

TRANSIÇÃO DO CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA NA ALTA HOSPITALAR: PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS

TRANSITIONAL CARE OF PEOPLE WITH CHRONIC DISEASE AT HOSPITAL DISCHARGE: PERSPECTIVE OF NURSES

TRANSICIÓN DEL CUIDADO DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL HOSPITAL: PERSPECTIVA DE ENFERMEROS

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni¹
Aliny Fernandes Goularte²
Marina Miotello³
Caroline Cechinel-Peiter⁴
Cintia Koerich⁵
Láisa Fischer Wachholz⁶

Como citar este artigo: Lanzoni GMM, Goularte AF, Miotello M, Peiter CC, Koerich C, Wachholz LF. Transição do cuidado da pessoa com doença crônica na alta hospitalar: perspectiva de enfermeiros. Rev baiana enferm. 2023; 37: e47254.

Objetivo: compreender a perspectiva de enfermeiros sobre a transição do cuidado da pessoa com doença crônica não transmissível do hospital para o domicílio. **Método:** estudo qualitativo, exploratório e descritivo. O cenário do estudo foi um Hospital Universitário no Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu mediante entrevistas semiestruturadas com 28 enfermeiros assistenciais e gestores, entre julho de 2018 a maio de 2019, em que foram feitas as análises pelas temáticas. **Resultados:** Os enfermeiros apontam algumas estratégias de transição do cuidado, como a inclusão do cuidador nas orientações e o contato telefônico. Indicam, ainda, a necessidade de reconhecimento da rede de saúde pelos profissionais e o desafio da articulação entre diferentes serviços. **Considerações finais:** a transição do cuidado extrapola a lógica reducionista de simples orientação individualizada para alta hospitalar. O enfermeiro pode protagonizar a mudança e promover a consolidação de práticas seguras e qualificadas, devido sua inserção nos diversos cenários de atenção à saúde.

Descritores: Enfermagem. Continuidade da Assistência ao Paciente. Cuidados de Enfermagem. Doença Crônica. Sistema Único de Saúde. Cuidado Transicional.

Autor (a) Correspondente: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, gabriela.lanzoni@ufsc.br

¹ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5935-8849>

² Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8739-6025>

³ York and Scarborough Teaching Hospital. York, North Yorkshire, England. <https://orcid.org/0000-0003-4863-921X>

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0032-6791>

⁵ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6147-415X>

⁶ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9841-9798>

Objective: to understand the perspective of nurses on the transitional care of the person with chronic non-communicable disease from hospital to home. Method: qualitative, exploratory and descriptive study. The study scenario was a University Hospital in southern Brazil. Data collection occurred through semi-structured interviews with 28 nurses and managers, between July 2018 to May 2019, in which the analyses were made by the themes. Results: The nurses point out some strategies of transition of the care, as the inclusion of the caregiver in the orientations and the telephone contact. They also indicate the need for recognition of the health network by professionals and the challenge of articulation between different services. Final considerations: the transitional care goes beyond the reductionist logic of simple individualized orientation to hospital discharge. The nurse can lead the change and promote the consolidation of safe and qualified practices, due to its insertion in the various scenarios of health care.

Descriptors: Nursing. Continuity of Patient Care. Nursing Care. Chronic Disease. Unified Health System. Transitional Care.

Objetivo: comprender la perspectiva de enfermeros sobre la transición del cuidado de la persona con enfermedad crónica no transmisible del hospital al domicilio. Método: estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo. El escenario del estudio fue un Hospital Universitario en el Sur de Brasil. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas con 28 enfermeros asistenciales y gestores, entre julio de 2018 y mayo de 2019, en las que se realizaron los análisis por las temáticas. Resultados: Los enfermeros apuntan algunas estrategias de transición del cuidado, como la inclusión del cuidador en las orientaciones y el contacto telefónico. Indican, además, la necesidad de reconocimiento de la red de salud por los profesionales y el desafío de la articulación entre diferentes servicios. Consideraciones finales: la transición del cuidado extrapola la lógica reduccionista de simple orientación individualizada para alta hospitalaria. El enfermero puede protagonizar el cambio y promover la consolidación de prácticas seguras y cualificadas, debido a su inserción en los diversos escenarios de atención a la salud.

Descriptor: Enfermería. Continuidad de la Atención al Paciente. Cuidados de Enfermería. Enfermedad Crónica. Sistema Único de Salud. Cuidado Transicional.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) possuem destaque expressivo em relação à morbimortalidade nacional e internacional com as quatro causas mais prevalentes, sendo elas: cardiovasculares, respiratórias, cânceres e diabetes que, juntas, representam 70% das mortes em todo o mundo. Assim, para que os países continuem se desenvolvendo, a saúde da população deve ser uma prioridade e a redução das DCNT, a nível global, uma necessidade⁽¹⁾.

Pessoas que convivem com DCNT estão mais suscetíveis a hospitalizações frequentes e por longos períodos devido a episódios de agudização do quadro da doença. Além disso, o tratamento iniciado no hospital precisa ser continuado no domicílio e, para tanto, é necessária a integração entre os profissionais dos diferentes pontos da rede de saúde, de modo a fornecer cuidados integrados e contínuos a essas pessoas⁽²⁾.

