



Articulação hospital – atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo*

Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process

Articulación hospital – atención primaria en la transición del cuidado: las dos posibilidades del proceso

Como citar este artigo:

Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20210145. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>.

 Adriéli Donati Mauro¹
 Danielle Fabiana Cucolo²
 Marcia Galan Perroca¹

* Extraído da tese em andamento (estudo concluído em 2020) – Continuidade do cuidado ao paciente após a alta hospitalar: ações e tempo demandado pelo enfermeiro, a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Programa de Pós-graduação, Campinas, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze how the articulation between hospital and primary health care related to patient discharge and continuity of care after hospitalization takes place. **Method:** Qualitative study, using the focus group technique to explore the experience of 21 nurses in hospitals (n = 10) and at primary care (n = 11) in a municipality in the northwest area of the State of São Paulo. Data collection took place between December 2019 and April 2020. Four focus groups were carried out (two in the hospital and two in the health units) and the findings underwent thematic analysis. **Results:** The categories identified were: Patient inclusion flow in the responsible discharge planning, Patient/family member/caregiver participation, Care planning, Communication between services, and Challenges in the discharge process. According to reports, the discharge process is centered on bureaucratic aspects with gaps in communication and coordination of care. **Conclusion:** This research allowed understanding how nurses from different points of health care experience the discharge and (dis)articulation of the team work. The findings can equip managers in the (re)agreement of practices and integration of services to promote continuity of care.

DESCRIPTOR

Continuity of Patient Care; Process Assessment (Health Care); Patient Discharge; Nurse's Role; Patient-Centered Care.

Autor correspondente:

Adriéli Donati Mauro
Rua Mococa, 355, Catanduva
15806-000 – Catanduva, SP, Brasil
drimauro@hotmail.com

Recebido: 09/04/2021
Aprovado: 20/07/2021

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) abrangem tanto ações quanto serviços articulados para promover a equidade, melhorar o acesso e assegurar a integralidade e a qualidade do cuidado⁽¹⁻²⁾. No Brasil, a regionalização das RAS, favorecida pelo Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), prevê a integração dos diferentes pontos: atenção primária à saúde (APS), especializada (ambulatorial e hospitalar), vigilância, gestão do trabalho e educação em saúde; e atribui à APS a coordenação do percurso terapêutico do paciente em um movimento contínuo de cuidar⁽³⁾.

A concepção de continuidade incorpora a perspectiva do paciente na vivência do cuidado e combina três elementos: fluxo de informações, relações interpessoais e coordenação de intervenções⁽⁴⁾. Pressupõe, então, interação e conexão paciente-profissionais de saúde sustentadas ao longo do tempo⁽⁵⁾ e transição do cuidado, ou seja, intervenções coordenadas entre os serviços na transferência do paciente⁽⁶⁾.

No âmbito nacional, a alta hospitalar responsável é uma diretriz⁽⁷⁾ para transferência do cuidado de um nível especializado (hospital) para outros pontos da RAS e prevê articulação dos serviços, promoção do autocuidado e implementação de mecanismos de desospitalização.

Alguns problemas, no entanto, ainda desafiam a efetividade desse processo. A participação ativa e antecipada do paciente/cuidador no planejamento dos cuidados para a alta⁽⁸⁾, a transferência de informações e o acompanhamento do paciente após a internação são fragilidades enfrentadas na atenção hospitalar (AH)⁽⁹⁾. Na perspectiva da APS, destacam-se adversidades no sistema de referência e contrarreferência⁽¹⁰⁾, falhas na comunicação entre as equipes⁽¹¹⁾, desconhecimento dos trabalhadores sobre o funcionamento da RAS⁽¹²⁾, pouca articulação⁽¹³⁾ e dificuldades na coordenação do cuidado em rede⁽¹⁴⁾.

O enfermeiro assume papel central no planejamento da alta e tem sido um facilitador na transição do cuidado coordenando ações e interações entre profissionais, serviços e com o paciente/familiar para assegurar a continuidade da assistência após a internação⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Entretanto, a identificação de pacientes com necessidades de cuidados continuados e o processo de contrarreferência e acompanhamento da APS podem representar atividades adicionais na rotina dos enfermeiros, gerando sobrecarga de trabalho⁽¹²⁾.

