



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ALINY FERNANDES GOULARTE**

**Continuidade do cuidado de enfermagem a pacientes com feridas na transição entre os  
serviços de saúde**

**Florianópolis**

**2019**

**ALINY FERNANDES GOULARTE**

**Continuidade do cuidado de enfermagem a pacientes com feridas na transição entre os serviços de saúde**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

**Florianópolis**

**2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Goularte, Aliny Fernandes  
Continuidade do cuidado de enfermagem a pacientes com  
feridas na transição entre os serviços de saúde / Aliny  
Fernandes Goularte ; orientador, Gabriela Marcellino de  
Melo Lazzoni, 2019.  
68 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências  
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

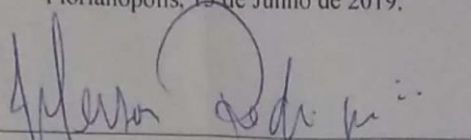
1. Enfermagem. 2. Continuidade do Cuidado. 3. Cuidado  
com feridas. 4. Cuidado de transição. I. Lazzoni, Gabriela  
Marcellino de Melo . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Aliny Fernandes Goularte

**Continuidade do cuidado de enfermagem a pacientes com feridas na transição  
entre os serviços de saúde**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para  
obtenção do Título de "Enfermeiro" e aprovado em sua forma final pelo Curso de  
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

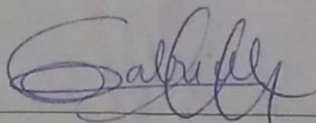
Florianópolis, 13 de Junho de 2019.



---

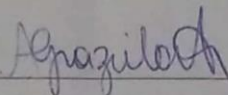
Prof. Dr. Jeferson Rodrigues,  
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

**Banca Examinadora:**



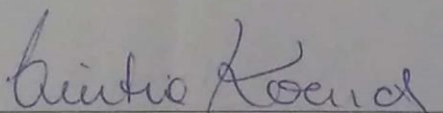
---

Prof (a) Dr (a): Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Orientadora e Presidente



---

Prof.ª Dr.ª Ana Graziela Alvarez  
Membro Efetivo



---

Mestre Cintia Koerich  
Membro Efetivo

## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos são destinados às pessoas que se fizeram presentes durante a grande jornada que foi a graduação, seja desde o início ou que tenha entrado no meio do percurso. Agradeço também aos que me apoiaram e estimularam a construção desse trabalho.

Primeiramente agradeço a Deus, por me proporcionar a honra de estudar em uma Universidade Federal e me formar como Enfermeira, por colocar ao meu lado pessoas incríveis e inspiradoras e por nunca me permitir perder a fé.

Ao meu pai Paulo, minha mãe Tânia e minha irmã Luisa, sem vocês nada disso seria possível, vocês são e sempre irão ser meu alicerce, meu porto seguro. Agradeço por entenderem minha ausência, por me acalmarem nos momentos de desespero e tolerarem alguns surtos. Agradeço por sempre me apoiarem em todas as minhas decisões e me inspirarem a ser sempre uma pessoa melhor.

Ao restante de minha família por me apoiarem e incentivarem à sempre seguir meus sonhos.

As minhas amigas do Colégio de Aplicação, Alhissa, Ana Luiza, Clara, Jaque e Júlia, que me acompanham e apoiam desde antes de eu saber que queria ser enfermeira, que estão sempre do meu lado e que sempre me incentivaram e incentivam. Apesar das brigas, vocês moram em meu coração.

Principalmente a Júlia, minha melhor amiga, que acompanhou tudo de perto, desde a escolha do curso, há seis anos, ate toda a construção do trabalho, que me acolheu nos momentos de desespero, que me ajudou mesmo não dominando o assunto, que esteve e está sempre disposta a me ajudar e me apoiar. Você com certeza foi e é essencial não só durante a produção do trabalho, mas durante toda a minha graduação e vida, quero te ter sempre ao meu lado.

A minha amiga Marina, da qual a amizade é fruto da universidade, que esteve ao meu lado desde o primeiro dia de aula, participou das minhas decisões e me levou ao grupo de pesquisa GEPADES, me apresentando a professora Gabriela. Agradeço por sempre se fazer presente, mesmo longe, e por me entender tão bem, que nossa amizade dure para sempre.

Ao “bonde” Larissa, Marília e Morgana, que estão comigo desde a terceira fase, mas que na verdade foi na nona que realmente nos encontramos. A vocês só tenho a agradecer pelas longas conversas sobre a vida, sobre a faculdade e pelo temido TCC, pelas palavras de conforto, pelos momentos de terapia, quero levar vocês para o resto de minha vida.

Aos meus demais amigos, Carol, Cindy, Fernanda, Nati, Arthur, Lari, Muri, Sucu, Duda, Luana, Jonas, Vini, Gabriel, Flávia, Bruna por entenderem minha ausência nos “rolês”, por entenderem minha falta de tempo e principalmente por me apoiarem e estimularem a sempre seguir em frente. Cada um do seu jeitinho, vocês fazem a minha vida ser mais feliz, sem vocês esses seis anos de graduação não teriam graça.

Ao pessoal do Calenf e agregados: Gustavo, Gabi, Nadine, Vitória, Nathalia, Ruan, Sara... por estarem sempre dispostos a me ouvir, por tornarem minhas tarde na UFSC mais leves e divertidas, por me aconselharem e contribuírem para eu ser quem eu sou.

A minha orientadora Gabriela, pelos quatro anos de parceria, de troca, de aprendizado, por entender que trabalhar comigo é viver as minhas emoções em tempo real, por estar sempre disposta a me ensinar, mas também a me ouvir, que hoje acredito que posso dizer que além de orientadora é minha amiga, que a nossa parceria perdure muito além do TCC.

A doutoranda Carol por toda a ajuda em projetos paralelos e agora no TCC, por todo ensinamento e troca e pela paciência durante todo o percurso.

A todos os professores que eu tive a honra de conhecer, principalmente aquelas que a empatia e a humanização são as principais características e forma de trabalho, vocês com certeza contribuíram para eu ser a profissional e pessoa que eu sou hoje.

Aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, agradeço por cederem seus tempos para construção deste trabalho e por contribuírem para o avanço da pesquisa na área de enfermagem.

**MUITO OBRIGADA, VOCÊS FORAM ESSENCIAIS!**

GOULARTE, Aliny Fernandes. **Continuidade do cuidado de enfermagem a pacientes com feridas na transição entre os serviços de saúde** 2019. Pag. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni.

## RESUMO

**Introdução:** A assistência prestada à pacientes com feridas é uma atividade diária da equipe de enfermagem. Pacientes com feridas precisam de um cuidado dedicado e continuado mesmo após a alta hospitalar, por este motivo é importante que o enfermeiro faça uma orientação para alta e tenha uma boa comunicação com os demais serviços de saúde para uma transição adequada. **Objetivo:** Compreender a atuação do enfermeiro no cuidado a pacientes com feridas em transição do hospital para os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado através do método de Teoria Fundamentada em Dados (TFD), através de entrevista semi-estruturada com 14 enfermeiros de unidades de internação cirúrgica e ambulatorial de um hospital universitário no sul do Estado de Santa Catarina. A coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente. O processo analítico dos dados se deu através de três etapas interdependentes, conforme determina a TFD, sendo eles codificação aberta, codificação axial e integração, a etapa de codificação axial relaciona as categorias e subcategorias de acordo com três componentes doparadigma, sendo eles: condições, ações-interações e consequências. **Resultados e Discussões:** O processo de análise e integração sistêmica dos dados manifestou o seguinte fenômeno “Buscando estabelecer a continuidade do cuidado à pacientes com feridas que enfrentam a transição entre serviços”, sustentado por três categorias e 13 subcategorias, a primeira categoria trata da preocupação com o paciente até o contato com a Atenção Primária à Saúde, reinternações e prolongamento de internações, a culpabilização da Atenção Primária à Saúde na falha na continuidade e a preocupação da equipe no encaminhamento do paciente para o acompanhamento ambulatorial. A segunda categoria traz a importância de um profissional capacitado/qualificado na assistência à pacientes com feridas e sobre a comunicação entre as equipes em âmbito intra e extra-hospitalar. A terceira categoria traz a maneira como os profissionais superam as fragilidades e realizam a continuidade do cuidado. **Considerações finais:** O processo de transição, assim como a continuidade do cuidado hospitalar à paciente com feridas são temas poucos abordados e que enfrentam muitos obstáculos na prática clínica. Os resultados do estudo apontam que o componente chave para melhoria no processo de transição e continuidade do cuidado seria a melhora da comunicação entre as equipes multiprofissionais, assim como a efetivação da comunicação entre os pontos da rede de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Cuidado de Transição. Continuidade da Assistência ao Paciente. Alta Hospitalar. Alta do Paciente. Enfermagem. Ferimentos e lesões. Gestão em Saúde.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias e Subcategorias .....	35
---	----



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Camadas da pele.....	19
Figura 2 – Estágios das Feridas.....	20
Figura 3 - Ponte de domínios para melhor transição do cuidado. ....	47

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AGE – Ácidos Graxos Essenciais

APS – Atenção Primária à Saúde

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CUn – Conselho Universitário

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GEPADES - Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde

HU/UFSC – Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

IBGE – Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SMS – Secretária Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD - Teoria Fundamentada nos Dados

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	16
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1.O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	17
3.2. FERIDAS E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	19
3.3. A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA TRANSIÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	23
4. MÉTODO.....	26
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2. CENÁRIO DO ESTUDO.....	26
4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	27
4.4. COLETA DOS DADOS.....	28
4.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	30
5. RESULTADOS.....	31
5.1 MANUSCRITO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CONTINUIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM FERIDAS NA TRANSIÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE ..	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES.....	61
ANEXOS.....	65

## 1. INTRODUÇÃO

O maior órgão do corpo humano é a pele, que tem como função proteção, percepção do ambiente, retenção de água, termorregulação, produção de vitamina D e respostas emocionais e imunológicas, representando aproximadamente 15% do peso corporal. Quando a estrutura normal da pele se rompe, obtêm-se uma ferida (EBERHARDT, et al, 2015).

As feridas podem ser classificadas em agudas e crônicas. As agudas são caracterizadas por lesões traumáticas que possuem tratamento rápido, sendo essas, feridas cirúrgicas, lacerações, escoriações e lesões perfurantes. Enquanto as crônicas são aquelas que permanecem abertas por longa duração e normalmente estão associadas a complicações provenientes de doenças crônicas e degenerativas, tais quais, as úlceras venosas e artérias, o pé diabético e doenças resultantes de processos neoplásicos, que exigem uma avaliação e um cuidado maior e mais delicado (LIMA, et al, 2016).

As feridas são responsáveis por altos índices de morbimortalidade, sendo considerados problemas graves de abrangência mundial e de grande impacto na vida do indivíduo, pois são causadoras de dor, imobilidade, incapacidade, alterações psicossociais e alterações emocionais relacionadas à autoestima e auto-imagem (OLIVERIA, et al, 2016). Nos Estados Unidos, aproximadamente 6,5 milhões de pessoas possuem feridas, sejam elas agudas ou crônicas, resultando em um gasto aproximado de 25 bilhões de dólares para o tratamento de complicações de saúde relacionadas às feridas (OLIVEIRA, et al, 2016). No Brasil o número elevado de indivíduos com feridas, principalmente crônicas, colabora no agravamento dos gastos público e interferem na qualidade de vida da população (SEHNEM, et al, 2015).

A assistência prestada à pacientes com feridas é uma das atividades que constitui a rotina diária da equipe de enfermagem, sendo necessário um cuidado complexo e dinâmico (OLIVEIRA, et al, 2013). O enfermeiro é o profissional capacitado que está diretamente ligado ao cuidado de pacientes com feridas, em todos os níveis de atenção à saúde, tanto para avaliação e definição do tratamento das mesmas, quanto para orientar e supervisionar a equipe durante a execução do curativo (OLIVEIRA, et al, 2013; SEHNEM, et al, 2015).

No entanto, é necessário que o enfermeiro resgate a responsabilidade da realização de uma avaliação clínica perspicaz, observando os fatores locais e sistêmicos que condicionam o surgimento da ferida e seu processo de cicatrização. Com isso, a visão clínica do cuidado permite que fatores que intervêm na cicatrização, tais como, condições

nutricionais, controle da patologia de base, condições infecciosas e circunstâncias medicamentosas, tenham relação (SEHNEM, et al, 2015).

Pacientes com feridas precisam de cuidados diários para melhor e mais rápida cicatrização das lesões, e muitas vezes, estes recebem alta hospitalar mesmo quando a ferida não se encontra totalmente cicatrizada, sendo necessária então a realização do cuidado na transição destes pacientes e em seguida a continuação dos cuidados dos mesmos.

O cuidado de transição ou transição do cuidado diz respeito às condutas que garantem a continuidade e o gerenciamento do cuidado prestado entre unidades de um mesmo serviço ou entre serviços de saúde variados (WEBER, et al, 2017). Isso ocorre quando o paciente sai de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e vai para uma unidade de internação, ou quando o paciente recebe alta do hospital e passa a receber tratamento no centro de saúde de sua região, por exemplo.

A alta hospitalar é um dos principais pontos do cuidado de transição e traz inúmeras mudanças importantes no cotidiano do paciente, pois não só o cuidado, mas também o uso de medicações passa a ser diferente do que o paciente já está acostumado. Por isso, o cuidado de transição requer uma boa comunicação entre as partes envolvidas, que são os profissionais, o paciente, a família e os profissionais de continuarão a assistência, seja em outro serviço de saúde ou em domicílio (LIMA, 2015).

Algumas vezes as mudanças que ocorrem no cotidiano do paciente após a alta não são passadas de forma adequada durante a internação hospitalar, resultando na fragmentação dos cuidados em domicílio, por este motivo é muito importante que na alta a transição do cuidado seja feita de forma adequada e cuidadosa, com planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e família, se baseando nas necessidades, preferências e caso clínico do paciente (LIMA, 2015).

As orientações para alta hospitalar, muitas vezes, são passadas de forma rápida e mecânica, não considerando as fragilidades individuais dos pacientes, quando isso acontece muitas vezes os familiares acabam por fingir que entenderam as orientações e não tiram suas dúvidas, o que gera angústia e ansiedade para todos, podendo resultar na não adesão do tratamento, efeitos adversos graves e principalmente, qualidade de vida baixa, podendo gerar até uma nova internação hospitalar (WEBER, et al, 2017).

Quando adequada, a transição do cuidado pode melhorar a qualidade dos resultados assistenciais, influenciando na qualidade de vida dos pacientes, na melhor relação entre paciente e profissional de saúde e redução do número de internações, contribuindo para eventual redução de custos do serviço de saúde, além de contribuir para a continuidade do

cuidado, que trata basicamente da continuação do tratamento que o paciente tinha no hospital, no domicílio e/ou nos serviços de saúde (MENDES, et al, 2017;).

Uma comunicação efetiva entre os diferentes níveis de serviços de saúde é de extrema importância para o processo de continuidade do cuidado, isso porque, esse contato permite a obtenção de informações sobre o paciente, assim como, os dados clínicos e de tratamento, proporcionando assistência adequada após sua alta hospitalar (GERVANOZI, 2017).