No Brasil, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia de integração do sistema de saúde e promoção da integralidade da

assistência⁽³⁾. Entretanto, as lacunas na integração entre os pontos da rede assistencial interferem no acesso aos serviços especializados tanto no processo de referência quanto de contrarreferência da população, o que contribui para que este represente um dos grandes gargalos do Sistema Único de Saúde (SUS) e reflita negativamente na continuidade do cuidado na RAS e na promoção do princípio da integralidade⁽³⁾. Diante desse contexto, a transição do cuidado é uma importante estratégia para o alcance e a operacionalização da continuidade do cuidado entre os diferentes serviços de saúde⁽²⁾.

A transição do cuidado refere-se às intervenções coordenadas entre os serviços de saúde no momento da transferência do paciente, e tem como propósito a continuidade da assistência à saúde do usuário⁽⁴⁾. Desta forma, a transição do cuidado por meio da articulação dos serviços de maior densidade tecnológica com a Atenção Primária à Saúde (APS) visa à qualidade da assistência no âmbito domiciliar e redução dos

custos do sistema de saúde, especialmente por meio da prevenção de repetidas internações evitáveis. Assim, visando à continuidade do cuidado, a transição deste deve iniciar na admissão do paciente no hospital, ser potencializada durante o período de internação hospitalar e continuar após a alta⁽⁵⁾.

O enfermeiro, pela sua inserção nos diferentes serviços de saúde, disponíveis na RAS, e pelo envolvimento com o cuidado direto ao paciente, é o profissional com maior possibilidade de criar vínculos e estabelecer um plano de cuidado de sucesso em conjunto com a equipe multiprofissional⁽⁶⁻⁷⁾. Estudo com enfermeiros na APS no Brasil aponta como positiva a experiência profissional no exercício de liderança e a confiança entre profissionais e comunidade para construção de vínculo⁽⁸⁾, na perspectiva da continuidade do cuidado.

Experiências internacionais também mostram a importância do enfermeiro na transição do cuidado. Na Espanha, este profissional é referência na articulação do serviço hospitalar com a APS desde os anos 1970 na Europa. Os denominados enfermeiros de enlace são responsáveis pela elaboração de planos de cuidados de modo compartilhado com a equipe multiprofissional, paciente e família, visando à continuidade da assistência após a alta hospitalar⁽⁹⁾. Esta experiência se repete em países como Canadá e Portugal que, apesar de utilizar outras terminologias, compreendem a contribuição da atuação do enfermeiro na transição do cuidado como estratégia para a continuidade do cuidado⁽⁶⁾.

Dessa forma, a atuação do enfermeiro na transição do cuidado pode proporcionar condições adequadas, por meio da interação entre alta complexidade e APS, para que esse cuidado aconteça de forma coordenada e efetiva a nível domiciliar. Para isso, ele destaca-se como facilitador na consolidação da continuidade do cuidado através de um conjunto de ações que considerem o paciente, sua realidade e suas necessidades^(6-7,9).

Apesar do crescente interesse sobre o tema no Brasil e exterior, ainda é escassa a literatura

acerca dos mecanismos e estratégias utilizadas para a transição do cuidado da pessoa com DCNT do hospital para o domicílio, principalmente a partir da visão de enfermeiros⁽⁶⁻⁷⁾. Assim, delimitou-se este estudo com a seguinte pergunta de pesquisa: como os enfermeiros compreendem a transição do cuidado da pessoa com doença crônica não transmissível do hospital para o domicílio?

Deste modo, este estudo teve como objetivo compreender a perspectiva de enfermeiros sobre a transição do cuidado da pessoa com doença crônica não transmissível do hospital para o domicílio.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, o que permite a construção do conhecimento a partir das experiências que os sujeitos vivenciam em seu cotidiano⁽¹⁰⁾.

Os participantes do estudo foram enfermeiros assistenciais e gerentes, vinculados a duas unidades de clínica médica, duas de clínica cirúrgica e uma emergência adulto de um hospital universitário localizado no Sul do Brasil. A abordagem dos participantes ocorreu pessoalmente ou via contato telefônico institucional fornecido pelas enfermeiras chefes das unidades de internação. Nesse primeiro momento, as pesquisadoras apresentavam a proposta de pesquisa e questionavam sobre o interesse em participar do estudo. Para os que respondiam afirmativamente, foi agendado um horário para realização da entrevista no local de trabalho em sala privativa.

Foram considerados como critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial ou em cargo de gestão das unidades de clínica médica, cirúrgica e emergência, com no mínimo seis meses de atuação no setor. Foram excluídos profissionais em licença de qualquer natureza durante o período de realização da pesquisa. Nesse sentido, foram abordados 33 enfermeiros, dos quais cinco recusaram a participação na pesquisa por falta de tempo e 28 enfermeiros participaram do estudo. Na medida em que os

dados foram coletados e analisados, observou-se repetição de informações frente aos elementos buscados para atingir o objetivo do estudo e, considerando a ausência de novos incidentes relevantes para a pesquisa, entendeu-se que a saturação dos dados foi alcançada e a coleta de dados foi encerrada com 28 participantes.

