

Associação entre a orientação recebida durante a internação e a ocorrência de cicatrização de feridas

Association between the orientation received during hospitalization and the occurrence of wound healing

Relación entre la orientación recibida durante la internación y la ocurrencia de cicatrización de heridas

Fabiana Tomé Ramos¹

ORCID: 0000-0002-2770-2630

Jéssica Renata Reis de Meira¹

ORCID: 0000-0001-9692-3739

Raquel Colenci¹

ORCID: 0000-0002-4103-1845

Rúbia de Aguiar Alencar¹

ORCID: 0000-0002-6524-5194

¹Universidade Estadual Paulista. Botucatu, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Ramos FT, Meira JRR, Colenci R, Alencar RA. Association between the orientation received during hospitalization and the occurrence of wound healing. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20190647. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0647>

Autor Correspondente:

Fabiana Tomé Ramos
fabiana-tr@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Andrea Bernardes

Submissão: 04-12-2019 **Aprovação:** 11-12-2020

RESUMO

Objetivos: avaliar se há associação entre a orientação recebida durante a internação e a ocorrência de cicatrização de feridas na perspectiva do paciente após a alta hospitalar. **Métodos:** coorte concorrente, com *follow-up* de 180 dias, realizada em Enfermaria de Dermatologia. Foram avaliados 62 pacientes com feridas que necessitaram de cuidado após alta, entre julho de 2015 e novembro de 2016. Informações sobre a orientação foram obtidas por ligação telefônica entre 7 e 10, 60, 120 e 180 dias após alta. **Resultados:** quanto maior a idade, menor a chance de cicatrização em até 10 dias; e quanto maior o tempo de internação, menor a chance de cicatrização. Receberam orientação na alta 90,3%, enquanto 87% entenderam as orientações. **Conclusões:** não houve associação entre a orientação recebida durante a internação e a ocorrência de cicatrização de feridas na perspectiva do paciente após a alta hospitalar.

Descritores: Orientação; Ferimentos e Lesões; Cicatrização; Educação em Saúde; Hospitalização.

ABSTRACT

Objectives: to assess whether there is an association between the orientation received during hospitalization and the occurrence of wound healing from the patient's perspective after hospital discharge. **Methods:** concurrent cohort, with 180-day follow-up, held in Dermatology Ward. A total of 62 patients with wounds requiring care after discharge were evaluated between July 2015 and November 2016. Information about the orientation was obtained by phone call between 7 and 10, 60, 120 and 180 days after discharge. **Results:** the older the patient, the lower the chance of healing in up to ten days; and the longer the hospitalization, the lower the chance of healing. They received orientation in the high 90.3%, while 87% understood the orientations. **Conclusions:** there was no association between the orientation received during hospitalization and the occurrence of wound healing from the patient's perspective after hospital discharge.

Descriptors: Orientation; Wounds and Injuries; Wound Healing; Health Education; Hospitalization.

RESUMEN

Objetivos: evaluar si hay relación entre la orientación recibida durante la internación y la ocurrencia de cicatrización de heridas en la perspectiva del paciente después del alta hospitalaria. **Métodos:** corte concurrente, con *follow-up* de 180 días, realizada en Enfermería de Dermatología. Se evaluaron 62 pacientes con heridas que necesitaran de cuidado después del alta, entre julio de 2015 y noviembre de 2016. Informaciones sobre la orientación han sido obtenidas por llamada telefónica entre 7 y 10, 60, 120 y 180 días después del alta. **Resultados:** cuanto mayor la edad, menor la chance de cicatrización en hasta 10 días; y cuanto mayor el tiempo de internación, menor la chance de cicatrización. Recibieron orientación en la alta 90,3%, mientras 87% comprendieron las orientaciones. **Conclusiones:** no hubo relación entre la orientación recibida durante la internación y la ocurrencia de cicatrización de heridas en la perspectiva del paciente después del alta hospitalaria.

Descriptor: Orientación; Heridas y Traumatismos; Cicatrización de Heridas; Educación en Salud; Hospitalización.

INTRODUÇÃO

As feridas são consideradas um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, gerando grande impacto econômico aos sistemas de saúde⁽¹⁻³⁾. Podem atingir indivíduos de várias faixas etárias; e, dependendo do tipo de ferida e suas extensões, o tratamento pode ser longo⁽⁴⁾.

Elas são causadas pela interrupção da solução de continuidade da pele, devido a trauma, intensão, isquemia ou pressão, podendo ter maiores ou menores extensões⁽⁵⁾. A pele mantém a homeostase do nosso ambiente interno e é considerada importante barreira de proteção contra agentes externos⁽⁶⁻⁷⁾. Diante da ocorrência de uma lesão, o corpo inicia uma sequência de eventos a fim de restaurar essa proteção. A cicatrização de feridas pode ser dividida em quatro fases: hemostasia, inflamação, proliferação e reparação⁽⁷⁾.

