



Ações interprofissionais na alta responsável: contribuições para a transição e continuidade do cuidado

Interprofessional actions in responsible discharge: contributions to transition and continuity of care
Acciones interprofesionales en el alta responsable: aportes a la transición y continuidad de la atención

Como citar este artigo:

Zanetoni TC, Cucolo DF, Perroca MG. Interprofessional actions in responsible discharge: contributions to transition and continuity of care. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20220452. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0452en>

 Tatiane Cristina Zanetoni¹

 Danielle Fabiana Cucolo²

 Marcia Galan Perroca¹

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 Residência Multiprofissional em Saúde, Campinas, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the interprofessional team's perception of the actions carried out by means of responsible hospital discharge, and their contribution to improving the transition and continuity of patient care. **Methods:** A qualitative study was carried out in two hospitalization units, in October – November 2020, interviewing health professionals from a teaching hospital in the state of São Paulo. The reports were transcribed and subjected to thematic content analysis. **Results:** Twelve professionals participated (doctor, nurse, physiotherapist, nutritionist, speech therapist and social worker) and three thematic categories emerged from the interviews: 1. informational continuity in responsible discharge; 2. interaction between professionals and services for the transition of care; and 3. workload management for better transition and continuity of care. **Conclusion:** The team recognized interprofessional advances and challenges in responsible discharge related to the informational and relational continuity of patient care and highlighted the (over)workload as an unfavorable aspect in the transition process, generating impacts for patients, professionals and health services.

DESCRIPTORS

Patient Discharge; Continuity of Patient Care; Patient Care Team; Transitional Care; Patient-Centered Care.

Autor correspondente:

Danielle Fabiana Cucolo
Av. John Boyd Dunlop, s/nº, Jardim Ipaussurama
13060-904 – Campinas, SP, Brasil
danielle.fabiana.cucolo@gmail.com

Recebido: 11/12/2022
Aprovado: 28/09/2023

INTRODUÇÃO

A colaboração interprofissional requer a atuação conjunta entre dois ou mais membros da equipe de saúde e tem gerado impacto positivo na assistência prestada, na adesão às melhores práticas e na utilização de recursos⁽¹⁾.

O desenvolvimento de projeto terapêutico comum, relação dialógica, reconhecimento dos diferentes saberes e participação do paciente/familiar nos cuidados constituem-se em atributos que permitem diferenciar a efetividade deste trabalho em equipe⁽²⁾. Assim, a interdependência das práticas permite articulação das ações e planejamento colaborativo para a alta do paciente, o que torna o percurso do cuidar menos estressante e mais seguro⁽³⁾.

Apesar da ênfase na atuação do enfermeiro^(4,5) os demais profissionais da equipe de saúde desempenham papel importante no processo de alta identificando os critérios de elegibilidade, adotando programas educativos e acompanhando o paciente durante o período de hospitalização e após a saída da instituição⁽⁶⁾. No sistema de saúde brasileiro, na elaboração das diretrizes referentes à desospitalização, transição e continuidade dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem sido cunhado o termo “alta responsável”. Nela destacam-se atributos como a autonomia do paciente/família, articulação entre a rede hospitalar, atenção primária e demais níveis de atenção e, também, as ações interprofissionais centradas no paciente/família⁽⁷⁾.

Enfermeiros⁽⁴⁾, médicos⁽⁸⁾, fisioterapeutas⁽⁹⁾ e assistentes sociais⁽¹⁰⁾ apoiam a importância da comunicação e da interprofissionalidade, além do trabalho em rede, para o processo de alta. Isto é importante porque a continuidade da atenção à saúde se concretiza a partir das relações interpessoais, do segmento das informações e da coordenação efetiva das intervenções; e estes elementos devem compor os cuidados de transição⁽¹¹⁾. Do contrário, a comunicação deficiente, a ausência de objetivos comuns e a falta de coordenação das ações comprometem o processo⁽⁸⁾.

A continuidade do cuidado é discutida mundialmente como uma representação da experiência do paciente sobre os cuidados de saúde e a interconexão desses na jornada de atendimento consonantes com as suas necessidades e preferências⁽¹²⁾. Estudos associam ações de transição e continuidade do cuidado com redução de readmissões imprevistas⁽¹³⁾ e menor complicação por doenças, mortalidade e custos⁽¹⁴⁾. Assim, torna-se importante compreender como essas intervenções se adaptam às diferentes configurações de atenção à saúde e quais abordagens são mais efetivas.