A coleta de dados foi realizada entre julho de 2018 e maio de 2019, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas, registradas por gravação digital de voz e transcritas integralmente, com duração média de 15 minutos, em local reservado indicado pelo participante na sua unidade de trabalho. A pergunta utilizada para iniciar a entrevista com os participantes foi a seguinte: “fale-me, a partir de suas experiências, como você percebe a transição do cuidado a pessoa com DCNT do hospital para a APS ou domicílio”. A partir dessa questão disparadora, a entrevista teve sequência com a realização de perguntas, conforme as respostas dos participantes.

A análise dos dados foi realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos⁽¹⁰⁾. A primeira etapa, a pré-análise, compreendeu a leitura geral do material a ser analisado, gerando a aproximação e organização dos dados. A exploração do material, segunda etapa, consistiu na codificação dos dados, classificando-os para a compreensão essencial das entrevistas. O texto foi reduzido a expressões significativas para posteriormente formar agrupamentos. Por fim, na terceira etapa, ocorreu o tratamento e interpretação dos resultados, em que se deu origem às categorias do estudo. Para a interpretação dos resultados, adotou-se o marco teórico de transição e continuidade do cuidado⁽¹¹⁻¹²⁾, além da literatura nacional e internacional pertinente ao tema.

Destaca-se que o estudo é parte integrante de um Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem intitulado “Continuidade do cuidado na transição: estratégias do enfermeiro para consolidação da contrarreferência”⁽¹³⁾. A pesquisa atendeu aos aspectos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido e aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com parecer número 2.537.096. Todos os participantes foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e a realização das entrevistas foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos. As falas dos participantes foram identificadas pela letra E seguida do número correspondente à ordem da realização das entrevistas (E1, E2, E3...), garantindo o anonimato dos participantes.

Resultados

A análise dos dados levou à construção de três categorias temáticas inter-relacionadas entre si: ações e estratégias dos enfermeiros para a transição do cuidado; desafios organizacionais para a transição do cuidado; continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, as quais são apresentadas a seguir.

Ações e estratégias dos enfermeiros para a transição do cuidado

Essa categoria evidenciou as intervenções realizadas pelos enfermeiros para a promoção da transição do cuidado do contexto hospitalar para o domicílio. Destacou-se a orientação para alta como uma ferramenta essencial para a continuidade do cuidado.

As orientações para a alta, na maioria das vezes, são assumidas pela equipe médica e, em alguns casos, conta-se com a participação dos profissionais da equipe multidisciplinar como nutrição, psicologia, farmácia e serviço social.

Eles [equipe médica] passam e falam que tal paciente está de alta e muitas vezes eles já deram as orientações, só estão nos comunicando. [...] Geralmente, quando o paciente já está indo de alta, ele [médico] já deu as orientações ou ele está indo lá entregar o que precisa (E19).

Nesse sentido, a orientação do enfermeiro acontece pontualmente em casos específicos, como a orientação sobre a realização de procedimentos e manipulação de dispositivos no âmbito domiciliar. A enfermagem destaca-se por ser a profissão mais próxima do paciente, fazendo com que o enfermeiro seja o profissional

demandado diante de dúvidas de pacientes e acompanhantes quanto à continuidade da assistência no âmbito do domicílio.

Algumas orientações assim, por exemplo, dúvidas que os acompanhantes têm de algum procedimento tipo sondagem, a dieta por sonda, a gente acaba também dando algumas orientações, [...] a gente acaba também sanando algumas dúvidas (E20).

A gente às vezes orienta as coisas que eles [pacientes e acompanhantes] ficaram com dúvidas, tipo, se tiver que ir para casa usando uma sonda, como é que vai fazer com essa sonda, se for uma sonda nasoenteral, como é que faz, como é que administra a medicação, como é que faz alimentação. Mais nesses casos que a gente entra na orientação de alta, mas no demais acaba sendo a medicina, de orientar medicação, e às vezes eles vem só para perguntar se ficou alguma dúvida (E24).

Cabe ressaltar que pacientes em uso de certos dispositivos invasivos demandam dos enfermeiros orientações durante toda a internação hospitalar, antes mesmo da previsão de alta, objetivando a compreensão das orientações sobre o uso e manuseio do dispositivo para promoção do autocuidado. Nesse sentido, os enfermeiros utilizam estratégias como orientação verbal, panfletos com orientações para casa e a repetição de procedimentos para confirmar o entendimento. Os profissionais buscam direcionar as orientações, adequando-as à linguagem do paciente, utilizando palavras de fácil entendimento, a fim de facilitar a compreensão.

Desde quando ele [paciente] vem da cirurgia a gente já começa a fazer as orientações de cuidados com o dispositivo, principalmente do manuseio. Porque ele e a família têm que sair já sabendo utilizar o equipamento (E07).

Não adianta chegar lá e falar em cateter, sonda, dieta, muitos deles não sabem o que é dieta. Eles sabem o que é comida, o que é regime. Então eu acho que a principal coisa da comunicação é você se adequar ao nível intelectual, cultural do paciente, e ter certeza de que ele realmente entendeu (E13).