Embora restrições sejam identificadas, a articulação entre os hospitais e demais serviços da RAS quase não tem sido evidenciada na literatura⁽¹⁷⁾. As investigações sobre a alta do paciente e transição do cuidado abordam a questão unilateralmente, na perspectiva da AH^(8,18-19) ou da APS^(10-11,20). O presente estudo busca reconhecer os dois lados do processo, na perspectiva de enfermeiros destes dois níveis de atenção, ampliando o olhar sobre a continuidade da assistência, os desafios da integralidade e a complexidade do trabalho em rede. Sendo assim, visa a responder a seguinte questão: *Na vivência de enfermeiros, como ocorre a articulação entre a atenção hospitalar e a atenção primária à saúde na alta responsável para a continuidade do cuidado ao paciente após a internação hospitalar?*

Vinculada ao grupo de pesquisa Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAÚDE) e parte de uma abordagem mais abrangente, esta etapa inicial do projeto de mestrado objetiva analisar como ocorre a articulação entre a atenção hospitalar e primária à saúde relacionada à alta responsável do paciente e à continuidade do cuidado após internação hospitalar.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Este estudo descritivo, de abordagem qualitativa, utilizou a técnica de grupo focal (GF) para obter informações, explorar experiências e opiniões sobre a temática a partir da interação dos participantes⁽²¹⁾. Adotou-se, em seu delineamento, as diretrizes do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) para pesquisa qualitativa⁽²²⁾.

LOCAL E POPULAÇÃO

Optou-se por investigar enfermeiros de um hospital privado e de ensino, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e 10 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) localizados na região noroeste do Estado de São Paulo. Trata-se de um hospital de referência para 19 municípios, com 198 leitos e 60% dos atendimentos pelo SUS contratualizados junto à Secretaria Estadual de Saúde. O município dispõe de cinco UBS e 24 equipes de ESF administradas por uma Organização Social (OS). Os enfermeiros da APS são contratados pela OS e realizam a coordenação da unidade e da(s) equipe(s), além de assumirem as demandas de cuidados.

A amostra desse estudo foi composta por 21 enfermeiros (10 da AH e 11 da APS) indicados, por conveniência, pelo gerente de enfermagem do hospital e pelo coordenador técnico das unidades da APS. Como critérios de inclusão, além da participação no processo de alta responsável, os enfermeiros não poderiam estar em período de experiência e deveriam estar atuando nas unidades no período de coleta de dados.

COLETA DE DADOS

Para contactar os profissionais indicados, uma das pesquisadoras contou com o apoio da enfermeira do núcleo interno de regulação da AH e da coordenadora da educação permanente da APS. O convite ocorreu por correio eletrônico destacando o objetivo da pesquisa, quem seria a moderadora, data, horário e local dos encontros e solicitando a confirmação dos participantes. Dos 23 enfermeiros contactados, apenas um declinou o convite por motivos pessoais e outro foi excluído por estar em período de experiência profissional. Após o início da pandemia por COVID-19, o acesso foi apoiado pela coordenação dos serviços e durante as sessões de GF observou-se o cumprimento das medidas de segurança.

Foram realizados quatro GF, entre dezembro de 2019 e abril de 2020, dentro do próprio contexto de prática com enfermeiros da AH, dois encontros (n = 6, manhã e n = 4, tarde), e da APS, outros dois encontros (n = 6, manhã e n = 5, tarde), totalizando 21 participantes. As sessões tiveram duração média de 60 minutos. Os grupos foram conduzidos

por uma pesquisadora com especialização em saúde pública e experiência na gestão de ESF capacitada para a condução de GF. As sessões foram gravadas mediante autorização prévia.

Durante os encontros, os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A partir daí, iniciaram-se orientações a respeito do preenchimento do questionário de categorização, considerando as variáveis sociodemográficas (idade, sexo) e laborais (ano de conclusão da graduação, tipo de especialização, experiência profissional como enfermeiro, experiência na área e tempo de atuação na unidade). Ao término do preenchimento, iniciou-se a leitura das questões norteadoras disponibilizadas, também, na forma impressa, para que os enfermeiros respondessem individualmente antes da abertura para discussões em grupo. Elas foram: *A alta responsável está instituída no município? Qual é o fluxo e/ou critérios estabelecidos entre a AH e a APS para a alta responsável? Como ocorre a comunicação entre estes dois níveis de atenção diante da alta do paciente e a necessidade de continuar o cuidado na comunidade? Quais estratégias são adotadas para garantir a continuidade do cuidado após a internação hospitalar? e Quais são os pontos facilitadores e dificultadores dessa articulação?*

