

INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL NO CUIDADO DE FERIDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

EDUCATIONAL-ASSISTENCIAL INTEGRATION IN THE CARE OF WOUNDS: REPORT OF EXPERIENCE

INTEGRACIÓN DOCENTE Y ASISTENCIAL EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS: INFORME SOBRE ESTA EXPERIENCIA

PRISCILA DE SOUZA AQUINO¹

LYDIA MENESES DE MOURA²

MARIA ISABEL BARBOSA FLORÊNCIO³

ESCOLÁSTICA REJANE FERREIRA MOURA⁴

Estudo descritivo-exploratório, cujos dados foram levantados em novembro de 2004, em uma unidade de primeiro nível de referência do sistema de saúde de Fortaleza, no Ceará. Teve por objetivo relatar o desenvolvimento de uma oficina como espaço para reflexão sobre as condições atuais do serviço de cuidados de feridas, pautada na proposta pedagógica apresentada por Saul, em 1988. Consistiu em uma integração docente-assistencial como força mediadora para a promoção da transformação do campo de prática. Esta experiência poderá ser reproduzida por outros serviços e por outros grupos de docentes e discentes que estejam vivenciando realidade similar e que não é rara.

PALAVRAS-CHAVE: Cicatrização de feridas; Integração docente assistencial; Ensino.

This is a descriptive-exploratory study. The data were collected on November, 2004 at a first level of reference unit system in Fortaleza, Ceará. The main aim of the research was to relate the development of a workshop as a space to reflection about the current conditions of the wound care service, ruled in the pedagogic proposal showed by Saul, in 1988. It consisted of educational-assistencial integration as mediative force for the promotion of the practice field transformation. Such experience can to be reproduced by other services and other students and groups of teachers who might be going through similar experiences, which is not unusual.

KEYWORDS: Wound healing; Teaching care integration; Teaching.

Estudio descriptivo y de exploración, cuyos datos se alzaron en noviembre de 2004, en una unidad de alto nivel de referencia del sistema de salud de Fortaleza, Ceará. Realizado con el fin de relatar el desarrollo de un taller como espacio para reflexión sobre las condiciones actuales del servicio de cuidados de heridas, basada en la propuesta pedagógica presentada por Saul, en 1988. Consistió en una integración docente y asistencial como fuerza mediadora para promover la transformación del campo práctico. Esta experiencia se podrá reproducir a través de otros servicios y por otros grupos de docentes y alumnos que estén viviendo una realidad similar, lo que no es raro.

PALABRAS CLAVE: Cicatrización de heridas; Integración docente y asistencial; Enseñanza.

¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC, bolsista CAPES. Endereço Rua Cruzeiro do Sul, 221. Bairro Carlito Pamplona. Fortaleza-CE. CEP: 60335-190. E-mail: priscilapetenf@yahoo.com.br

² Enfermeira do Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição em Fortaleza-CE. Graduada pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: lydri24@yahoo.com.br

³ Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza. Graduada pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: belzita1982@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunto I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A pele é o revestimento externo do corpo que continua com a mucosa e desempenha diversas funções, como a proteção do organismo, a regulação da temperatura, a percepção de temperatura e pressão, a síntese de vitamina D sob ação dos raios solares e barreira contra infecções¹. A importância da pele para o indivíduo deve ser enfatizada, visto que, qualquer problema que a comprometa é visivelmente perceptível pela própria pessoa acometida e pelas pessoas que a cercam. Assim, as queixas dermatológicas são razões de procura pelo serviço de saúde².

Quando há perda na integridade da pele, o indivíduo se torna mais vulnerável à ação de patógenos, o que prejudica a recuperação da mesma. Essa perda na integridade da pele pode levar à formação de uma ferida, que pode ser definida como qualquer lesão no tecido epitelial, mucosa ou órgão que acarrete prejuízo para o desenvolvimento de suas funções básicas³.

