para a visibilidade do trabalho autônomo que o enfermeiro pode realizar.

REFERÊNCIAS

1. Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto & contexto enferm. [internet]. 2008 Jan/Mar [acesso em 2011 Fev 20];17(1):98-105. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100011&script=sci_arttext
2. Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Rev eletr enf [internet]. 2007 [acesso em 2010 Out 20];9(2):506-17. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm>
3. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
4. Salomé GM. Avaliando lesão: práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência ao indivíduo com ferida. Saude coletiva. [internet]. 2009 [acesso em 2010 Out 20];35(6):280-7. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84212201006.pdf>
5. Cunha NA. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas [projeto]. [Olinda (PE)]: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Pernambuco; 2006. 33 p. Web site para programa disponível em: http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf
6. Carvalho SC, Silva CP, Ferreira LS, Corrêa SA. Reflexo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na consulta de enfermagem. Rev rede cuid saude [internet]. 2008 [acesso em 2011 Fev 15];2(2):1-8. Disponível em:

<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/91>

7. Franco D, Gonçalves LF. Feridas Cutâneas: a escolha do curativo adequado. Rev col bras cir. [internet]. 2008 Mai/Jun [acesso em 2011 Fev 24];35(3):203-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n3/a13v35n3.pdf>

8. Poletti NAA, Caliri MHL, Simão CSR, Juliani KB, Tácito VE. Feridas malignas: uma revisão de literatura. Rev bras cancerol. [internet]. 2002 [acesso em 2011 Mar 1];48(3):411-7. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/revisao2.pdf

9. Kroetz FM, Cslusniak GD. Alterações bucais e condutas terapêuticas em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamentos anti-neoplásicos [internet]. Publ UEPG ci biol saude. 2003 Jun [acesso em 2001 Mar 14];9(2):41-8. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/viewFile/363/371>

10. Borges EL, Castro BFL, Souza RL, Lima VLAN. O enfermeiro frente ao paciente com lesão por hidradenite: relato de experiência. 8º Encontro de Extensão da UFMG; Out 3-5; Belo Horizonte, MG. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.

11. Irion G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

12. Girardi RCG. Comportamento de matrizes de colágeno utilizadas no tratamento de feridas planas induzidas em pele de rato [dissertação]. São Carlos (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo; 2005 [acesso em 2011 Mar 20]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-25072006-094136/publico/TDE_RaquelCeciliaGoyGirardi.pdf

13. Libanore DZ. Efeitos da terapia a laser de baixa intensidade (685 e 830nm) na taxa de proliferação bacteriana e na cicatrização de feridas cutâneas em modelo animal [dissertação]. São Carlos (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo; 2005 [acesso em 2011 Mar 23]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-20062008-154129/publico/TDE_DanielZucchiLibanore.pdf

Data da submissão: 2011-11-28

Aceito: 2012-06-15

Publicação: 2012-06-30