A moderadora incentivou a participação de todos os membros em cada GF realizando anotações e, ao final dos encontros, apresentou as devolutivas sobre os principais aspectos debatidos em cada questão. Ainda, possibilitou o debate sobre outras experiências relacionadas ao tema identificando a saturação dos achados.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

As discussões foram transcritas e analisadas segundo o conteúdo na modalidade temática⁽²³⁾. Na pré-análise do material, os dados da AH e da APS foram organizados, separadamente, e dois pesquisadores realizaram a “leitura flutuante” e formulação de hipóteses frente aos achados. Posteriormente, os relatos foram explorados, destacando-se as unidades de registro (frases), codificadas em temas (por frequência/representatividade) e agrupadas (dados da AH e APS), por aproximação ou distanciamento, em categorias. O conteúdo foi, então, apreciado, interpretado e comparado (semelhanças e diferenças) possibilitando inferências a partir do referencial teórico adotado concernente à alta responsável (na perspectiva da organização e unicidade dos serviços de saúde)⁽⁷⁾, transição e continuidade do cuidado^(1,3-5,14,17,20). Para garantir o anonimato, os enfermeiros foram identificados com letras e números de forma aleatória (EAP1, EAP2, EH1, EH2...).

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelos responsáveis da instituição hospitalar e das unidades de APS do município campo de estudo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), com parecer nº 3.699.970/2019. Os critérios éticos foram respeitados seguindo as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Neste estudo, todos os participantes eram do sexo feminino, com idade média de 31,0 (Dp = 4,9; variação 25 a 43) anos, experiência profissional média de 5,3 (Dp = 3,7; variação 0,92 a 14) anos, tempo de atuação na UBS/ESF de 4,7 (Dp = 2,2; variação 1 a 8) anos e na AH de 6,0 (Dp = 4,9; variação 0,92 a 14) anos. A qualificação mais mencionada foi especialização em Saúde Pública com ênfase na ESF (n = 7) e Gestão em Saúde (n = 2), dentre outras. Quatro participantes referiram não possuir curso de especialização.

Após a análise dos relatos emergiram cinco categorias temáticas. A primeira, “Fluxo de inclusão do paciente no plano de alta responsável”, versa sobre os critérios de elegibilidade e o momento de inclusão do paciente no plano de alta e identifica, na fala de alguns enfermeiros da AH, a decisão ainda centrada no profissional médico. Os enfermeiros da APS confirmam a existência de um fluxo pré-estabelecido para transição do cuidado, conforme depoimentos a seguir:

A partir do momento em que o paciente interna e está com qualquer dispositivo, seja dreno, colostomia, sonda nasoenteral, a gente já abre a alta (...) Vamos atualizando todo dia (EH6).

Hora que o médico fala que vai de alta aí é feita a programação... precisa de alguma medicação ... precisa de oxigênio (...) (EH5).

(...) antes de ter alta eles mandam pra unidade pra gente já providenciar os cuidados (...) (EAP9).

Existe um fluxo e se tiver alguma mudança o hospital também manda uma notificação para nós, falando que a alta não será mais programada, porque teve uma piora ou uma melhora no quadro do paciente... (EAP8).

A segunda categoria traz relatos de enfermeiros da AH e da APS sobre a transferência de informações ao paciente/familiar diante da necessidade de cuidados continuados, mas a “Participação do paciente/familiar/cuidador no processo de alta responsável” pode estar limitada à ciência quanto ao processo de desospitalização e contrarreferência:

Os profissionais orientam os pacientes, é um grupo e acaba abrindo uma roda e vai se comunicando... se ele [paciente] tem alguma dúvida... a gente orienta novamente (EH3).

(...) eu [profissional do serviço de alta responsável] abordo eles [familiares]... informo que foi aberto protocolo de alta... vão aguardar a devolutiva do município (...) se a família tiver alguma dúvida converso com as meninas... elas me ligam e a gente está nessa constante comunicação (EH4).