A maioria das pesquisas realça a atuação e os problemas decorrentes da (des)continuidade do cuidado enfocando as categorias em forma individual, como enfermeiro⁽⁴⁾, médico⁽⁸⁾ e assistente social⁽¹⁰⁾ ou fisioterapeuta⁽⁹⁾. No contexto brasileiro, o trabalho interprofissional (TIP)⁽⁷⁾ e a transição do cuidado na desospitalização do paciente vem ganhando destaque⁽⁵⁾. Mas, a operacionalização da alta hospitalar responsável baseado nas forças individuais, coletivas e ambientais⁽¹⁵⁾, proposta neste manuscrito, tem sido pouco explorada na literatura. Na desospitalização é fundamental que os profissionais trabalhem tanto com as necessidades e potencialidades do paciente quanto com

a estruturação e organização familiar, com o apoio da RAS⁽⁵⁾ e com a colaboração interprofissional e entre os serviços⁽¹⁶⁾.

Esta pesquisa é um recorte da dissertação de mestrado sobre tempo dedicado pela enfermagem e efetividade da transição do cuidado e está vinculada ao grupo de pesquisa Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAÚDE). Tem por objetivo analisar a percepção da equipe interprofissional sobre as ações realizadas na alta hospitalar responsável e sua contribuição para a melhoria da transição e continuidade do cuidado ao paciente. Sendo assim, busca responder à seguinte questão: *Na percepção da equipe interprofissional, quais as ações conduzidas durante o processo de alta responsável que contribuem para a melhoria da transição e continuidade do cuidado ao paciente?*

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa utilizando entrevistas semiestruturadas e sustentado no referencial teórico sobre o Cuidar de Enfermagem Baseadas Forças⁽¹⁵⁾. Esta teoria preconiza um cuidado centrado no paciente/família, direcionado ao desenvolvimento da autonomia e do autocuidado, por meio da prática colaborativa e de ações de promoção e prevenção em saúde. Identifica como forças as competências, as capacidades e os recursos individuais e externos⁽¹⁵⁾. A ferramenta *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)⁽¹⁷⁾ foi utilizada para guiar o desenho e apresentação da pesquisa.

LOCAL

Foi realizado em duas unidades de internação, sendo uma médico-cirúrgica e outra de cuidados paliativos, de um hospital de ensino de porte especial, referência em alta complexidade, localizado no interior do estado de São Paulo. As unidades investigadas dispunham, conjuntamente, de 86 leitos, alocando pacientes de diferentes especialidades requerendo atenção quanto ao uso de dispositivos invasivos (sonda nasoenteral, sonda vesical de demora, gastrostomia, entre outros) e cuidados pós alta.

O processo de alta responsável foi estabelecido na instituição em novembro de 2015. No modelo adotado os profissionais de saúde atuam, concomitantemente, na assistência aos pacientes e são também capacitados para realizar o planejamento da alta que deve iniciar nas primeiras horas após a admissão do paciente. Foram considerados os seguintes critérios de elegibilidade: pacientes internados com doenças crônicas, em cuidados paliativos, em uso de dispositivos como sondas, cateteres e estomias ou equipamentos para a saúde, gestantes de alto risco, puérperas com alguma comorbidade e recém-nascidos prematuros.

Este processo inicia-se no momento em que o enfermeiro identifica os critérios de fragilidade ou elegibilidade definidos pela instituição e, posteriormente, aciona os demais membros da equipe de saúde para elaboração do projeto terapêutico e do plano de alta de forma interprofissional. Ao longo da internação o paciente deve participar das ações de cuidado, receber orientações e ser estimulado a tomar decisões sobre a sua terapêutica. O serviço de gerenciamento de leitos faz a conexão com a RAS e, assim, acompanha o processo para elaboração da

guia de referência e contrarreferência que inclui proposta de cuidados pós alta.

PARTICIPANTES

Convidou-se todos os 15 profissionais de saúde entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais membros da equipe assistencial e também responsáveis pelo planejamento de alta nas unidades investigadas. Para fazer parte do estudo deveriam atender aos seguintes critérios: atuação no período diurno e tempo de experiência de, no mínimo, um ano no processo de alta responsável; excluiu-se aqueles que estavam em período de férias e/ou afastamento.

COLETA DE DADOS

O contato com os profissionais de saúde foi realizado pessoalmente e por mensagem via aplicativo telefônico. Após consulta quanto à melhor estratégia para realização das entrevistas, devido ao período de pandemia por COVID-19, optou-se pelo encontro presencial, em local reservado e de fácil acesso dentro da instituição. As medidas de segurança foram devidamente cumpridas e a coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2020.

Uma das pesquisadoras com experiência no processo de alta responsável, conduziu as sessões. Participaram, apenas, esta pesquisadora e o profissional convidado. Primeiramente, foram realizados esclarecimentos sobre o estudo e, após consentimento, os participantes responderam às questões sociodemográficas (sexo, idade, profissão, especificações sobre a formação, tempo na instituição e experiência na alta responsável).