Considera-se que as feridas agudas são as que seguem um processo de reparo dentro do período esperado e sem complicações. No entanto, nas feridas crônicas, o processo de reparo foi interrompido por algum motivo; e a reparação, adiada⁽⁸⁾. Salienta-se que as doenças pré-existentes, crônicas, desnutrição, déficit alimentar, idade avançada, tabagismo, obesidade, entre outros fatores, podem interferir no processo de cicatrização da ferida⁽⁹⁾.

O paciente que possui uma ferida requer uma avaliação diária dos profissionais, a fim de assegurar o cuidado e a prevenção de complicações. No entanto, o longo período de internação hospitalar pode prejudicar o processo de cicatrização, acarretando infecções, trombose venosa profunda, aumento dos custos hospitalares, além do impacto psicossocial⁽¹⁰⁾.

Para que o profissional possa realizar um cuidado integral e orientação adequada da ferida, diversos pontos devem ser avaliados além da ferida em si e sua fisiopatologia, como a qualidade de vida, aspectos clínicos e sociodemográficos^(4,11). A enfermagem possui papel fundamental para atender às necessidades de cada paciente⁽¹²⁾ e, considerando os objetivos da assistência de enfermagem, evidencia-se o desempenho do autocuidado, que possibilita o estímulo à participação ativa do paciente no seu tratamento, ao dividir com o enfermeiro a responsabilidade na implementação da assistência e nos resultados⁽¹³⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, o hospital é um “estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica e hospitalar a pacientes em regime de internação”⁽¹⁴⁾. Diante de tal definição, o indivíduo que necessita de hospitalização terá a necessidade de adaptar-se a uma nova rotina, pois cada paciente enfrentará de modo diferente a internação hospitalar⁽¹⁵⁾. Muitas vezes, é necessário que o paciente compartilhe o quarto com outras pessoas, tendo que esperar pelo medicamento, horário do banho, alimentação, curativo, horário de visita, dentre outros, o que compromete sua individualidade e autonomia⁽¹⁵⁾. Esse comprometimento pode ser agravado pela existência de feridas.

Diante desse contexto, acredita-se que, para enfrentar os desafios do cuidado de pessoas com feridas, é necessário identificar fatores que possam influenciá-las a se envolverem mais no autocuidado. Em 1985, Dorothy Orem definiu autocuidado como a “prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza para benefício próprio a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Esse modelo de enfermagem preza a responsabilidade do indivíduo com a saúde,

contribuindo de maneira específica na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano⁽¹⁶⁾.

Também vale ressaltar que, além do incentivo ao autocuidado, a educação em saúde faz parte do trabalho do enfermeiro, sendo uma dos principais responsáveis por esse processo de ensino-aprendizagem⁽¹⁷⁾; no qual, entretanto, deve estar envolvida toda a equipe para que ocorra o cuidado integral⁽¹⁸⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adesão terapêutica é “o grau de correspondência e concordância do paciente com as recomendações do médico ou de outro profissional da saúde no que se refere à ingestão de medicamentos, seguimento da dieta e mudanças nos hábitos de vida”⁽¹⁹⁾. Assim, as recomendações das equipes de saúde a serem seguidas pelos pacientes requerem uma participação ativa deles no seu processo saúde-doença.

Nesse cenário, encontram-se as orientações de alta hospitalar que buscam garantir a continuidade dos cuidados realizados no ambiente hospitalar, bem como contribuir para uma boa recuperação do paciente, podendo prevenir complicações e evitar reinternações⁽²⁰⁾. Além disso, o planejamento da alta tem por objetivo diminuir custos e melhorar o processo de cicatrização de ferida do paciente⁽²¹⁾.

No que tange à presente investigação, após evidenciarem a reinternação de alguns pacientes com úlceras de perna na Enfermaria de Dermatologia, os alunos da graduação que estavam em atividade prática nesse setor começaram a questionar os motivos da reinternação. Depois de conversarem com os pacientes, os alunos observaram que estes tinham poucas informações sobre o cuidado com as feridas e que poucas vezes reconheciam o fornecimento de orientações realizadas pelos profissionais de saúde sobre o cuidado com as feridas durante a internação e/ou na alta hospitalar.

Portanto, diante da escassez de estudos que abordem a orientação de alta hospitalar no cuidado com feridas e sua cicatrização e considerando que, para além de verificar a ocorrência da orientação, também era necessário saber sobre a cicatrização da ferida após internação, e este estudo se justifica pela necessidade de verificar se o fornecimento da orientação sobre o cuidado com a ferida interfere na ocorrência de cicatrização na perspectiva do paciente.