(...) a gente espera que a família procure a atenção, enquanto isso a gente já vai passando para outros profissionais ficarem cientes dessa alta responsável, fazer essa busca ativa do paciente assim que estiver no domicílio... (EAP10).

(...) as vezes eles dão alta para esse paciente... acham que a atenção básica vai desenvolver todos os cuidados (...) então... eu peço pra assistente social fazer uma visita junto comigo orientando a família ou paciente no que ele precisar, e que a unidade vai estar ali para dar o suporte, mas os cuidados são realizados pelo familiar (EAP3).

Os enfermeiros mencionaram a estratégia adotada por cada nível de atenção para “Planejamento dos cuidados na alta responsável”, terceira categoria, envolvendo a equipe de saúde para prever e prover as intervenções e recursos necessários:

(...) visita multi é feita diariamente... é uma equipe (...) Através dessa visita diária que vai estabelecendo os cuidados no pós alta (EH5).

(...) com essa visita... a gente já sabe a conduta e agiliza (...) (EH2).

Planejamento através da reunião de matriciamento... Núcleo de Apoio à Saúde da Família, agente comunitário e equipe de enfermagem que vai prestar o cuidado (...) (EAP8).

(...) a gente já se programa... com materiais... o que vai usar após a alta (...) (EAP11).

(...) tem que disponibilizar profissional... para ir até a casa desse paciente tanto exercer a atenção como fazer o treinamento dos familiares (EAP10).

A preocupação em formalizar as informações no processo de contrarreferência para efetivação da alta responsável foi expressa na quarta categoria, “Comunicação entre a atenção hospitalar e primária de saúde”, conforme salientam os relatos:

(...) utilizamos o plano de cuidados... e o e-mail (...) (EH10).

A alta só acontece mediante uma resposta; a gente não libera o paciente sem essa resposta (...) (EH4).

A gente recebe um e-mail com a ficha da alta... nesse e-mail está detalhado o que a atenção básica tem que fornecer para esse paciente (...) (EAP 9).

(...) o hospital precisa receber uma devolutiva de que o oxigênio está instalado no domicílio (EAP1).

A quinta categoria, “Desafios no processo de alta responsável”, agrupa falas dos enfermeiros em seis subtemas, demonstrando a visão interna do hospital e da APS em contraposição à articulação entre os serviços e a unicidade do sistema de saúde:

1. Alta médica desarticulada do plano de alta responsável

A alta hospitalar do médico... acontece em qualquer horário, então o médico pode chegar aqui fora do horário comercial para dar alta pra esse paciente, e aí dificulta... (EH10).

2. Comunicação entre os serviços

(...) falta essa interação dentro da própria rede, como que funciona se... são três processos eu encaminho para três profissionais diferentes da atenção básica e aí não tem essa interação entre eles (EH 4).

3. Prazo para resposta da APS

Eu acho que dificultador mesmo é o tempo de resposta... o município tem 72 horas pra responder então... o paciente fica ocupando um leito internado (...) (EH4)

4. Clareza dos registros da AH

(...) o impresso do hospital que recebemos por e-mail... às vezes não conseguimos ler e entender o que está escrito pois é digitalizado, às vezes está com informações incompletas (EAP6).

5. Integração dos serviços da RAS

(...) eles [serviço hospitalar] não sabem como que funciona dentro de uma unidade e o que a gente pode ofertar (...) (EAP6).

6. Continuidade do cuidado na APS

(...) a alta responsável é aberta no momento em que o paciente interna no hospital e depois não é evoluída (...) (EAP1).

(...) a família forma um elo com a unidade pra que a gente possa ter essa atenção mas, durante o final de semana, às vezes [o cuidado] não é exercido (EAP10).

(...) a parte mais difícil é... a família não conseguir... fazer o suporte... a família não consegue se organizar pra isso (...) (EAP8).

(...) A falta de comunicação às vezes atrapalha (...) falta de entendimento do paciente... ele vem pro posto de saúde achando que a gente vai resolver tudo o que foi solicitado e muitas vezes não é isso (EAP2).

Considerando os princípios e diretrizes de políticas nacionais^(1,7), as respostas dos participantes foram agrupadas em ações articuladas e outras que ainda precisam ser fortalecidas (Figura 1).