Em seguida, os participantes foram questionados: *1. Como você vê a estruturação/organização do processo de alta responsável nesta instituição em relação aos aspectos favoráveis (para os pacientes, para os profissionais e para a instituição) e aqueles que poderiam melhorar? 2. Existe integração entre os profissionais e articulação entre as ações? 3. O tempo dedicado por você para cada paciente é suficiente/adequado? 4. O processo de alta responsável/qualificada prepara efetivamente o paciente para a continuidade dos cuidados no domicílio?*

A saturação dos dados foi usada como parâmetro para determinar o número de respostas às questões propostas⁽¹⁸⁾. Ela foi atingida ao se completar a décima segunda entrevista com dois profissionais de cada área de conhecimento.

Os relatos foram gravados e a entrevistadora também registrou aspectos a serem esclarecidos durante ou ao final de cada encontro. Realizou-se apenas uma entrevista por profissional, no turno da manhã ou tarde, com duração de aproximadamente 20 minutos. A transcrição foi realizada em documento *Microsoft Word* mantendo as falas na íntegra.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Adotou-se a análise de conteúdo na modalidade temática⁽¹⁹⁾, sem o auxílio de software para gerenciamento de dados qualitativos, seguindo-se as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, o material foi organizado agrupando as respostas dos profissionais de acordo com as questões das entrevistas: estruturação e organização do

processo; colaboração na transição do cuidado; tempo dedicado e preparo do paciente para continuar os cuidados pós alta.

A análise iniciou com a leitura fluente do material e organização de pontos principais para formulação de hipóteses a partir dos pressupostos de cuidado continuado⁽¹¹⁾ e baseado nas forças⁽¹⁵⁾. Como procedimento de exploração, o material foi codificado em unidades de registro e utilizado o processo dedutivo na identificação das variáveis convergentes. Em busca de qualificação dos achados, os códigos e temas foram delineados por duas pesquisadoras, de forma independente, e, posteriormente, validados por uma terceira.

Para o tratamento e interpretação dos resultados, procedeu-se com a síntese, seleção dos dados e inferências para extração das categorias temáticas consensadas entre as pesquisadoras e fundamentadas no referencial teórico⁽¹⁶⁾ e na literatura sobre trabalho interprofissional^(1,2), planejamento da alta, transição e continuidade do cuidado ao paciente^(5,7,11,12,16).

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa está em conformidade com a Resolução nº 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição campo de estudo sob o parecer número 4.347.495/2020. A coleta dos dados foi realizada após esclarecimento dos objetivos do estudo aos participantes, e, obtido aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados, de forma aleatória, com letras e números (E1, E2, E3, ... E12) e categoria profissional (Enfermeiro, Médico, ...).

RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 12 profissionais do sexo feminino, sendo dois de cada categoria profissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistente social), com idade média de 37,7 (Dp = 8,2; variação 27–47) anos. Atuavam na instituição, em média, há 9,5 (Dp = 7,5; variação 1–24) anos; onze deles possuíam curso de especialização em diversas áreas e o tempo médio de experiência no processo de alta responsável foi de quatro (Dp = 1,9; variação 1–7) anos.

Da análise dos relatos emergiram nove códigos: planejamento antecipado da alta, participação do paciente/familiar na alta, orientações para continuar os cuidados, repercussões das ações pós alta, comunicação entre os profissionais (via Whatsapp, em reunião de equipe e visita multiprofissional), enfermagem mediadora, (des)articulação entre os serviços, tempo dedicado, contato telefônico e visita domiciliar pós alta. Posteriormente foram extraídas três categorias temáticas: Continuidade informacional na alta responsável; Interação entre os profissionais e serviços para a transição do cuidado e Gestão da carga de trabalho para melhor transição e continuidade do cuidado, sendo que a primeira foi composta pelas subcategorias “Comunicação entre os profissionais”, “Orientações ao paciente/familiar/cuidador” e “Resultados percebidos pela equipe”.

CONTINUIDADE INFORMACIONAL NA ALTA RESPONSÁVEL

Para planejar a alta hospitalar e iniciar as ações de transição, no relato dos entrevistados, a comunicação antecipada da

equipe médica favoreceria a atuação dos demais profissionais no processo. Embora existissem momentos de interação entre os profissionais, a decisão sobre a alta mostrou-se centrada no médico, enquanto as informações compartilhadas não ocorreram em tempo hábil ou não foram suficientes para a organização e qualificação da alta responsável.