Neste contexto o enfermeiro tem como responsabilidade realizar a comunicação entre os níveis de serviços de saúde, proporcionando ao paciente uma recuperação segura, que permitirá o entendimento do cuidado como um sistema, com diferentes fluxos de atendimentos, que proporcionaram aos pacientes à assistência a saúde adequada (GERVANOZI, 2017). A enfermagem, em especial o Enfermeiro, é o profissional que fica à frente e mais desenvolve esta conduta na alta hospitalar (LIMA, 2015) oferecendo suporte de educação em saúde e orientações para a prevenção, controle da doença, promoção e manutenção da saúde, a fim de aprimorar o preparo de alta e garantir a continuidade dos cuidados no domicílio (WEBER, et al, 2017).

No ambiente domiciliar a família dos pacientes normalmente são os únicos prestadores de cuidados contínuos e, às vezes, as avaliações e orientações realizadas pelos profissionais de saúde podem ser fragmentadas, podendo dificultar a prestação de serviço pelo familiar, por isso é importante a comunicação entre os serviços de saúde, principalmente entre hospital- centro de saúde, a fim de que haja uma rotina de visitas e tratamento para o paciente que vai de alta com tais lesões, onde a família possa ter acesso a orientações quanto ao tratamento das lesões e saibam observar a evolução da mesma, resultando em um trabalho em conjunto entre os profissionais, familiares e o próprio paciente (ALMEIDA, et al, 2015).

É fundamental, ainda, que o profissional conheça a situação de vida que os portadores da ferida estão inseridos fora do hospital, levando em conta os aspectos sociais, econômicos e culturais, podendo então promover um cuidado contextualizado, holístico e de qualidade.

A qualidade das transições do cuidado tem sido utilizada como um dos componentes para avaliação de desempenho de hospitais. A garantia de transições seguras e eficientes de serviços hospitalares para o domicílio tem sido foco de interesse de pesquisadores e gestores de saúde no âmbito internacional e a qualidade de tais transições vem sendo utilizadas como um dos componentes chave para a avaliação de desempenho dos hospitais (WEBER, et al, 2017).

Por este motivo, e pela escassez de estudos acerca do cuidado de transição dos pacientes com feridas, dada a importância e impacto da temática, este estudo tem como questionamento: Como acontecem os cuidados de enfermagem realizados por enfermeiros junto aos pacientes com feridas durante a transição entre os serviços de saúde?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Compreender a atuação do enfermeiro no cuidado apacientes com feridas em transição do hospital para os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde.



### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados e sustentados de acordo com a literatura os principais eixos temáticos que sustentam este trabalho: O Sistema Único de Saúde e suas Redes, Feridas e a atuação do enfermeiro e A continuidade do cuidado na transição entre os serviços de saúde.

#### 3.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores sistemas de saúde público no mundo, foi criado em 1988, pela Constituição Federal, que dizia que a Saúde era direito de todos e dever do Estado. O SUS atende desde simples procedimentos até grandes cirúrgicas com, acesso integral, universal e gratuito para toda população do país. Antes da criação e implementação do SUS, o sistema público de saúde prestava atendimento apenas aos trabalhadores que tivessem vínculos com a Previdência Social, os demais cidadãos eram atendidos em entidades filantrópicas (BRASIL, 2018).

Em união às demais políticas, o SUS tem o dever de atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes. (BRASIL, 2018). Ao longo de sua existência, o SUS progride a partir da reconstrução de portarias, resoluções, leis, políticas e programas de saúde, tendo em vista a reafirmação de seus princípios e diretrizes (ARRUDA, et al, 2015). A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios (BRASIL, 2018).

O SUS se baseia nos princípios da universalidade, onde a saúde é um direito de todos e cabe ao Estado assegurar esse direito, da equidade, que se resume em tratar com desigualdade os desiguais, investindo mais onde a carência é menor, e por fim da integralidade, onde as pessoas são consideradas como um todo, sendo importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2018). Com o intuito de concretizar o princípio de integralidade, foi criado a estruturação do sistema em redes (MAGALHÃES JUNIOS, 2014). Sendo assim, a partir de 2010, através da Portaria 4.270/2010, a organização do SUS se estruturou pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010).

Existem ainda os princípios organizativos do SUS, que são a regionalização e a

hierarquização, onde os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida, e a descentralização, que diz respeito ao comando único com o intuito de redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis do governo, e por fim a participação popular, onde a sociedade deve participar do sistema no dia-a-dia, através da criação de conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 2018).

As RAS são medidas organizativas de ações e serviços de saúde, consideradas organizações poliárquicas, das quais são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010; ARRUDA, et al, 2015). Surgem como estratégia de reestruturação do modo fragmentado de manejar a assistência e a gestão em saúde (ARRUDA, et al, 2015).

A implementação da RAS visa uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na efetividade da gestão do sistema de saúde em espaço regional, e contribui para o avanço na efetivação do SUS. A RAS busca oferecer atenção integral e contínua à população, sendo coordenada através da Atenção Primária à Saúde (APS), prestando serviços de saúde no tempo, lugar, com custo e qualidade certa e humanizada (ARRUDA, et al, 2015).

A RAS tem como principais características a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014).

O funcionamento efetivo da RAS depende da interação de três elementos, tais quais, o primeiro se trata da população/região de saúde definida, onde é necessário conhecer as pessoas, suas regiões, fraquezas, para aí então poder preservar e aperfeiçoar a saúde da comunidade. O segundo elemento se trata da estrutura operacional, que são os diferentes pontos de atenção à saúde, sendo eles de atenção primária, secundária e terciária e suas ligações. A APS funciona como a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, é onde acontece o atendimento inicial, normalmente esse atendimento acontece nos centros de saúde localizados nos bairros, já a atenção secundária diz respeito às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) bem como atendimento ambulatorial especializado, e a atenção terciária trata-se dos atendimentos de alta densidade tecnológica, incluindo a atenção hospitalar. O último elemento para o funcionamento da RAS se trata do modelo de atenção à saúde, sendo um sistema que organiza o funcionamento das redes, articulando os elementos da rede e as

intervenções sanitárias (MENDES, 2011).

A RAS deve ainda preservar os diversos níveis de atenção à saúde e se organizar de maneira que a população não busque um serviço de atenção terciária, quando sua necessidade por ser resolvida em um serviço de atenção primária, não sobrecarregando a rede. Essa racionalidade tem a ver com a eficiência, a economicidade, a facilidade no pronto atendimento e a escala, e a muitos outros elementos administrados pelos agentes públicos (SANTOS, 2017).

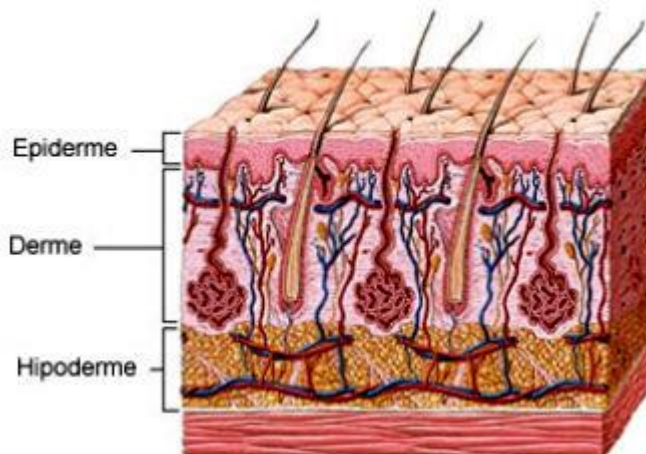
Em sistemas com essa organização, os recursos podem ser mais bem aproveitados desde que sejam aperfeiçoados os mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços, obtendo economias de escala e escopo na composição e organização deles (ARRUDA, et al, 2015).

### 3.2. FERIDAS E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Como já mencionado, a pele é o maior órgão do corpo humano e compõe de 15 a 16% do peso corporal, a mesma é constituída por duas camadas germinativas, a ectoderme e a mesoderme (EBERHARDT, et al, 2015; MITAG, et al, 2017).

A ectoderme é a camada que da origem a epiderme, que diz respeito ao revestimento externo formada por inúmeras camadas de células sem vascularização e possui função de proteção. Já a mesoderme origina a derme, que é a camada intermediária da pele, onde se situam vasos, nervos e anexos cutâneos. Na continuidade da derme há ainda a hipoderme que serve de união aos órgãos adjacentes e tem como função principal o depósito nutritivo (FIGURA 1) (MITAG, et al, 2017).

Figura 1 – Camadas da pele



(Fonte: MAGALHÃES, 2018)

A pele possui inúmeros papéis, entre eles a proteção, através de uma barreira física entre o corpo e meio ambiente, retenção de água, percepção do ambiente, termorregulação, produção de vitamina D e resposta emocional e imunológica. As fibras nervosas da pele são as responsáveis pelas sensações de calor, frio, pressão, vibração, tato e dor, enquanto as glândulas sebáceas agem como lubrificante e emulsificante, formando o manto lipídico da superfície, que possui ação antifúngica e antibacteriana (EBERHARDT, et al, 2015; MITAG, et al, 2017).

São muitas as alterações que prejudicam a integridade da pele, fazendo com que ocorra o seu rompimento e o rompimento de sua função anatômica, resultando em uma ferida. Fatores como pressão e/ou traumas, sejam eles mecânicos, químicos, físicos ou isquêmicos podem resultar nesse rompimento e na formação da ferida (EBERHARDT, et al, 2015; MITAG, et al, 2017).

As feridas podem ainda ser agudas ou crônicas, dependendo do seu grau e tempo de cicatrização. Feridas agudas são definidas por lesões traumáticas e de rápida cicatrização, como no caso das feridas cirúrgicas ou lacerações, enquanto as crônicas permanecem abertas por um longo período e normalmente são associadas às comorbidades que a pessoa possui como, doenças crônicas ou processos neoplásicos (LIMA, et al, 2016). As feridas ainda podem ser classificadas em quatro estágios, conforme mostra a figura 2.

FIGURA 2 – Estágios das feridas.



Fonte: PASSOS, (2018).

O processo de cicatrização de uma ferida se dá através de três fases, a fase de inflamação é a primeira delas, que leva cerca de três dias e é onde ocorre a hemostasia e vasoconstrição, em seguida ocorre a fase proliferativa, que dura de três a 24 dias, onde ocorre a neo-angiogênese, a fibroplasia e a epitalização e por fim ocorre a fase de maturação, onde ocorre a remodelação do tecido afetado (PASSOS, 2018).

O tratamento de feridas, durante décadas, tem como princípio melhorar o processo de cicatrização com um período de tempo curto. Atualmente já existem inúmeros meios tecnológicos que contribuem e interferem na biologia molecular, auxiliando no processo cicatricial (SILVA, et al, 2016).

As percepções e as práticas de saúde voltadas para o cuidado, não visam somente à doença, como era antigamente, atualmente busca-se realizar uma prática assistencial de respeito, visando o ser como um todo, com sentimentos e valores. Através desse novo olhar é perceptível o sofrimento que as pessoas possuem por carregarem suas doenças (WAIDMAN, et al, 2011).

As feridas compõem um sério problema de saúde pública, isso devido ao aumento no número de doentes com feridas. Esse número elevado contribui para agravar os gastos públicos, afetando também a qualidade de vida da população. Com intuito de prevenir isto, uma assistência global, que atenda as necessidades biopsicossociais da população e melhore suas condições de vida deve ser proporcionada (WAIDMAN, et al, 2011).

O cuidado com as feridas exige conhecimento técnico - científico, além da capacidade para o exercício de juízo profissional. (SEHNEM, et al, 2015). Na enfermagem esta é uma atividade privativa do enfermeiro, onde o mesmo tem o papel de avaliar a lesão e prescrever o tratamento mais adequado para a mesma, além de supervisionar a equipe na hora da realização do curativo (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

O enfermeiro deve saber sempre que o tratamento não deve ser dirigido somente à ferida, mas sim ao paciente como um todo, passando da competência técnica do profissional e entrando na competência humana. Essa prática dentro da enfermagem é reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND) e Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008), consolidando o enfermeiro como um profissional habilitado e autônomo para tomada de decisão relacionada às feridas.

É o enfermeiro que vai buscar o histórico da ferida do paciente, avaliando suas características definidoras e fatores relacionados e irá diagnosticá-la. Após isso é o enfermeiro

que desenvolverá o plano de cuidados global ao paciente, visando alcançar resultados que potencializem o tratamento da ferida. Com as metas estabelecidas para um melhor resultado, o enfermeiro então decide qual será a melhor terapêutica, de acordo com o nível de gravidade da ferida, e as condições gerais do paciente (CUNHA, 2006).

No momento da alta, é o enfermeiro quem, junto com a família e o paciente, vai fazer todos os encaminhamentos e recomendações necessárias, visando uma excelente cicatrização, mesmo que o paciente esteja em processo de transição para outro serviço. A prioridade do enfermeiro para o cuidado com a ferida, sempre vai depender das condições em que o paciente se encontra, seja ele estável ou emergencial, e é claro do local e tamanho da mesma (CUNHA, 2006).

É importante destacar que o enfermeiro passa por inúmeras dificuldades no cuidado do indivíduo com ferida, como por exemplo, a carência de conhecimentos a respeito da assistência de enfermagem, a ausência de protocolos para avaliação clínica, assim como de discussões interdisciplinares no ambiente de trabalho sobre a temática, a ausência de materiais específicos, e também a falta de programas de educação continuada e a distância (SEHNEM, et al, 2015)

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), é competência geral do enfermeiro no cuidado com as feridas realizar os curativos, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidados com as feridas. Já se tratando de competências específicas, o enfermeiro deve realizar o procedimento de prevenção e cuidado às feridas no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução COFEN nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente, do Sistema Único de Saúde (COFEN; 2009).

Cabe ainda ao enfermeiro Estabelecer prescrição de medicamentos/coberturas utilizados na prevenção e cuidado às feridas, estabelecidas em Programas de Saúde ou Protocolos Institucionais. Realizar curativos de feridas em Estágio III e IV, nos casos dos curativos de Estágio III, após avaliação o enfermeiro pode delegar para o técnico de enfermagem. Executar o desbridamento autolítico, instrumental, químico e mecânico. Estabelecer uma política de avaliação dos riscos potenciais, através de escalas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional. Desenvolver e implementar plano de intervenção quando um indivíduo é identificado como estando em risco de desenvolver úlceras por pressão, assegurando-se de uma avaliação completa e contínua da pele. Avaliar estado nutricional do paciente através de seu IMC e se necessário utilizar-se de indicadores nutricionais como: hemoglobina, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D. Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias, tais como, coberturas de ferida, laser de baixa intensidade, terapia por pressão negativa, entre outros. Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomadas de decisão imediata. Coordenar e/ou participar de testes de produtos/medicamentos a serem utilizados na prevenção e tratamento de feridas. Prescrever cuidados de enfermagem aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as disposições

legais da profissão. Quando necessário, realizar registro fotográfico para acompanhamento da evolução da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou responsável, através de formulário institucional. Registrar todas as ações executadas e avaliadas no prontuário do paciente, quanto ao cuidado com as feridas (COFEN; 2015, p. 3-5).

A autonomia profissional em enfermagem antigamente não possuía tanto valor quanto hoje, porém deve-se entender que autonomia não significa total liberdade e sim liberdade para exercer o que é de sua competência, respeitando os requisitos legais (SEHNEM, et al, 2015).