DISCUSSÃO

A alta hospitalar responsável está instituída na RAS do município em estudo e, nos relatos dos enfermeiros da AH e da APS, destacam-se instrumentos de ordem administrativa (fluxo, estratégias para planejamento e comunicação entre os serviços) denotando um processo, ainda, burocratizado.

Além disso, a literatura^(16,24) enfatiza o início do planejamento para a alta já nas primeiras 24 horas após a internação e, mesmo com critérios pré-estabelecidos para a inclusão do paciente, enfermeiros hospitalares divergem quanto ao momento inicial do plano com indicativos de controle médico sobre o processo. A colaboração dos diferentes profissionais na preparação do paciente para a alta é essencial⁽¹⁶⁾ mas, na experiência desses enfermeiros, o médico nem sempre segue o que está determinado no fluxo e o que foi discutido pelas equipes/serviços, comprometendo a dinâmica e a continuidade do trabalho.

No contexto em estudo, apesar de os enfermeiros referirem esclarecimento de dúvidas e das ações planejadas para a alta, o paciente/familiar/cuidador atua como ouvinte e insere-se passivamente no processo, não conseguindo, muitas vezes, exercer de forma autônoma a busca pelo serviço da APS e a execução dos cuidados no domicílio.

A participação ativa do paciente no processo de alta e transição do cuidado, bem como a efetiva orientação e integração do familiar/cuidador encontram-se destacados internacionalmente⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ e nas diretrizes brasileiras⁽⁷⁾. No entanto, o envolvimento ainda fragilizado desses atores repercutiu sobre a continuidade do cuidado no domicílio⁽⁸⁾.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Autonomia do paciente/familiar, continuidade do cuidado e desospitalização*

Integralidade, cuidado centrado na pessoa, longitudinalidade do cuidado e resolutividade†

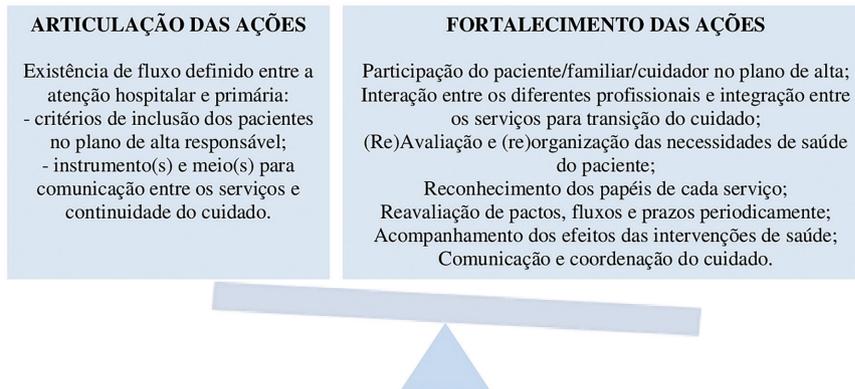


Figura 1 – Articulação entre os serviços na transição do cuidado e ações que necessitam ser fortalecidas, 2019.

O planejamento da alta mostra-se mais efetivo quando o cuidado está centrado no paciente pois este se sente mais competente para o autocuidado quando deixa a instituição e permanece menor tempo internado no hospital⁽²⁴⁾.

Os achados demonstram, ainda, a transferência do paciente da AH para a APS focada na comunicação das demandas (equipamentos e insumos necessários), por correio eletrônico, e não evidenciam outros mecanismos de pactuação e articulação dos serviços para transição do cuidado⁽⁶⁾. Outros elementos necessários para evitar a descontinuidade da assistência⁽⁴⁻⁵⁾ não foram abordados pelos enfermeiros. Dentre eles, o papel da APS como ordenadora do cuidado e coordenadora da RAS no SUS não fica evidente, diferentemente de outra investigação⁽¹⁴⁾.

A coordenação do cuidado pode ser desempenhada de forma específica entre os profissionais da saúde e tanto enfermeiros quanto médicos participam de forma expressiva nas articulações entre os serviços⁽¹⁴⁾. Na realidade chilena, enfermeiros da AH concentram esforços para qualificar o processo da alta e o trabalho em rede, mas, assim como no presente estudo, não dispõem de um sistema formal de acompanhamento coordenado com a APS podendo implicar riscos para o paciente⁽²⁵⁾ com potenciais impactos no desfecho clínico⁽²⁶⁾.