No caso de lesões, ao realizar as orientações, o enfermeiro leva em consideração quem irá realizar o curativo do paciente em casa, se um familiar cuidador ou um profissional da equipe de saúde. Além disso, consideram-se quais materiais o centro de saúde tem para oferecer e a realidade socioeconômica do paciente. De acordo com as respostas, o enfermeiro reorganiza o plano de cuidado, alterando a cobertura da lesão ou buscando um encaminhamento ambulatorial para melhor evolução. No caso do

encaminhamento à APS, o enfermeiro elabora um documento da unidade de internação para que seja levado pelo paciente. Essa é uma estratégia para que o enfermeiro da APS esteja ciente dos materiais que estão sendo usados para o tratamento da lesão.

A gente tem casos mais especiais, por exemplo, um paciente que vai para casa com uma ferida mais extensa ou que tem uma condição mais fragilizada, a gente faz por escrito, mas é mais em curativo, que a gente faz a prescrição por escrito para ele levar no posto de saúde, para o enfermeiro lá estar sabendo. (E01).

As orientações são realizadas tanto com os pacientes quanto com seus familiares ou acompanhantes. Os enfermeiros reforçam que nos casos em que a família está presente nos cuidados com o paciente, ocorre maior adesão às orientações, como a buscar acompanhamento na APS após a alta hospitalar. Frente a isso, investem esforços para inclusão do familiar cuidador na dinâmica de cuidados, buscando fortalecer os mecanismos que promovam a continuidade do cuidado.

Desafios organizacionais para a transição do cuidado

Nesta categoria, os enfermeiros revelaram que a alta demanda assistencial e administrativa nas unidades hospitalares leva à sobrecarga de trabalho, o que prejudica sua atuação em atividades para a transição do cuidado.

Eu acho que tem muito mais coisa que poderia ser feito que o enfermeiro não faz por conta disso, de a gente estar envolvido em outras demandas e talvez também até por questão de costume, cultural, de "ab nunca fizeram". (E01).

É muita coisa. [...] A gente tem muita sobrecarga de trabalho. A gente é responsável por muita coisa, a maioria burocrática e acaba deixando o paciente um pouco de lado. (E15).

Assim, para uma adequada transição do cuidado a partir da internação hospitalar, os profissionais identificaram a necessidade de ferramentas e estratégias organizacionais que auxiliariam na transição do cuidado, como prontuários eletrônicos compartilhados entre os diferentes serviços na RAS, orientações de alta compartilhada entre os profissionais e contato telefônico. Tais mecanismos facilitariam a comunicação com os demais pontos da rede.

Eu acho ideal ter um sistema, até para puxar prontuários, para ver o que o próprio hospital está fazendo, isso facilitaria muito a nossa vida. A gente nunca sabe de nada, daí a gente tem que fazer exame tudo de novo, ficar rastreando paciente. Às vezes ele [paciente] tem que fazer ultrassom, alguma coisa, ou tem algum dado de um médico, de um exame anterior, e a gente nem sabe. (E18).

Os enfermeiros destacaram ainda a ausência de um instrumento padronizado pela instituição para orientação na alta hospitalar. Nesse sentido, o paciente recebe apenas do médico o sumário de alta, contendo o resumo das condutas médicas adotadas durante a sua internação.

Não existe nenhum tipo de formulário, ele [paciente] sai do hospital geralmente com sumário de alta que é feito pelo médico, sai com alguns resultados de exames que o paciente solicita e o médico fornece, sai com prescrição de medicamento para uso em casa e às vezes tem alguma orientação médica. Mas a parte da enfermagem não existe nenhum tipo de registro. Nada. Nunca fiz nesses três anos de emergência e nunca vi ninguém fazendo. (E21).

Os enfermeiros apontam que a carta de referência para a APS é elaborada apenas para os pacientes considerados mais complexos do ponto de vista clínico e social. Assim, a sugestão de criação de um instrumento de contrarreferência padronizado em toda a instituição poderia sensibilizar os enfermeiros frente à continuidade do cuidado. Ressaltam que, assim como o instrumento, o próprio sumário de alta poderia ser encaminhado por *e-mail* à APS além de entregues apenas ao paciente.

Continuidade do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde

No que se refere a esta categoria, apesar de não conseguirem desenvolver todas as etapas da transição do cuidado aos pacientes internados, os enfermeiros compreendem que a orientação adequada durante a internação até o momento da alta leva à diminuição do retorno desse paciente ao serviço. Isso acontece a partir da promoção do autocuidado, que leva à diminuição dos episódios de agudização, quanto pela educação, no que tange ao funcionamento do sistema de saúde, priorizando o vínculo com a APS.

Muitas vezes os retornos que eles têm, não necessariamente deveriam vir para o hospital. Tem lá o centro de

saúde perto da casa dele, muitas vezes eles resolvem por lá e eles acabam retornando por ali. Essa talvez seja uma orientação que a gente poderia melhorar. [...] Talvez esse fosse o ponto que eu acho que poderia ser trabalhado. (E24).