OBJETIVOS

Avaliar se há associação entre a orientação recebida durante a internação e a ocorrência de cicatrização de feridas na perspectiva do paciente após a alta hospitalar.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp e seguiu as recomendações éticas do Conselho Nacional de Saúde, segundo Resolução CNS/MS nº 466/12.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de estudo de coorte concorrente, com follow-up de 180 dias, norteado pela ferramenta STROBE⁽²²⁾. O período de recrutamento dos sujeitos da pesquisa foi de julho de 2015 a maio de 2016, sendo a coleta dos dados finalizada no dia 25 de novembro de 2016.

A inclusão da coorte foi realizada na Enfermaria de Dermatologia de um hospital público localizado em um município do interior do estado de São Paulo.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população foi constituída por pacientes internados na Enfermaria de Dermatologia que necessitariam de cuidados com feridas após a alta hospitalar.

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram: pacientes maiores de 18 anos internados na Enfermaria de Dermatologia com feridas decorrentes de cicatrizes cirúrgicas, úlceras, lesões por pressão, lesões traumáticas, feridas infecciosas e inflamatórias, que necessitassem de cuidado/tratamento após a alta hospitalar. Já o critério de exclusão foi: não aceitar participar do estudo.

No período estabelecido, houve 552 pacientes internados na Enfermaria de Dermatologia, sendo que 71 atenderam aos critérios de inclusão, foram convidados a participar da pesquisa enquanto estavam internados, não havendo nenhuma recusa. No entanto, durante o desenvolvimento da pesquisa, ocorreram nove perdas, sendo que quatro faleceram após a alta hospitalar, quatro tiveram as feridas cicatrizadas durante a internação e um paciente evadiu-se do hospital. Assim, a amostra foi composta por 62 pacientes conforme detalhado na Figura 1.

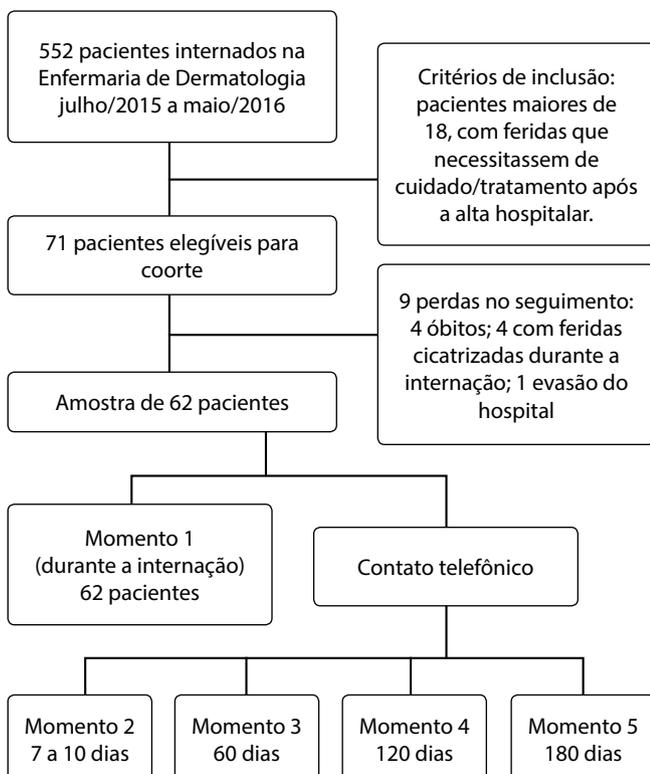


Figura 1 – Fluxograma de recrutamento e seguimento do estudo

Protocolo do estudo

Durante a internação, os pesquisadores abordavam o paciente que poderia fazer parte do estudo, forneciam o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e solicitavam a assinatura do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido, caso o paciente aceitasse participar da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu durante cinco momentos diferentes, sendo o primeiro durante a internação, enquanto os outros quatro momentos aconteceram após a alta hospitalar, por meio de ligações telefônicas, entre 7 e 10 dias, 60 dias, 120 dias e 180 dias após a alta hospitalar.

Para identificar a ocorrência da orientação dada pelos profissionais de saúde que atuavam na Enfermaria de Dermatologia (enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, residentes e médicos) durante o período de internação dos pacientes até a alta hospitalar, utilizou-se instrumento que foi construído por enfermeiros especialistas especificamente para este estudo. O instrumento passou por avaliação de integrantes da Comissão de Curativos do hospital de estudo e foi considerado adequado para responder à questão de pesquisa. Essa comissão recomendou a criação do Escore de Orientação (EO).