(...) muitas vezes a equipe chama de alta qualificada, mas na prática não acontece... o paciente de alta qualificada vai embora... e não houve uma programação. (E8 – Nutricionista)

Eu acho que a equipe médica poderia avisar mais antecipadamente. (E11 – Enfermeiro)

Acho que a comunicação entre a equipe poderia melhorar, porque não é todo dia que passa visita(...) então as vezes falta algumas coisas de organização mesmo, de comunicação. (E2 – Fisioterapeuta)

Destacaram, também, momentos de inclusão do paciente/familiar/cuidador nas decisões clínicas e orientações para o desenvolvimento dos cuidados no domicílio, mas externaram desafios sociais, como dificuldade de identificar o cuidador principal, para assegurar a continuação dos cuidados.

A maioria dos cuidadores, familiares que estão acompanhando o paciente, eles participam do planejamento sim. Desde o primeiro momento que já coloca algum dispositivo, aí a gente já começa com as orientações. (E11-Enfermeiro)

(...) eles participam durante a hospitalização... principalmente dos pacientes conscientes, orientados, eles têm direito de escolha, se vão usar a sonda, se eles querem a sonda(...) (E5 – Médico)

(...) é muito importante identificar esse cuidador principal... durante toda internação, mas muitas vezes isso não é possível, (...) depende do perfil da família, da condição social, cultural, (...) do que eles compreendem(...) (E10 – Assistente social)

Na percepção dos profissionais, quando a equipe conseguia prover as informações necessárias e desenvolver as habilidades para o autocuidado no processo de alta responsável, havia maior desospitalização e rotatividade de leitos e menor taxa de reinternação desnecessária.

(...) foi bom para isso, para a gente preparar os acompanhantes, os cuidadores... assim evitando uma reinternação desnecessária. (E2 – Fisioterapeuta)

(...) o tratamento em equipe, a gente consegue conduzir o paciente mais rápido, assim desospitalizar(...) a gente dá mais altas, gera menos gastos para o hospital, (...) (E5 – Médico)

E para a instituição eu vejo que, talvez ajude em questão financeira, rotatividade de leito..." (E8 – Nutricionista)

Entretanto, reconheceram deficiências nas orientações fornecidas aos pacientes/familiares/cuidadores, dentro do hospital, e falta de acompanhamento pós alta. Apenas um médico sugeriu o contato telefônico e a visita domiciliar como estratégias para avaliação e esclarecimento de dúvidas após a alta.

(...) eu acho que as vezes ainda ficam falhas, que a gente vê ainda pacientes indo embora, sem receber uma orientação(...) (E3 – Fonoaudiólogo)

(...) ajuda bastante, mas acredito que não seja 100% eficaz por conta dessa falta de acompanhamento posterior(...) (E7 – Nutricionista)

(...) se tivesse um tempo maior, mais dias para orientar, (...) porque as vezes é tudo no mesmo dia, ... a família fica cheia de informação e chega em casa e fica a dúvida (...) fazer orientação por vídeo (...) não só por escrito. (E3 – Fonoaudiólogo)

(...) fazer um contato telefônico breve sete dias depois da alta, ou/ fazer visita domiciliar depois da alta (...) poderia evitar muita reinternação (...) (E6 – Médico)

Preparar o paciente para os cuidados pós hospitalização demanda comunicação efetiva entre os profissionais e com o paciente/familiar. O processo comunicativo na alta responsável, de acordo com os relatos, precisa ser aprimorado tanto na estrutura e organização hospitalar quanto no diálogo e na colaboração entre pessoas, serviços e comunidade.

INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS PARA A TRANSIÇÃO DO CUIDADO

A interação entre os profissionais mostrou-se facilitada pelo uso da mídia social WhatsApp e por reuniões em equipe, mas, foi considerada, ainda, como fragmentada. Houve reconhecimento do enfermeiro como mediador entre o médico e a equipe interprofissional e dificuldade quanto ao feedback da Atenção Primária à Saúde.

(...) os grupos no WhatsApp facilitam muito essa articulação [entre profissionais]. (E3 – Fonoaudiólogo)

(...) a equipe da enfermagem (...) que faz o link entre o médico e a equipe multiprofissional (...) [a enfermagem] é uma peça chave nisso, que ajuda bastante nessa alta qualificada (...) (E8 – Nutricionista)

(...) poderia ter mais reunião de equipe (...) elaborar esse plano em conjunto com todos os profissionais (...) ela [reunião de equipe] existe, de forma bem fragmentada (...) (E10 – Assistente social)

(...) a gente passa visita multi duas vezes na semana, não são todos os dias que passa, (...) isso poderia melhorar (...) ainda está no processo de melhoria (E2 – Fisioterapeuta)

(...) a gente não sabe se no município eles estão fazendo [acompanhamento pós alta] porque não tem esse retorno, se eles conseguem fazer (...) (E12 – Enfermeiro)

Além da interação informal, a equipe demanda encontros e discussões interprofissionais frequentes para melhor planejamento da alta. Por mais que, pese a relação dialógica, a construção colaborativa de um projeto terapêutico comum para a transição e continuidade do cuidado não é praticada rotineiramente pela equipe. Identifica-se, neste contexto, um movimento de alta responsável com fragilidades na articulação dos saberes profissionais e dos diferentes pontos da RAS.