O processo de cicatrização de feridas exige uma atenção especial dos profissionais de saúde, visto que, a depender do tipo de substância ou medicamento e do tipo de cobertura utilizada no curativo, a ferida terá uma evolução melhor e mais rápida ou não. Além disso, o profissional deverá ter competência técnica para caracterizar corretamente a ferida e diagnosticar a fase do processo de cicatrização na qual essa se encontra, determinando, assim, o cuidado e o tratamento mais adequado a ser implementado. Neste sentido, é fundamental o conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores que interferem no processo de cicatrização, a fim de realizarem um cuidado efetivo de feridas, espaço conquistado pela Enfermagem nos âmbitos hospitalar, ambulatorial e domiciliar⁴.

As alunas da disciplina “Gerenciamento de Serviços de Saúde Coletiva” do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), tiveram a oportunidade de vivenciar, no decorrer das aulas de campo, o exercício prático denominado “Assumindo o lugar do gerente da unidade de saúde”, por meio do qual visitaram diversos setores do serviço, observando seu funcionamento e sua dinâmica. Ao final, os pontos fortes e fracos eram apresentados, discutidos e analisados entre professora e alunos, propondo-se estratégias de superação dos fatores

desfavoráveis. Nesse exercício o setor de curativos apresentou sérias limitações, as quais foram identificadas com base no conhecimento e experiência acumulada de docentes e discentes, tais como: insuficiência de instrumental, acondicionamento inadequado das soluções anti-sépticas, destino incorreto do material utilizado (contaminado), ausência de registro da ferida e do cuidado realizado e pouca ou nenhuma interação com o cliente quanto aos cuidados e evolução da lesão, no sentido deste se autocuidar e se sentir co-responsável por sua recuperação. Foi consenso para o mesmo grupo que situação similar se repetiu nos serviços de nível ambulatorial pelos quais as alunas passaram em campo de prática, ou seja, o cuidado com afecções cutâneas nem sempre é prioridade, sendo executado de forma empírica e descomprometida.

Reconhecendo, pois, a necessidade de socializar este diagnóstico com o corpo de funcionários que lida nessa área do cuidado, inclusive fortalecendo o compromisso da integração docente-assistencial, decidiu-se pela realização de uma oficina como espaço para reflexão sobre as condições atuais e o aporte de conhecimentos para imprimir mudanças. Em face ao exposto, realizou-se este estudo, com o objetivo de descrever tal experiência, que poderá ser reproduzida por outros serviços e por outros grupos de docentes e discentes que estejam vivenciando realidade similar.

REFERENCIAL TEÓRICO

A experiência descrita foi desenvolvida de acordo com os momentos da prática pedagógica, proposta por Saul, que consiste na descrição da realidade, crítica da realidade e construção coletiva⁵. A descrição e crítica da realidade são momentos que despertam os aspectos emocionais e racionais das pessoas, gerando interesse para aprender. A descrição da realidade resultou das visitas realizadas pelas alunas na sala de curativos, proporcionando a interação com as duas auxiliares de Enfermagem do setor e a observação do que se passava no cotidiano laboral das mesmas. A partir dos elementos reunidos nas visitas, as alunas relataram a realidade do serviço de curativos da unidade em estudo, momento que representou o primeiro passo para a conscientização, desencadeando motivação para a mudança⁵.

Os recursos humanos se mostraram insuficientes, uma vez que uma auxiliar era responsável pelo setor em cada expediente, todavia se dividindo com as tarefas da sala de processamento de materiais e de pequenas cirurgias ambulatoriais. Observou-se por diversas ocasiões usuários aguardando longas horas para ser atendidos e até mesmo saindo da unidade sem receberem atendimento pelo fato da auxiliar estar envolvida com atribuições em outros setores.

A quantidade de materiais mostrou-se escassa, a incluir déficit de pacotes de curativos, de luvas de procedimentos, e até mesmo de soro fisiológico, que chegou a faltar. Este era mantido aberto ou algumas vezes fechado com esparadrapo (embalagem de 500 ml), sendo utilizado até o consumo final, sem a preocupação de controlar o tempo recomendado de exposição. Não eram realizados registros dos cuidados, tampouco eram dadas orientações aos clientes para estes se autocuidarem.