O EO varia de 0 a 5 pontos e considera que, quanto maior a pontuação, maior é o acesso à orientação realizada por algum membro da equipe de saúde ao paciente, ou seja, a exposição é uma variável numérica que representa o recebimento da orientação. A pontuação do EO foi calculada com base na soma dos pontos associados entre quatro itens: 1 – Durante o período em que esteve internado, o(a) senhor(a) recebeu explicações sobre como deve ser feito o curativo? Não (0 ponto), Sim (1 ponto); 2 – Durante o período em que esteve internado, o(a) senhor(a) teve a oportunidade de praticar como o curativo deveria ser feito, fazendo o curativo em si mesmo? Não (0 ponto), Sim (1 ponto); 3 – Durante a alta hospitalar, o(a) senhor(a) recebeu orientações para cuidar do curativo? Não (0 ponto), Sim, a orientação foi dada apenas verbalmente (1 ponto), Sim, a orientação foi dada apenas em papel (1 ponto), Sim, a orientação foi dada verbalmente e em papel (2 pontos); e 4 – No dia em que recebeu as orientações na alta hospitalar, o(a) senhor(a) as entendeu? Não (0 ponto), Sim (1 ponto).

Consideraram-se potenciais confundidores as variáveis sociodemográficas, tais como idade, sexo, presença de companheiro (sim/não), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo e superior), mora com alguém (sim/não), renda familiar (em salários mínimos); e as variáveis clínicas, como tipo de ferida (cicatriz cirúrgica/úlceras/lesão por pressão/lesão traumática/ferida infecciosa e inflamatória), tempo de cicatrização (dias) e tempo de internação (dias).

Análise dos resultados e estatística

Os desfechos binários considerados foram: ocorrência de cicatrização da ferida entre 7 e 10 dias (M2), até 60 dias (M3), até 120 dias (M4) e até 180 dias (M5).

Para efeito de estimativa de poder de teste, supondo amostragem aleatória simples, erro tipo I de 0,05, proporções iguais entre as exposições binárias e fixando a exposição “cicatriz cirúrgica”, estimou-se que o tamanho amostral do estudo permitisse testes com poder acima de 80%.

A associação entre a variável independente “pontuação do escore de orientação recebida” e os desfechos de cicatrização em cada um dos momentos observados foi analisada ajustando modelos de regressão logística múltipla em dois passos. No primeiro passo, foram identificadas variáveis de confundimento ajustando um modelo

de regressão múltipla com uso de seleção semiautomática *backward*, a qual consiste em um algoritmo orientado para excluir variáveis que pouco explicam o desfecho. Nesse processo, modelos intermediários são descartados, ficando apenas o modelo final com o mínimo necessário de variáveis de confundimento, respeitando, assim, o princípio da parcimônia. No segundo passo, foi ajustado novamente um modelo de regressão logística múltipla, agora contendo, em seu componente determinístico, a variável independente que foi o escore de pontuação de orientação, além das variáveis de confundimento que se mostraram importantes no primeiro passo. No modelo final, as associações foram consideradas estatisticamente significantes se $p < 0,05$. A análise foi feita com o software SPSS, versão 21.0.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 62 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino, morando com companheiro(a), com média de idade de 60,7 anos, baixo nível de escolaridade, visto que 54,9% não completaram o ensino fundamental, o que se reflete na média salarial familiar de 1,7 salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes segundo características sociodemográficas, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	28 (45,1)
Masculino	34 (54,9)
Idade	60,7 (18-89)*
Tem companheiro(a)	
Sim	47 (76,0)
Não	15 (24,0)
Mora com a família	
Sim	58 (93,5)
Não	4 (6,5)
Escolaridade	
Analfabeto	8 (12,9)
Ensino fundamental incompleto	26 (42)
Ensino fundamental completo	17 (27,4)
Ensino médio incompleto	1 (1,6)
Ensino médio completo	8 (12,9)
Superior	2 (3,2)
Renda familiar	
Nº salários mínimos por família	1,7 (1-5)*

Nota: *Média (mínimo-máximo).

Na Tabela 2, evidencia-se que, na perspectiva do paciente, as feridas cirúrgicas tiveram menor tempo de cicatrização se comparadas às feridas inflamatórias e às lesões por pressão, que não cicatrizaram ao final dos 180 dias.