Os enfermeiros demonstram compreender que os episódios de agudização fazem parte da evolução da doença crônica, fazendo com que as reinternações não possam ser completamente evitadas. Contudo, entendem que o adequado manejo na transição do cuidado possa prevenir as exacerbações das doenças crônicas, quando possível, e reduzir a frequência dessas reinternações.

[As reinternações] também são por falta de orientação porque às vezes um manejo no tratamento ou algumas orientações de mudanças do estilo de vida, isso também ajudaria esses pacientes a, talvez, melhorar um pouco a qualidade de vida. (E20).

A comunicação com a APS, seja por meio de contato telefônico, seja por outro tipo de comunicação com as equipes dos centros de saúde, poderia melhorar o processo de contrarreferência e permitir o fluxo de informações e, consequentemente, a continuidade do cuidado aos pacientes. Visto que o paciente, ao sair do hospital sem encaminhamento, acaba não possuindo um acompanhamento de saúde e, com isso, torna-se suscetível a complicações e reinternações.

A maioria deles volta porque não tomava as medicações corretamente, porque não conseguem entender direito aquela receita, então a maioria deles acaba voltando para cá. Se tivesse um acompanhamento efetivo da unidade de saúde com certeza eles voltariam menos para cá. (E12).

Nesse sentido, três aspectos principais foram destacados pelos enfermeiros, como iniciativas para melhoria da continuidade do cuidado a partir da transição do hospital para o domicílio: adequada orientação do paciente e familiar cuidador, adequado acompanhamento pela APS e apoio multidisciplinar.

Discussão

Os achados deste estudo revelam a interface entre as dificuldades e estratégias dos enfermeiros para a realização da transição do cuidado de pacientes com DCNT do hospital para o domicílio.

A transição do cuidado compreende ações destinadas a consolidar a continuidade do cuidado e envolve aspectos relacionados a: 1) transferência de informações; 2) preparação do paciente e do cuidador; 3) suporte de autogestão; 4) empoderamento para afirmar preferências⁽¹¹⁻¹²⁾.

Neste estudo, em relação às orientações para alta, destacou-se a ação individual de cada profissional da equipe multiprofissional, cada um frente a suas intervenções, atuando em sua área específica, destacando fragilidade na comunicação entre a equipe multiprofissional. Evidencia-se que tanto no acompanhamento domiciliar quanto no hospital, o esperado é que os profissionais atuem de forma integrada, articulados interdisciplinarmente, que realizem discussões de caso e a tomada de decisões seja em conjunto, incluindo o paciente e seus familiares⁽¹⁴⁾. O estabelecimento de relação de confiança entre paciente, família e profissionais de saúde, cujas ações são direcionadas às necessidades de saúde do paciente, configura a continuidade do cuidado relacional, essencial para promover o engajamento do paciente no processo de cuidado no domicílio⁽¹²⁾.

As evidências científicas apontam a contribuição do enfermeiro para a continuidade do cuidado⁽¹²⁾. Apesar dos resultados não apresentarem o enfermeiro como principal profissional responsável pelas orientações de alta hospitalar, este é responsável por incentivar o autogerenciamento da condição clínica, especialmente em casos em que o paciente e/ou familiar cuidador precisam aprender a manusear equipamentos, materiais e dispositivos tecnológicos e, para tanto, busca utilizar linguagem adequada que favoreça a compreensão das informações. Corroborando estes achados, estudo destaca que a educação para o autogerenciamento da doença deve envolver orientações claras, em uma linguagem confortável ao paciente e, se possível, acompanhado de recursos visuais, como materiais impressos, que ajudam a reforçar as instruções verbais⁽¹⁵⁾.

Diante disso, é oportuno destacar a contribuição do familiar cuidador na transição do cuidado, sendo necessária sua inclusão pelos profissionais de saúde como agentes ativos na

elaboração do plano de cuidados após a alta hospitalar⁽¹¹⁾. Uma revisão de literatura sobre a transição do cuidado em países latino-americanos evidenciou que atividades de autogerenciamento da doença preveem a inclusão de cuidadores, visto que são mais capazes de cuidar de pacientes após a alta, uma vez que nesse momento estão equipados com os conhecimentos e habilidades que adquiriram durante a internação junto ao paciente⁽¹⁶⁾, respaldando os esforços investidos, nesse sentido, pelos enfermeiros incluídos nesta pesquisa.

Para tanto, os dados desta pesquisa indicaram a necessidade do desenvolvimento de um plano de cuidados para a alta. Resultados semelhantes estão descritos em estudo, que aponta a importância do uso de um plano de cuidados pelo enfermeiro e que ajuste a maneira de transmitir as informações durante o planejamento da alta para o paciente e cuidador, de forma que estes compreendam as recomendações a serem seguidas após a alta, seja pelo autogerenciamento da doença pelo paciente, seja pela gestão desse processo pelo cuidador, independente do cenário que estes estejam inseridos⁽¹⁷⁾.