Na experiência canadense⁽¹⁶⁾ e espanhola⁽²⁷⁾, enfermeiras (denominadas de ligação ou enlace) são responsáveis por avaliar as necessidades dos pacientes (por busca ativa ou por solicitação de profissionais ou familiares) e coordenar estratégias junto às equipes da AH e dos serviços extra-hospitalares para continuidade dos cuidados pós alta.

No Brasil, mais especificamente no Estado de São Paulo, existem profissionais (articuladores) para apoiar as atividades de integração entre as instituições, desenvolver ações de avaliação, monitoramento e educação na APS, fortalecendo a gestão municipal⁽²⁸⁾. Esse recurso, contudo, não aparece nas discussões e pode não atuar diretamente junto aos enfermeiros no processo de alta e transição do cuidado.

As ações cuidativas também não emergiram nos GF, tanto na AH quanto na APS. Essa lacuna pode estar relacionada à abordagem operacional do processo ancorada pelas questões disparadoras e/ou retratar a carga de trabalho administrativa assumida pelos enfermeiros na alta do paciente em detrimento do processo de cuidar⁽²⁹⁾.

De acordo com os relatos, o momento de discussão da equipe da AH nas visitas diárias realizadas a beira leito e as reuniões de matriciamento entre a(s) equipe(s) da UBS/ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são estratégias potentes de colaboração interprofissional para a alta. Estes espaços de diálogo e interação entre os sujeitos facilitam a articulação de propostas de atenção à saúde⁽²⁷⁾, mas ainda são realizados, isoladamente, em cada núcleo (hospitalar e atenção primária).

Estratégias de aproximação e inclusão de profissionais da AH nas reuniões da APS e vice-versa, talvez, sanariam um desafio destacado pelos enfermeiros quanto ao reconhecimento das competências profissionais, da estrutura e das limitações dos serviços que compõem a RAS. Ao contrário, a falta de conhecimento sobre os serviços pode gerar ainda mais desarticulação das ações e fragmentação na assistência ao paciente.

O fluxo de comunicação entre os níveis de atenção corrobora a experiência portuguesa na gestão da alta⁽³⁰⁾. No entanto, o processo de contrarreferência e a integração entre os serviços da RAS precisam ser aprimorados pois, muitas vezes, a responsabilidade por transferir as informações fica para o paciente/familiar⁽⁹⁾. Sugere-se, além do contato telefônico após a alta, um sistema informatizado e integrado, mas, até então, esta não é a realidade da RAS brasileira^(12,14).

A falta de atualização do plano de alta durante a internação representa outro aspecto crítico da comunicação pois quando o paciente retorna à comunidade o planejamento já não atende às necessidades de cuidados. Além disso, muitas informações não estão registradas, não apresentam clareza ou estão ilegíveis e corroboram os achados de outra

investigação⁽¹⁴⁾. As relações estabelecidas entre os profissionais e as informações fornecidas entre os serviços são elementos que asseguram a continuidade do cuidado⁽¹¹⁾.

Outro desafio apontado pelos enfermeiros da AH está na agilidade da resposta da APS, (antes de 72 horas) atendendo assim as condições do paciente para a alta, as demandas por internação (ocupação de leitos) e o processo de desospitalização previsto no movimento de alta responsável⁽⁷⁾. Nesse sentido, os serviços da RAS devem estabelecer um canal ativo de comunicação e acompanhamento da alta garantindo *feedback* e planejamento para a continuidade dos cuidados⁽²⁵⁾.

Depreende-se, com urgência, a necessidade de aproximar e integrar os pontos da RAS para superar a burocratização e a fragmentação da atenção à saúde. Estes aspectos podem ser agravados pelo subfinanciamento crônico e expansão de iniciativas privadas na gestão de recursos públicos, como é o caso das OS⁽²⁾.

Os achados desse estudo representam a experiência de enfermeiros de um município brasileiro e podem diferir de outras realidades, sendo necessários novos estudos para comparação e/ou novas discussões sobre o tema. Optou-se, também, por GF homogêneos (profissionais do mesmo nível de atenção) e resultados adicionais sobre a articulação poderiam ser identificados reunindo enfermeiros da AH e APS em um mesmo momento. Relatos apresentados e discutidos nesta pesquisa consideraram as diversas especialidades conjuntamente. Futuras investigações podem abordar maiores especificidades.