O EO variou de 0 a 5 pontos, sendo valor médio de 2,38 (DP±1,09). Enfatiza-se que 61,3% não receberam orientações de como fazer o curativo durante a internação e 96,8% não tiveram a oportunidade de praticá-lo durante a internação. A maioria, 56 (90,3%) pacientes, recebeu orientações verbais ou por escrito sobre como realizar o curativo. No entanto, 8 (13%) não entenderam as orientações recebidas (Tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição dos tipos de ferida segundo o tempo de internação e cicatrização pós-alta de pacientes internados em Enfermaria de Dermatologia de hospital público, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015/2016

Tipo de ferida	n (%)	Tempo de internação* Média (Mín.-Máx.)	Tempo de cicatrização na perspectiva do paciente*					Não cicatrizada aos 180 dias n (%)
			M2 n(%)	M3 n(%)	M4 n(%)	M5 n(%)		
Cirúrgica	34 (54,8)	19,6 (2-133)	19 (55,9)	12 (35,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,8)	
Úlceras	19 (30,6)	23,8 (6-54)	0 (0,0)	4 (21,0)	4 (21,0)	2 (10,6)	9 (47,4)	
Infecciosas	4 (6,4)	33,2 (16-75)	0 (0,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	
Inflamatórias	2 (3,2)	36,5 (21-52)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	
Lesão por pressão	2 (3,2)	24,5 (12-37)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	
Traumáticas	1 (1,6)	9	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Nota: *Calculado em dias.

Na Tabela 4, observa-se que não houve associação da orientação recebida durante a internação com a ocorrência de cicatrização das feridas na perspectiva do paciente. No entanto, observou-se que, quanto maior a idade do paciente, menor era a chance de cicatrização em até 10 dias; e quanto maior o tempo de internação, menor a chance de cicatrização.

Tabela 3 – Escore de orientação dada pelos profissionais de saúde que atuavam na Enfermaria de Dermatologia aos pacientes no período de internação até a alta hospitalar, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015/2016

Escore de Orientação (EO)	n (%)
Receberam orientação de como fazer o curativo durante a internação	
Sim	24 (38,7)
Não	38 (61,3)
Tiveram a oportunidade de praticá-lo durante a internação	
Sim	2 (3,2)
Não	60 (96,8)
Receberam orientações na alta hospitalar	
Sim	56 (90,3)
Não	6 (9,7)
Entenderam as orientações recebidas	
Sim	54 (87)
Não	8 (13)

Tabela 4 – Distribuição, por regressão logística múltipla, dos fatores associados à cicatrização em quatro momentos após alta hospitalar de pacientes internados na Enfermaria de Dermatologia, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Dias de internação	Fatores associados	OR* (IC95%**): valor de p
Até 10 dias	Idade	0,96 (0,93-0,99); 0,007
	Qualidade da orientação	0,72 (0,42-1,25); 0,248
Até 60 dias	Dias de internação	0,96 (0,93-0,99); 0,027
	Qualidade da orientação	0,63 (0,35-1,16); 0,138
Até 120 dias	Dias de internação	0,96 (0,93-0,99); 0,013
	Qualidade da orientação	0,98 (0,48- 2,00); 0,962
Até 180 dias	Qualidade da orientação	0,77 (0,42-1,44); 0,420
	Dias de internação	0,96 (0,93-0,99); 0,020

Nota: *OR: odds ratio; **IC95%: intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

Neste estudo de coorte, foi possível identificar que, quanto maior a idade, menor é a chance de cicatrização em até 10 dias;

e quanto maior o tempo de internação, menor é a chance de cicatrização. No entanto, não houve associação entre a orientação recebida durante a internação e a ocorrência de cicatrização das feridas após a alta hospitalar na perspectiva do paciente.

Como estratégia de intervenção, desde 1970, o telefone tem sido utilizado para o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, realização de triagens ou aconselhamentos em saúde. Dessa forma, são apontados diversos benefícios de seu uso, tais como a velocidade de acesso do paciente ao profissional de saúde e a possibilidade de aumentar a frequência dos contatos. Na enfermagem, esse meio de comunicação surge como uma ferramenta potente para o cuidado integral, que expande a ação em saúde, representando uma evolução diante do cuidado tradicional⁽²³⁾.

Já a magnitude e a relevância do estudo podem ser evidenciadas pelo grande número de pacientes que possuem feridas decorrentes de processo cirúrgico, úlceras, lesões por pressão, lesões traumáticas, feridas infecciosas e inflamatórias, as quais, muitas vezes são decorrentes das condições de vida e trabalho dos indivíduos. Nesse sentido, os fatores sociais, econômicos, raciais, culturais, psicológicos e comportamentais são considerados como determinantes sociais de saúde e influenciam nos agravos de saúde da população⁽²⁴⁾. Tal fato é observado neste estudo, quando se verificou que a maior parte dos indivíduos possui baixo nível de escolaridade e renda, o que, por sua vez, pode dificultar a compreensão da orientação recebida pelos profissionais de saúde sobre os cuidados com a ferida.

