

PRÁTICAS DA ENFERMEIRA HOSPITALAR PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa¹ 

Esperanza I. Ballesteros Perez² 

Suely Itsuko Ciosak³ 

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Universitat de Barcelona, Departamento de enfermagem. Barcelona, Espanha.

³Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Objetivo: conhecer as práticas desenvolvidas pelas Enfermeiras hospitalares, para a continuidade do cuidado para a Atenção Primária.

Método: pesquisa exploratória, qualitativa, realizada em hospitais universitários de São Paulo e Curitiba, Brasil. Para a coleta de dados foi realizada entrevista semiestruturada com a Diretora de Enfermagem e questionário *on-line* através de perguntas abertas e fechadas, com as Enfermeiras Assistenciais, no período entre agosto de 2018 e julho de 2019. As análises das entrevistas foram realizadas conforme proposto por Minayo com base no referencial teórico da continuidade do cuidado.

Resultados: a pesquisa foi realizada em três hospitais universitários e participaram uma Diretora de Enfermagem e 48 Enfermeiros. Da análise das respostas dos enfermeiros, emergiram duas categorias de análise: identificação das necessidades de cuidados do paciente pós-alta e competências necessárias para a continuidade do cuidado. Onde se percebeu desde a admissão do paciente, a preocupação do enfermeiro para a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar, estabelecendo fluxos junto com a Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação/Serviço de Gestão de Alta para a Secretaria de Saúde do município que, encaminha à unidade de saúde de referência do paciente.

Conclusão: embora o Enfermeiro seja um profissional que participe ativamente do cuidado em vários pontos da rede de atenção à saúde e reconheça a importância da continuidade do cuidado pós-alta, continua como um ponto frágil na cadeia de cuidados, sendo necessário fortalecer este mecanismo com a Atenção Primária, otimizar o cuidado domiciliar e evitar reinternações.

DESCRITORES: Enfermeira. Continuidade da assistência ao paciente. Atenção primária à saúde. Hospital. Cuidados de enfermagem.

COMO CITAR: Costa MFBNA, Perez EIB, Ciosak SI. Práticas da enfermeira hospitalar para a continuidade do cuidado na atenção primária: um estudo exploratório. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso MÊS ANO DIA]; 30:e20200401. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0401>

PRACTICES OF HOSPITAL NURSES FOR CONTINUITY OF CARE IN PRIMARY CARE: AN EXPLORATORY STUDY

ABSTRACT

Objective: to know the practices developed by hospital nurses for continuity of care for Primary Care.

Method: this is an exploratory, qualitative research conducted in university hospitals in São Paulo and Curitiba, Brazil. For data collection, a semi-structured interview was conducted with the Director of Nursing and an online questionnaire through open-ended and closed-ended questions, with nurses between August 2018 and July 2019. The analyzes of the interviews were carried out as proposed by Minayo based on in the theoretical framework of continuity of care.

Results: the research was conducted at three university hospitals, and one Director of Nursing and 48 nurses participated. From analysis of nurses' answers, two categories of analysis emerged: identification of post-discharge patients' care needs and the necessary competencies for continuity of care. Where it was perceived since patients' admission, nurses' concern for continuity of post-hospital discharge care, establishing flows together with nurses of the Internal Center for Regulation/Discharge Management Service for the Health Department of the municipality, which forwards to patients' reference health unit.

Conclusion: although nurses are professionals who actively participates in care at various points in the health care network and recognizes the importance of continuing post-discharge care, they remain a fragile point in the care chain, and it is necessary to strengthen this mechanism with Primary Care, optimize home care and avoid hospitalizations.

DESCRIPTORS: Nurse. Continuity of Patient Care. Primary health care. Hospital. Nursing Care.

PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

RESUMEN

Objetivo: conocer las prácticas desarrolladas por enfermeras hospitalarias, para la continuidad de la atención de Atención Primaria.

Método: investigación exploratoria, cualitativa, realizada en hospitales universitarios de São Paulo y Curitiba, Brasil. Para la recolección de datos, se realizó una entrevista semiestructurada con el Director de Enfermería y un cuestionario en línea a través de preguntas abiertas y cerradas, con los enfermeros asistentes, en el período comprendido entre agosto de 2018 y julio de 2019. Los análisis de las entrevistas se realizaron de acuerdo con a propuesto por Minayo con base en el marco teórico de la continuidad asistencial.

Resultados: la investigación se llevó a cabo en tres hospitales universitarios y participaron una Directora de Enfermería y 48 enfermeras. Del análisis de las respuestas de las enfermeras surgieron dos categorías de análisis: la identificación de las necesidades asistenciales del paciente post alta y las habilidades necesarias para la continuidad asistencial. Donde se notó desde el ingreso del paciente, la preocupación de la enfermera por la continuidad de la atención al alta hospitalaria, establecer flujos junto con la enfermera del Centro de Regulación Interna/Servicio de Gestión de Egresos al Departamento de Salud del municipio, que lo remite a la unidad de salud de referencia del paciente.