Atualmente, com intuito de estimular os enfermeiros a buscarem conhecimentos técnicos e científicos, permitindo que atuem com mais autonomia na avaliação das lesões de pele e na utilização de terapias tópicas, a área de Enfermagem conta com cursos de especialização em Estomoterapia e Enfermagem Dermatológica, permitindo que o profissional enfermeiro atue de forma efetiva no cuidado direto às feridas. Os profissionais de enfermagem organizam e aplicam uma abordagem sistemática em relação às necessidades preventivas e terapêuticas para as feridas, sendo autônomos na tomada de decisão (CAMPOS, et al, 2016).

Os enfermeiros têm demonstrado grande interesse na expansão de seus conhecimentos relacionados ao tratamento de feridas, isso porque esta ação vai muito além do que um cuidado de enfermagem e se trata de uma especialidade que exige do profissional tenha muitos conhecimentos e seja versátil em sua atuação. Para o enfermeiro, prestar uma assistência com autonomia é necessário a objetivação, otimização e padronização dos procedimentos de prevenção e tratamento à ferida, através de protocolos e garantem respaldo legal, técnico e científico ao profissional enfermeiro (CAMPOS, et al, 2016).

### 3.3.A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA TRANSIÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

O SUS é orientado por três princípios doutrinários que sustentam a atenção à saúde dos usuários: a universalidade, a equidade e a integralidade. Com isso, as redes de atenção à saúde têm por objetivo promover a assistência integral, sendo necessária a integração entre os diversos serviços de saúde de diferentes níveis de densidade, para que se alcance a assistência integral (GEVARZONI, 2017), podendo assim ocorrer à transição entre os serviços.

A população de idosos vem crescendo cada dia mais, resultando no aumento do número de doenças e comorbidades relacionadas à idade, e consequentes internações hospitalares e aumento da utilização do serviço de atenção primária na comunidade. Com

isso, o processo de transição se destaca como uma das formas de garantir a continuidade do cuidado, superando a fragmentação da atenção ao paciente (WEBER, et al, 2017).

O sistema de referência e contrarreferência auxilia na comunicação entre os serviços, a referência acontece quando um serviço de baixa complexidade encaminha o usuário para um serviço de complexidade maior, por exemplo, quando a atenção primária encaminha o paciente para a atenção secundária ou terciária, já a contrarreferência nada mais é que o contrário disso, quando um serviço de maior complexidade trata um paciente e depois o encaminha para o serviço de baixa complexidade para continuidade da assistência, quando um paciente recebe alta hospitalar e segue com o acompanhamento no centro de saúde, por exemplo (GEVARZONI, 2017).

A continuidade do cuidado proporciona aos pacientes a melhoria na qualidade dos cuidados prestados, assim como ajuda na diminuição dos gastos dos serviços de saúde (MENDES, et al, 2017). É o enfermeiro o profissional responsável e habilitado, da equipe de enfermagem, para tal ação, tendo autonomia para orientar os pacientes e familiares com intuito de proporcionar uma recuperação livre de intercorrências, esclarecer dúvidas pertinentes, assim como, estabelecer a articulação com os serviços de saúde através da contrarreferência no momento da alta hospitalar (WEBER, 2015).

Para o paciente internado o momento da alta é um momento de muita ansiedade, onde o mesmo passará por novas mudanças em seu cotidiano, saindo da rotina do hospital e entrando em uma rotina diferente até mesmo da que tinha antes da internação, isso porque, agora em sua rotina domiciliar além do acréscimo das medicações, haverá também a continuidade do cuidado iniciado na internação.

Em algumas situações, durante a internação a equipe de enfermagem já consegue abordar essas mudanças, fragmentando para o paciente os cuidados pós-alta, tornando tudo mais fácil de entender e aceitar. Nesse momento é necessário muito planejamento, preparação e educação do paciente e de sua família (WEBER, et al, 2017). Isso porque, é a partir do momento da alta, que o paciente e família passam a realizar os cuidados sem o suporte da equipe hospitalar.

A falta deste planejamento, ou a insuficiência de informações passadas para os pacientes e familiares pode resultar em uma série de eventos adversos, assim como angústia e preocupação, resultando em um tratamento de baixa aderência e falha na continuidade (WEBER, et al, 2017).

A continuidade do cuidado possui inúmeros benefícios, tais quais, possibilita maior chance de integração de dimensões sociais, psicológicas, físicas e econômicas, assim como,



melhora a relação paciente – profissional de saúde, redução dos gastos devido à redução do número indevido dos serviços de saúde, pois com a orientação do paciente o mesmo passa a procurar o serviço adequado para o seu problema, aumentando sua satisfação com o serviço (MENDES, et al, 2017).

Entretanto se o profissional não estiver atento na hora de orientar os pacientes e familiares, pode acabar gerando confusão no entendimento dos mesmos, resultando em uma continuidade inadequada (MENDES, et al, 2017). Por este motivo, mesmo quando o paciente e a família são orientados, é importante que o hospital faça contato com o nível primário de atenção, explicando detalhadamente sobre a internação e o processo de alta hospitalar, orientado assim o profissional da atenção primária sobre os cuidados adequados.

No processo de transição de um paciente do hospital para o domicílio, é de suma importância que haja a continuidade dos cuidados prestados durante o período de internação e que os serviços de saúde possuam uma comunicação (MORO; CALIRI, 2016), garantindo uma boa assistência ao paciente, desde a internação até a alta hospitalar.

O termo transição significa “Passagem de um lugar, assunto, tom ou estado para outro”. Quando relacionado ao cuidado, se trata de ações que assegurem a continuidade da assistência à saúde prestada a determinado paciente durante a sua transferência entre os diversos serviços de saúde ou até mesmo setores diferenciados de uma mesma instituição (WEBER, et al, 2017).

Nessa transição são envolvidos os pacientes, familiares e cuidadores, assim como os profissionais que passaram por sua assistência e os que continuarão a prestá-la, por isso é considerada um processo complexo, onde exige a comunicação de profissionais de diferentes formações, experiências e habilidades (WEBER, et al, 2017).

Quando o processo de transição ocorre de maneira adequada, gera melhora na qualidade dos resultados assistenciais, assim como melhora na qualidade de vida dos doentes, melhora no índice dos gastos públicos, pois diminui o índice de reinternações, melhora a articulação entre os profissionais tanto no meio intra, quanto extra-hospitalar. A qualidade dessas transições tem sido utilizada para avaliar o desempenho dos hospitais, sendo assim garantir que essas transições sejam seguras e eficazes passaram a ser o foco dos gestores de saúde (WEBER, et al, 2017).

## 4. MÉTODO

A pesquisa faz parte do macroprojeto intitulado “Liderança do enfermeiro no cuidado de transição entre os serviços de saúde”, vinculado ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde (GEPADES).

### 4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com a aplicação da Teoria Fundamentada em Dados (TFD). A TFD, ou *Grounded Theory*, foi escolhida a fim de responder o objetivo da investigação, sendo o recurso metodológico para guiar a coleta e a análise dos dados com o intuito de desvelar o fenômeno. Este método abarca a realidade experienciada a partir da compreensão ou significado que o contexto ou objeto tem para a pessoa, viabilizando a concepção e conseqüentemente, proporcionando um guia significativo para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2015).

### 4.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas unidades de Clínica Cirúrgica A e B e Ambulatório de um hospital geral localizado ao sul do Brasil. O hospital foi fundado em dois de maio de 1980 e faz parte da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde como hospital geral de referência no Estado

Em 2017, o hospital contava com 308 leitos, sendo 238 ativos e disponibilizados aos usuários em tratamentos clínicos e cirúrgicos, de ginecologia, obstetrícia com alojamento conjunto, berçário, pediatria, Unidade de Terapia Intensiva - adulto e neonatal, e emergências adulto, obstétrica, ginecológica e pediátrica. (GELBCKE et al., 2017).

As clínicas cirúrgicas do hospital atendem as seguintes especialidades cirúrgicas: Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Proctológica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia (cirurgia de cabeça e pescoço) Ortopedia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia e Anestesiologia (HU/UFSC/EBSERH, 2019).

A clínica cirúrgica A conta com trinta leitos, dispostos em 12 quartos. A unidade conta com uma equipe de enfermagem composta por nove enfermeiros, sendo um responsável pela chefia do setor, dois residentes de enfermagem, 24 técnicos de enfermagem

e quatro auxiliares de enfermagem(HU/UFSC/EBSERH, 2019).

A clínica Cirúrgica B conta com capacidade total de 30 leitos distribuídos em 12 quartos.Em relação à equipe de enfermagem do setor conta com nove enfermeiros assistenciais, um responsável pela chefia do setor, 25 técnicos de enfermagem e três auxiliares de enfermagem(HU/UFSC/EBSERH, 2019).

O ambulatório do hospital é dividido em 11 áreas de atendimento das mais variadas especialidades. O ambulatório funciona para realização de consultas e exames tanto internos quanto externo. A área na qual foi realizada a pesquisa foi a que atende preferencialmente os pacientes da cirurgia plástica. O ambulatório funciona das 07:00 às 19:00 horas, de segunda a sexta-feira (EBSERH, 2016).

#### 4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os enfermeiros vinculados ao setor de cirurgia do presente hospital. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro (assistencial, chefe do setor, de referência para os setores, ou residente de enfermagem) das unidades de internação cirúrgicas e do ambulatório e possuir no mínimo três meses de atuação no setor. Foram excluídos profissionais que estivessem de férias ou em licença de qualquer natureza, e aqueles que se recusassem a participar do estudo.

Dos 19 enfermeiros das unidades de internação cirúrgica, dois da chefia, 15 assistenciais e dois residentes, três estavam afastados por licença maternidade e/ou saúde, um possuía menos de três meses de serviço no setor e um estava de férias. Sendo assim, a amostragem teórica foi 14 enfermeiros. Destes, dois se recusaram a participar da pesquisa, sendo incluídos no estudo 12 participantes, sendo dois enfermeiros gerenciais, oito assistenciais, dois residentes. No ambulatório uma enfermeira foi convidada a participar do estudo e aceitou. Ainda, foi convidada uma enfermeira representante da comissão de feridas, totalizando 14 entrevistados para a pesquisa.

Como preconizado pelo método os participantes foram organizados através de dois grupos amostrais, sendo o primeiro composto pelos enfermeiros assistenciais dos setores de internação cirúrgica, resultando em sete enfermeiros assistenciais e dois residentes de enfermagem. O segundo grupo amostral foi composto por figuras de autoridade e/ou referências para os setores de internação e membros da comissão de feridas do referido hospital, sendo composto então por uma enfermeira assistencial membro da comissão de feridas, duas enfermeiras gerenciais, uma enfermeira do ambulatório e uma enfermeira

presidente da comissão de feridas, totalizando cinco profissionais.

#### 4.4. COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019. Inicialmente apresentou-se a proposta para os coordenadores das unidades, foi solicitada autorização para abordar individualmente e pessoalmente os enfermeiros, aos quais foram apresentados o objetivo do estudo e metodologia, e verificado o interesse em participar do estudo e agendava a entrevista no horário de preferência do entrevistado. Assim, foram realizadas entrevistas semi-estruturada (APÊNDICE A), presenciais, individuais, em local e horário de trabalho previamente acordados com os participantes, em sala reservada. As entrevistas foram registradas por gravação digital de voz, tendo duração média de 20 minutos.

A questão norteadora utilizada durante a entrevista foi: “Fale como você percebe o cuidado de enfermagem e a liderança do enfermeiro na transição do paciente com feridas entre os níveis de atenção a saúde?”

A coleta foi realizada inicialmente com os enfermeiros assistenciais e residentes de enfermagem, formando o primeiro grupo amostral, onde teve enfoque maior nos métodos de assistência prestados para melhor continuidade dos cuidados dos pacientes com feridas e nas iniciativas dos profissionais para melhoria no processo de transição. Já com no segundo grupo amostral foram abordados os enfermeiros chefes dos setores e os enfermeiros de referência, sendo eles a enfermeira do ambulatório de cirurgia e a enfermeira da comissão de feridas, nesse grupo o enfoque foi mais voltado para área gerencial, suporte institucional e comissão de feridas.

#### 4.5. ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise de dados se dá em três etapas interdependentes, na TFD, em que o cumprimento de uma não necessariamente implica impedimento de retornar à primeira. Essas três etapas são denominadas: codificação aberta, codificação axial e integração. Na codificação aberta foram identificados os conceitos, agrupando-os em categorias de acordo com suas similaridades. Após, na codificação axial, as categorias e subcategorias foram relacionadas a fim de obter uma explicação mais aprofundada dos dados passando por um processo sistematizado de comparação e conexão norteado pelo paradigma de três componentes (condições, ações-interações e consequências) proposto pelo método Já na

integração ocorre à emergência da variável central e integração das categorias, emergindo a categoria central, que é o principal tema ao redor do qual as demais categorias giram (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A coleta e análise de dados ocorreram simultaneamente, como preconizado pela TFD, sendo realizada a análise comparativa constante. Posteriormente, ocorreu a codificação aberta, seguida da codificação axial e da integração (CORBIN; STRAUSS, 2015). Nesse processo, realizou-se 14 entrevistas.. A relação estabelecida entre pesquisador e os dados ocorreu desde o momento da entrevista, onde o pesquisador tomava notas mentais de determinadas falas marcantes dos participantes. A relação prosseguiu no momento da transcrição, onde alguns trechos dos áudios foram reproduzidos repetidas vezes, para transcrição ocorrer de maneira adequada, assim como a leitura e pré análise do material, possibilitando a compreensão dos dados e o significado das vivências dos profissionais.

A etapa da codificação aberta se deu através da leitura e codificação das entrevistas transcritas. Foi o momento de explorar os detalhes das informações fornecidas, ora linha-a-linha, ora incidente a incidente, identificando alguns conceitos. Inicialmente, houve então o agrupamento dos códigos de acordo com sua similaridade, resultando em 57 agrupamentos e 293 códigos.

Na codificação axial os conceitos são desenvolvidos em suas propriedades e divisões e as categorias começam a ser identificadas. Nessa etapa o refinamento da análise fez emergir as categorias que foram novamente aprofundadas e organizadas, resultando em três categorias. Nessa etapa, a autora busca identificar elementos com relevância e significativos para o estudo através dos dados.

A consistência interna foi um elemento considerado no momento de articular categorias. Seguindo o paradigma proposto pelo método, através dos três componentes: condições, ações-interações e consequências, onde nas condições são tratadas as razões fornecidas pelos entrevistados para o acontecimento de tal fenômeno, assim como as explicações sobre os motivos que respondem de determinada maneira a uma ação. Já na ação-interação são tratadas as respostas expostas pelos entrevistados aos eventos ou situações problemáticas. E por fim, as consequências que se referem aos resultados previstos ou reais de tais ações e interações (STRAUSS; CORBIN, 2015). Assim, nessa etapa, a autora buscou articular as categorias e os componentes do paradigma, visando à compreensão sobre o fenômeno de estudo. Nesse processo a autora não encontrou dificuldade, pois as categorias que emergiram, em suas especificidades, respondiam aos componentes de forma qualificada.

Já na etapa de integração, que é a etapa final do processo de análise, é onde ocorre

realmente a identificação das categorias, subcategorias e categoria central, resultando em três categorias, 13 subcategorias que consistindo na unificação dos conceitos chegou aacategoriacentral “Buscando estabelecer a continuidade do cuidado à pacientes com feridas que enfrentam a transição entre serviços”.

Vale ressaltar que na TDF as etapas não ocorrem de maneira fechada, sendo possível que durante o desenvolver do estudo o autor retorne a etapa inicial caso considere necessário.