No tocante ao processo de cicatrização, há fatores que o ajudam ou o dificultam. A variável "idade" apresentou correlação negativa com a chance de cicatrização da ferida, o que pode ter como justificativa o envelhecimento fisiológico da pele. Tal aspecto interfere nas funções de proteção, termorregulação, sensibilidade e metabolismo, levando à fragilidade da pele e diminuindo a capacidade de atuar como barreira de proteção⁽²⁵⁾. Embora as doenças e incapacidades não estejam necessariamente relacionadas ao processo de envelhecimento, observa-se que as crônicas degenerativas são mais frequentes entre os idosos⁽²⁶⁾.

Outro fator que afeta a cicatrização é a hospitalização prolongada, pois o paciente fica mais suscetível a adquirir infecções, o que pode prolongar a sua internação⁽²⁷⁾. Esse evento é observado neste estudo: quanto maior o tempo de internação menor foi a chance de cicatrização da ferida.

Ainda, salienta-se que, na prevenção e no tratamento de feridas, é imprescindível a nutrição. Durante o processo de tratamento e cura, as deficiências nutricionais e a desnutrição podem interferir no tratamento adequado e atrasar o processo cicatricial⁽²⁸⁾.

Diante do exposto, evidencia-se que são inúmeros os fatores que influenciam o processo de cicatrização das feridas: as condições clínicas sistêmicas, o controle dos fatores etiológicos, as condições para o manejo das feridas, as terapias tópicas utilizadas, dentre outros. Também vale ressaltar que, além de as feridas apresentarem processos e tempos de cicatrização diferentes, deve ser considerada a adesão ao autocuidado com elas⁽²⁴⁻²⁸⁾.

Sendo assim, entende-se que os fatores citados são variáveis intervenientes no processo de cicatrização das feridas — variáveis, estas, que podem ser utilizadas na análise. No entanto, enfatiza-se que o objetivo do presente estudo se restringia a avaliar se houve orientação durante a internação e se a instrução influenciou a

ocorrência de cicatrização de feridas na perspectiva do paciente após a alta hospitalar.

No contexto da melhoria desses cuidados prestados, em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da publicação da Portaria GM nº. 529, com a finalidade de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional. Em 2017, a nota técnica sobre práticas seguras para prevenção de lesão por pressão teve por objetivo orientar sobre as medidas gerais de vigilância e monitoramento de eventos adversos relacionados à assistência⁽²⁹⁾.

Em consonância com essas medidas e a fim de assegurar a continuidade do cuidado no domicílio bem como evitar futuras internações, é necessário que a alta hospitalar seja planejada durante a internação, garantindo a orientação sobre o cuidado com a ferida e o entendimento tanto do paciente quanto dos familiares⁽³⁰⁾. Ressalta-se que, no presente estudo, não se questionou a presença ou não de acompanhante no momento da alta hospitalar.

Entende-se que um plano personalizado para cada paciente que está saindo de uma internação pode garantir que ele deixe o hospital em momento apropriado para desenvolver os seus cuidados e que, com a devida notificação, seja organizada a prestação de serviços pós-alta. Como evidência disso, estudo de revisão sistemática mostra que um plano de alta individualizado acarreta uma pequena redução no tempo de internação hospitalar, reduz o risco de readmissão em três meses para pessoas idosas e leva maior satisfação com os cuidados de saúde para pacientes e profissionais. Todavia, também destaca que há poucas evidências de que esse planejamento reduza os custos para os serviços de saúde⁽²¹⁾.

Para além da alta hospitalar, é necessário superar as fragilidades do modelo de atenção. Diante disso, o Ministério da Saúde redirecionou ações e serviços por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que têm o princípio norteador e organizador das práticas em saúde e que buscam a integralidade da assistência. O objetivo principal da RAS é a "articulação contínua de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema"⁽³¹⁾.

No entanto, mesmo contando com a RAS, ainda existem dificuldades na comunicação entre os profissionais de saúde da Atenção Primária e da alta complexidade, havendo uma desarticulação da rede de serviços devido à fragilidade da contrarreferência, o que pode interferir negativamente na continuidade dos cuidados do paciente⁽³²⁾.

Na prática clínica, tem-se observado que as orientações de alta são dadas no momento da saída do paciente, não sendo realizadas durante o período de internação⁽³³⁾. Tal dado foi corroborado neste estudo, pois a maioria não recebeu orientação de como fazer o curativo, e apenas 3,2% tiveram a oportunidade de praticar a realização do curativo durante a internação.