Observou-se despreparo das auxiliares para exercerem o cuidado de feridas, uma vez que foi observado a aplicação de éter diretamente em lesão, ação desaconselhada e indevida pela toxicidade da referida substância sobre o tecido, sendo utilizada para limpar a área em torno da ferida. Este aspecto se confirma na ausência de atividades de educação continuada e de supervisão por enfermeiro.

Os materiais contaminados e re-esterilizáveis eram colocados em recipientes abertos e ali ficavam expostos por um ou mais expedientes. Não havia segregação entre lixo contaminado e lixo comum. Apesar da existência de uma caixa para desprezar material pérfuro-cortante, lâmina de bisturi usada fora encontrada no chão.

Motivadas pelo impacto dessa realidade, as alunas decidiram compartilhar este diagnóstico com a equipe da unidade de saúde e estabelecer uma análise crítica sobre a situação, preparando-se para um exercício complexo que exige domínio de dimensões atualizadas da temática em questão, valorizando, todavia, o conhecimento e experiências pessoais de cada participante (é a crítica da realidade). A esse respeito, sabemos que a educação é uma prática interdisciplinar em sua totalidade, por ser mediação do todo da existência, constituindo um processo que deve levar do múltiplo ao uno e vice-versa⁶.

A crítica da realidade, na verdade, foi iniciada pelas alunas antes mesmo da oficina que, tendo em mãos os

problemas acima descritos, realizaram um confronto com a teoria, buscando evidências dos aspectos que se mostraram obscuros. Esta fase de fundamentação é imprescindível, pois dá sustentação aos debates dos atores envolvidos, encontrando argumentos para a fase final de construção coletiva⁵. A crítica da realidade foi aprofundada com a equipe da unidade participante da oficina, uma vez que a análise das causas dos problemas foi ampliada pelo corpo de trabalhadores.

Nesta fase, os problemas identificados foram agrupados em três campos de encaminhamentos de resolução: 1) "Poder fazer" (condições que o serviço oferece): recursos humanos insuficientes (uma só auxiliar para realizar atividades da sala de curativos, pequena cirurgia e serviço de esterilização); quantidade de pacotes de curativos insuficiente para a demanda; 2) "Saber fazer" (competência profissional): acondicionamento indevido do soro fisiológico; ausência de registro; falta de orientação ao cliente; aplicação de éter diretamente na ferida; exposição de material contaminado em recipiente aberto e por muito tempo; ausência de segregação entre lixo comum e lixo contaminado; pouco rigor em desprezar material pérfuro-cortante em caixa incineradora; nenhum obstáculo foi identificado no campo do "Querer fazer" (motivação profissional).

A construção coletiva foi efetuada na oficina propriamente dita. Foi um momento que permitiu re-visitare as fases do diagnóstico e da crítica, concretizando-se no debate coletivo que reuniu aspectos teóricos e da realidade do serviço, determinando diferentes alternativas de ação, com argumentações consistentes para a transformação.

Fundamentação científica no cuidado de feridas

Independente da etiologia do ferimento a cicatrização segue um curso previsível, podendo ser descrita em três fases: inflamação, cicatrização do ferimento com desaparecimento e reconstrução e maturação da cicatriz. A inflamação corresponde à resposta fisiológica à lesão tecidual. É inespecífica e essencial ao reparo e restauração da estrutura e função dos tecidos lesados, tendo como propósito limitar os efeitos de microorganismos nocivos. A cicatrização é o processo de regeneração tecidual que restaura completamente a estrutura e a função da área lesada. Essa etapa

tem início com a inflamação, a qual limpa a ferida, proporcionando ambiente adequado para a cicatrização. A fase de reconstrução e maturação da cicatriz consiste na deposição de colágeno que remodela a cicatriz, os capilares desaparecem e o tecido cicatricial readquire cerca de dois terços de sua força original. A cicatriz torna-se madura, com aparência delgada e esbranquiçada, em vez de vermelha e elevada⁷.