Conclusión: si bien los enfermeros son profesionales que participan activamente en la atención en varios puntos de la red asistencial y reconocen la importancia de la continuidad de la atención postabital, sigue siendo un punto débil de la cadena asistencial, es necesario fortalecer este mecanismo con Atención Primaria, optimizar la atención domiciliaria y evitar reingresos.

DESCRIPTORES: Enfermeras y Enfermeros. Continuidad de la Atención al Paciente. Atención Primaria de Salud. Hospital. Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro tem como propósito ser integral e possibilitar o acesso da população à rede de serviços sanitários. Para prestar assistência integral, principalmente às pessoas idosas e com doenças crônicas, são necessários profissionais capacitados, com atuação nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Política Nacional da Atenção Básica, como ordenadora do cuidado. Esta demanda gera a necessidade de formar enfermeiros com um novo perfil para atender aos pacientes, seja no âmbito hospitalar, seja na Atenção Primária à Saúde (APS).

Em cada ponto da rede, os serviços de saúde são organizados para acolher a população e resolver os problemas de saúde, constituindo a RAS, arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado¹. Para articular os pontos da RAS e responder às demandas de saúde dos indivíduos foi proposta a linha de cuidado. Este é o desenho idealizado para expressar os fluxos assistenciais programáticos seguros e garantidos ao usuário.

Na articulação entre os elementos da estrutura organizacional da RAS, a APS se destaca como centro de comunicação com os demais pontos de atenção, porta de entrada prioritária do sistema de saúde, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Dessa forma, pode favorecer a qualidade da assistência e a continuidade do cuidado na rede de saúde.

O envelhecimento da população, o aumento das doenças crônicas, o inflacionamento das unidades de pronto atendimento e o aumento dos custos com as reinternações hospitalares, são considerados argumentos importantes para encontrar estratégias mais eficazes à integração da rede hospitalar com a APS e a continuidade do cuidado, a fim de melhorar o cuidado no domicílio e otimizar as reinternações.

Estudos brasileiros²⁻⁴ têm demonstrado que, não tem ocorrido a articulação do cuidado para a APS na alta hospitalar e a contrarreferência para a APS, de acordo com o recomendado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵⁻⁶.

A exceção da Terapia Nutricional Domiciliar (TND) pelo Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde, que vem a cada dia ampliando a sua abrangência e a articulação do hospital com os demais serviços da rede assistencial é, ainda, pouco incipiente, demonstrando que, embora haja preocupação com o acompanhamento pós-alta, esta atividade é feita pelo serviço de atenção primária⁷.

A coordenação da transição do cuidado é especialmente importante para pacientes com diversas necessidades de saúde e múltiplas comorbidades, que frequentemente dependem de tecnologias e dispositivos para a continuidade do cuidado em seu domicílio ou outros contextos de cuidado, exigindo profissionais treinados e recursos de apoio no momento da alta³.

No Canadá e Portugal, o enfermeiro dos serviços de saúde realiza a contrarreferência e se responsabiliza pela continuidade do cuidado na alta hospitalar⁸⁻⁹.

Na Espanha, a partir de 1985, foi criada a Rede Hospitalária de Utilização Pública (XHUP), com o objetivo de melhorar o acesso da pessoa idosa à rede de serviços hospitalares¹⁰ e ao Programa de Atenção Domiciliária e Equipes de Suporte (PADES) para atender os casos de pacientes que necessitavam de cuidados intensivos no domicílio. Nos hospitais, a partir de 1992, foram formadas as Unidades Funcionais Interdisciplinárias Sócio-Sanitárias (UFISS), integrando os serviços de saúde à assistência social. Estas unidades são constituídas por equipes multidisciplinares (médico, enfermeira e trabalhador social) que apoiam os diferentes serviços do hospital, especialmente daqueles cuja continuidade de cuidado, após a alta é imprescindível¹¹.

Já na Andaluzia (Espanha) os serviços hospitalares e a coordenação da assistência por uma equipe multiprofissional têm como objetivo facilitar aos pacientes e a seus cuidadores egressos, a transferência do cuidado para o domicílio, minimizando os elementos de fragmentação, descontinuidade

e/ou duplicação na assistência ao usuário. A enfermeira da equipe multidisciplinar gerencia o cuidado na alta hospitalar e promove a continuidade da assistência no domicílio. Essa Enfermeira foi denominada de Enfermeira Gestoras de Casos ou Enfermeira Hospitalar de Enlace (EHE)¹².

As atividades que na Espanha são exercidas pela EHE, neste estudo será designada como Enfermeira de Continuidade de Cuidados.

Estas experiências vivenciadas, trouxeram inquietações, que aumentaram com o passar dos anos, suscitando o seguinte questionamento: a Enfermeira hospitalar no Brasil, desenvolve na sua prática a continuidade do cuidado do hospital para a APS? Portanto, a proposta deste estudo foi conhecer as práticas desenvolvidas pelas Enfermeiras hospitalares, para a continuidade do cuidado para a APS.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, exploratória e prospectiva, com abordagem qualitativa para conhecer as práticas das Enfermeiras de Continuidade do Cuidado. A abordagem descritiva foi utilizada para descrever os cenários e práticas desenvolvidas pelas Enfermeiras e proporcionar maior familiaridade com o problema e a qualitativa para conhecer as percepções das Enfermeiras a respeito da maneira que vivem e constroem suas práticas¹³.