GESTÃO DA CARGA DE TRABALHO PARA MELHOR TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO

Os profissionais relataram alta demanda de pacientes com critério para inclusão no processo de alta responsável, além de outras atividades assumidas, não sendo possível participar de todas as reuniões de equipe e dedicar tempo suficiente para

preparar o paciente/familiar para a transição e continuidade do cuidado. Declararam, ainda, que alguns atendimentos não foram realizados.

(...)a gente tem uma sobrecarga muito grande, são muitos pacientes, então nem sempre eu consigo participar de todas as reuniões de alta qualificada(...)as vezes o paciente vai embora e (...)a gente perde, não consegue orientar(...) (E3 – Fonoaudiólogo)

(...)então dá em média, treze pacientes por dia(...) eu acho que sempre o tempo é curto,(...) (E6 – Médico)

(...)o tempo poderia ser maior(...) como a produtividade é cobrada as vezes a gente diminui o tempo(...) (E7 – Nutricionista)

(...)na maioria das vezes [o tempo] acaba não sendo adequado, até por conta da demanda, (...) acaba sendo um tempo que varia muito com a demanda, das necessidades, da complexidade de cada paciente. (E10 – Assistente social)

(...)a gente sempre tem uns dois ou três [pacientes] pra gente acompanhar diariamente(...)deveria ter um tempo maior pra gente se dedicar nisso(...) (E11 – Enfermeiro)

A sobrecarga da equipe clínica prejudica o desempenho no processo de alta responsável e soma-se como fator crítico à transição e continuidade do cuidado ao paciente na realidade investigada.

DISCUSSÃO

O processo de alta responsável, no cenário pesquisado, estruturou-se na comunicação interpessoal com deficiências importantes e centralidade na tomada de decisão médica. Os achados reforçam a importância da continuidade informacional^(11,12) e quanto é desafiador empoderar o paciente/familiar e desenvolver autocuidado, como proposto na teoria das forças⁽¹⁵⁾ e na política nacional⁽⁷⁾. Estas dificuldades também foram enfatizados em estudo recente envolvendo profissionais do sistema de saúde suíço⁽¹⁶⁾.

Sabe-se que a troca de informações entre os membros da equipe é fator determinante para o planejamento da alta e a continuidade do cuidado⁽²⁰⁾. O exercício do diálogo compreende uma das características do TIP⁽²⁾ e a definição de objetivos comuns e centrados no paciente contribuem para o atendimento das necessidades requeridas⁽¹⁶⁾. Entretanto, a proposição de serviços organizados para atender as demandas de saúde do paciente em conformidade com a prática interprofissional colaborativa⁽²⁾ confronta o modelo hegemônico de cuidado que persiste, especialmente nas instituições hospitalares.

Estudo canadense evidenciou a colaboração médica como um diferencial no processo de alta. Quando o médico se envolve com os demais membros da equipe e participa pessoalmente e regularmente das discussões interprofissionais há construção de vínculo e maior possibilidade de decisões compartilhadas com impacto positivo no planejamento da alta⁽²¹⁾. O que corrobora os achados do presente estudo. Os entrevistados valorizaram as oportunidades de encontro e troca de saberes entre os diferentes profissionais, com especial atenção ao profissional médico, e realçaram a necessidade desistematizar e dar regularidade às discussões em equipe. Mas, na prática, a definição de objetivos comuns para a alta dos pacientes não é priorizada.

As diferentes visões sobre a assistência ao paciente, inerente ao processo de formação; a dificuldade de reconhecer o papel/conhecimento do outro; e, a fragilidade na comunicação da equipe⁽²²⁾ afetam negativamente o processo. Intervenções educativas são indicadas no sentido de desenvolver equipes mais colaborativas capazes de compreender as diferentes perspectivas obtendo um consenso sobre o plano de alta^(16,20), e de fortalecer a continuidade relacional^(11,12), além da informacional.

A interação/comunicação entre os profissionais investigados, mostrou-se facilitada pelo uso da mídia social WhatsApp. Esta tecnologia tem sido amplamente utilizada pelos profissionais de saúde, resultando em economia de tempo e melhor compartilhamento de informações⁽²³⁾; no entanto, questões relacionadas à falta de regulamentação, confidencialidade e segurança dos dados tem emergido⁽²⁴⁾. Reuniões em equipe também estavam instituídas, mas, a sobrecarga de trabalho e a falta de sistematização foram aspectos desfavoráveis e que geraram fragmentação no cuidado. Relações mais dialógicas requerem frequência, espaços e instrumentos para padronizar as informações transferidas⁽²⁾.