Tipo de feridas

A ferida pode ser classificada sob vários prismas, a depender de sua causa, conteúdo microbiano, agente causador, ter presença ou não de transudato e exsudato, e outros. Este aspecto varia de autor para autor, entretanto, não há discordância, mas sim complementaridade. Sua importância está em oferecer, ao profissional, maiores subsídios para a avaliação da lesão e, conseqüentemente, a determinação adequada das medidas terapêuticas. Quanto à causa da ferida estas podem ser classificadas em traumática e cirúrgica. A traumática pode ser decorrente de qualquer trauma ou acidente, devendo se investigar o tipo de material e possível fonte de contaminação. A depender do agente causador, a ferida classifica-se como: incisa ou cortante, lacerante, perfurante, penetrante, contusa, escoriação, venenosa, térmica ou queimadura, patológica, iatrogênica e amputação. A ferida cirúrgica ocorre em ambiente hospitalar, que apesar de dar-se em condições assépticas, está sujeita ao contato com microorganismos resistentes que são comuns ao ambiente e à equipe cirúrgica².

No que se refere ao conteúdo microbiano, a ferida pode ser: 1) limpa: lesão sem quebra da técnica asséptica e sem contato direto com os tratos respiratório, alimentar e gênito-urinário ou orofaríngeo; 2) limpa contaminada: lesão que já tem contato com esses tratos, pequena quebra na técnica asséptica; 3) contaminada: feridas recentemente abertas por trauma grande, quebra na técnica asséptica; e 4) infectada: ferida traumática com retardo na cicatrização, necrose, corpos estranhos ou contaminação fecal².

A presença de transudado e exsudado é de grande importância na classificação das lesões teciduais. O transudado é uma substância fluida que passa através dos vasos com baixíssimo conteúdo de proteínas, células e de-

derivados celulares, enquanto o exsudado é um material fluido, composto por células que escapam de um vaso e se depositam nos tecidos como resultado de um processo inflamatório e é caracterizado por um alto conteúdo de proteína, células e derivados celulares¹.

As feridas classificam-se, ainda, em: necróticas, incisivas, planas, profundas, cavitárias e infectadas. Ferida necrótica é a ferida com tecido morto. Na ferida incisa não ocorre perda de tecido e é passível de sutura. As feridas planas são feridas que envolvem a epiderme, a derme e tecido subcutâneo. Já as feridas profundas envolvem tecidos moles profundos, como músculos e fáscia. Feridas cavitárias se caracterizam por perda de tecido e formação de cavidade com envolvimento de órgãos e espaços. Feridas infectadas são aquelas invadidas por agentes microbianos, com intensa reação inflamatória e destruição de tecidos³.

Fatores que interferem no processo de cicatrização

Os fatores que retardam a cicatrização podem ser intrínsecos (estão presentes no ferimento) e extrínsecos (estão em outro local do cliente). Entre os fatores intrínsecos destacam-se a presença de infecção no local da ferida e a irrigação sangüínea comprometida. Com fatores extrínsecos incluem-se: desnutrição, alterações associadas ao processo de envelhecimento, diabetes, disfunção renal e circulatória e outros distúrbios⁸. Aos fatores intrínsecos podem ser acrescentados a formação de hematomas, excessiva manipulação e traumas teciduais decorrentes de técnica cirúrgica inadequada e o uso de drogas tóxicas. Este último aspecto deve ser levado bastante a sério pelos profissionais que cuidam de feridas, uma vez que pela realidade apresentada neste artigo, é comum o uso impróprio de medicamentos e de outras substâncias sobre as lesões⁹.

Cuidado de feridas

Um eficaz processo de cicatrização exige a elaboração de planos de cuidados que priorizem o conforto do cliente e a diminuição da dor. Curativo é o que cobre uma ferida, promovendo e facilitando a cicatrização, além de proteger contra danos maiores⁹. O curativo ideal deveria manter úmido o leito da ferida, controlar o excesso de

exsudato, prevenir contaminação exógena, proteger de traumatismo mecânico, permitir trocas gasosas e isolar termicamente a ferida¹⁰.