#### 4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Com intuito de atender os princípios éticos legais as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram observadas e seguidas, considerando o respeito pela dignidade humana e pela proteção devida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos(BRASIL, 2012).

No desenvolvimento da pesquisa, foram cumpridas as solicitações éticas de autorização para o estudo, como a solicitação de autorização do departamento a ser estudado, bem como a solicitação de autorização ao Comitê de Ética.

Os participantes convidados a participas da pesquisa foram esclarecidos quanto ao seu objetivo, método e aspectos éticos, sendo assegurado a todos o direito de retirar seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem penalizações ou prejuízos, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), assinado em duas, ficando uma com o participante e uma com o pesquisador.

Os participantes tiveram sua privacidade assegurada quanto aos dados confidenciais da pesquisa, garantindo direito a confidencialidade e anonimato, e acesso aos dados, sendo permitido consultá-los no momento em que desejarem. No intuito de tal anonimato dos participantes, na apresentação dos resultados foi utilizada a letra E, correspondente a enfermeiro, seguida do número correspondente à ordem da realização das entrevistas (E1, E2, E3...) para designá-las.

A pesquisa em questão é vinculada ao macroprojeto “Liderança do enfermeiro no cuidado da transição entre os serviços de saúde”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) conforme CAAE: 74383317.1.0000.0121 e aprovado com parecer nº 2.537.096 (ANEXO A).

## 5. RESULTADOS

Conforme estabelecido pelo Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados e discussão do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) são apresentados na forma de manuscrito, de acordo com a Resolução do CNE/CES nº3 de 2001 (FLORIANÓPOLIS, 2015).

O presente manuscrito foi intitulado “Dificuldades e estratégias do enfermeiro na continuidade do cuidado de enfermagem a pacientes com feridas na transição entre os serviços de saúde”.

### 5.1 MANUSCRITO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CONTINUIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM FERIDAS NA TRANSIÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Atuação do enfermeiro na continuidade do cuidado de enfermagem a pacientes com feridas na transição entre os serviços de saúde

**RESUMO:** Pacientes com feridas precisam de um cuidado dedicado e continuado mesmo após a alta hospitalar, por este motivo é importante que o enfermeiro faça uma orientação para alta e tenha uma boa comunicação com os demais serviços de saúde para uma transição adequada. O objetivo do estudo é compreender a atuação do enfermeiro no cuidado a pacientes com feridas em transição do hospital para os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado pelo método de Teoria Fundamentada em Dados (TFD) através de entrevista semi-estruturada com 14 enfermeiros de unidades de internação cirúrgica e ambulatorial de um hospital universitário do Estado de Santa Catarina. O processo de análise e integração sistêmica dos dados manifestou o seguinte fenômeno “Buscando estabelecer a continuidade do cuidado à pacientes com feridas que enfrentam a transição entre serviços, sustentado por três categorias e 13 subcategorias. Os resultados do estudo apontam que mediante padronização nas orientações e planejamento de alta, adequação do cuidado de transição e a segurança na continuidade do cuidado são preservados. Conclui-se que processo de transição, assim como a continuidade do cuidado hospitalar a pacientes com feridas são temas poucos abordados e que enfrentam muitos obstáculos para se efetivarem na prática clínica.

**Palavras-chave:** Cuidado de Transição; Continuidade do Cuidado; Cuidado com Feridas; Alta Hospitalar; Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, sendo dividida em duas camadas, a ectoderme, que origina a epiderme formando todo o revestimento externo formado por várias camadas de células, tendo como função a proteção, e a mesoderme, que origina a derme, que é a camada intermediária composta por vasos, nervos e anexos cutâneos. Além desses, na

continuidade da derme, existem também a hipoderme, que é o depósito nutritivo de reserva e serve de união com os órgãos adjacente (MITAGG, et al, 2017).

A pele possui inúmeros papéis, como por exemplo, a termorregulação, a produção de vitaminas, impedimento da penetração de microorganismos, dentre outros. Porém, existem múltiplas alterações que podem alterar a integridade da pele, como fatores de pressão, traumas mecânicos ou físicos, fatores intencionais, como cirurgias, por exemplo, resultando em uma lesão ou até mesmo no rompimento da mesma, o que resulta na chamada ferida (MITAGG, et al, 2017).

Responsáveis por altos índices de morbimortalidade, as feridas são um problema de abrangência mundial, causando um aumento nos gastos públicos (OLIVEIRA, et al, 2016). Além de proporcionar ao paciente dor, desconforto, imobilidade, problemas emocionais, dentre outros.

As feridas podem ser classificadas em agudas e crônicas, as primeiras são resultado, normalmente, de algum trauma e melhoram de acordo com o processo de cicatrização, sem complicações, em um intervalo de tempo médio de quatro semanas. Assegundas, além de não possuírem um período de tempo para a cicatrização, estão sempre associadas a alguma comorbidade que o paciente possua, como a diabetes, alteração na função corporal, como a insuficiência venosa, a má nutrição, o uso de medicamentos que retardem a cicatrização e ainda a escolha precipitada ou inadequada de um curativo (CHARLESWORTH, et al, 2014).

O manejo das feridas pode ser uma tarefa complexa e se baseia em melhorar suas características tratando o agente causador, promovendo um ambiente adequado para cicatrização (CHARLESWORTH, et al, 2014). A avaliação adequada do enfermeiro, na assistência prestada ao paciente com feridas, é de suma importância e contribui para o processo de cicatrização (PRADO, et al 2016).

O enfermeiro deve se pautar em conhecimentos científicos e práticas clínicas na hora da avaliação, e a mesma deve ser baseada nas demandas individuais de cada caso, sendo consideradas as características de cada paciente, como a doença de base, os aspectos psicossociais, a etiologia da lesão, fatores relacionados ao processo de cicatrização, a existência ou não de contaminação, dentre outros (PRADO, et al, 2016).

O conhecimento da enfermagem vem do exercício das atividades, onde os profissionais relacionam seus conhecimentos conceituais com os problemas e acontecimentos do dia a dia na profissão (PRADO, et al, 2016). O enfermeiro é o profissional capacitado para o cuidado direto a feridas (OLIVEIRA, et al, 2013).



O cuidado direto ao paciente com ferida é uma atividade que constitui a rotina diária da equipe de enfermagem, é papel do enfermeiro realização de uma avaliação diária à ferida, assim como, desenvolver um cuidado dinâmico, pensando no melhor tratamento (OLIVEIRA, et al, 2013; PRADO, et al, 2016), além de orientar diariamente o paciente e prepará-lo para o momento de sua alta.

O enfermeiro é o profissional que mais participa do processo de alta hospitalar, sempre orientando os pacientes e familiares e garantindo uma continuidade do cuidado iniciado durante a internação. É na alta hospitalar que acontece a transição do paciente para os demais serviços de saúde (LIMA, 2015) e pacientes com feridas precisam de um cuidado ainda maior nesse momento.

As orientações feitas no momento da alta devem ser claras e considerar as individualidades dos pacientes, evitando assim angústia e baixa adesão no tratamento (WEBER, et al, 2017). A transição do cuidado é uma estratégia de grande impacto no número de internações hospitalares, reduzindo a taxa de reinternações e assim os custos do serviço de saúde, além de aumentar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, aumentando a longevidade de pessoas com comorbidades (LIMA, et al, 2018).

Devido a isto e ao fato de o número de estudos sobre a continuidade do cuidado na transição do paciente ser escasso este estudo tem como objetivo compreender a atuação do enfermeiro no cuidado a pacientes com feridas em transição do hospital para os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, através da questão de pesquisa “Quais são os cuidados de enfermagem realizados por enfermeiros junto aos pacientes com feridas em transição entre os serviços de saúde?”.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, o qual utilizou o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que engloba a realidade vivenciada através do entendimento ou significado que o contexto ou objeto tem para a pessoa, proporcionando um guia significativo para a ação (CORBIN, STRAUSS; 2015).

A coleta de dados foi realizada de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, em duas unidades de internação cirúrgica e no ambulatório de um Hospital Universitário, localizado no sul do Brasil.

A coleta de dados foi realizada com enfermeiros assistências, gestores e de referência, através de entrevistas semi-estruturada, agendadas previamente, individuais, em

local reservado e registradas por gravação de áudio, com pergunta inicial “Fale como você percebe o cuidado de enfermagem e a liderança do enfermeiro na transição do paciente com feridas entre os níveis de atenção a saúde?”.

Os critérios de inclusão foram ser enfermeiro e/ou residente de enfermagem das unidades de internação cirúrgicas e ambulatório, possuir no mínimo três meses de serviço no setor, e ser enfermeiro de referência para os setores. Foram excluídos os dados de profissionais que optaram por desistir do estudo ao longo do seu desenvolvimento ou que estejam em licença maternidade ou saúde. Foram excluídos do estudo três enfermeiros que estavam afastados por licença maternidade e/ou saúde, um enfermeiro que possuía menos de três meses de serviço no setor, um enfermeiro estava de férias e dois enfermeiros que se recusaram a participar do estudo.

A mostra do estudo foi composta por dois grupos amostrais, sendo o primeiro composto por sete enfermeiros assistenciais e dois residentes em enfermagem, enquanto o segundo grupo amostral foi composto por uma enfermeira assistencial membro da comissão de feridas, duas enfermeiras chefes dos setores de internação cirúrgica e duas enfermeiras de referência, sendo uma do ambulatório e uma líder da comissão de feridas, totalizando 14 enfermeiros participantes.

As entrevistas ocorreram em locais privativos dentro do hospital, que garantiam privacidade, tendo duração média de 20 minutos.

O processo de análise, conforme preconiza o método, seguiu a codificação aberta, axial e integração (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Na codificação aberta os dados foram analisados cuidadosamente, identificando cada incidente, gerando códigos que posteriormente foram agrupados. Na codificação axial os dados foram reagrupados, obtendo uma visão mais clara e completa sobre os fenômenos, esse reagrupamento seguiu o paradigma composto por três componentes: *condição*, respondendo os motivos da ocorrência de tal fenômeno, *ação-interação*, através das respostas expressas na ocorrência dos fenômenos, e *conseqüência*, se referindo aos resultados oriundos de tal ação e interação (CORBIN; STRAUSS, 2015). Na fase da integração houve a efetivação das categorias e o surgimento das subcategorias encontradas, gerando o fenômeno central do estudo “Buscando estabelecer a continuidade do cuidado à pacientes com feridas que enfrentam a transição entre serviços”.

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela proteção dos participantes e no intuito de garantir o sigilo e anonimato dos profissionais entrevistados utilizou-se a letra

E, seguida do número correspondente a ordem da entrevista (E1, E2, E3,...).

Este estudo atendeu aos preceitos éticos da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob parecer número 2.537.096 e CAAE: 74383317.1.0000.0121.

## RESULTADOS

O processo de análise e integração sistêmica dos dados manifestou o seguinte fenômeno “Buscando estabelecer a continuidade do cuidado à pacientes com feridas que enfrentam a transição entre serviços”, sustentado por três categorias e 13 subcategorias, conforme mostra o quadro a seguir:

**Quadro 1.** Categorias e Subcategorias

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<p><b>CONDIÇÕES</b></p> <p>Preocupando-se com a transição e continuidade do cuidado ao paciente com feridas na alta hospitalar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupando-se com a transição do cuidado na alta hospitalar para a APS</li> <li>• Responsabilização/culpabilização do centro de saúde na falha da continuidade do cuidado</li> <li>• Reinternações frequentes e prolongamento das internações</li> <li>• Preocupando-se com a transição da alta hospitalar para o acompanhamento ambulatorial</li> </ul>
<p><b>AÇÃO E INTERAÇÃO –</b></p> <p>Percebendo as possibilidades e entraves no processo de transição e continuidade do cuidado do paciente com feridas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevância da atuação do enfermeiro qualificado/capacitado</li> <li>• Enfermeiro assistencial sendo apoiado pela instituição</li> <li>• Iniciativas do profissional enfermeiro para melhora no processo de transição</li> <li>• Comunicação multiprofissional necessitando de aperfeiçoamento</li> <li>• Comunicação repercutindo na organização e no planejamento da alta</li> <li>• Percebendo fragilidade na comunicação entre os pontos da rede</li> </ul>
<p><b>CONSEQUÊNCIAS</b></p> <p>Buscando formas de melhorar o processo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientando para continuidade do cuidado e o autocuidado apoiado pela enfermagem</li> <li>• Percebendo a falta de padronização para a continuidade do cuidado</li> </ul>

de transição e da continuidade do cuidado do paciente com feridas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulários de enfermagem contribuindo para orientação dos pacientes</li> </ul>
--	--

O componente condição é representado pela categoria “Preocupando-se com a transição e continuidade do cuidado ao paciente com feridas na alta hospitalar”, a qual é composta por quatro subcategorias e apresenta as fragilidades e preocupações do enfermeiro no momento da alta hospitalar e a maneira que os mesmo encontram para superá-las.

A primeira subcategoria, “Preocupando-se com a transição do cuidado na alta hospitalar para a APS”, os profissionais apresentam preocupação em deixar o paciente desassistido após a alta hospitalar, sem recursos para dar continuidade à realização do curativo e sem acesso a APS em finais de semana e feriados, tendo como iniciativa para tal problema o fornecimento de materiais para que o paciente e/ou acompanhantes e cuidadores possam realizar os cuidados necessários com as feridas e curativos ate ter acesso a algum serviço de saúde que possa dar suporte.

“Ele recebe quando ele vai no final de semana, porque daí ele não vai conseguir mandar fazer, porque dai eles podem mandar manipular, a papaína, então a gente fornece naqueles dias que ele vai precisar usar e que não vai ter acesso [...] porque eles tem altas muitas vezes sextas feiras, e ai o posto só vai abrir na segunda, então a gente fornece, eu forneci esses dias para um queimado que tá indo de alta e ele não tinha material, então eu forneci para o sábado e domingo, para ele conseguir pegar na segunda, mas a gente evita mandar coberturas muito especiais [...]” (E2).

“[...] algumas vezes que a gente vê que, por exemplo, é um final de semana, é feriado, ele não vai ter acesso à unidade de saúde, por exemplo, e precisa de um material pra continuar, ai a gente fornece pra ele fazer naqueles dias ali em casa” (E3).

“Não tem um kit, mas seria um bom senso nosso, porque, por exemplo, se ele vai ter alta no final de semana, eu sei que ele não vai ter acesso ao posto de saúde. Então eu dou o mínimo para ele, até ele ter acesso ao posto de saúde, então ele já vai com alguma coisa sim” (E4).

“Kit não, eu forneço gaze, para fazer o curativo... uma paciente foi de alta ontem e ela precisava de papaína, eu forneci uma papaína para ela, que até ela ir a uma farmácia de manipulação, final de semana ela não estaria passando nada ali na lesão dela, e quando é bolsa de colostomia eu também forneço bolsa de colostomia, mas pouca coisa, pensando que ele vá precisar procurar o serviço de saúde” (E5).

Na segunda subcategoria, “Responsabilização/culpabilização do centro de saúde na falha da continuidade do cuidado”, os profissionais trazem a responsabilidade pela falha na

continuidade do cuidado para o centro de saúde, apontando a falta de materiais necessários para a realização do curativo como o principal problema, uma iniciativa dos profissionais para esse problema é durante a internação ir adaptando as coberturas utilizadas na ferida para coberturas que tenham na APS e que sejam baratas, facilitando o acesso do paciente as mesmas.