Nesse sentido, cabe mencionar a importância do planejamento da transição do cuidado para diminuição do tempo de internação hospitalar, que é responsável pelo aumento considerável dos custos com saúde. As orientações quando realizadas desde o início da internação, evitam atrasos na alta hospitalar. Ensaio clínico randomizado realizado nos Estados Unidos verificou que 30% das altas hospitalares são postergadas por razões não médicas, ou seja, necessidades de saúde fora do hospital ou de assistência social⁽¹⁸⁾.

O presente estudo ressaltou que a alta demanda de atribuições do enfermeiro na unidade hospitalar, algumas vezes não específicas deste profissional, acaba dificultando a efetivação da transição do cuidado. Assim, percebe-se que diante das inúmeras atribuições, o enfermeiro tende a priorizar os cuidados essenciais com vistas a garantir um cuidado seguro e qualificado no contexto hospitalar. Já as ações que potencializariam a transição entre

serviços ficam em um segundo plano de importância, corroborando com resultados de estudos nacionais que apontam a fragilidade no processo de contrarreferência dos pacientes que tem alta do hospital e não são devidamente encaminhados para a APS⁽¹⁹⁾.

Frente a isso, cabe destacar a importância da dimensão gerencial da continuidade do cuidado, essencial para a prestação de uma assistência de alta qualidade por meio da coordenação do cuidado na transição entre os diferentes serviços, garantindo o acesso e evitando duplicação das ações de saúde⁽¹²⁾.

É importante mencionar que a função de organização dos processos de trabalho na instituição hospitalar exige iniciativa e investimento da gestão, uma vez que vai além da governança dos profissionais atuantes diretamente na assistência ao paciente. Nesse sentido, existe a necessidade de que esforços partam da gestão superior da estrutura organizacional, subsidiando a atuação dos profissionais, uma vez que a transição do cuidado de um serviço para o outro na RAS representa um momento sujeito à fragmentação da assistência e por isso demanda atenção especial dos profissionais e gestores⁽⁶⁾.

Ferramentas como sistemas de informação, no caso do prontuário eletrônico e agenda informatizada, são instrumentos facilitadores para desenvolvimento das ações de saúde de média/alta complexidade e consequente otimização do serviço e promoção da integralidade⁽²⁰⁾, estratégias também citadas pelos participantes deste estudo. A disposição de mecanismos que garantam o armazenamento e compartilhamento das informações de saúde do paciente promove a continuidade do cuidado informacional, fornecendo subsídios aos profissionais de saúde para tomada de decisão segura⁽¹²⁾.

A implantação de sistemas de informação representa importante estratégia para integração dos serviços de média/alta complexidade aos demais pontos de atenção. Essas ferramentas permitem aos gestores o conhecimento e acompanhamento da demanda, o que possibilita a definição de prioridades clínicas e elaboração

de estratégias para qualificação da atenção⁽²⁰⁾. Aos profissionais, esse recurso tem potencial de destaque para qualificar a assistência, considerando que o registro detalhado de cada profissional e conduta ao longo da vida do paciente permite a continuidade do cuidado informacional⁽²¹⁾.

Dentre as estratégias propostas pelos profissionais entrevistados, destaca-se também o monitoramento dos pacientes após a alta por meio de ligações telefônicas. Essa estratégia pode ser utilizada, por exemplo, para analisar o uso do serviço de saúde por pacientes idosos após a alta, possibilitando o seguimento dos cuidados, identificação de situações de risco e prevenção de complicações que possam levar à reinternação⁽²²⁾.

De forma similar, outra estratégia descrita na literatura é o acompanhamento pós-alta por enfermeiros. O acompanhamento é realizado por telefone pelos enfermeiros hospitalares ao enfermeiro da APS, como também para pacientes e cuidadores no contexto domiciliar, com intervenção imediata durante a ligação. Os resultados, identificados a partir de uma revisão de literatura, apontaram o compartilhamento de sistemas informatizados entre o hospital e a APS e um plano de alta que é entregue ao paciente no momento desta, o qual é compartilhado com a equipe da APS eletronicamente⁽²³⁾.

A ausência de padronização da alta hospitalar foi citada como um desafio para a transição do cuidado, visto que a padronização dos processos assistenciais é considerada um facilitador ao iniciar a preparação para a alta. Frente a isso, instrumentos como o *check list* para a verificação, pode auxiliar os enfermeiros no momento da alta, tendo em vista que padronizam as informações e tendem a aumentar a satisfação do paciente com os cuidados recebidos⁽¹⁸⁾.

Nesse sentido, pode-se citar também um instrumento desenvolvido nos EUA, o *Readiness for Hospital Discharge Scale* (RHDS), que pode identificar, no planejamento e coordenação da alta hospitalar, pacientes que não estão preparados para retornar ao domicílio e apresentam riscos de reinternação. Com essa avaliação, a equipe multiprofissional pode estabelecer planos

terapêuticos com metas, bem como preparar o paciente e seus familiares para o retorno ao domicílio. O instrumento inclui intervenções educativas com paciente e família, encaminhamento para APS e o monitoramento deste através de ligações telefônicas e visitas domiciliares⁽²⁴⁾.