Vários tipos de curativos têm sido lançados no comércio na tentativa de oferecer à ferida boas condições de umidade e hidratação, com capacidade de absorver secreções, não ter adesividade à lesão, garantir porosidade ao vapor e poder anti-séptico. Hoje se dispõe de uma variedade que tornou difícil, ao enfermeiro, escolher o melhor a ser usado. Todavia recomenda-se que sejam avaliados os benefícios e as características de cada curativo, atentando para as particularidades que são apresentadas pelos fabricantes e considerando sempre a relação de custo e benefício¹¹. Para as mesmas autoras a técnica de curativos é um cuidado que deve ser realizado fundamentalmente pelo enfermeiro, ou, pelo menos, sob a sua supervisão. Este envolve desde a escolha do material à execução da técnica, a incluir avaliação da ferida, as orientações ao cliente / família e o registro.

Em se tratando de serviços ambulatoriais e/ou de Unidades Básicas de Saúde, a disponibilidade destes curativos modernos aqui citados ainda não é uma realidade. Na unidade em estudo, por exemplo, está disponível um pacote de curativo de duas pinças, reesterilizado em autoclave. Quanto às soluções anti-sépticas, o almoxarifado disponibiliza comumente soro fisiológico a 0,9%, polivinilpirrolidona-iodo (PVPI), ácido graxo essencial (AGE) e açúcar mascavo.

O soro fisiológico a 0,9% é o único agente de limpeza totalmente seguro e é o tratamento de escolha para a maioria das lesões. Ajuda a manter úmido o leito da ferida, sendo imprescindível para o desbridamento autolítico, migração de células epiteliais, estimulação de fatores de crescimento, contribuindo para a rápida cicatrização¹⁰. Uma outra vantagem é que quase sempre está disponível nas Unidades Básicas de Saúde.

Os ácidos graxos essenciais (AGE) podem ser utilizados em todos os tipos de feridas e até mesmo na prevenção destas, pois aumentam a proliferação celular, disponibilizam fatores de crescimento e leucócitos, estimulam a neoangiogênese, além de exercer ação bactericida. Porém, podem causar hipersensibilidade no cliente⁸.

O efeito do açúcar mascavo no tratamento de feridas infectadas ou não, é mais comumente atribuído aos efeitos bactericida ou bacteriostático, à oferta de nutrientes às células lesadas, à diminuição do edema local pela ação liposcópica, à estimulação dos macrófagos e à formação rápida do tecido de granulação¹². Pode ser encontrado facilmente em qualquer unidade de saúde além de ser eficiente contra a ação de patógenos.

Os preparados à base de povidona-iodo, geralmente, possuem uma eficácia de amplo espectro quando usados em pele íntegra ou em ferimentos pequenos e limpos. Porém apresenta algumas desvantagens como: ser tóxico para os fibroblastos em diluições normais e não ser muito eficaz em feridas infectadas. Além disso, o uso em longo prazo poderá gerar toxicidade por iodo¹³.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório. O caráter descritivo foi atribuído à oportunidade de convivência com os atores que lidam com cuidados de feridas, bem como com seu ambiente e condições de trabalho; o caráter exploratório correspondeu à busca de informações disponíveis sobre o assunto e à construção coletiva gerada em torno da temática, para a proposição de mudanças e de nova forma de atuação e oferta do cuidado¹⁴.

Os dados corresponderam ao desenvolvimento de uma oficina realizada em novembro de 2004, em uma unidade de primeiro nível de referência do sistema de saúde de Fortaleza, no Ceará. Participaram três enfermeiros, quatro auxiliares de Enfermagem, dois funcionários do setor de limpeza, a pessoa responsável pelo almoxarifado e a gerente da unidade, ou seja, pessoas que direta e indiretamente participavam das atividades da sala de curativos. A oficina foi conduzida por 4, das 11 alunas que estavam no campo de prática, sendo que as demais participaram como ouvintes, bem como oferecendo apoio logístico às colegas.