O enfermeiro foi reconhecido como mediador das relações interprofissionais e a ele tem sido atribuída a coordenação das ações de transição, ou seja, a continuidade gerencial^(4,5,11). Por se tratar de um processo complexo e que requer trabalho em rede, dedicação de tempo e competências específicas, instituições europeias^(25,26) e norte-americanas⁽²⁷⁾, têm adotado equipe para gestão da alta ou enfermeiro com dedicação exclusiva (denominado de enlace, ligação, gestor de caso ou navegador) para coordenar e facilitar a contrarreferência e a continuidade do cuidado ao paciente. Nesses modelos, ainda que exista um coordenador do processo, conta-se, fundamentalmente, com profissionais que prestam assistência direta ao paciente/família nas unidades hospitalares.

Na realidade brasileira, a função exclusiva no planejamento da alta e continuação dos cuidados ainda é restrita e, na maioria das instituições, as ações são assumidas pela equipe clínica junto à outras atribuições, o que pode comprometer a efetividade do processo⁽²⁸⁾. Os participantes deste estudo reafirmaram esta condição já que desempenhavam várias atividades na rotina hospitalar, além daquelas relativas à alta responsável, e a restrição de tempo limitava a qualidade e a quantidade de avaliações e orientações que precisariam executar. Esta situação, também, foi identificada por outros autores⁽⁸⁾.

Ademais, soma-se às restrições informacionais, relacionais e gerenciais no microcontexto de prática a desarticulação das ações entre os diferentes níveis de atenção. O prontuário eletrônico tem sido apontado como canal facilitador na transferência de informações entre os serviços de atenção à saúde⁽¹⁶⁾, mas além da interação entre os diferentes profissionais, o processo de decisão para a alta hospitalar envolve fatores inter e extraorganizacionais⁽⁸⁾.

Apenas um dos entrevistados (médico) sugeriu acompanhamento do paciente por meio de contato telefônico após a alta e o agendamento de visita domiciliar dependendo das demandas de cuidados. Sabe-se que o contato telefônico e a visita domiciliar são estratégias importantes para continuar e avaliar os cuidados após a alta⁽⁵⁾. Pacientes valorizam esta experiência de acompanhamento pós-alta⁽²⁹⁾ e a combinação entre estas

intervenções (visita domiciliar do enfermeiro e acompanhamento por telefone) mostraram-se efetivas na prevenção de readmissões não planejadas⁽¹³⁾.

Os entrevistados confirmaram o envolvimento do paciente/familiar/cuidador durante a internação para esclarecimento de dúvidas sobre os cuidados e decisão conjunta sobre as intervenções propostas. No entanto, revelaram vulnerabilidades no processo, como: elevada demanda de trabalho, comunicação ineficaz e questões sociais do paciente/familiar, que inviabilizaram a centralidade e a continuidade do cuidado na perspectiva da autonomia do paciente.

As forças retratadas pelas competências e pelos recursos pessoais e familiares, além da rede de apoio e dos serviços disponíveis⁽¹⁵⁾, não foram claramente mencionadas pelos profissionais que enfatizaram os problemas como lógica de atendimento. Além disso, a concentração de informações no último dia de internação, principalmente sem planejamento e envolvimento prévio, constitui equívoco no preparo para a alta. Sabe-se que a identificação precoce das necessidades, a participação nas decisões terapêuticas, as orientações recebidas, o suporte emocional, e ainda, a continuidade de acesso, de informações e das relações são fatores que impactam significativamente a experiência do paciente/familiar na jornada⁽³⁰⁾. É essa vivência de cuidado contínuo no percurso da atenção à saúde que se deseja alcançar⁽¹²⁾.

Os profissionais entrevistados associaram melhor transferência de informações e promoção da autonomia à melhores resultados (maior desospitalização e menor taxa de reinternação). Entretanto, esta eficácia precisaria ser melhor investigada.

Há mais de sete anos, o hospital em estudo instituiu o modelo de alta responsável e a equipe possui experiência no processo, porém, além de não assumir exclusivamente as atividades concernentes, o trabalho interprofissional e a garantia do cuidado pós alta permanecem desafiadores. Questões estruturais e processuais, ou seja, a organização do serviço, a colaboração entre os membros da equipe e a centralidade do cuidado no paciente ainda precisam ser aprimoradas, além da melhor articulação com a RAS. É preciso investir na tríade: informação, relação interpessoal e coordenação do cuidado⁽¹¹⁾ para melhor efetividade na transição e continuidade da atenção à saúde. Ademais, desafia-se as equipes à direcionarem o cuidado para além dos problemas compreendendo as forças individuais e externas ao sujeito como potencialidades para o cuidar após a alta hospitalar⁽¹⁵⁾.