O acompanhamento na APS torna-se essencial após a alta da pessoa com DCNT considerando situações como alta hospitalar antecipada, insegurança ou despreparo do paciente e seus familiares aos cuidados domiciliares, dificuldade de adesão ao regime terapêutico, de enfrentamento e adaptação nas mudanças do estilo de vida e autocuidado⁽¹⁹⁾. Nesse cenário, o apoio matricial é configurado pelo suporte dado por profissionais especializados de diferentes áreas de atuação a uma equipe de ESF, através de processos de construção compartilhada, atingindo dimensões pedagógicas e técnico-assistenciais, com o objetivo de promover o cuidado integral e qualificar a assistência prestada⁽²⁵⁾.

Assim, para a transição do cuidado, em especial das pessoas com DCNT, existe a necessidade de haver colaboração entre os profissionais para a efetivação de um atendimento integrado e contínuo⁽²⁾. Considerando que a articulação entre os diferentes pontos da rede, composta dos dispositivos de diferentes densidades tecnológicas, asseguram ao paciente o acesso ao sistema de saúde, a comunicação efetiva entre os pontos da RAS e equipe multiprofissional é fundamental para garantir a continuidade do cuidado.

No contexto nacional, embora algumas iniciativas sejam verificadas empiricamente, ainda não está consolidada a atuação do enfermeiro nas diversas instituições hospitalares para o fortalecimento da contrarreferência. Nessa conjuntura, mesmo que atrelada à esfera individual, ressalta-se a relevância da atuação do enfermeiro na promoção de uma assistência integral e qualificada para garantia da integração entre os pontos de atenção na rede⁽²⁶⁾.

Estudo que buscou avaliar a qualidade da transição do cuidado na alta do serviço de emergência de pacientes com DCNT evidenciou a importância do uso de protocolos para o

planejamento da alta hospitalar e o fortalecimento da atuação dos enfermeiros na coordenação da transição do cuidado, participando do planejamento de alta, fornecendo orientações de autogerenciamento em saúde, bem como auxiliando na articulação entre serviços hospitalares e de APS⁽²⁷⁾. A revisão de literatura realizada em países latino americanos sobre transição do cuidado, apresentou o uso de protocolos de comunicação entre hospital e APS e ação conduzida por enfermeiros, considerados coordenadores dos planos de monitoramento dos pacientes, em conjunto com a equipe multiprofissional na APS⁽¹⁶⁾.

Uma revisão integrativa identificou a eficácia do acompanhamento do paciente pós-alta hospitalar por um enfermeiro gestor de caso. Este enfermeiro oferecia assistência ao paciente, conduzindo a autogestão da medicação, ofertando educação em saúde e facilitando o acesso a ambulatórios quando necessário⁽²⁾. Neste prisma, o reconhecimento e legitimação da função do enfermeiro de ligação destaca-se como possibilidade de qualificação dos processos de transição do cuidado, aumentando a qualidade de vida no pós alta, bem como reduzindo internações e otimizando recursos do sistema de saúde^(6,9).

Como limitação do estudo, pontua-se que a coleta de dados contemplou enfermeiros assistenciais e gestores, embora não tenha sido explorada a importante interface da equipe multiprofissional e de técnicos de enfermagem no processo de transição do cuidado. Assim, novos estudos podem ser realizados, incluindo esses profissionais, a fim de buscar novas estratégias que possam ser repensadas conjuntamente.

Considerações Finais

O estudo possibilita contribuir para uma compreensão de que a transição do cuidado extrapolava a lógica reducionista de simples orientação individualizada para alta hospitalar. Ela requer a construção de um trabalho conjunto com a equipe de saúde, incluindo o paciente e cuidador, bem como o reconhecimento da rede de saúde pelos profissionais e valorização

da articulação entre os profissionais e ações nos diferentes pontos da RAS. O enfermeiro, frente a esse desafio, pode protagonizar a mudança e promover a consolidação de práticas seguras e qualificadas, considerando sua inserção em todos os cenários de atenção à saúde.

A partir da perspectiva de enfermeiros, a transição do cuidado enfrenta muitos desafios para sua consolidação, destacando-se a alta demanda de atribuições dos enfermeiros nas unidades hospitalares, a necessidade de ferramentas, a padronização para a alta hospitalar pela instituição hospitalar e a desarticulação entre os profissionais dos serviços de saúde nos diferentes pontos da RAS.

Apesar disso, algumas estratégias são percebidas por enfermeiros como essenciais para a efetivação da transição do cuidado, como a criação de instrumentos padronizados que auxiliem o enfermeiro no processo de orientação para alta e encaminhamento do paciente para APS, a inclusão do cuidador nas orientações para alta hospitalar e autogestão do paciente. Também se sobressaíram o estímulo à comunicação multiprofissional efetiva, tanto intra-hospitalar como intersetorial, considerando os diferentes pontos da RAS, o uso de tecnologias como o contato telefônico, para acompanhamento do paciente com DCNT após a alta hospitalar, e sistemas informatizados, como o prontuário eletrônico compartilhado, visando à continuidade do cuidado desses pacientes em articulação com a APS.

Colaborações:

1 – Concepção e planejamento do projeto: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Aliny Fernandes Goularte e Marina Miotelo.