Os participantes foram convidados, pessoalmente, e por meio de cartazes informativos que foram afixados em pontos estratégicos da unidade de saúde, contando, ainda, com a força mobilizadora da chefia do serviço de Enfermagem e da gerente geral da unidade. Vale destacar a impor-

tância dessas iniciativas e vivências no processo de formação do enfermeiro, que tem na gerência uma de suas atribuições, inclusive pautada na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei No. 7.498/86).

O relato seguiu a Resolução 196/96 que trata dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, mantendo o anonimato dos sujeitos envolvidos¹⁵.

APRESENTANDO OS DADOS

Preparação

Compreendeu a identificação dos participantes; seleção dos conteúdos, com base nas deficiências diagnosticadas; definição de metodologia e de cronograma; divisão de tarefas, definição do local e listagem dos recursos necessários.

Os participantes foram selecionados pelo critério de estar envolvidos com a atividade no setor de curativos; os conteúdos abordaram os pontos que foram deficientes no diagnóstico; a metodologia foi participativa, embasada na escuta ativa e na reflexão sobre a prática, considerando as condições da unidade; as alunas negociaram a divisão das tarefas de forma equitativa e por afinidade pessoal com os conteúdos; os recursos necessários foram adquiridos na unidade.

Nessa fase, as alunas vivenciaram um exercício de mobilização de recursos junto à chefia do Serviço de Enfermagem e à gerência geral da unidade de saúde, experimentando situações reais que poderão ser enfrentadas pelas mesmas na condição de enfermeiras gerentes.

No dia da oficina

As alunas facilitadoras chegaram à unidade de saúde às oito horas da manhã. Enfatizaram o convite aos profissionais que se encontravam no serviço e prepararam o auditório, afixando os cartazes ilustrativos e todo o material que seria utilizado na demonstração da prática (pacote de curativo, amostras de soluções anti-sépticas, luvas, recipiente para lixo comum, recipiente para lixo contaminado, etc.). Além dos organizadores da oficina, os acadêmicos de Enfermagem do mesmo grupo de prática e a professora da disciplina contribuíram para a organização do ambiente.

A oficina ocorreu a partir das 10 horas, por ser um horário de menor demanda do serviço (aspecto observado previamente pelas alunas), ocorrendo uma maior disponibilidade dos participantes sem prejudicar o atendimento dos usuários.

A oficina

Os participantes foram acolhidos com votos de boas vindas e receberam um folder com a programação da oficina, contendo etapas, metodologia, distribuição dos horários e pessoa responsável por cada etapa.

A oficina foi iniciada pela apresentação das facilitadoras, que em seguida realizaram um exercício participativo, o qual conduziu à reflexão dos participantes sobre sua importância no ambiente de trabalho, na função que desempenham e como componentes de uma grande equipe. Consistiu em um texto redigido com palavras incompletas, tornando a leitura difícil e arrastada, denotando que a ausência de uma pessoa no grupo faz diferença, prejudica a qualidade e a dinâmica geral da equipe. Este exercício foi escolhido de maneira a contribuir para desfazer qualquer sentimento que a equipe estivesse vivenciando. No caso deste estudo, as alunas haviam identificado nos funcionários o sentimento de impotência ou de ter pouca importância.

Em seguida foi apresentado o diagnóstico das necessidades encontradas na sala de curativos e realizada uma exposição dialogada, abordando o conteúdo pré-selecionado (tipos de ferida, fases da cicatrização, soluções anti-sépticas e técnica de curativos) como suporte para a construção coletiva das propostas de mudanças.

Foi demonstrada a técnica correta de curativos, enfatizando a importância da lavagem das mãos antes e após o procedimento e utilização dos equipamentos de proteção individual. Em seguida foi dada a oportunidade de repetição da técnica pelos participantes, que desenharam uma incisão cirúrgica no antebraço de um dos participantes e praticaram o procedimento, enquanto eram observados por outros (aprendizado aos pares). Foi disponibilizado um pacote de curativo contendo duas pinças Kelly (realidade do serviço), algodão e gaze; luvas de procedimentos; e máscara.