Como limitações, neste estudo, os relatos representaram a percepção de alguns profissionais de um hospital de ensino em um momento pandêmico. Outros cenários, situações de saúde ou demais categorias profissionais poderiam identificar novas demandas. As entrevistas individuais não possibilitaram interação entre os profissionais, o que poderia ter gerado contribuições distintas. Desta forma, novas pesquisas sobre a alta hospitalar responsável poderiam explorar tanto a experiência profissional quanto a dos pacientes, de forma individual e/ou coletiva; e, também, investigar indicadores de resultados, confirmando ou refutando a visão do grupo entrevistado.

Os achados desta investigação orientam as equipes de saúde quanto aos desafios a serem superados no processo de alta hospitalar responsável e subsidiam gestores no planejamento, na implementação e na avaliação de pontos críticos da transição e continuidade do cuidado ao paciente. Pensar no cuidado baseado nas forças como um modelo teórico norteador da prática de enfermagem e focado nas potencialidades do paciente/família/comunidade e da RAS, com ênfase na prática colaborativa, é outro aspecto relevante desse estudo. A difusão destes atributos no processo de formação do enfermeiro e nas ações educativas em serviço ainda são frágeis e precisam avançar. Além disso, o modelo precisaria extrapolar os conhecimentos e as intervenções de enfermagem, sendo reconhecido e adotado pela equipe de saúde como uma filosofia de atenção integral e contínua que se aplicaria à alta responsável com transições pautadas nas forças.

Diante da ainda fragmentada atenção à saúde, profissionais, gestores, educadores e pesquisadores são provocados a (re)pensarem estratégias efetivas para práticas interprofissionais colaborativas, centradas no paciente e em suas forças, com melhor articulação entre os diferentes pontos da rede para obter experiências bem sucedidas de cuidado continuado.

CONCLUSÃO

A equipe entrevistada reconheceu que a alta hospitalar responsável pode gerar impactos positivos tanto para a instituição (maior giro de leitos) quanto para o paciente (redução de reinternações desnecessárias). Entretanto, o trabalho interprofissional precisa ser fortalecido para assegurar as continuidades informacionais e relacionais inerentes ao processo. As diversas atividades assumidas pelos profissionais impossibilitaram dedicar mais tempo às altas responsáveis e, sendo assim, a gestão efetiva da carga de trabalho mostrou-se um fator relevante para a melhoria da transição e continuidade do cuidado ao paciente.

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção da equipe interprofissional sobre as ações realizadas na alta hospitalar responsável e sua contribuição para a melhoria da transição e continuidade do cuidado ao paciente. **Métodos:** Estudo qualitativo realizado em duas unidades de internação, em outubro e novembro de 2020, utilizando entrevista com profissionais de saúde de um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo. Os relatos foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** Participaram 12 profissionais (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo e assistente social) e três categorias temáticas emergiram das entrevistas: 1. Continuidade informacional na alta responsável; 2. Interação entre os profissionais e serviços para a transição do cuidado; e 3. Gestão da carga de trabalho para melhor transição e continuidade do cuidado. **Conclusão:** A equipe reconheceu avanços e desafios interprofissionais na alta responsável relativos à continuidade informacional e relacional do cuidado ao paciente e destacou a (sobre)carga de trabalho como aspecto desfavorável no processo de transição gerando impactos para os pacientes, profissionais e serviços de saúde.

DESCRITORES

Alta do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente; Cuidado Transicional; Assistência Centrada no Paciente.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción del equipo interprofesional sobre las acciones llevadas a cabo en el alta hospitalaria responsable y su contribución a la mejora de la transición y continuidad de la atención de los pacientes. **Método:** Estudio cualitativo realizado en dos unidades de internación, en octubre y noviembre de 2020, mediante entrevistas a profesionales de salud de un hospital escuela del interior del estado de São Paulo. Los relatos fueron transcritos y sometidos a análisis de contenido temático. **Resultados:** Participaron 12 profesionales (médico, enfermera, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga y asistente social) y de las entrevistas surgieron tres categorías temáticas: 1. continuidad informativa en el alta responsable; 2. interacción entre profesionales y servicios para la transición de los cuidados; y 3. gestión de la carga de trabajo para una mejor transición y continuidad de la atención. **Conclusión:** El equipo reconoció avances y retos interprofesionales en el alta responsable relacionados con la continuidad informativa y relacional de la atención al paciente y destacó la (sobre)carga de trabajo como aspecto desfavorable en el proceso de transición, generando impactos para pacientes, profesionales y servicios de salud.