A alta hospitalar responsável, como diretriz nacional⁽⁷⁾, ainda não completou uma década e representa um processo novo e complexo por depender de efetivo trabalho em rede. Sendo assim, esse estudo pode contribuir para o

aprimoramento dessa prática nas RAS atentando, principalmente, para o fortalecimento das ações nos diferentes pontos de atenção, posto que representa um olhar dos profissionais que atuam nos dois lados desse processo. Além disso, pode apoiar os gestores na implementação e consolidação dessa estratégia atendendo aos princípios e diretrizes políticas do sistema de saúde brasileiro.

CONCLUSÃO

A articulação das ações para planejamento da alta e continuidade do cuidado ao paciente após a internação estão centradas, segundo relato dos enfermeiros da AH e APS, no cumprimento de protocolos administrativos. Evidenciam-se, no presente cenário, fortes conflitos e barreiras no fluxo de comunicação, polarização entre as instituições (hospital – APS) e fragilidade na coordenação do cuidado. Os achados sugerem apropriação de outros mecanismos de pactuação e articulação dos serviços para transição do cuidado.

Para melhor atuação em rede e fortalecimento das ações para a alta e continuidade do cuidado, recomenda-se: incluir paciente/familiar/cuidador como membro da equipe no planejamento dos cuidados; sistematizar a assistência para a alta evoluindo cada caso ao longo da internação; aprimorar mecanismos de comunicação entre profissionais e serviços; avaliar a efetividade das intervenções planejadas e implementadas após a alta; acompanhar o paciente no percurso de atendimento à saúde (coordenação do cuidado); integrar profissionais dos diferentes pontos de atenção nas reuniões dos serviços; e, analisar o modelo de transição do cuidado adotado (alta responsável) revisando fluxos, prazos e pactos e considerando, também, outros modelos que poderiam ser implementados/combinados.

RESUMO

Objetivo: Analisar como ocorre a articulação entre a atenção hospitalar e primária à saúde relacionada à alta do paciente e à continuidade do cuidado após internação hospitalar. **Método:** estudo qualitativo, utilizando a técnica de grupo focal para explorar a experiência de 21 enfermeiros da atenção hospitalar (n = 10) e primária (n = 11) de um município da região noroeste do Estado de São Paulo. A coleta dos dados ocorreu entre dezembro de 2019 e abril de 2020. Foram realizados quatro grupos focais (dois no hospital e dois nas unidades de saúde) e os achados foram submetidos à análise temática. **Resultados:** As categorias identificadas foram: Fluxo de inclusão do paciente no plano de alta responsável, Participação do paciente/familiar/cuidador, Planejamento dos cuidados, Comunicação entre os serviços e Desafios no processo de alta. Segundo os relatos, o processo de alta está centrado em aspectos burocráticos com lacunas de comunicação e coordenação do cuidado. **Conclusão:** Esta pesquisa possibilitou compreender como enfermeiros de diferentes pontos de atenção à saúde vivenciam a alta e a (des)articulação do trabalho em rede. Os achados podem instrumentalizar gestores na (re)pactuação de práticas e integração dos serviços para promoção da continuidade do cuidado.

DESCRITORES

Continuidade da assistência ao paciente; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Alta do paciente; Papel do profissional de enfermagem; Assistência centrada no paciente.

RESUMEN

Objetivo: Analizar como ocurre la articulación entre la atención hospitalaria y primaria a la salud relacionada al alta del paciente y la continuidad del cuidado tras hospitalización. **Método:** estudio cualitativo que utilizó la técnica de grupo focal para explotar la experiencia de 21 enfermeros de la atención hospitalaria (n = 10) y primaria (n = 11) de un municipio de la región noroeste del Estado de São Paulo. La recolección de los datos ocurrió entre diciembre de 2019 y abril de 2020. Fueron realizados cuatro grupos focales (dos en el hospital y dos en los centros de salud) y los hallazgos fueron sometidos al análisis temático. **Resultados:** Las clases identificadas fueron: Flujo de inclusión del paciente en el plano de alta responsable, Participación del paciente/familiar/cuidador, Organización de los cuidados, Comunicación entre los servicios y desafíos en el proceso de alta. Según los relatos, el proceso de alta está centrado en aspectos burocráticos con irregularidades de comunicación y coordinación del cuidado. **Conclusión:** Esta investigación hizo posible comprender como enfermeros de diferentes centros de atención a la salud vivencian el alta y la desarticulación del trabajo en red. Los hallazgos pueden instrumentalizar gestores en la (re)pactación de prácticas e integración de los servicios para la promoción de la continuidad del cuidado.