O estudo ocorreu no período de agosto de 2018 e julho de 2019, em três hospitais universitários, dois localizados no município de São Paulo (SP) e o outro em Curitiba (PR), Brasil.

Os participantes deste estudo foram os Enfermeiros Assistenciais e a Diretora de Enfermagem de um dos hospitais. Com a Diretora de Enfermagem foi realizada entrevista e, com os Enfermeiros, por aplicação de questionário devido ao quantitativo e prazo para realização do estudo.

Foram critérios de inclusão: enfermeiros que atuavam como assistenciais, que trabalhavam no período matutino ou vespertino, com carga horária mínima de 30 horas e máxima de 40 horas semanais, com vínculo empregatício nas instituições hospitalares, há pelo menos um ano nas seguintes unidades de internação: clínica médica, cirúrgica, pediátrica, oncológica, neurológica, pacientes terminais, ambulatório e pronto atendimento, que realizassem o plano de alta hospitalar. Critérios de exclusão: enfermeiros do plantão noturno, de férias, afastados ou de licença médica.

Primeiramente, foi realizado contato telefônico com a Direção de Enfermagem das instituições hospitalares para apresentação do projeto de pesquisa e o contato com os Enfermeiros. O convite para a solicitação da participação dos enfermeiros foi realizado pessoalmente pela pesquisadora.

Para os Enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa foi solicitado o *e-mail* para realizar o convite e enviar *link* da *web*, para ter acesso à plataforma eletrônica *Survey Monkey*¹⁴, contratada pela pesquisadora, para as respostas. Ao clicar no *link*, automaticamente ocorria a abertura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo preenchimento era condição obrigatória para o acesso às páginas subsequentes.

Para a coleta de dados com a Diretora de Enfermagem foi utilizado roteiro contendo perguntas sobre as atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros na alta hospitalar. A entrevista foi realizada, após a assinatura do TCLE, utilizou em média 20 minutos e, em lugar privativo, gravada em dispositivo de áudio, em consonância com o participante e posteriormente, transcritas para um documento no formato *Microsoft Word*[®].

Para a coleta de dados com os Enfermeiros foi empregado questionário *on-line* com perguntas abertas e fechadas sobre a avaliação clínica do paciente na admissão e alta hospitalar; recursos necessários para a continuidade do cuidado para a Atenção Primária e o plano de alta hospitalar. O questionário eletrônico foi elaborado na plataforma *Survey Monkey*, ferramenta eletrônica de acesso privado, que possibilitou a aplicação, coleta e análise dos dados via internet, com privacidade e segurança dos dados¹⁴.

As questões continham: identificação do perfil dos Enfermeiros hospitalares; realização da avaliação clínica na admissão e alta do paciente; plano de alta; comunicação e acompanhamento pós-alta. Cada questão deveria ser respondida para que o participante passasse para a seguinte. Somente os pesquisadores, envolvidos na pesquisa, tiveram acesso às respostas dos questionários. O tempo estimado para o preenchimento foi de 15 a 20 minutos.

Os dados foram analisados segundo Análise Temática de Minayo¹³ que consistiu em descobrir os núcleos de sentido para o objeto estudado. Na primeira etapa, foi realizada a leitura, em profundidade, de todo o material coletado na entrevista e questionário e, posteriormente, buscaram-se expressões/palavras ou categorias significativas, tendo como referencial as práticas do enfermeiro de continuidade.

Atendendo à Resolução 466/12 este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e solicitada autorização a cada uma das Instituições investigadas. Para preservar o sigilo dos participantes, os discursos foram codificados, utilizando-se letras para designar a Diretora de Enfermagem (DE), Enfermeira de Ligação (EL) e a Enfermeira Assistencial (EA) e números, indicando a sequência de inserção no estudo.

RESULTADOS

Para atender a proposta deste estudo, participaram da pesquisa uma Diretora de Enfermagem e 48 Enfermeiros, sendo 46 do sexo feminino e dois do masculino. Os participantes estavam na faixa etária entre 27 e 63 anos; possuíam no mínimo quatro anos e no máximo 37 anos de experiência como Enfermeiros; sendo que 25 possuíam Curso de Especialização, 13 Mestrado e três Doutorado.

A partir da análise das respostas dos entrevistados e tomando como referencial teórico as práticas do Enfermeiro de Continuidade de Cuidado, emergiram as seguintes categorias de análise: identificação das necessidades de cuidados do paciente pós-alta e competências necessárias para a continuidade do cuidado.

Identificação das necessidades de cuidados do paciente pós-alta

Em um dos hospitais, foi implementada a Enfermeira de Ligação e, posteriormente, o Serviço de Gestão de Altas. A enfermeira, neste hospital, tinha como prática acompanhar a internação de pacientes que apresentam problemas complexos de saúde e, em conjunto com a equipe multiprofissional, realizava o planejamento da alta hospitalar para a continuidade do cuidado para a APS. Essa enfermeira deveria ter experiência assistencial e de gestão para atuar como Enfermeira de Continuidade de Cuidados

No período de internação, a Enfermeira de Continuidade de Cuidados realizava a avaliação clínica do paciente; identificava o diagnóstico e tratamento; realizava entrevista com o paciente e a família e buscava os recursos necessários para o cuidado no domicílio pós-alta. Essas Enfermeiras eram notificadas da necessidade de continuidade do cuidado na passagem de plantão; durante a visita aos pacientes na unidade de internação; pela equipe multiprofissional; sistema informatizado, telefone e por escrito.