“Enfim, depois eu passei no concurso para PSF [Programa de Saúde da Família] e eu vi o quanto é difícil [...] pela falta de material, como é que eu vou fazer um curativo e dar um suporte para a ferida do paciente se não tinha nem atadura, gaze. [...] Aí você começa a ver o outro lado da moeda, outra realidade, a realidade de que você não tem material, esse materiais especiais que a gente tem aqui (hospital) a rodo? Eles não continuam usando, eles não têm, às vezes não tinha papaína, tinha no máximo um AGE [Ácidos Graxos Essenciais] e uma colagenase, que você sabe que não vai resolver o problema de ninguém [...] Aí você vê o quanto é difícil, você conseguir tratar as coisas, tinha alguns que a gente conseguia fechar né, conseguia pedir para comprar alguma coisa, daí comprava e a gente conseguia fechar” (E8).

“Um dos problemas que eu vejo é que a gente tem muita cobertura, tem que ficar usando algo que lá fora não tem e os pacientes não tem dinheiro pra comprar, então a gente vai mudando lá no final antes de ele ir de alta para que ele tente conseguir fazer e usar essa cobertura lá fora, como a papaína que é algo mais barato... De repente a gente muda pra papaína pra tentar depois com que ele use lá fora então a gente muda perto do período de ele ir de alta” (E9).

“[...] mas no curativo a gente usa muita cobertura que a gente sabe que no posto de saúde não tem, às vezes o paciente vai para casa e a gente da papaína aqui do hospital, mas e daí quando acaba? O que é que ele faz?” (E11).

A terceira subcategoria, “Reinternações frequentes e prolongamento das internações”, apresentou-se de forma complementar a subcategoria anterior, os profissionais trazem relatos de reinternações hospitalares frequentes e com períodos estendidos, que pode ser relacionada à falta de suporte da atenção básica. Isso porque, como já mencionado, na atenção básica faltam materiais específicos para realização de curativos, o que pode retardar o processo de cicatrização, assim como a falta de profissionais e a alta demanda da rede pode dificultar o acesso do paciente ao serviço.

“Sim, nós temos sim, não por conta do curativo em si, mas por conta das condições clínicas, os pacientes diabéticos, hoje às vezes eles não têm condições de fazer num local de referência lá da unidade, onde ele mora e acaba tendo esse problema de retorno sim, lesão infectada, os pés diabéticos, os queimados também, que vão de alta, mas acabam retornando” (E7).

“De reinternação, de agravamento, de perda de membros pela falta de um acompanhamento, porque muitas vezes o paciente tem uma indicação de manter o tratamento, que quando ele sai de alta a gente até fornece alguma coisa para ele dar uma continuidade, mas a unidade de saúde depois não consegue arranjar” (E14).

Nessa subcategoria, alguns profissionais trazem ainda casos de prolongamento de internações por falta de material específico, agora dentro do próprio hospital.

“O que eu vejo que falta aqui são os materiais, nos, por exemplo, aqui cuidamos de queimados, mas não tem material para queimados, se eu me proponho a cuidar de uma clientela eu tenho que ter material para atender [...] paciente queimado exige material caro, e aí não tem, então acaba acontecendo o que, o paciente acaba ficando mais tempo, pegando uma infecção, porque eu não tenho como tratar ele em tempo menor para tirar ele do hospital. [...] a gente ficou com um menino agora cinco meses, um queimado, e não tinha as coisas pra usar nele” (E2).

A quarta e última subcategoria do elemento condição, denominada “Preocupando-se com a transição da alta hospitalar para o acompanhamento ambulatorial”, como o próprio nome já diz, traz a preocupação dos enfermeiros com o acompanhamento ambulatorial dos pacientes de recebem alta, isso porque, os profissionais acabam não sabendo quais pacientes fazem o acompanhamento ambulatorial e perdem o contato com o paciente assim que eles recebem alta do setor de internação.

“Não, o médico e os residentes, acompanham lá na área A e aí eles trocam esses curativos se precisar lá e também tem todo esse material de tecnologias novas de curativos tem lá na área A, aí o residente ou médico acabam seguindo essa conduta lá” (E7).

“Não, não, a gente não acompanha, hoje em dia o que acontece, ele internou, ele tratou, teve a conduta e foi de alta, encaminhamos por escrito ou ligamos, e deu, acabou” (E6).

O segundo componente, ação e interação, foi composto pela categoria denominada “Percebendo as possibilidades e entraves no processo de transição e continuidade do cuidado do paciente com feridas” trata sobre a atuação do enfermeiro, o apoio da instituição, relação entre as equipes durante o processo de transição do paciente e o planejamento para alta hospitalar. Esse componente possui seis subcategorias, nas quais os profissionais apontam as ações que eles consideram fortes no processo de transição do paciente com feridas e o que precisa melhorar. A primeira subcategoria, intitulada “Relevância da atuação do enfermeiro qualificado/capacitado”, retrata a importância da iniciativa do enfermeiro na busca de aprimorar seus conhecimentos e que o enfermeiro, para ser qualificado, teve ter a visão do paciente como um todo e não só da ferida.

“Então, esse é o papel do enfermeiro, o enfermeiro tem que buscar esse conhecimento para ele poder atender essa demanda, independentes se tem cursos, claro a gente sempre tem cursos de orientação ao paciente, cuidado com paciente diabético e isso aí são políticas internas que são realizadas conforme demanda das próprias chefias, encaminhadas pela própria chefia para o setor de capacitação, então isso existe, só que daí também tem a questão pessoal do enfermeiro em tá buscando esse conhecimento se ele quiser, a gente sabe que hoje em dia tem várias formas de pesquisa, de estudos, não precisa ficar esperando só pela capacitação, nós temos grupos dentro do hospital que dão essas capacitações, mas às vezes o enfermeiro é capacitado, mas não tem o entendimento que naquele momento ele precisa fazer aquilo [...]” (E14).

“Já aconteceu casos de a gente ir avaliar o paciente e ele tá usando uma cobertura que não é adequada, isso aumenta os gastos, além de aumentar o tempo de internação, e é aquilo que eu já falei, a internação vai muito além do curativo, tem que ver o paciente como um todo, tem que ver a parte clínica do paciente, e às vezes isso é esquecido, acontece bastante com os pacientes clínico cirúrgicos, que tem toda uma parte clínica e tem uma ferida operatória, então os enfermeiros precisam ter esse olhar clínico” (E14).

Nessa subcategoria é abordada ainda a importância de ter profissionais capacitados em feridas na equipe, como por exemplo, estomoterapeutas, que atuam de maneira mais precisa no tratamento das feridas, assim como auxiliam os profissionais na escolha do material adequado, por possuírem um maior conhecimento sobre o tema.

“Sim, e como eu sou estomoterapeuta eu cuido disso, então me colocaram aqui, pelo visto, para tentar da uma orientada nesse povo, só que agora eu trabalho à tarde, e os curativos são feitos todos de manhã, ainda não tá bem ajustado, agora no mês de outubro eu vou passar pra manhã então eu consigo orientar todos eles e ai ensinando como fazer, mas tem que ser um por um e ate a comunicação com os médicos, ate o residente é novo” (E2).

“Lá (hospital onde trabalhava) também a gente não tinha nenhum documento para entregar, mas vinha muito a estomoterapeuta, acho que era uma presença bem forte e aqui não tem [...]. Mas assim, era uma presença bem forte pra gente lá, com curativos bem difíceis, então ela ia, olhava, explicava pra gente e dava a conduta, dizia que tem que fazer “assim, assim e assado” e daí no outro dia ia ver se melhorou, se não melhorou vamos tentar “isso, isso e isso”, e dava certo” (E4).

A segunda subcategoria, “Enfermeiro assistencial sendo apoiado pela instituição”, traz a instituição como apoiadora para os enfermeiros através de capacitações internas e cursos, criações de protocolos, assim como com o avanço tecnológico em coberturas para feridas.

“Internamente existem as capacitações internas, conforme demanda, então isso é um processo que tem que ser feito pela gerência de enfermagem envolvida na assistência [...]” (E14).

“A instituição nos fornece subsídio, ela nos dá liberdade para argumentar, ela nos fornece uma gama infinita, eu duvido quem tem por aí maior quantidade de variedade de material, de cobertura como a gente tem aqui. Então ela dá todo suporte, dá todo apoio, nos orienta, nos promove cursos, [...] porque é nosso interesse que o doente melhore rápido, porque se esse doente melhorar ele vai embora rápido, se ele demorar a ficar aqui a coisa vai complicar, de um problema surge outro e outro e outro e ele vai ficar meses aqui, como a gente já teve [...]” (E6).

“No ano passado a gente investiu em escrever os POPs da avaliação e construímos uma ficha de avaliação de feridas, que está sendo já finalizada e nós vamos entrar no processo de validação, os POPs a maioria já estão prontos, já estão na página, e a ficha de avaliação já foi testada nas unidades, já vieram às contribuições, daí depois só vai entrar no processo de validação [...]” (E14).

“Não vejo, não vi ainda, já trabalhei em outros lugares e acho que a gente tá bem avançado assim na questão dos curativos, das tecnologias também, até onde eu sei nem que eu tenha feito cursos enfim, mas assim eu acho que o hospital tá bem disposto, bem servido de material, tem um ou outro que a gente tem dificuldade de acesso pelo preço o custo final, mas a gente sempre tem o que a gente precisa e não prejudica no cuidado” (E7).

Essa subcategoria traz ainda como suporte da instituição a comissão de feridas, que apoia os profissionais na escolha de coberturas de curativos e avaliação de feridas. Como algumas enfermeiras assistenciais fazem parte da comissão, a equipe de enfermagem se sente bastante apoiada com a presença dessas profissionais no turno de trabalho. Mesmo que não façam parte da equipe, o relato é que os membros da comissão são solícitos e de fácil comunicação.

“Tem, bem tranquilo quando a gente precisa de apoio a gente chama porque hoje a gente tem a referência que é a enfermeira, que é da comissão então a gente acaba sempre apelando pra ela quando a gente tá com alguma coisa complicada, e tem o retorno sim” (E7).

“A comissão é uma reunião, geralmente têm um participante de cada setor, no caso da unidade aqui, quem participa sou eu, às reuniões normalmente são de 15 em 15 dias e o que é passado lá eu trago aqui para o setor, algumas lesões que a gente tem aqui, em caso de dúvidas a gente entra em contato com eles, e também com quem já tá a mais tempo no hospital.. O acesso é fácil, a comunicação é boa... Eles são bem acessíveis” (E10).

“Olha hoje em dia ela (comissão de feridas) tem o objetivo de buscar conhecimento, capacitar às pessoas para o melhor cuidado, só que é um grupo que a gente sempre tem altos e baixos, isso desde 1996 quando iniciou a comissão, só que assim, tem momentos que tem muitos membros e tem momentos que somem todos os membros e acabam que as reuniões ficam às vezes duas pessoas” (E14).



A terceira subcategoria do componente ação e interação é denominada “Iniciativas e empoderamento do profissional enfermeiro para melhora no processo de transição”. Nessa subcategoria, os profissionais contam suas metodologias para melhora na transição do paciente, assim como as metodologias institucionais, como a criação de formulários.

“Então eu acho que a enfermagem do hospital tá bem avançada nessa questão de curativo, eu não sei se outras unidades têm já formulários próprios para encaminhar curativo, essa era uma necessidade que eu tinha, da gente ter um formulário específico da enfermagem para encaminhar as descrições dos curativos ou prescrição” (E7).

“Então o ideal seria sempre referenciar, escrever exatamente o que tá usando, como que tava, eu acharia interessante o registro em fotos, conseguir cópias de fotos pra levar pra eles também poderem acompanhar. Às vezes eu também vejo os pacientes falando que já foram uma vez para a atenção básica fazer curativos e a atenção básica chega lá e eles não sabem o que fazer e que a gente precisaria realmente mandar escrito porque eles olham e não sabem o que fazer, a gente não sabe a capacitação deles lá, e não são todos atenção básica porque a gente recebe gente do estado inteiro” (E9).

“Eu mesmo já fiz uma iniciativa, eu e outra enfermeira, nós abrimos uma agenda no ambulatório para atender esses pacientes para esse retorno, para poder fazer a consulta pós alta desse paciente. A gente fez, abriu a agenda, e nós não conseguimos dar continuidade porque nós não tínhamos estrutura física para atender esses pacientes. Não nos foi dado uma sala para fazer isso, a gente ficava mendigando salas lá embaixo, às vezes andando com o paciente pra lá e pra cá para ver qual sala estava vazia, solicitamos oficialmente isso para a diretoria de enfermagem e não foi resolvido o problema, aí a gente cancelou as marcações. Então, iniciativa teve, vontade tem, só que isso não pode ser uma coisa pessoal, tem que ser institucional” (E14).

Nessa subcategoria ainda, os profissionais trazem aspectos relacionados ao empoderamento do enfermeiro na instituição, no que se refere à participação na decisão da alta hospitalar.

“[...] mas pelo menos na época que eu estava mais na assistência eu percebia que eu conseguia me planejar, algumas situações saiam, já teve situações da alta depender da minha avaliação, quando eu achar que o paciente tinha condições de ir de alta e a gente fazia esse trabalho multidisciplinar assim e aí eu dava esse retorno “olha tá tudo bem, já vi que eles têm segurança, agora já dá para ir pra casa, já consegue fazer o curativo domiciliar” (E12).

“Com relação à paciente que tá com curativo, eles perguntam a questão “to pensando em dar alta para o paciente daqui uns 2 dias, o que vocês acham? A gente consegue contato com o posto para ver essa continuidade do tratamento da lesão?”(E10).

Na quarta subcategoria, “Comunicação multiprofissional necessitando de aperfeiçoamento”, os profissionais revelam que a comunicação entre a equipe multiprofissional, principalmente com a equipe médica, é falha ou até mesmo não existe, sendo necessário melhora. Para superar essa barreira apontam que normas e rotinas bem estruturadas e que orientem o fluxo de comunicação poderia ser uma forma de aperfeiçoar o processo.

“[...] não sei se é cultural daqui, o médico não interage com a equipe, a gente não fica sabendo de nada, eles não passam nada para gente, se você não perguntar, eles simplesmente não dizem, não sei se eles acham que a gente não precisa saber, eu não sei. [...] chega aqui na maioria das vezes, principalmente os cirurgiões, chegam na hora a passagem de plantão, umas 7 horas da manhã eles já tã por aí, e aí a gente tá passando plantão, quando a gente volta eles já saíram, e aí se tinha algum problema na prescrição do paciente, que a gente tem que avisar alguma coisa, a gente não consegue avisar, a comunicação aqui é péssima, até em emergência, não só em cuidados com ferida, até em emergência, a noite e a tarde aqui acontece emergência com paciente você tem que ligar para o médico, aí um vai ligar para o outro, quando for uma emergência, emergência mesmo você tem que correr até a UTI e pedir para alguém vir atender até você achar o médico” (E8).

“Sim, para superar a falta de comunicação a gente precisa ter isso tudo bem estruturado e o que eu acho mais importante é escrito, as rotinas tem que estar bem claras, porque a partir que eu tenho algo escrito e claro eu posso cobrar do médico [...]” (E2).

A quinta subcategoria trata da programação e do planejamento da equipe de enfermagem para a alta hospitalar, apesar da falta de comunicação a equipe consegue ter pelo menos um dia para se planejar para alta ou em alguns casos, por ter experiência nos casos, sabe o tempo médio de internação e já se programa com antecedência. Essa subcategoria é intitulada “Comunicação repercutindo na organização e no planejamento da alta”.