Com isso, várias informações são fornecidas de uma só vez no momento da alta hospitalar, gerando dúvidas posteriores, principalmente se essas orientações não foram dadas por escrito, o que dificulta a compreensão e favorece a ocorrência de erros⁽³³⁾.

Serviços de saúde de outros países, como Canadá, Espanha e Portugal, enfocam o papel da "enfermeira de ligação", que tem como objetivo garantir a continuidade do cuidado entre o hospital

e outros serviços. Por meio disso, o enfermeiro identifica quais são os pacientes internados que necessitarão dar continuidade ao cuidado após a alta hospitalar, assumindo a função de realizar a articulação/contrarreferência entre os pontos da RAS⁽³²⁾.

Ainda sobre o plano de alta, remarca-se a importância do trabalho interprofissional que deveria abranger todos os profissionais envolvidos durante a internação, superando a fragmentação da assistência de saúde. Somente assim seriam realizadas discussões sobre a tomada de decisão do cuidado, de acordo com a realidade do paciente⁽³³⁾.

Enfatiza-se que a educação interprofissional é o aprendizado de forma interativa, de maneira que os profissionais possam trabalhar juntos colaborativamente, articulando as atividades específicas de cada área profissional. A educação inteprofissional, dessa forma, é de extrema importância para a melhoria do acesso e qualidade da RAS⁽³⁴⁾.

Limitações do estudo

Por se tratar de pesquisa aplicada, há ausência de informações sobre a precisão e acurácia do EO, visto que o escore foi criado especificamente para avaliar se há associação entre a orientação recebida durante a internação e a ocorrência de cicatrização de feridas na perspectiva do paciente após a alta hospitalar; e foi utilizado para resolver uma questão prática do momento. No entanto, ressalta-se que, ao elaborar, conjuntamente com profissionais especialistas na temática abordada, as perguntas do EO, levou-se em consideração a clareza suficiente para minimizar o risco de erro na interpretação e, por sua vez, minimizar o risco de erro sistemático de informação ou de falta de acurácia do escore. Outro ponto a ser considerado é que o pesquisador que realizou a coleta não fazia parte da equipe da Enfermaria de Dermatologia.

Observou-se que a pontuação do EO foi abaixo da média, e isso demonstra que poucos pacientes tiveram acesso à orientação

durante a internação e/ou na alta hospitalar. Acredita-se, em futuros estudos, que o aumento na pontuação do EO identificará possível associação com a cicatrização da ferida.

Além disso, o estudo não considerou as variáveis intervenientes, citadas na discussão, que poderiam interferir no processo de cicatrização das feridas, pois, para tal análise, seria necessário ampliar consideravelmente o número de participantes. Destaca-se que todos os 62 pacientes que participaram do estudo permaneceram até o final da coleta de dados. Tal fato está associado ao comprometimento dos pesquisadores e pacientes envolvidos neste estudo. Dessa forma, observa-se a boa validade interna do estudo.

Contribuições para a área da Enfermagem

Dentre as contribuições para a equipe de saúde que realiza o cuidado ao paciente com ferida durante internação, evidencia-se que os profissionais de saúde devem atentar-se aos pacientes idosos e com internação prolongada, pois o presente estudo mostrou que, nessas duas situações, há menor chance de cicatrização de feridas.

CONCLUSÕES

Não houve associação entre a orientação recebida durante a internação, em relação aos cuidados com as feridas, e a ocorrência de cicatrização após a alta hospitalar na perspectiva do paciente. Entretanto, foi observado que, quanto maior a idade, menor era a chance de cicatrização em até 10 dias; e quanto maior o tempo de internação, menor era a chance de cicatrização.

Importa desenvolver outros estudos sobre a qualidade das orientações fornecidas na alta hospitalar, bem como sobre a análise dos inúmeros fatores que podem interferir no processo de cicatrização de feridas quando o paciente retorna ao domicílio.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo IC, Costa RKS, Ferreira Jr MA. Perfil da produção científica da enfermagem nacional sobre feridas. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 18];34(1). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1440/339>
2. Barros MPL, Ferreria PJO, Maniva SCFJ, Holanda RE. Caracterização de feridas crônicas de um grupo de pacientes acompanhados no domicílio. Rev Interdisc [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 18];9(3):1-11. Available from: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/926>
3. Macedo EAB, Freitas CCS, Dionisio AJ, Torres GV. Knowledge of the care of wounded patients: evidence of validity of an instrument. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1562-70. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0643>
4. Ribeiro GSC, Cavalcante TB, Santos KCB, Feitosa AHC, Silva BRS, Santos GL. Pacientes internados com feridas crônicas: um enfoque na qualidade de vida. Enferm Foco 2019;10(2):70-5. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1740>
5. Cesaretti IUR. Processo fisiológico de cicatrização da ferida. Pelle Sana 1998;2:10-2.
6. D Doughty. Emory University Wound, Ostomy, and Continence Nursing Education Center's wound core curriculum, Emory University WOCNEC, Atlanta (GA); 2016. pp. 1-312
7. Li J, Chen J, Kirsner R. Pathophysiology of Acute Wound Healing. Clin Dermatol. 2007;25(1):9-18. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2006.09.007>
8. Lazarus G, Cooper D, Knighton D, Margolis D, Pecoraro R, Rodeheaver G. Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. Arch Dermatol. 1994;130:489-93.
9. Campos ACL, Borges-Branco A, Groth AK. Wound healing. ABCD, Arq Bras Cir Dig. 2007;20(1):51-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202007000100010>