Alguns relatos desvelam estas atividades [...] realizo busca ativa diariamente, visando à identificação precoce das pacientes que necessitam de continuidade de cuidados específicos. Preencho o formulário de indicação de contrarreferência. Anexo o formulário de indicação de contrarreferência no prontuário da paciente. Discuto com a equipe multiprofissional as necessidades apresentadas pela paciente e questiono se há mais alguma necessidade específica ou mais algum caso que necessite de contrarreferência. Vale destacar que todos os membros da equipe multiprofissional podem comunicar a necessidade de continuidade do cuidado, identificando os prontuários com o formulário específico, comunicando pessoalmente à enfermeira de ligação ou por telefone [fixo ou celular] (EL10).

O Serviço de Gestão de Alta, implementado pelas Enfermeira de Continuidade de Cuidados, foi proposto para garantir a continuidade assistencial para a Atenção Primária à Saúde. Para tal, foi desenvolvido um protocolo de contrarreferência e comunicação direta com a Secretaria de Saúde do Município. A partir do plano de alta, realizado pela Enfermeira de Continuidade de Cuidados, o Serviço de Gestão de Alta encaminha, por correio eletrônico, o resumo de alta médica, da enfermagem e de outros profissionais, para a Secretaria Municipal de Saúde do município que, encaminha para a unidade de saúde, de origem do paciente [...] *durante a jornada de trabalho discutimos sobre a necessidade do paciente ter uma continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Nós, enfermeiros, solicitamos ao Enfermeira de Continuidade de Cuidados, da gestão de alta, para os pacientes que vão de alta com sonda enteral e algum tipo de ostomia, que já podem agendar visitas e disponibilizar os materiais necessários no domicílio* (EL12).

As áreas do hospital atendidas pelo Serviço de Gestão de Alta são: as unidades infantis; cardiologia; neurologia; nefrologia; urologia; quimioterapia; pronto atendimento; clínica médica; infectologia; ventilação mecânica; clínica cirúrgica e ginecologia.

Nos outros dois hospitais do estudo que não possuíam Enfermeira de Continuidade de Cuidados e o Serviço de Gestão de Alta, são as Enfermeiras Assistenciais que realizam a alta hospitalar. A maioria destas (71,43%) considerava sua responsabilidade identificar os pacientes que necessitam de continuidade do cuidado, dentre eles, os que internam para realizar um procedimento cirúrgico; com feridas complexas; condição clínica aguda ou crônica; idosos, e aqueles que apresentavam dependência do cuidado de enfermagem.

[...] *após a cirurgia, o paciente é orientado quanto aos cuidados domiciliares com a incisão, retirada de pontos, retorno médico, sinais de alerta pra infecção, uso de medicamento e resultado de biópsias* (EA18).

Percebe-se que os enfermeiros sentem um hiato no cuidado, diagnosticam a necessidade, porém não têm como assegurar a sua efetividade, por falta desta gestão de cuidados.

Competências das enfermeiras de continuidade do cuidado

Os discursos apontam que para a Continuidade de Cuidados, os enfermeiros devem ter um olhar sobre as necessidades dos pacientes desde a sua admissão no hospital e o que poderá necessitar após o atendimento recebido, quando estará com a família/cuidadores à mercê do que a comunidade poderá oferecer.

Após a identificação dos pacientes que necessitam de continuidade de cuidados, a enfermeira assistencial realiza entrevista com o paciente e a família; identifica as necessidades e cuidados específicos, realiza o exame físico e levanta os recursos que a família dispõe para o cuidado no domicílio [...] *a enfermeira assistencial verifica a necessidade de continuidade de cuidado e a enfermeira do NIR [Núcleo Interno de Regulação] atua em alguns casos específicos* (EA24).

As enfermeiras assistenciais demonstraram um olhar ampliado do cuidado que se estende para além da hospitalização, ou seja, o cuidado domiciliar, desde a admissão do paciente no hospital, envolvendo o seu familiar ou cuidador sobre os cuidados que serão necessários no domicílio, pós-alta hospitalar.

[...] *desde a admissão do paciente, principalmente os pacientes de alta dependência do cuidado de enfermagem, fazemos um planejamento da alta visando quem serão os cuidadores, qual suporte familiar ou da rede de saúde, quais são as dependências [alimentação por SNG/Gastrostomia, higiene (banho leito/chuveiro, troca de fralda)], prevenção de lesão por pressão, aplicação de insulina ou medicamentos. Esses cuidados serão orientados ao familiar cuidador em datas agendadas pela enfermeira* (EA26).