“Sim, a gente já sabe hoje quem vai de alta amanhã, tem três doentes que amanha vao de alta, exemplo, um doente ostomizado, não tem muito a ver com a questão de curativo, mas tem a questão de orientação e referência e contrarreferência, então o que que acontece com doente ostomizado, a gente tem uma previsão, por experiência, que de o paciente que fez uma cirurgia de retossigmoidectomia vai ficar internado de 5 a 7 dias, ele tem uma colostomia, então no segundo pós operatório a gente vai começar a orientar ele como que vai cuidar da pele, como que vai cuidar do estoma, como que é a troca da bolsa, como que esvazia, então a gente faz um serviço insistente, todo turno que troca vai lá e faz a mesma coisa todo turno que chega, [...] cuidado com uma ferida operatória? A mesma coisa”(E6).

A última subcategoria do componente ação e interação, “Percebendo fragilidade na comunicação entre os pontos da rede”, diz respeito à comunicação dos setores de internação

com os demais pontos de saúde, tais quais, os centros de saúde e o ambulatório. A questão central dessa subcategoria é o fato de existir descontinuidade de ações e fragmentação entre as unidades de internação e o ambulatório, ambos no mesmo hospital.

“[...] porque, às vezes, o paciente tem retorno, vai continuar acompanhando no ambulatório e a gente não sabe, a gente acho que ele vai ter uma consulta de retorno e só, mas eles continuam acompanhando no ambulatório e a gente não tem esse retorno deles” (E5).

“E aí, algumas vezes, deu certo.. Você vê que o paciente não volta, ou volta para o ambulatório, a gente não tem esse feedback do ambulatório, quando o paciente saiu daqui, para saber se tem essa continuidade lá, se ele voltou, se melhorou, ou se ele abandonou, a gente não sabe, a gente só sabe aqueles “velhos de casa” que reinternam, reinternam, reinternam...” (E8).

Entretanto, nessa mesma subcategoria alguns profissionais relatam que existe uma comunicação indireta com o centro de saúde e que essa comunicação depende da abordagem de cada profissional. Além disso, trazem formas de superar essa falha na comunicação entre os pontos.

“Via telefone, algumas vezes, dependendo de como vai ser esse tratamento a gente escreve uma cartinha, caso a gente não consiga contato com enfermeira da unidade básica, a gente escreve uma cartinha com algumas orientações, qual curativo e como que está realizado aqui no setor, e como que pode se proceder..” (E10).

“Eu acho que por ser um hospital universitário a gente já poderia ter avançado muito se tivesse uma vontade administrativa, porque a nossa população tem uma carência muito grande de atendimento a pacientes com lesões, e às unidades de saúde tem uma limitação muito grande também, de conhecimento e de material, então a gente precisaria fazer algum trabalho junto às unidades de saúde e dentro do próprio hospital, o mínimo que a gente poderia ter é um ambulatório que esse paciente fizesse o acompanhamento com a gente e a gente tivesse um contato direto com o centro de saúde” (E14).

A última categoria pertence ao componente consequência, esta é denominada “Buscando formas de melhorar o processo de transição e da continuidade do cuidado do paciente com feridas” apresenta as medidas tomadas pelos profissionais enfermeiros para otimizar a continuidade de cuidado dos pacientes com feridas no processo de transição, esse elemento possui três subcategorias.

A primeira subcategoria desse componente é denominada “Orientando para continuidade do cuidado e o autocuidado apoiado pela enfermagem”, nessa subcategoria os profissionais relatam que as orientações dos pacientes e/ou familiares para alta hospitalar são realizadas de forma a atender a necessidade e demanda daquela família. Cada profissional tem

o seu jeito individual de orientar, variando da orientação verbal, escrita, através de desenhos ou explicando detalhadamente os aspectos da ferida.

“A nossa vivência? Como que a gente faz de orientação? Basicamente é oral , explicando para o paciente como é que ele tem que fazer” (E4).

“Então assim, na troca de curativo, a gente mostra para o doente a ferida, a gente vai manipulando o curativo e vai meio que narrando [...], a gente vai fazer o curativo assim para tentar envolver o máximo possível esse doente no seu cuidado, porque às vezes ele não vai ter uma saúde da família que vai até em casa fazer esse curativo, ou não vai ter o pessoal do posto que vai pra casa fazer o curativo, e fins de semana e feriados, que ele vai ter que se cuidar ou alguém da família dele que vai ter que cuidar para ele” (E6).

“[...] a gente sempre orienta nesse sentido, por exemplo, a gente sabe que o paciente tá de alta essa semana, tá com provável alta essa semana, a gente já pega na hora do curativo, pede que o familiar se aproxime, pra gente mostrar como é que a gente faz, naquela região o que se coloca, a gente tenta explicar o que é cada lesão, a gente vai não vai falar na nossa linguagem , então a gente vai falar ó é amarelinho não é tecido ruim, tecido vermelhinho é tecido granulado, é tecido bom, é pele boa que vem, então tem que bastante cuidado com essa pele, é, não esfregar , deixar que o decido amarelo desapareça, a gente tem que explicar de uma forma mais simples possível pra eles” (E1).

Na segunda subcategoria do componente consequência, “Percebendo a falta de padronização para a continuidade do cuidado”, os profissionais relatam que não existe uma padronização para as orientações de alta, e que cada enfermeiro faz do jeito que acha melhor e mais adequado para situação do paciente. Podem-se identificar as seguintes possibilidades de desfecho: através de desenhos, orientações por escrito, orientações verbais com linguajar simples, dentre outras formas que facilitam o entendimento do paciente.

“Na verdade a gente faz às orientações de acordo com o que está sendo feito aqui, para dar continuidade ao que está sendo feito aqui, então a gente quer que te continuidade ao tratamento que está dando certo aqui, mas não tem uma padronização do setor, porque às vezes você precisa desenhar, você precisa esclarecer, acho que isso depende muito do paciente, então tem paciente que tem dificuldade de leitura, de entendimento, então o enfermeiro tem que ter esse bom senso na hora de orientar. Mas não existe essa padronização não, por conta dessa particularidade de cada paciente” (E12).

A terceira e última subcategoria diz respeito aos formulários e documentos de responsabilidade da equipe de enfermagem para o momento da alta hospitalar, essa subcategoria se intitula “Formulários de enfermagem contribuindo para orientação dos pacientes”. Como consequência os formulários são ferramentas muito importantes para

continuidade do cuidado, pois sustentam as orientações dadas ao paciente no momento da alta hospitalar, além de ajudar o mesmo com os cuidados no dia a dia em casa.

“O doente quando vai de alta sai com uma prescrição médica de medicação e também uma prescrição de como proceder com esse curativo..” (E6).

“Sim, porque só tu falando ali para ele, às vezes ele não assimila, e aí de repente poderia ser um recurso (um formulário) para depois ele ficar lendo o que eu falei, revendo direitinho como é que ele vai fazer aqueles cuidados, porque tu falando ali, pode ser que ele esqueça, faça de maneira errada, inadequada” (E4).

“[...] inclusive agora que a gente ta com esse formulário, que eu não tinha ciência, [...], mas a gente ta com um formulário aqui, que agora a gente vai colocar em prática, porque eu acho que antes já tava em pratica, mas a gente não tava ciente, mas é um formulário que a gente tem que entregar pra qual medicação ele vai usar em casa” (E3).

“A gente tem um formulário próprio que foi elaborado pelas meninas da graduação na conclusão de curso junto com os enfermeiros da unidade da cirúrgica 1 e 2, e a gente tem esse formulário que a gente encaminha, com descrição da lesão, tipo de material que vai ser usado, então todos os enfermeiros estão orientados para fazer isso. Nós temos uma pastinha que fica ali no balcão do enfermeiro já com a identificação tudo prontinho para ser encaminhado” (E7).

Com a análise dos resultados pode-se observar que apesar de ainda ser necessário aperfeiçoar o processo de transição dos pacientes com feridas entre os serviços de saúde, assim como na continuidade do cuidado dos mesmos, é notável que os profissionais, muitas vezes, percebem essa falha e arranjam formas e iniciativas individuais para superá-las.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados desta pesquisa revelam os aspectos vivenciados pelos profissionais de enfermagem para realização de cuidado continuado com pacientes com feridas e suas iniciativas individuais e da instituição para superar essas fragilidades, melhorando o processo de transição.

A alta hospitalar é um processo que deve ser considerado no plano de cuidados do paciente, facilitando a sua transição entre os serviços de saúde e o domicílio. As pessoas envolvidas com o paciente, tais quais, os familiares, cuidadores e profissionais de saúde dos diferentes serviços de atenção à saúde necessitam trabalhar juntos. Devido a isto, todas as atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde durante a assistência devem ser coordenadas e determinadas através do planejamento para alta (CIETO, et al, 2014).

Um estudo com enfoque na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre as limitações do enfermeiro dessa área no cuidado com feridas apresenta que o enfermeiro na ESF está integralmente ligado ao cuidado com lesões, porém são diversas as limitações para execução deste serviço, tais quais, o elevado número de atendimentos, a falta de insumos, a limitação na formação dos profissionais para abordar tais casos, e a fragmentação no cuidado ao paciente com lesão (SANTOS, 2017).

Outro estudo realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) em Mato Grosso apresenta a falta de materiais e insumos como grande problema, principalmente quando tratado de materiais para realização de curativo, isso porque uma vez que o cuidado com a ferida não é realizado, o serviço passa a ter seu acesso comprometido e como consequência, sobrecarrega outras unidades (PEDROSA, CORRÊA, MANDÚ, 2011), assim como passa a comprometer a continuidade do cuidado que era prestado ao paciente e a ferida no ambiente hospitalar.

A falta de recursos e materiais na APS é a segunda maior queixa no estudo realizado em 2016 em unidades de saúde da região norte, sul e centro-oeste, resultando em dificuldade para prestação da assistência à saúde adequada que proporcione a evolução de um agravo ou ferida e não sua piora, o que pode acontecer quando, por exemplo, um curativo não é feito dentro dos padrões de assepsia e com a cobertura adequada para a ferida (SCHERER, et al, 2016).

Esses estudos fundamentam as falas apresentadas nas duas primeiras subcategorias, onde o profissional se preocupa com a assistência prestada ao paciente e com isso fornece materiais básicos para realização do curativo e quando o profissional responsabiliza a APS pela falha na continuidade. Por se tratar de uma prática pouco desenvolvida nos serviços de saúde brasileiros, a continuidade do cuidado reflete um problema dos serviços de saúde e sua organização para oferecer a atenção à saúde de forma qualificada e que atenda as necessidades dos usuários.

Quando o assunto é prolongamento de internações e reinternações, Burke et al (2012) traz que casos assim, principalmente de reinternações, são comuns e caros para o hospital, além de prejudicar a segurança do paciente e seus cuidados. No caso de pacientes com feridas, a reinternação pode ainda trazer agravos para o processo de cicatrização, tendo em vista que o hospital é um ambiente onde ocorre a infecção cruzada.

Para diminuição dos casos de reinternação hospitalar, e com isso diminuição dos gastos públicos, é necessário o cuidado de transição seja feito de maneira minuciosa, por este motivo existem dez domínios (FIGURA 1) que formam um ponto sobre o cuidado de transição de um serviço para o outro (BURKE, et al, 2013). Quando o cuidado transicional é

feito de forma efetiva, respeitando todos os momentos, há notável melhora nos índices de reinternações hospitalares.

Figura 3 - Ponte de domínios para melhor transição do cuidado.



Fonte: Adaptado de Burke, et al (2013).

Os mesmos domínios servem também para quando ocorre a transição intrahospitalar, como mencionado por alguns profissionais que acompanham os pacientes em transferência para o ambulatório, esse processo também deve ser feito de maneira minuciosa, afim de evitar que o paciente retorne para os setores de internação.

A assistência de qualidade prestada ao paciente com ferida está diretamente ligada à qualificação e capacitação do enfermeiro, que deve sempre prestar assistência integral ao paciente, além de ter a qualificação para escolha da cobertura adequada para cada ferida. Essa qualificação é um processo constante, que se inicia na formação do profissional e no decorrer do tempo vai ser aperfeiçoando cada vez mais (BARATIER; SANGALETI; TRINCAUS, 2015).

A educação em serviço simboliza o desenvolvimento de atividades por meio de processos educacionais que servem para orientar os profissionais, de acordo com os princípios da instituição, sendo considerada também como forma de oportunizar o profissional de enfermagem a ampliar suas competências em relação ao cuidado prestado ao paciente (JACONDINO, et al, 2010).

É de suma importância que o enfermeiro responsável pelos setores de internação se responsabilize pela educação permanente de sua equipe, solicitando para instituição cursos e capacitações sempre que possível, potencializando o padrão da assistência prestada aos

pacientes e ainda promovendo a valorização dos recursos humanos em saúde (JACONDINO, et al, 2010).

É importante também, atentar sempre para o paciente como um todo, não focando apenas na ferida, pois esta ultrapassa a simples definição de perda da solução de continuidade da pele, sendo necessário muito mais do que os cuidados gerais. O paciente em si, carrega consigo a causa da lesão, e por este motivo o enfermeiro deve estar sempre atento a todos os sinais, realizar uma coleta de dados adequada, uma avaliação minuciosa, o conhecimento de todas as doenças de base do paciente, assim como se manter atualizada sobre curativos e sua efetividade terapêutica (JACONDINO, et al, 2010 ; CAUDURO, et al, 2018) .

Entretanto, para que seja prestado um cuidado de qualidade ao paciente é necessário que exista uma comunicação entre as equipes multiprofissionais. Entretanto, no presente estudo, o componente comunicação necessita ser aperfeiçoado, considerando as fragilidades relacionadas à elaboração conjunta de metas terapêuticas, bem como um plano de alta. Essa informação corrobora com um estudo feito com os próprios pacientes sobre suas perspectivas, e a falta de comunicação entre os profissionais é uma das queixas do estudo, no qual o paciente relata que entre os próprios médicos não há um acordo de orientações e condutas, não havendo comunicação clara e resolutiva entre os próprios profissionais e entre os profissionais e os pacientes (FREITAS; MOREIRA; BRITO, 2014).

A falta de comunicação ainda prejudica que os profissionais executem suas atividades rotineiras de maneira adequada, como por exemplo, a programação e o planejamento para alta hospitalar, resultando em orientações sendo feitas inadequadamente.

A comunicação é um instrumento que determina a qualidade e a segurança da assistência, é importante e necessário que os profissionais tenham preparo e capacidade de construir uma relação estruturada entre si e com os pacientes, onde haja a troca adequada de informações, evitando riscos ao paciente e favorecendo segurança e qualidade na saúde. A comunicação ineficaz, principalmente entre as equipes multiprofissionais, é o principal fator para ocorrências de eventos adversos (PENA; MELLEIRO, 2018).

Essa falha na comunicação também acontece entre os variados serviços de saúde durante a transição do paciente, aumentando ainda mais o risco de ocorrência de algum evento prejudicial para o paciente, principalmente relacionado aos cuidados com os curativos.

De acordo com Eggins e Slade (2015) a transferência entre os serviços é um evento profundamente comunicativo, e os autores classificam também esse evento como crítico para problemas de comunicação. Para que não haja problemas durante esse processo é necessário que os profissionais dos serviços de saúde em questão tenham uma comunicação clara,



explicativa, com registros adequados, envolvimento do paciente e envolvimento e colaboração dos profissionais de ambos os serviços.