DESCRIPTORES

Continuidad de la Atención al Paciente; Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud; Alta del Paciente; Rol de la Enfermera; Atención Dirigida al Paciente.

REFERENCES

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2017. Seção 1, p. 68.
2. Paim JS. Universal health systems and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS). *Saúde Debate*. 2019;43(spe5):15-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019S502>.
3. Damaceno AN, Lima MADS, Pucci VR, Weiller TH. Health care networks: a strategy for health systems integration Redes de Atención de salud: una estrategia para la integración de los sistemas de salud. *Rev Enferm UFSM*. 2020;10:1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769236832>.
4. Villalon GE. Continuidad del cuidado. *Evid Actual Pract Ambul [Internet]*. 2021 [citado 2021 Jun 14];21(1):e002112. Disponível em: <http://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6922/4524>.
5. Meiqari L, Al-Oudat T, Essink D, Scheele F, Wright P. How have researchers defined and used the concept of 'continuity of care' for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. *Health Res Policy Syst*. 2019;17(1):27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-019-0426-1>.
6. Joint Commission Center for Transforming Healthcare [Internet]. Oakbrook Terrace: The Joint Commission; c2012 [citado 2021 Jun 14]. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/hot_topics_transitions_of_carepdf.pdf?db=web&hash=CEFB254D5EC36E4FFE30ABB20A5550E0.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, Brasília, 2013. Seção 1, p. 54.
8. Mitchell SE, Laurens V, Weigel GM, Hirschman KB, Scott AM, Nguyen HQ, et al. Care transitions from patient and caregiver perspectives. *Ann Fam Med*. 2018;16(3):225-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.2222>.
9. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(12):3190-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>.
10. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1):1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>.
11. Mendes MLG, Gemito Ermelinda CCP, Serra IC, Novas MVC. Continuity of care from the perspective of users. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(3):843-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>.
12. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 1):546-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>.
13. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1):e20180214. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>.
14. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1799-808. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.
15. Martins MM, Aued GK, Ribeiro OMPL, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E. Discharge management to ensure continuity of care: experience of Portuguese Liaison Nurses. *Cogitare Enferm*. 2018;23(3):e58449. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>.
16. Aued GK, Bernardino E, Lapiere 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>.
17. Weber LAF, Lima MADS, Costa AM, Marques 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>.
18. Silva KL, Sena RR, Castro WS. Dehospitalisation at a general hospital in Minas Gerais: challenges and prospects. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e67762. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>.
19. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03477. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>.
20. Fagundes PF, Scandol EMR. Responsible hospital discharge under the perspective of health care network. *Serv Soc*. 2018;17(1):181-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.20396/sss.v17i1.8655207>.
21. Jayasekara RS. Focus group in nursing research: methodological perspectives. *Nurs Outlook*. 2012;60(6):411-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J for Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
23. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
24. Ulin K, Olsson LE, Wolf A, Ekman I. Person-centred care - An approach that improves the discharge process. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(3):e19-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515115569945>.
25. Guzmán MCG, Andrade SR, Ferreira A. Role of nurses for continuity of care after hospital discharge. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29(Spe):e20190268. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0268>.

26. Hadad ACC, Jorge AO. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. *Saúde Debate*. 2018;42(Spe 4):198-210. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S416>.
27. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03477. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>.
28. Ordoñez LKB, Arantes CIS. Conceptions, practices and perspectives of collective health actions: Optics of basic attention articulators. *Rev Enferm Cent.-Oeste Min*. 2018;8:e2587. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2587>.
29. Rustad EC, Cronfalk BS, Furnes B, Dysvik E. Continuity of Care during CareTransition: Nurses' Experiences and Challenges. *Open J Nurs*. 2017;7(2):277-293. DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2017.72023>.
30. Guerrero KS, Puls SE, Andrew DA. Transition of care and the impact on the environment of care. *J Nurs Educ Pract*. 2014;4(6):30-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v4n6p30>.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.