No planejamento da alta hospitalar o paciente e familiar são informados sobre o acesso a insumos e materiais, tais como, medicamentos; cadeiras de rodas; dietas enterais, etc., assim como os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS); Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde; Programa de Atenção Domiciliar (PAD) e Melhor em Casa. Na alta hospitalar, os pacientes e familiares são orientados para retornar ao ambulatório da instituição ou são encaminhados para a APS.

Para a gestora de enfermagem esta situação deste processo é muito clara: [...] *a continuidade do cuidado é um tema muito importante, principalmente devido ao momento que nós estamos vivenciando do SUS, para alinhar a referência e contrarreferência [...] O Enfermeiro quem faz a integração com outros profissionais do ambulatório e da Atenção Primária, principalmente daqueles pacientes que dependem de cuidados no domicílio (DE1).*

Quando o paciente apresenta uma melhora da condição clínica e o médico comunicava a alta, a enfermeira assistencial inicia o planejamento da alta, a partir dos cuidados prestados durante a hospitalização, verificando os exames laboratoriais; situação clínica atual do paciente; autonomia; medicamentos em uso; plano terapêutico e, no caso de necessitar os serviços de urgência e emergência, é fornecido o contato e o local de referência.

[...] *a programação da alta é planejada na ocasião da admissão da paciente, no hospital onde atuo, esta responsabilidade é da enfermeira da unidade e de outros profissionais de saúde se houver necessidade da continuação dos cuidados (EA36).*

Na alta hospitalar, a família é solicitada para acompanhar as orientações sobre os cuidados a serem realizados no domicílio. A maioria dos pacientes é orientado sobre a dieta; cuidados com a ferida operatória, atividades de vida diária; descrição dos medicamentos e retorno agendado. Os pacientes colostomizados, com sonda vesical de demora, com nasoenteral, curativos com papaína, são orientados para continuarem os cuidados na APS.

As enfermeiras assistenciais referiram que para realizar a continuidade do cuidado é necessário ter conhecimento sobre manejo de situações complexas; estabelecer vínculo com o paciente; boa comunicação interpessoal; buscar conhecimento científico; ser humilde e eficaz na resolução de problemas; humanização; coerência, clareza e facilitadora de processos; experiência na assistência hospitalar, na rede de atenção básica e no cuidado domiciliar; habilidade de uso das tecnologias em saúde e habilidade no planejamento da assistência.

Os profissionais da APS são informados da alta hospitalar, na maioria das vezes, quando o paciente procura a unidade de saúde e necessita de cuidados no domicílio e, em alguns casos, recebem do hospital a solicitação do programa de atendimento ou internação domiciliar. Quando o paciente com doença crônica tem alta e faz-se necessário o acompanhamento na atenção primária, a informação é passada após a alta hospitalar.

A Diretora de Enfermagem relata sobre as dificuldades, muitas vezes, encontradas pelas enfermeiras:

O gargalo maior que eu vejo no SUS é a acessibilidade. Desde quando a paciente interna no hospital é importante conhecer o suporte que o paciente tem na rede, na sua família e comunidade e é quando o Enfermeiro começa a fazer o plano de alta (DE1).

DISCUSSÃO

Buscando conhecer as práticas desenvolvidas pelas Enfermeiras hospitalares, para a continuidade do cuidado para a APS, observou-se que este conceito tem sido onipresente e é frequentemente usado como sinônimo de coordenação e comunicação. A continuidade do cuidado do hospital para casa ou para outros níveis de atenção é maximizada quando há planejamento da alta, intercâmbio de informações e coordenação integrada dos serviços no período de transição¹⁵.

As pesquisas sobre continuidade do cuidado têm tido, como foco, os idosos com doenças crônicas ou aqueles com condições complexas porque estes necessitam de acompanhamento dos sintomas e monitoramento medicamentoso de forma contínua. O acesso às informações sobre o diagnóstico destes pacientes e o estabelecimento de uma comunicação eficaz com os cuidadores/familiares e profissionais de saúde possibilitam a coordenação do cuidado¹⁶.

Neste estudo foi possível identificar que as enfermeiras hospitalares realizavam, desde a admissão, entrevista com o paciente e familiar, avaliavam a condição clínica, com vistas ao planejamento da alta hospitalar para a continuidade do cuidado para a APS.

Em Curitiba, encontramos o único hospital do Brasil em que há Enfermeira de Ligação. Esta profissional realiza todos os passos previstos, atendendo os protocolos propostos incluindo o da contrarreferência. Além disto, monitora a condição de saúde do usuário para que não haja complicações na pós-alta, elabora relatórios clínicos de enfermagem para todos os pacientes e realiza o contato telefônico com a APS⁹.

Essas Enfermeiras de Continuidade de Cuidados têm acesso ao prontuário eletrônico em rede e os estabelecimentos de saúde utilizam o sistema eletrônico e-saúde que funciona como instrumento de referência e contrarreferência, interligando os serviços municipais de saúde. No caso do usuário residente no município de Curitiba, o prontuário eletrônico facilita a contrarreferência local, porém, quando o usuário é de outro município do Estado e acessa a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), os profissionais não têm acesso às informações do usuário e a contrarreferência pode ser dificultada⁹.