10. Lima RVK, Coltro PS, Farina JJA. Negative pressure therapy for the treatment of complex wounds. *Rev Col Bras Cir.* 2017;44(1):81-93. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017001001>.
11. Lucena PLC, Pereira MA, Santana AP. Evidências científicas sobre intervenções para pessoas com feridas em cuidados paliativos: revisão de escopo. *Rev Pesqui: Cuid Fundam.* 2020;12:730-6. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9467>
12. Rangel RF, Backes DS, Ilha S, Zamberlan C, Siqueira HCH, Costenaro RGS. Formação para o cuidado integral: percepção de docentes e discentes de Enfermagem. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*[Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 19];9(2):488-94. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5450/pdf>
13. Santos AAP, Monteiro EKR, Póvoas FTX, Lima LPM, Silva, FCL. O papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável. *Espaç Saúde.* 2014;15(2):21-8. <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2014v15n2p21>
14. Ministério da Saúde (BR). Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde [Internet]. 2004 [cited 2018 Sep 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf
15. Florisbal GS, Donelli MSD. Revivendo perdas: um estudo com pacientes hospitalizados em uma unidade de internação. *Rev SBPH* [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 25];20(1):75-98. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n1/v20n1a06.pdf>
16. Orem DE. *Nursing: concepts of practice.* 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1980. Ch.3, p. 35-54: Nursing and self-care.
17. Rigon AG, Neves ET. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(4):812-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000400022>
18. Ferreira PBP. Educação para a saúde do paciente hospitalizado: um conceito com implicações para o cuidado de enfermagem [Tese] [Internet]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2017[cited 2018 Aug 25];197 f. Available from: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/855923.pdf>
19. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.* Brasília: OMS; 2003.
20. Cesar AM, Santos BL. Family caregivers' perception about a program of hospital discharge. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(6):647-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000600004>
21. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database System Rev.* 2016;1:CD000313. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub5>
22. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010[cited 2019 May 01];44(3):559-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
23. Vasconcelos HCA, Freitas RWJF, Marinho NBP, Damasceno MMC, Araújo TL, Lima FET. Effectiveness of telephone interventions as a strategy for glycemic control: an integrative literature review. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(1):239-46. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100029>
24. Ruiz ENF, Santos VF, Gerhardt TE. Mediations in health care under the perspective of the Theory of Gift: highlights of the health of a rural population. *Physis.* 2016;26(3):829-52. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300007>
25. Dantas RFB, Gouveia BLA, Albuquerque AM, Torquato IM, Ferreira, JA, Oliveira, SHS. Characterization of chronic injuries in the elderly assisted in the family health strategy. *Rev Enferm UFPE.* 2017;11(5). <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i5a23330p1835-1841-2017>
26. Veiga B, Pereira RAB, Pereira AMVB, Nickel R. Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(6):1015-21. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150053>
27. Villas Bôas PJF, Ruiz T. Occurrence of hospital infection among interned elderly in a university hospital. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):372-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300006>
28. Sernekos LA. Nutritional treatment of pressure ulcers: what is the evidence? *J Am Assoc Nurse Pract.* 2013;25(6):281-8. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12025>
29. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)[Internet]. Brasília; 2013 [cited 2018 Aug 20]. Available from: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infecoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>
30. Izaías EM, Gomes Dellarosa MSG, Rossaneis MA, Belei RA. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*[Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 15];19(8):3395-402. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03395.pdf>
31. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2010 [cited 2016 May 12]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
32. Ribas EN, Bernardino ELLM, Poli NP, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl-1):546-53. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>
33. Martins ACS, Silva JG, Ferraz LM. Orientações de enfermagem na alta hospitalar: contribuições para o paciente e cuidadores. *Convibra*[Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 19]. Available from: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/70/2013_70_7857.pdf
34. Peduzzi M. The SUS is interprofessional. *Interface.* 2016;20(56):199-201. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>