DESCRIPTORES

Alta del paciente; Continuidad de la Atención al Paciente; Grupo de Atención al Paciente; Cuidado de Transición; Atención centrada en el Paciente.

REFERÊNCIAS

- Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6(6):CD000072. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>. PubMed PMID: 28639262.
- Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde.* 2020;18(suppl 1):e0024678. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- Kuntz SR, Gerhardt LM, Ferreira AM, Santos MT, Ludwig MCF, Wegner W. Primeira transição do cuidado hospitalar para domiciliar da criança com câncer: orientações da equipe multiprofissional. *Esc Anna Nery.* 2021;25(2):e20200239. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0239>
- Hayajneh AA, Hweidi IM, Abu Dieh MW. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nurs Open.* 2020;7(5):1313–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.547>. PubMed PMID: 32802351.
- Gheno J, Weis AH. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20210030. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0030>
- De Regge M, De Pourcq K, 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):550. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2500-0>. PubMed PMID: 28793893.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3390, 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; 2013 [citado em 2022 Jan 02]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
- Glette MK, Kringeland T, Røise O, Wiig S. Hospital physicians' views on discharge and readmission processes: a qualitative study from Norway. *BMJ Open.* 2019;9(8):e031297. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031297>. PubMed PMID: 31462486.
- Matmari L, Uyeno J, Heck CS. Physiotherapists' perceptions of and experiences with the discharge planning process in acute-care general internal medicine units in Ontario. *Physiother Can.* 2014;66(3):254–63. doi: <http://dx.doi.org/10.3138/ptc.2013-12>. PubMed PMID: 25125778.
- Seibert D, Mangini FRN, Kocourek S. Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde: contribuições do serviço social. *Barbaroi.* 2019;1(53):272–90. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.13716>
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327(7425):1219–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>. PubMed PMID: 14630762.
- World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services [Internet]. 2018 [citado em 2021 Out 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>
- Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):956. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9>. PubMed PMID: 30541530
- Chan KS, Wan EY, Chin WY, Cheng WHG, Ho MK, Yu EYT, et al. Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2021;22(1):145. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-021-01493-x>. PubMed PMID: 34217212.
- Gottlieb LN. O cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família. Portugal: Lusodidacta; 2016.
- Geese F, Schmitt KU. Interprofessional collaboration in complex patientcare transition: a qualitative multi-perspective analysis. *Health Care (Don Mills).* 2023;11(3):359. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11030359>. PubMed PMID: 36766934.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349–57. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. PubMed PMID: 17872937.
- Hennink MM, Kaiser BN, Weber MB. What influences saturation? Estimating sample sizes in focus group. *Qual Health Res.* 2019;29(10):1483–96. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732318821692>. PubMed PMID: 30628545.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 229 p.
- Lobchuk M, Bell A, Hoplock A, Lemoine J. Interprofessional discharge team communication and empathy in discharge planning activities: a narrative review. *J Interprof Educ Pract.* 2021;23:100393. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100393>
- Cadel L, Sandercock J, Marcinow M, Guilcher SJT, Kuluski K. A qualitative study exploring hospital-based team dynamics in discharge planning for patients experiencing delayed care transitions in Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1472. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-08807-4>. PubMed PMID: 36463159.

22. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2020;34(3):332–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>. PubMed PMID: 31329469.
23. De Benedictis A, Lettieri E, Masella C, Gastaldi L, Macchini G, Santu C, et al. WhatsApp in hospital? An empirical investigation of individual and organizational determinants to use. *PLoS One*. 2019;14(1):e0209873. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0209873>. PubMed PMID: 30633754.
24. Masoni M, Guelfi MR. WhatsApp and other messaging apps in medicine: opportunities and risks. *Intern Emerg Med*. 2020;15(2):171–3. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11739-020-02292-5>. PubMed PMID: 32062746.
25. Thoma JE, Waite MA. Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: a sociocultural qualitative study. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):1198–208. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14166>. PubMed PMID: 29148105.
26. 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: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>. PubMed PMID: 31291396.
27. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3162. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>. PubMed PMID: 31432917.
28. Costa MFBNA, Perez EIB, Ciosak SI. Practices of hospital nurses for continuity of care in primary care: an exploratory study. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200401. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0401>
29. Jones B, James P, Vijayasiri G, Li Y, Bozaan D, Okammor N, et al. Patient perspectives on care transitions from hospital to home. *JAMA Netw Open*. 2022;5(5):e2210774. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10774>. PubMed PMID: 35522278.
30. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(6):1119–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14782>. PubMed PMID: 28369722.

EDITOR ASSOCIADO

Thelma Leite de Araújo



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