Na contrarreferência, as informações sobre o paciente, variam de acordo com o município e ocorrem mediante instrumentos que podem ser fichas/formulários, manuais de encaminhamento, relatórios médicos impressos, contato telefônico, ou, meios de informação e comunicação que interligam os serviços e permitem o acesso aos prontuários eletrônicos. Para que a contrarreferência seja efetiva, a comunicação é um fator indispensável. Quando ocorre de maneira inadequada, a contrarreferência se torna importante barreira para a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção⁹.

Nos hospitais em que não há a Enfermeira de Continuidade de Cuidados, a enfermeira assistencial ou a enfermeira do Núcleo Interno de Regulação (NIR) são acionadas para articular a transição do paciente do hospital para a APS. A finalidade do NIR é trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre a Unidade de Saúde e as Centrais de Regulação correspondentes, de forma integrada e pactuada, visando otimizar a utilização do leito hospitalar e tem como diretriz promover a continuidade do cuidado¹⁷.

Na Espanha e Portugal, a Enfermeira Hospitalar de Enlace e a Enfermeira de Ligação são solicitadas pela enfermeira assistencial para realizar avaliação clínica e social e verificar a necessidade de continuidade do cuidado após a alta por meio da interconsulta com a equipe multiprofissional ou busca ativa no programa informatizado hospitalar. Nesse processo, há o envolvimento entre paciente, família e equipe multiprofissional para a elaboração do plano de alta. A enfermeira possui conhecimento sobre os recursos necessários após a alta hospitalar e realiza contato com os profissionais e/ou enfermeiro da área de origem do paciente¹⁸.

A maioria dos países desenvolvidos explora ativamente abordagens inovadoras para melhorar a prestação de cuidados, reduzir as reinternações e conter orçamentos de saúde. A enfermeira ao planejar a alta, deve estimar o risco de reinternações e reduzir os custos hospitalares¹⁹⁻²¹.

Na alta hospitalar, as EHEs oferecem ao paciente e familiar, o relatório de continuidade do cuidado, que contém as informações médicas e de enfermagem, dados do paciente desde a internação, avaliação/processo clínico, descrição dos padrões funcionais, exames e resultados, tratamento prescrito, resumo da permanência hospitalar, diagnósticos, e também algumas informações para a alta, como o tratamento a ser seguido, plano de cuidados de enfermagem; orientações para o cuidado no domicílio, seguimento das visitas domiciliares e, informações do Centro de Saúde ao qual o paciente está vinculado¹⁸.

Entre as habilidades e competências para atuar como enfermeira hospitalar de enlace ou de continuidade do cuidado, é necessário possuir experiência no tratamento de situações difíceis, ter visão, ser proativa, além de manejo do cuidado a pacientes complexos e à sua família. Além disso, ter conhecimento dos dispositivos intra e extra-hospitalares, capacidade para atuar em equipe, liderança, conhecimentos de informática e comunicação eficaz com os diferentes níveis de complexidade intra e extra-hospitalares. A coordenação entre o hospital e a atenção primária é feita por meio de uma plataforma eletrônica pela enfermeira da atenção primária¹⁸.

Nos Estados Unidos, foi desenvolvido o Programa de Navegação, onde o Enfermeiro atua como navegador, acompanhando os pacientes oncológicos e seus familiares durante a assistência, fornecendo informações relativas ao tratamento e eliminando barreiras que dificultam o andamento dos processos relacionados ao cuidado. Este programa melhorou significativamente a percepção do paciente acerca do seu tratamento e os pacientes se sentiram mais envolvidos no seu cuidado e mais bem preparados para o futuro, pois tinham mais conhecimento sobre a forma como o câncer afeta suas vidas²².

Os Enfermeiros navegadores utilizam seu conhecimento especializado, experiência clínica e competências para proporcionar aos pacientes um cuidado focado nos aspectos físicos, sociais e emocionais. Direcionam e guiam os pacientes, familiares e cuidadores para a tomada de decisão conjunta com a equipe multiprofissional responsável pelo tratamento. Supervisionam todo o processo de tratamento, empoderando os pacientes, fornecendo informações e suporte, atuando como elo entre eles e os profissionais da equipe²³.

Além disto, Enfermeira de Continuidade de Cuidados deve ensinar e instruir estratégias adaptativas para os membros da família e prestadores de cuidados. Observa-se que, cada vez mais, o período de hospitalização é curto e as famílias têm-se confrontado com a alta dos seus familiares doentes, frequentemente com uma condição de saúde diferente da internação, exigindo, ao membro da família que vai assumir o papel de prestador de cuidados um conjunto de conhecimentos e capacidades para lidar com a situação²⁴.

A transição adequada, com uso de estratégias educativas implementadas de modo processual durante todo o período de hospitalização, reduz a ansiedade dos familiares e aumenta a confiança para o cuidado. Deste modo, propicia a continuidade dos cuidados no domicílio, aumenta o índice de acompanhamento ambulatorial e diminui, inclusive, as hospitalizações desnecessárias²⁵.

Os cuidadores familiares se sentem despreparados no momento da alta hospitalar. Encontros presenciais ou telefônicos com os cuidadores familiares podem apoiar melhor seus papéis de cuidadores na pós-alta e criar uma oportunidade para identificar a disposição e capacidade para realizar o cuidado. Os cuidadores familiares precisam de incentivo para afirmar seu papel e identidade e geralmente assumem a responsabilidade pelo sequenciamento de tarefas do plano de assistência pós-alta²⁶.

É importante que o acolhimento do usuário na Atenção Primária à Saúde seja realizado pelo enfermeiro, mediante a escuta qualificada, identificação das suas necessidades e um trabalho realizado em equipe para a resolução do seu problema²⁷.

Percebeu-se pelos relatos que onde foi implementada a Enfermeira de Ligação as atividades e os cuidados pós-alta foram facilitados, porém, verificou-se que os Enfermeiros entrevistados buscam esta continuidade de cuidados, para evitar complicações e reinternações, realizam a avaliação clínica do paciente na admissão e na alta hospitalar, com bases nos dados clínicos e diagnósticos, promovem orientações sobre os cuidados ao paciente e familiares para a continuidade do cuidado para a Atenção Primária à Saúde, da mesma forma que as Enfermeiras da Espanha, Portugal e Canadá.

Um estudo que analisou o acompanhamento telefônico no período pós-alta hospitalar de idosos, mostrou que o telemonitoramento pode ser uma tecnologia viável na atenção à saúde, pois possibilita acompanhar a evolução dos pacientes e auxilia na identificação das situações de risco,

na prevenção das possíveis complicações e reinternações. Outro estudo mostrou que a participação de Enfermeiras de Ligação na coordenação deste processo contribuiu para melhorar a interação dos serviços e promover a continuidade do cuidado²⁸.

Percebeu-se que os entrevistados entendem a necessidade e a importância da continuidade do cuidado, ainda que não tenham a organização necessária para que este serviço seja estabelecido, buscam dentro de seus limites atender a necessidade dos pacientes em alta hospitalar. Entendem ainda, que a linha de cuidado foi construída com base nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Apesar de incluir os protocolos de referência e contrarreferência, as linhas de cuidado se diferenciam por não funcionar apenas por protocolos estabelecidos. Requerem o reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso dos pacientes aos serviços de que necessitam.

Deve-se, portanto, garantir uma contínua assistência que promova a integralidade do cuidado, que permita que o itinerário terapêutico do paciente não se restrinja a uma sequência pré-determinada e rígida de intervenções, mas que o sistema saiba por quais serviços esse paciente passou e quais recursos utilizou, visando qualificar a continuidade do cuidado, otimizando tempo e recursos públicos.

Para que as linhas de cuidado não se reduzam a meros fluxos assistenciais e técnicos, fundados em protocolos clínicos e para que os itinerários não sejam meros termômetros para guiar previamente as linhas de cuidado na atenção a patologias, o conhecimento sobre itinerários terapêuticos pressupõe a sensibilidade para captar essa relação, intimamente relacionada a concepções sobre saúde, doença e o bem viver. Se essa sensibilidade também permear as práticas de saúde e a construção dos projetos terapêuticos, pode-se, então, falar em possibilidades de articulação entre conhecimento sobre itinerários terapêuticos e construção das linhas de cuidado.

É fundamental que o enfermeiro tenha conhecimentos para planejar a alta hospitalar, recursos necessários para o cuidado no domicílio e conhecimentos de informática para que a transição seja segura e oportuna, possibilitando a continuidade do cuidado para a APS.

Apesar dos resultados deste estudo mostrarem que há uma preocupação latente entre os enfermeiros com a efetividade do cuidado integral, a limitação do estudo foi a realização da pesquisa em apenas três hospitais universitários, pois seria interessante captar esta realidade em outras instituições de saúde públicas e privadas para entender como ocorre o processo de transição hospital-domicílio, principalmente de pacientes que necessitam de cuidados especiais. Fica esta sugestão para novas investigações.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer as práticas da Enfermeira de Continuidade de Cuidados para a APS desenvolvidas em três hospitais universitários. Vale ressaltar que, nas instituições pesquisadas, percebem-se esforços individuais e da equipe de saúde, para oferecer aos seus pacientes um cuidado integral, com os recursos disponíveis, porém a continuidade do cuidado muitas vezes depende de capacitação e disponibilidade das equipes da APS, para constituir o sistema de referência do cuidado, além de recursos que a comunidade pode oferecer, quer em relação ao cuidado (familiar/cuidador, treinamento), quer quanto aos insumos disponíveis.

Embora o Enfermeiro seja um profissional que participa ativamente do cuidado em vários pontos da rede de atenção à saúde, faz-se necessário fortalecer sua contribuição para o mecanismo da continuidade do cuidado para a APS e a articulação, na alta hospitalar, entre hospital e unidade de saúde, buscando otimizar o cuidado no domicílio e diminuir ou evitar as reinternações.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AEF, Araújo FLSM, Pinho JRO, Pacheco MAB. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. São Luís, MA(BR): EDUFMA; 2017. p. 18-41
2. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Maques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2021 Jan 15];22(3):e47615. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
3. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Jan 15];39:e20180119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
4. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM. Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. *Aquichan* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Jan 15];19(4):e1945. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
5. Rufino C, Carlini D, Alves M, Kim HSJ. Como promover a desospitalização devido ao transplante de órgãos sólidos? Panorama atual no Brasil e profilaxia da infecção pelo citomegalovírus com ganciclovir. *J Bras Econ Saúde* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jun 15];8(1):47-57. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2016/v8n1/a5480.pdf>
6. Martins KP, Macêdo Costa KNF, Oliveira DST, Valdevino SC, Rezende LCM, Costa TF. Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. *J Res Fundam Care Online* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Dez 7];7(1):1756-64. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Melhor em Casa - a segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de atenção domiciliar. v. I. Brasília, D.F.(BR): Ministério da Saúde; 2012. p.106
8. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n. 7968/2011. Diário da República em 2 de jun 2011. Dispões sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) [Internet]. 2011 [acesso 2019 Maio 12]. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/284332/despacho-7968-2011-de-2-de-junho>
9. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Maio 12];71(Suppl 1):546-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>
10. Espanha. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret n.133, de 27 de maio de 1997. Modifica l'annex del Decret 202/1985, de 15 de juliol, de creació de la xarxa hospitalària d'utilització pública. [Internet]. 1997 [acesso 2019 Maio 15]. Disponível em: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/1997/05/27/133>
11. Espanha. Departament de Salut. Pla Director Sociosanitari. Serveis Sociosanitari: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i a la família. Catalunya. [Internet]. 2006 [acesso 2019 May 17]. Disponível em: <http://www.csantantoni.com/wp-content/uploads/2016/06/pla-director-sociosanitari.pdf>
12. Espanha. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital. [Internet]. 2006 [acesso 2019 Maio 17]. Disponível em: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0246.pdf>
13. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualit* (São Paulo) [Internet]. 2017. [acesso 2019 Maio 15];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
14. Survey Monkey [Internet]. 2019. Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com>

15. Bahr SJ, Weiss ME. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Jun 10];25(2):e12704. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>
16. Georgiadis A, Corrigan O. The experience of transitional care for non-medically complex older adults and their family caregivers. *Global Qualitative Nursing Research* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jun 15];4:2333393617696687. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2333393617696687>
17. 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). [Internet]. Brasília, D.F.(BR): MS; 2013 [acesso 2019 Jun 19]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
18. Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E. Continuity of hospital discharge care for primary health care: spanish practice. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jan 16];29:e20180332. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0332>
19. Weiss ME, Bobay KL, Bahr SJ, Costa L, Hughes RG, Holland DE. A Model for Hospital Discharge Preparation from Case Management to Care Transition. *JONA* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Jul 23];45(12):606-614. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000273>
20. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Jan 16];53:e03477. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>
21. Utzumi FC, Bernardino E, Lacerda MR, Santos JLG, Peres AM, Andrade SR. Acesso versus continuidade do cuidado nos serviços da rede de saúde: vivenciando possibilidades e contradições. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jan 16];29:e20180502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0502>
22. Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. Role of the Nurse Navigator: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Ago 30];39:e2017-0102. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0102>
23. Pautasso FF, Lobo TC, Flores CD, Caregnato RCA. Nurse Navigator: development of a program for Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Set 12];28:e3275. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3258.3275>
24. Ribeiro OMPL, Martins MMFPS, Tronchin DMR, Silva JMAV, Forte ECN. Professional practice models used by nurses in Portuguese hospitals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Set 18];72(Suppl 1):24-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0670>
25. Precce ML, Moraes JRMM. Educative process with relatives of children with special health needs in the hospital-home transition. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Out 5];29:e20190075. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0075>
26. Coleman EA, Roman SP. Family caregivers' experiences during transitions out of hospital. *The J Healthcac Qual* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Set 27];37(1):12-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.jhq.0000460117.83437.b3>
27. Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarria-Guanilo ME, Andrade SR, Ortiga AMB. Counter-referral in Emergency Care Units: discourse of the collective speech. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Mar 17];72(Suppl 1):143-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0023>
28. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Mar 20];41(Spe):e20190155. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Pesquisa de Pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade de São Paulo, em 2019.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Costa MFBNA.

Coleta de dados: Costa MFBNA.

Análise e interpretação dos dados: Costa MFBNA, Ciosak SI, Perez EIB.

Discussão dos resultados: Costa MFBNA, Ciosak SI, Perez EIB.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Costa MFBNA, Ciosak SI, Perez EIB.

Revisão e aprovação final da versão final: Costa MFBNA, Ciosak SI, Perez EIB.

AGRADECIMENTO

Agradecemos as Diretoras de Enfermagem e Enfermeiras dos hospitais universitários da Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal do Paraná.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Parecer n. 3.031.216, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 018731189.0000.5392; no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Parecer n. 3.189.720, CAAE n. 01873118.9.3002.0096 e, na Universidade Federal de São Paulo, Parecer n. 3.376.669 e CAAE n. 01873118.9.3003.5505.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesse.

EDITORES

Editores Associados: Selma Regina de Andrade, Gisele Cristina Manfrini, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer Monica Motta Lino.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 06 de outubro de 2020.

Aprovado: 06 de abril de 2021.

AUTOR CORRESPONDENTE

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

fernanda.baeta@ufsc.br