Os participantes reconheceram a possibilidade de melhoria do serviço de curativos, tendo sido assumido por parte da gerência e dos demais funcionários a dedicação em resolver os problemas vigentes.

A oficina foi finalizada com a leitura de uma mensagem de valorização pessoal, com manifestação dos participantes sobre a importância de cada um para o bom desenvolvimento do trabalho em grupo. Foi oferecido um lanche, em decorrência do horário, o que proporcionou conversas, descontração e aproximação entre os presentes.

Os ouvintes agradeceram a execução do evento e solicitaram os cartazes utilizados para a exposição nos respectivos setores, numa demonstração de aceitação do trabalho e desejo de dar continuidade. Enfatizaram a importância da realização de outras oficinas abordando diferentes pontos do serviço que precisavam ser melhorados, ou seja, mostraram-se abertos para o processo de educação continuada em serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória seguida por este grupo de docente e discentes provou que a integração docente-assistencial é possível e que o processo ensino-aprendizagem ancorado na realidade do serviço como prática transformadora proporciona aprendizado nos diversos campos de atuação da Enfermagem: gerencial, assistencial e de pesquisa.

Foi uma experiência desafiadora, levando cada aluna a assumir o papel de protagonista de sua aprendizagem. O ensino no seu sentido amplo deve ser uma oportunidade de construção a partir de conhecimentos e experiências compartilhadas. No processo ensino-aprendizagem ocorrem constantes transformações, por isso é necessário não permanecermos atrelados a um único modelo, permitindo assim que essas mudanças ocorram¹⁶. Portanto, aprender juntos nessa integração docente-assistencial é tornar o desafio do ensino-aprendizagem uma possibilidade de transformar a realidade.

Ressalta-se ser imprescindível a continuidade deste processo como estratégia gerencial para a melhoria da qualidade do serviço de curativos, mantendo-se a supervisão e o acompanhamento sistemático do desempenho dos funci-

onários e que possa avançar para outros setores da unidade de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rey L. Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 679.
2. Smeltzer SC; Bare BG. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
3. Universidade de Campinas. Hospital das Clínicas. Grupo de Estudos de Feridas. Manual de tratamento de feridas. Campinas, 1999.
4. Monetta LA. Importância da atuação científica do enfermeiro na execução dos curativos feitos com papaína. Rev Paul Enfermagem 1990; 9(3); 83-7.
5. Saul AM. Avaliação emancipatória: desafio a teoria e a prática da avaliação e reformulação de currículo. São Paulo: Cortez; 1988.
6. Fazenda I. Didática e interdisciplinaridade. Campinas: Papirus; 1998.
7. Black JM, Matassarini-Jacobs E. Cicatrizações de ferimentos. In: Black JM, Matassarini-Jacobs E. Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.355-78.
8. Mandelbaum SH, Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares. An Bras Dermatol, Rio de Janeiro (RJ) 2003 jul/ago; 78 (4):393-408.
9. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
10. Tenório EB, Bráz M. A intervenção do enfermeiro como diferencial de qualidade no tratamento de feridas. Rev Bras Home Care. [online] [Acesso 2002 dez 16] Disponível em: <<http://www.pronep.com.br/cjp/feridas.pdf>>.
11. Oliveira BGRB, Rodrigues ALS. Cicatrização de feridas cirúrgicas e crônicas: um atendimento ambulatorial de Enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enfermagem, Rio de Janeiro (RJ) 2003 abr; 7(1): 104-13.

12. Paim S, Mafra Júnior C, Tostes R. Uso tópico do açúcar em feridas. *Rev Med Minas Gerais* 1991; 1(2): 88-90.
13. Hess CT. Tratamento de feridas e úlceras. 4ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.
14. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1993.
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 196/96 – Decreto nº 93933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos, *Bioética* 1996; 4(2 supl.): 15-25.
16. Melo EM, Oliveira TC, Barroso MGT. Avaliando uma disciplina do curso de graduação em Enfermagem sob uma visão transformadora. *Rev RENE Fortaleza(CE)* 2002; 3(1): 78-83.

RECEBIDO: 26/08/05

ACEITO: 04/01/06