2 – Análise e interpretação dos dados: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Aliny Fernandes Goularte e Marina Miotelo;

3 – Redação e/ou revisão crítica: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Aliny Fernandes Goularte, Marina Miotelo, Caroline Cechinel Peiter, Cintia Koerich e Laísa Fischer Wachholz.

4 – Aprovação da versão final: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Aliny Fernandes Goularte, Marina Miotelo, Caroline Cechinel Peiter, Cintia Koerich e Laísa Fischer Wachholz.

Conflitos de interesse

Não há conflito de interesse.

Fontes de financiamento

O presente trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de financiamento 001.

Referências

1. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev saúde pública*. 2017;51(Suppl 1):4s. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
2. Regge MD, Pourcq KD, Meijboom B, Trybou J, Mortier E, Eeckloo K. The role of hospitals in bridging the care continuum: a systematic review of coordination of care and follow-up for adults with chronic conditions. *BMC health serv res*. 2017;17(1):1-24. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2500-0>
3. Vieira EW, Gazzinelli A. Degree of integration of Primary Health Care of a small municipality in the Health Services Network. *Saúde Soc*. 2017;26(2):448-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170100>
4. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*. 2017;22(3):e47615. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
5. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Rev bras enferm*. 2019;72(Suppl 2):294-301. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
6. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GP, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev bras*

- enferm, 2018;71(1):546-553. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>
7. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev latinoam enferm.* 2019;27:e3162. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
 8. Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Cummings G. Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados. *Texto contexto enferm.* 2016;25(4):e4190015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004190015>
 9. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03477. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>
 10. Minayo MCS. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.* 34. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.
 11. Coleman EA, Roman SP. Family caregivers' experiences during transitions out of hospital. *Journal for Healthcare Quality.* 2015;37(1):12-21. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460117.83437.b3>
 12. Bahr SJ, Weiss ME. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice.* 2018;25(2):e12704. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>
 13. Miotello, Marina. Continuidade do cuidado na transição: estratégias do enfermeiro para consolidação da contrarreferência [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. 2018. 63p.
 14. Hermann AP, Lacerda MR, Nascimento JD, Gomes IM, Zatoni DCP. Enhancing the process of teaching and learning homecare. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(1):156-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0541>
 15. Donihi AC. Practical recommendations for transitioning patients with type 2 diabetes from hospital to home. *Curr diab rep.* 2017;17(52) :1-11. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11892-017-0876-1>
 16. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev gaúcha enferm.* 2018;39:e20180119. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
 17. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.* 2019;72:294-301. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
 18. Shakir G, Gaddis J, Mariga NN, Obonor F, Okafor OT, Thornton A, et al. Use of a Daily Discharge Goals Checklist for Timely Discharge and Patient Satisfaction. *Medsurg nurs* [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 28];26(4):236-41. Available from: [https://www.thefreelibrary.com/Use of a daily discharge goals checklist for timely discharge and...-a0503466842](https://www.thefreelibrary.com/Use+of+a+daily+discharge+goals+checklist+for+timely+discharge+and...-a0503466842)
 19. Cunha KS, Erdmann AL, Higashi GDC, Baggio MA, Kahl C, Koerich C, et al. Myocardial revascularization: unveiling strategies in reference and counter reference in primary health care. *Rev baiana enferm.* 2016;30(1):295-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.16039>
 20. Sockolow P, Hellesø R, Ekstedt M. Digitalization of patient information process from hospital to community (home) care nurses: International perspectives. *Stud Health Technol Inform.* 2018;250:227-9. DOI: <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-872-3-227>
 21. Kuusistoac A, Asikainen P, Sarant K. Contents of Informational and Management Continuity of Care. *Stud Health Technol Inform.* 2019;264:669-73. DOI: <https://doi.org/10.3233/shti190307>
 22. Pinheiro F, Santos FHE, Sousa RM, Santana RF, Silva J, Pestana LC, et al. Phone monitoring on the elderly post hospital discharge. *Revista enfermagem atual in derme* [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 28];83(1):48-53. Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/284/175>
 23. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Maques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare enferm.* 2017;(22)3:e47615. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
 24. Siqueira TH, Vila VSC, Weiss ME. Cross-cultural adaptation of the instrument Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form. *Rev bras enferm.* 2018;71(3):983-991. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0241>
 25. Oliveira RCC, Adário KDO, Sá LD, Videres ARN, Souza SAF, Pinheiro PGOD. Managers' discourse about information and knowledge related to directly observed treatment of tuberculosis. *Texto*

- contexto enferm. 2016;25(2):e3210015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003210015>
26. Ferreira ML; Vargas MAO; Marques AMFB, Andrade SR, Vargas CP. Atuação do enfermeiro no referenciamento e contrarreferenciamento de pessoas com amputação. *Cogitare enferm.* 2017;(22)3:e50601. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.50601>
27. Acosta AA, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev gaúcha enferm.* 2020;41(esp):e20190155. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
- Recebido: 31 de março de 2022
Aprovado: 28 de dezembro de 2022
Publicado: 24 de maio de 2023



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.