Com isso, é importante que a orientação para alta seja construída ao longo da internação, que o processo de construção de novos hábitos ou habilidades seja discutido a cada dia, envolvendo pacientes e familiares. Além disso, entende-se como fundamental que o paciente possua clareza nas ações que deverá fazer e serviços a procurar no momento da alta. Para que uma transição seja feita de forma adequada à alta hospitalar deve ser bem planejada, o paciente bem orientado, a comunicação deve ser efetiva e as informações devem ser passadas tanto escritas quanto verbais, a fim de enfatizar ainda mais os cuidados. É importante que haja na instituição uma padronização dos planos de alta e das orientações dadas aos pacientes, respeitando suas particularidades, isso faz com que diminua a chance de erros (WEBER, 2015).

Horwitz et al, (2013) aponta em seu estudo que os planos de alta normalmente são feito sem uniformidade entre os profissionais de saúde, resultando em processos incompletos e com probabilidade de erros na compressão dos pacientes, que normalmente não recebem informações adequadas sobre seu quadro clínico.

Já Machado et al, (2017) traz que os enfermeiros tem a preocupação de orientar os pacientes diariamente, sobre os cuidados com as feridas e a realização do curativo, verificando os recursos que o paciente vai ter em casa, onde ele realizará a troca de curativos, podendo adequar os cuidados prestados a realidade do paciente.

Esses dados se igualam ao do nosso estudo, que mostra que mesmo com inúmeras fragilidades na continuidade do cuidado de pacientes com feridas no processo de transição, os enfermeiros têm iniciativa e se esforçam buscando maneiras de melhorar a assistência prestada e aperfeiçoar suas orientações e cuidados, envolvendo ao máximo o paciente e família.

Através deste estudo foi possível chegar à conclusão de que ainda existem atividades essenciais na transição do cuidado que são pouco realizadas, sendo elas o planejamento de alta em parceria com a equipe, a elaboração de um plano de alta detalhado e individualizado explicando todos os cuidados necessários no domicílio, assim como a comunicação com os demais serviços de saúde onde o paciente continuará o tratamento após a alta hospitalar.

Essa constatação difere da revisão integrativa de literatura que indica que esse tipo de atividades são realizadas frequentemente pelos enfermeiros em âmbito internação, garantindo uma transição adequada (WEBER, et al, 2017).

O planejamento da alta é uma ação de grande importância para garantia de uma transição hospitalar segura e eficiente. O ideal desse planejamento é que seja iniciado a partir da admissão do paciente, sendo determinadas as necessidades reais e potenciais do paciente. É através desse planejamento que o profissional consegue identificar o nível de entendimento do paciente a cerca da sua condição de saúde, uso de medicamentos e cuidados com a ferida durante o período de hospitalização e após a alta (ACOSTA, et al, 2018).

A articulação entre os serviços de saúde é de grande valia para assegurar ao paciente o acompanhamento após a alta hospitalar e a continuidade dos cuidados prestados durante a internação. A APS é considerada como coordenadora do cuidado no sistema de saúde, com isso é essencial que a contrarreferência para a unidade de referencia do paciente seja feita de forma adequada. Entretanto o sistema de contrarreferência ainda é pouco freqüente, sendo o próprio paciente o responsável por levar as informações sobre sua internação de um serviço para o outro (ACOSTA, et al, 2018).

As atribuições dos enfermeiros na transição do cuidado são fortalecidas por meio das instituições de ensino, iniciando e estimulando durante a graduação a implementação de ações na alta do paciente. Observa-se, além disso, a educação contínua nas instituições hospitalares pode auxiliar a desenvolver os profissionais a realizar o atendimento sistematizado com qualidade e segurança (NUNES; MENEZES, 2016)

Essas perspectivas reforçam a importância de superar as fragilidades ainda encontradas no processo de transição e na continuidade do cuidado e o enfermeiro é o profissional que pode enfrentar tais fragilidades, promovendo a consolidação de práticas seguras e adequadas para o cuidado em saúde dos diferentes serviços de saúde.

## **CONCLUSÃO**

O estudo teve seu objetivo alcançado compreendendo a atuação do enfermeiro no cuidado a pacientes com feridas em transição para os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, e é importante destacar que o enfermeiro, dentro da equipe de enfermagem, é o profissional que tem a responsabilidade de prestar um cuidado qualificado a pacientes com feridas em todos os níveis de atenção à saúde.

A continuidade do cuidado hospitalar por si só já enfrenta diversos obstáculos, quando tratando de feridas então os obstáculos passam a ser ainda maiores, isso devido à importância da comunicação efetiva entre as equipes intrahospitalar e entre o hospital e os demais pontos da RAS, que é falha, resultando no agravamento das feridas, infecções e inúmeros casos de reinternações.

É necessário que haja uma padronização das orientações dadas aos pacientes, assim como um planejamento efetivo para alta hospitalar, proporcionando um cuidado de transição adequado e garantindo ao paciente a segurança na continuidade do cuidado hospitalar. Apesar das dificuldades e obstáculos encontrados, é ainda perceptível que os profissionais buscam maneiras de realizar uma assistência adequada e contribuir da melhor maneira possível para o processo de transição, seja através de contato telefônico ou uso de instrumentos.

Destaca-se o desafio de trabalhar um tema pouco explorado, pois ao mesmo tempo em que preenche uma lacuna, apresenta-se como uma limitação a falta de estudos para sustentar ou confrontar os achados do presente estudo. É importante ressaltar que ambos os temas, o cuidado a feridas e a continuidade do cuidado na transição entre serviços, são de grande valia para a pesquisa em enfermagem e a partir disso conclui-se a necessidade de aperfeiçoar este processo visando impactar na segurança do paciente e na qualificação dos processos gerenciais em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Aline Marques et al. ATIVIDADES DO ENFERMEIRO NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO: REALIDADES E DESAFIOS. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 12, n. 12, p.3190-3197, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/aliny/Downloads/231432-128997-1-PB.pdf>. Acesso em: 27 maio 2019.
- BARATIERI, Tatiane; SANGALETI, Carine Teles; TRINCAUS, Maria Regiane. CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1, p.1-15, 2015.
- BURKE, Robert E. et al. Moving beyond readmission penalties: Creating an ideal process to improve transitional care. **Journal Of Hospital Medicine**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.102-109, 26 nov. 2012. Frontline Medical Communications, Inc.
- CAUDURO, Fernanda Pinto et al. ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO DAS LESÕES DE PELE. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 12, n. 10, p.2628-2634, 2018.
- CIETO, B. B. et al. Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa. **REME**, v. 18, n. 3, p. 752-757, 2014.
- CORBIN, J.; STRAUSS, A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. California: SAGE, 2015
- EGGINS, Suzanne; SLADE, Diana. Communication in clinical handover: improving the safety and quality of the patient experience. **Journal Of Public Health Research**, Sidney, v. 4, n. 3, 17 dez. 2015. PAGEPress Publications. <http://dx.doi.org/10.4081/jphr.2015.666>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693345/>>. Acesso em: 23 maio 2019.
- FREITAS, Letícia Fernanda Cota; MOREIRA, Danielle Araújo; BRITO, Maria José Menezes. A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DO SER CUIDADO. **Cogitare Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p.694-700, 19 dez. 2014. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i4.35993>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35993>>. Acesso em: 23 maio 2019.
- GELBCKE, Francine Lima et al. PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAG. 2017-2018. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/wp-content/uploads/2017/04/PDE-HUUFSC-OFICIAL.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018
- HORWITZ, L.I. et al. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. **The Journal of the American Medical Association International Medicine**, v. 173, n. 18, p. 1715-1722, 2013.
- KARAOGHLANIAN, Nina et al. Dressing-related trauma: clinical sequelae and resource utilization in a UK setting. **Clinicoeconomics And Outcomes Research**, Reino Unido, p.227-1, abr. 2014. Dove Medical Press Ltd.. <http://dx.doi.org/10.2147/ceor.s59005>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4010615/>>. Acesso em: 20 maio 2019.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 39, 29 nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.

MARTINS, Kaisy Pereira et al. Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Paraíba, v. 7, n. 1, p.1756-1764, 1 jan. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764>.

MITTAG, Barbara Franco et al. Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. **Estima**, Paraná, v. 15, n. 1, p.19-25, mar. 2017. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1806-3144201700010004>.

Nunes ECDA, Menezes Filho NA. Systemization of nursing discharge – an analysis based on Roy. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016. V.21 N.2, pg 01-09.

OLIVEIRA, Fernanda Pessanha de et al. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p.1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55033>. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55033/37417>>. Acesso em: 22 maio 2019.

PEDROSA, Inês de Cássia Franco; CORRÊA, Áurea Christina de Paula; MANDË, Edir Nei Teixeira. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Mato Grosso, v. 10, n. 1, p.058-065, 27 out. 2011. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i1.13288>.

PRADO, Athayne Ramos de Aguiar et al. O Saber do Enfermeiro na Indicação de Coberturas no Cuidado ao Cliente com Feridas. **Estima**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.175-182, dez. 2016. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1806-3144201600040004>. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/430/pdf>>. Acesso em: 20 maio 2019.

SANTOS, Jaíne Emília dos. **LIMITAÇÕES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE FERIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. 2017. 25 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz/rn, 2017. Disponível em: <<https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/6982/1/TCC%20PRONTO%20pdf.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2019

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos et al. AUMENTO DAS CARGAS DE TRABALHO EM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.89-104, nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00030>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000400089&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000400089&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 23 maio 2019.

WEBER, Luciana Andressa Feil et al. TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO: REVISÃO INTEGRATIVA. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.1- 2, 28 jul. 2017.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo foi possível observar que o processo de transição, assim como a continuidade do cuidado hospitalar à paciente com feridas são temas poucos abordados e que enfrentam muitos obstáculos na prática clínica. Neste contexto o estudo atendeu aos seus objetivos compreendendo a atuação do enfermeiro no cuidado a pacientes com ferida em transição entre os serviços de saúde , mostrando suas estratégias e iniciativas para melhoria da assistência.

Os resultados do estudo apontam que o componente chave para melhoria no processo de transição e continuidade do cuidado seria a melhora da comunicação entre as equipes multiprofissionais no meio intra e extra hospitalar, assim como a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Os achados do estudo mostraram que os profissionais têm a consciência de que a continuidade do cuidado na transição hospitalar ainda é falha e buscam maneiras de melhorá-la e efetivá-la e através de suas iniciativas individuais e em coletivo com a instituição.

Essas informações são consolidadas através das três categorias apresentadas no estudos, onde a primeira, “preocupando-se com a transição e continuidade do cuidado ao paciente com feridas na alta hospitalar” traz a preocupação dos profissionais com a assistência e acompanhamento do paciente após a alta hospitalar, a segunda “percebendo as possibilidades e entraves no processo de transição e continuidade do cuidado do paciente com feridas” ” que aponta a percepção dos profissionais sobre as potencialidades e fragilidades no momento da alta hospitalar e na realização da transição do cuidado e a terceira categoria “buscando formas de melhorar o processo de transição e da continuidade do cuidado do paciente com feridas” que traz as iniciativas individuais dos profissionais para melhora no processo de transição. As três categorias resultantes do estudo sustentam o seu elemento central “Buscando estabelecer a continuidade do cuidado à pacientes com feridas que enfrentam a transição entre serviços”.

Realizar um estudo de abordagem qualitativa me permitiu ver o mundo da pesquisa com outros olhos e perceber a visão, experiência e expectativas dos enfermeiros que lidam com a assistência hospitalar diariamente. Realizar as entrevistas com os enfermeiros da área cirúrgica me oportunizou conhecer as dificuldades diárias do enfermeiro atuando em um serviço publico, assim como as fragilidades do processo de assistências, tais quais, a realização de uma transição efetiva e de um cuidado continuado de qualidade, e ao mesmo

tempo visualizar o esforço e dedicação individual e coletiva dos profissionais para melhoria, assim como um olhar humanizado para cada paciente e suas individualidades.

Com isso concluo que seja necessário ampliar os estudos a cerca do tema, não só em âmbito hospitalar, mas na rede de APS, correlacionando os serviços de saúde, a fim de melhorar o cuidado prestado ao paciente em qualquer serviço que o mesmo buscar atendimento.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Aline Marques et al. ATIVIDADES DO ENFERMEIRO NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO: REALIDADES E DESAFIOS. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 12, n. 12, p.3190-3197, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/aliny/Downloads/231432-128997-1-PB.pdf>. Acesso em: 27 maio 2019.
- ALMEIDA, Cristiane Rosa de et al. Home care for a patient with pressure ulcers: A report of experience. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, Cruz Alta - Rs, v. 3, p.127-139, 2015.
- ARRUDA, Cecilia et al. Health care networks under the light of the complexity theory. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p.169-173, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2019.
- BARATIERI, Tatiane; SANGALETI, Carine Teles; TRINCAUS, Maria Regiane. CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1, p.1-15, 2015.
- BIELEMANN, Renata Moraes et al. Burden of physical inactivity and hospitalization costs due to chronic diseases. **Revista de Saúde Pública**, Pelotas, v. 49, p.1-8, 2015. FapUNIFESP (SciELO).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **As Redes de Atenção à Saúde**. 2018. Disponível em:<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php)>. Acesso em: 29 maio 2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **Princípios do SUS**. 2018. Disponível em:<<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 29 maio 2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **Sistema Único de Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 29 maio 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Florianópolis, SC, 30 dez. 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 13 nov. 2018.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)> Acesso em: 20 abr. 2019.
- BURKE, Robert E. et al. Moving beyond readmission penalties: Creating an ideal process to improve transitional care. **Journal Of Hospital Medicine**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.102-109, 26 nov. 2012. Frontline Medical Communications, Inc.



CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo et al. **FERIDAS COMPLEXAS E ESTOMIAS: Aspectos preventivos e manejo clínico**. João Pessoa: Ideia, 2016. 398 p. Disponível em: <<http://www.coren.pb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2019.

CAUDURO, Fernanda Pinto et al. ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO DAS LESÕES DE PELE. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 12, n. 10, p.2628-2634, 2018.

CIETO, B. B. et al. Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa. **REME**, v. 18, n. 3, p. 752-757, 2014.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 501, de 2015. ANEXO. **Norma Técnica Que Regulamenta A Competência da Equipe de Enfermagem no Cuidado Às Feridas**. Florianópolis, SC, 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/ANEXO-Resolu%C3%A7%C3%A3o501-2015.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2019.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BR). Resolução 358 de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. California: SAGE, 2015

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil: priorities for disease management and research. **Revista Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 42, n. , p.126-134, 2012.

EBERHARDT, Thaís Dresch et al. Mensuração de feridas: revisão da literatura. **Ciência & Saúde**, Santa Maria, v. 8, n. 2, p.79-84, 17 set. 2015. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652x.2015.2.19947>. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/19947/13476>>. Acesso em: 14 maio 2019.

EGGINS, Suzanne; SLADE, Diana. Communication in clinical handover: improving the safety and quality of the patient experience. **Journal Of Public Health Research**, Sidney, v. 4, n. 3, 17 dez. 2015. PAGEPress Publications. <http://dx.doi.org/10.4081/jphr.2015.666>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693345/>>. Acesso em: 23 maio 2019.

FERREIRA, Adriano M.; BOGAMIL, Daiane D.d.; TORMENA, Paula C.. Nurses and wound treatment: searching for care autonomy. **Arquivos Ciências e Saúde**, Mato Grosso do Sul, v. 15, n. 3, p.105-109, 2008.

FLORIANÓPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Destaque de Florianópolis. Atenção Primária à Saúde. Florianópolis. 2015. Disponível em <<http://carteira.apsfioripa.org/>> Acesso em: 22 mai. 2017.

FLORIANÓPOLIS. **Instrução Normativa para elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2015.

FREITAS, Letícia Fernanda Cota; MOREIRA, Danielle Araújo; BRITO, Maria José Menezes. A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DO SER CUIDADO. **Cogitare Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p.694-700, 19 dez. 2014. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i4.35993>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35993>>. Acesso em: 23 maio 2019.

GELBCKE, Francine Lima et al. PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAG. 2017-2018. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/wp-content/uploads/2017/04/PDE-HUUFSC-OFICIAL.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018

GERVAZONI, Mariana. **O ENFERMEIRO E O PROCESSO DE CONTRARREFERÊNCIA NO NÍVEL TERCIÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE**. 2017. 39 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1682/1/Mariana%20Gervazoni%20.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2019.

HORWITZ, L.I. et al. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. **The Journal of the American Medical Association International Medicine**, v. 173, n. 18, p. 1715-1722, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico do Brasil. Disponível em: Acesso em: 24 nov. 2018.

KARAOGHLANIAN, Nina et al. Dressing-related trauma: clinical sequelae and resource utilization in a UK setting. **Clinicoeconomics And Outcomes Research**, Reino Unido, p.227-1, abr. 2014. Dove Medical Press Ltd.. <http://dx.doi.org/10.2147/ceor.s59005>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4010615/>>. Acesso em: 20 maio 2019.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 39, 29 nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.

LIMA, Nayda Babel Alves de et al. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS. **Revista de Enfermagem da Ufpe Online**, Recife, v. 10, n. 6, p.2005-2017, 2016.

MAGALHÃES JUNIOR, H M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Divulgação em Saúde Para Debate, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p.15-37, out. 2014. Disponível em: <<http://www.fcab.adm.br/wpcontent/uploads/2014/07/SeminarioDivulgacao-em-Saude-52-Redes.pdf#page=40>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

MARTINS, Kaisy Pereira et al. Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Paraíba, v. 7, n. 1, p.1756-1764, 1 jan. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764>.

MENDES, Eugênio Vilaça. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. Divulgação em Saúde Para Debate, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p.38-49, out. 2014.

MENDES, Felismina Rosa P. et al. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Évora Portugal, v. 22, n. 3, p.841-853, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

MENDES, Felismina Rosa P. et al. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Portugal, v. 22, n. 3, p.841-853, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000300841&script=sci\\_arttext&tlng=en#](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000300841&script=sci_arttext&tlng=en#)>. Acesso em: 14 maio 2019.

MITTAG, Barbara Franco et al. Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. **Estima**, Paraná, v. 15, n. 1, p.19-25, mar. 2017. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1806-3144201700010004>.

MORO, Jaísa Valéria; CALIRI, Maria Helena Larcher. Pressure ulcer after hospital discharge and home care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160058>. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/1277/127745807003/>>. Acesso em: 14 maio 2019.

Nunes ECDA, Menezes Filho NA. Systemization of nursing discharge – an analysis based on Roy. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016. V.21 N.2, pg 01-09.

OLIVEIRA, Fernanda Pessanha de et al. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p.1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55033>. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55033/37417>>. Acesso em: 22 maio 2019.

OLIVEIRA, Isabella Beatriz Barbosa et al. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO AMBULATORIAL DE FERIDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17., 2013, Natal. **Anais**. Pernambuco, 2013.

PEDROSA, Inês de Cássia Franco; CORRÊA, Áurea Christina de Paula; MANDË, Edir Nei Teixeira. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Mato Grosso, v. 10, n. 1, p.058-065, 27 out. 2011. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i1.13288>.

PRADO, Athayne Ramos de Aguiar et al. O Saber do Enfermeiro na Indicação de Coberturas no Cuidado ao Cliente com Feridas. **Estima**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.175-182, dez. 2016. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1806-3144201600040004>. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/430/pdf>>. Acesso em: 20 maio 2019.

ROCHA, Aline Cristina Araújo Alcântara; CARNEIRO, Fabiane Aparecida de Sales; SOUZA, Marcia Scaff de. Tratamento domiciliar de feridas crônicas: relato de experiência da extensão na prática do cuidar. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**. Mato Grosso, n. 2, p.20-30, 2014.

PASSOS, Rômulo. **Feridas e Curativos**. [2018?]. 19 slides, color. Disponível em: <[https://www.romulopassos.com.br/img/uploads/feridas\\_para\\_residencias\\_ebook.pdf](https://www.romulopassos.com.br/img/uploads/feridas_para_residencias_ebook.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2019.

SANTOS, Jaíne Emília dos. **LIMITAÇÕES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE FERIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. 2017. 25 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz/rn, 2017. Disponível em: <<https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/6982/1/TCC%20PRONTO%20pdf.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2019

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 22, n. 4, p.1281-1289, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>. Disponível

em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1281.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2019.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos et al. AUMENTO DAS CARGAS DE TRABALHO EM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.89-104, nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00030>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000400089&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000400089&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 23 maio 2019.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, Porto Alegre, v. 377, n. 9781, p.1949-1961, jun. 2011. Elsevier BV.

SEHNEM, Graciela Dutra et al. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas / Difficulties faced by nurses in nursing care for individuals with wounds. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 14, n. 1, p.839-846, 27 nov. 2014. Universidade Estadual de Maringa. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v14i1.20949>. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/283901942\\_Difficulties\\_faced\\_by\\_nurses\\_in\\_nursing\\_care\\_for\\_individuals\\_with\\_wounds](https://www.researchgate.net/publication/283901942_Difficulties_faced_by_nurses_in_nursing_care_for_individuals_with_wounds)>. Acesso em: 14 maio 2019.

SILVA, A. A. et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FERIDAS POR TERAPIA DE PRESSÃO SUBATMOSFÉRICA (VAC) NA UTI. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, [s.i], v. 10, n. 2, p.1-4, 2016. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/3159/2002>>. Acesso em: 14 maio 2019.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de; MATOS, Inayá Arcângela Torres de. PERCEPTION OF THE CARRIER OF CHRONIC SORE ON HIS/HER SEXUALITY OPINIÓN DEL PORTADOR DE HERIDA CRÓNICA SOBRE SU WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini et al. O COTIDIANO DO INDIVÍDUO COM FERIDA CRÓNICA E SUA SAÚDE MENTAL. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p.691-699, 2011.

WEBER, Luciana Andressa Feil et al. TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO: REVISÃO INTEGRATIVA. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.1-2, 28 jul. 2017.

WEBER, Luciana Andressa Feil. **Atividades dos enfermeiros na transição do cuidado na alta do hospital para o domicílio : revisão integrativa**. 2015. 45 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul., Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/147977>>. Acesso em: 16 maio 2019.

ZARZHEIM, Erno et al. **Guia de Avaliação, Implantação e Monitoramento de programas e serviços em Telemedicina e Telessaúde**. Rio Grande do Sul, 2017. 82 p.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA TCC

Liderança do enfermeiro no cuidado de transição de pacientes com feridas complexas entre os serviços de saúde.

**Nome:**

**Idade:**

**Ano de formação:**

**Formação complementar:**

**Tempo de atuação no hospital:**

**Tempo de atuação no setor:**

#### PRIMEIRO GRUPO AMOSTRAL

- Fale como você percebe o cuidado de enfermagem e a liderança do enfermeiro na transição do paciente com feridas entre os níveis de atenção a saúde? Quando se fala em continuidade do cuidado entre hospital e demais serviços de saúde, o que você faz? Como atua? Quem orienta o paciente nessa transição?
- Quais elementos influenciam, seja positiva ou negativamente nessa continuidade do cuidado?
- Como enfermeiro (a), quais suas principais estratégias nessa transição do paciente?
- Há alguma forma de comunicação com os pacientes ou com profissionais do serviço que o paciente foi encaminhado após a alta?
- Demais elementos não questionados e que queira compartilhar

#### SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL

- Como equipe de suporte ao tratamento de feridas na instituição, como você percebe o fluxo dos pacientes para alta?
- Descreva como você participa dos processos de apoio aos enfermeiros nos processos clínicos e gerenciais voltados aos pacientes em transição?
- Como você percebe a atuação do enfermeiro na continuidade do cuidado de pacientes em transição DENTRO do hospital?
- Como as equipes das unidades e ambulatório se comunicam? Há necessidade?
- Demais elementos não questionados e que queira compartilhar

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Aliny Fernandes Goularte estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: **Cuidado de enfermagem à pacientes com feridas na transição entre os serviços de saúde**, frente à importância de compreender a transição do cuidado de pacientes que tiveram alta de serviço de emergência e de unidades de internação cirúrgica para o domicílio. Esta pesquisa poderá beneficiar a enfermagem e a sociedade em geral com inusitados ou aperfeiçoados conhecimentos acerca do tema da pesquisa.

Gostaria de convidá-lo (a) a participar da referida pesquisa e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo(a) da garantia de sua participação.

Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de entrevista de aproximadamente 20 minutos, em local reservado, que garanta privacidade, preferencialmente no ambiente de trabalho.

A entrevista com os participantes do estudo será iniciada com a seguinte pergunta: “Fale como você percebe o cuidado de enfermagem e a liderança do enfermeiro na transição do paciente com feridas entre os níveis de atenção a saúde?”. Conforme método utilizado, a pergunta norteadora da entrevista deve ser aberta e ampla, de forma a permitir flexibilidade e liberdade para explorar o fenômeno com questionamentos adicionais. Destaca-se que será mantido o anonimato dos participantes, mesmo quando utilizado trecho de suas falas para apresentação de trabalho em eventos ou publicação do estudo em revistas científicas, pois serão identificados com uso de códigos.

Não pretendemos expô-lo(a) a riscos ou desconfortos e você tem a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa, ou se aceitar a participar, retirar o seu consentimento a

qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicarão nenhuma penalização ou prejuízo.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre o processo de transição entre os serviços de saúde, contudo estamos dispostas a ouvi-lo (a), interromper a entrevista e se assim você desejar, retornando a coletar os dados sob sua anuência tão logo se sinta à vontade para continuá-la.

Os resultados deste trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos. O material coletado durante as entrevistas e a observação poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para este estudo você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, mas você será ressarcido caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que serão cobertas pelo orçamento da pesquisa, mediante apresentação de comprovante.

Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este documento está redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas, por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, são assegurados o sigilo e a privacidade da identidade dos participantes, o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

A pesquisadora Aliny Fernandes Goularte coloca-se a disposição para quaisquer esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, pessoalmente ou pelos telefones (48) 998040355 ou no endereço eletrônico aliny.fg@hotmail.com ou no endereço: Departamento de Enfermagem – CCS – UFSC. Rua Delfino Conti, s/n, Trindade, Florianópolis, SC, Brasil. CEP: 88040-900.

O processo de anuência foi realizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, localizado no Prédio Reitoria II, na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Contato telefônico: (48)3721-6094 e eletrônico: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando as autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: \_\_\_\_\_.

RG/CPF: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura ou impressão datiloscópica: \_\_\_\_\_.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_.



**ANEXOS**  
**ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
 SANTA CATARINA - UFSC**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Liderança do enfermeiro no cuidado de transição entre os serviços de saúde

**Pesquisador:** GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 74383317.1.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.537.096

**Apresentação do Projeto:**

O estudo intitulado "Liderança do enfermeiro no cuidado de transição entre os serviços de saúde" é vinculado ao Grupo de Estudos Pesquisas de Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES), do Departamento de Enfermagem, sob responsabilidade da pesquisadora Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni. Trata-se de um projeto que visa compreender a transição do cuidado de pacientes que tiveram alta de serviço de emergência e de unidades de internação médica e cirúrgica para o domicílio e sua interface com a liderança clínica dos enfermeiros, por meio de métodos mistos, envolvendo a combinação das abordagens quantitativas e qualitativas, permitindo, assim, maior compreensão do problema de pesquisa frente à capacidade de lidar com situações mais complexas. A etapa quantitativa caracteriza-se como um estudo do tipo transversal com a aplicação do instrumento Care Transitions Measure (CTM), o qual tem por objetivo medir a transição do cuidado conduzido por Coleman e colaboradores, em 2002, a partir da participação dos pacientes (COLEMAN et al., 2002). A etapa qualitativa será orientada pela Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) através de entrevistas com enfermeiros assistenciais e gestores vinculados aos setores de internação médico-cirúrgica e da Emergência. O cenário do estudo será a Emergência e as Unidades de Internação clínica e cirúrgica do hospital universitário – UFSC, localizado em Florianópolis. Com este estudo, espera-se compreender as percepções de pacientes, cuidadores e profissionais de saúde sobre o processo de transição do hospital para o domicílio pode auxiliar na

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propeq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.537.096

elaboração de estratégias para modificar práticas e tomada de decisões em nível local e nacional, contribuindo no desenvolvimento e na implementação de transições do cuidado mais qualificadas, subsidiando ações de liderança do enfermeiro.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender a transição do cuidado de pacientes que tiveram alta de serviço de emergência e de unidades de internação médica e cirúrgica para o domicílio e sua interface com a liderança clínica dos enfermeiros.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Não está previsto qualquer risco físico aos participantes, mas caso o participante sinta-se chateado ou emocionalmente abalado, tanto a ligação telefônica, quanto a entrevista presencial serão interrompidas e retomadas somente quando o participante se sentir a vontade. Caso seja da vontade do participante, poderá sair da pesquisa.

**Benefícios:**

Não serão concedidos benefícios diretos, não é possível remunerar os participantes. Para a sociedade os achados poderão contribuir para o fortalecimento da referência e contrarreferência do paciente nos diferentes serviços de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e potencial para contribuir com a linha de pesquisa que se encaixa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos apresentados adequadamente.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.537.098

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D5_PROJETO_911791.pdf	22/01/2018 20:22:38		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA2.doc	22/01/2018 20:21:30	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasilTransicaoCuidado.doc	22/01/2018 20:20:05	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Cronograma	cronograma.doc	22/01/2018 20:19:30	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	22/01/2018 20:18:40	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Folha de Rosto	folhaRosto.pdf	25/08/2017 09:16:19	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceiteHU.pdf	16/08/2017 11:10:16	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	16/08/2017 11:10:04	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANÓPOLIS, 11 de Março de 2018

---

**Assinado por:**  
**Yimar Correa Neto**  
(Coordenador)

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 232, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9394 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**ANEXO B – Parecer final do orientador****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II  
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE  
CONCLUSÃO DE CURSO**

O trabalho realizado pela estudante Aliny Fernandes Goularte apresenta potencial para impactar na prática profissional da Enfermagem, especialmente por preencher uma lacuna no que se refere à continuidade do cuidado de enfermagem a pacientes com feridas em transição entre os serviços de saúde. A pesquisa utilizou um método consistente, o qual foi utilizado com rigor. Destaca-se que os resultados foram registrados com detalhamento no relatório final, bem como, a discussão teve subsídio em literatura atual e internacional.

Finalizo meu registro parabenizando a estudante pelo cumprimento dos prazos e ressaltando a importância da busca autônoma pelo conhecimento. Desejo sucesso à Aliny e recomendo ampla divulgação da pesquisa.

Florianópolis, 02 de julho de 2019.

Assinatura manuscrita em tinta preta, apresentando uma grafia cursiva e fluida.

**Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni**