

# Planejamento de alta hospitalar na transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

*Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases*

*Planificación del alta hospitalaria en la transición asistencial de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles*

**Sara Maria Barbosa<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-6657-6203

**Fabiana Costa Machado Zacharias<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-1150-6114

**Tatiele Estefâni Schönholzer<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-4294-8807

**Diene Monique Carlos<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-4950-7350

**Maria Estela Lacerda Pires<sup>IV</sup>**

ORCID: 0000-0002-3102-6620

**Silvia Helena Valente<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-3593-9590

**Luciana Aparecida Fabriz<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-7633-0127

**Ione Carvalho Pinto<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-7541-5591

<sup>I</sup> Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal do Paraná. Toledo, Paraná, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Federal São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil.

<sup>IV</sup> Prefeitura Municipal de Batatais. Batatais, São Paulo, Brasil.

## Como citar este artigo:

Barbosa SM, Zacharias FCM, Schönholzer TE, Carlos DM, Lacerda MPE, Valente SH, et al. Sleep quality of nurses who worked in coping with COVID-19: an integrative review.

Rev Bras Enferm. 2023;76(6):e20220772.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0772pt>

## Autor Correspondente:

Sara Maria Barbosa

E-mail: [sarambarbosa@yahoo.com.br](mailto:sarambarbosa@yahoo.com.br)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Broca

Submissão: 11-01-2023

Aprovação: 23-07-2023

## RESUMO

**Objetivo:** analisar a transição do cuidado no planejamento de alta hospitalar de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. **Método:** estudo qualitativo, fundamentado no modelo teórico *Care Transitions Intervention*, com quatro pilares de intervenção, para garantir uma transição segura. Participaram 12 profissionais, em hospital público, no interior paulista. Os dados foram coletados por meio de observação, análise documental e entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** houve comprometimento da equipe multiprofissional para a integralidade da assistência e envolvimento de familiares nos cuidados ao paciente. Os documentos facilitaram a comunicação entre profissionais e/ou níveis de atenção. Todavia, a falta de tempo hábil para preparação da alta pode ocasionar um cuidado fragmentado, prejudicando a comunicação e colocando em risco a transição segura. **Considerações finais:** evidenciaram-se como elementos importantes na composição do planejamento de alta, visando garantir a transição do cuidado segura, participação da equipe com protagonismo do enfermeiro, planejamento precoce de alta e envolvimento da família.

**Descritores:** Cuidado Transicional; Continuidade da Assistência ao Paciente; Alta do Paciente; Papel do Profissional de Enfermagem; Assistência Centrada no Paciente.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze care transition in hospital discharge planning for patients with chronic noncommunicable diseases. **Method:** a qualitative study, based on the Care Transitions Intervention theoretical model, with four pillars of intervention, to ensure a safe transition. Twelve professionals participated in a public hospital in the countryside of São Paulo. Data were collected through observation, document analysis and semi-structured interviews. **Results:** there was a commitment of a multidisciplinary team to comprehensive care and involvement of family members in patient care. The documents facilitated communication between professionals and/or levels of care. However, the lack of time to prepare for discharge can lead to fragmented care, impairing communication and jeopardizing a safe transition. **Final considerations:** they were shown to be important elements in discharge planning composition, aiming to ensure a safe care transition, team participation with nurses as main actors, early discharge planning and family involvement.

**Descriptors:** Transitional Care, Continuity of Patient Care; Process Assessment; Patient Discharge; Nurse's Role; Patient-Centered Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la transición de la atención en la planificación del alta hospitalaria de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. **Método:** estudio cualitativo, basado en el modelo teórico *Care Transitions Intervention*, con cuatro pilares de intervención, para garantizar una transición segura. Doce profesionales participaron en un hospital público del interior de São Paulo. Los datos fueron recolectados a través de observación, análisis de documentos y entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** el equipo multidisciplinario se comprometió a brindar una atención integral e involucrar a los familiares en el cuidado del paciente. Los documentos facilitaron la comunicación entre profesionales y/o niveles de atención. Sin embargo, la falta de tiempo para prepararse para el alta puede dar lugar a una atención fragmentada, perjudicando la comunicación y poniendo en peligro la transición segura. **Consideraciones finales:** se mostraron elementos importantes en la composición de la planificación del alta, con el objetivo de garantizar una transición segura de la atención, la participación del equipo con los enfermeros como protagonistas, la planificación del alta temprana y la participación de la familia.

**Descriptorios:** Cuidado de Transición; Continuidad de la Atención al Paciente; Alta del Paciente; Papel de la Enfermera; Atención Centrada en el Paciente.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tradicionalmente definidas como doenças de longa duração e de progressão lenta, são as principais causas de morte no mundo e, portanto, um dos maiores enfrentamentos de saúde da atualidade<sup>(1)</sup>. As complicações advindas das DCNTs têm consequências para o indivíduo, para o sistema de saúde e para sociedade. Tais enfermidades acarretam diminuição da qualidade de vida, aumento do custo para o sistema de saúde, aumento da demanda de atendimentos de emergência e internações, além da ocorrência de aposentadoria precoce e custos para prover cuidados domiciliares<sup>(2-3)</sup>.

Por utilizarem diversos serviços de saúde e contato com diferentes profissionais, os pacientes portadores de DCNTs podem receber cuidados fragmentados, o que afeta de forma significativa a saúde dessas pessoas. Com isso, observa-se uma alta demanda para os serviços de emergência de pacientes com problemas agudizados de DCNTs<sup>(4)</sup>.

Há um grupo de soluções inovadoras que contempla o planejamento de alta, buscando melhorar a integração, a continuidade do cuidado e diminuir as visitas frequentes dos usuários com condições crônicas aos serviços de saúde, o que gera efeitos negativos e rehospitalizações<sup>(5-6)</sup>. Na alta hospitalar, é imprescindível o planejamento e a educação em saúde de pacientes e família, especialmente no cuidado de portadores de DCNTs, a fim de assegurar a continuidade do cuidado<sup>(7)</sup>.

A discussão a respeito da importância do planejamento de alta, ligada ao acompanhamento do usuário, após o período de hospitalização, fez emergir, em meados dos anos 80, as reflexões a respeito da transição do cuidado (TC) e os cuidados de transição (CT)<sup>(8-9)</sup>. Os CT são definidos como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde, à medida que os pacientes são transferidos entre diferentes locais ou em diferentes níveis de atenção<sup>(10)</sup>.

As ações para a TC adequado são definidas no *Care Transitions Intervention* (CTI), um programa de TC multiprofissional originalmente desenvolvido por Eric Coleman, da Universidade do Colorado, implementado em vários hospitais nessa mesma região. O objetivo do programa é facilitar o autogerenciamento do paciente na própria saúde após a hospitalização<sup>(11)</sup>.

Existem quatro pilares ou domínios, que são considerados basilares para o desenvolvimento desse programa: (1) autogestão de medicação; (2) desenvolvimento de um registro pessoal de saúde, que é realizado de um local para outro; (3) acompanhamento com seguimento na atenção primária; e (4) identificação de "bandeiras vermelhas" ou sinais de piora, que devem levar esses pacientes a contatar o serviço de saúde<sup>(11)</sup>. Trata-se de um dos modelos de intervenção mais conhecidos na área médica.

Esse programa consiste em capacitar o paciente e família, para que se tornem independentes e confiantes ao assumirem a condição de saúde. As intervenções do CTI reduziram, precocemente, a readmissão hospitalar de 13,9%, no grupo controle, para 8,3%, no grupo de intervenção, após 180 dias. Mostrou também significativa redução na taxa de reinternação, ao ser comparado ao grupo controle (20%), com 12,8% no grupo de intervenção<sup>(12)</sup>.

A ausência de um planejamento de alta adequado, nesse período de TC, é reconhecida como cenário de alto risco para a segurança do paciente. O bom planejamento que vise à segurança da transição tem impacto direto para diminuir as internações hospitalares e as reinternações causadas por complicações<sup>(10)</sup>.

Os resultados negativos dos problemas identificados nessa transição incluem: aumento da morbimortalidade e eventos adversos; atrasos no recebimento de tratamento adequado; fraco apoio da comunidade; maior frequência de visitas no serviço de emergência; exames duplicados ou perdidos durante o acompanhamento; readmissões evitáveis ao hospital; dor emocional e física, gerando sofrimento para os usuários, cuidadores e/ou familiares; insatisfação do paciente com a coordenação e com a continuidade do cuidado<sup>(13)</sup>.

Diante do exposto, surgiu o interesse deste estudo a partir da análise de domínios ou pilares de intervenção que garantam uma TC segura. Para tanto, foram levadas em conta a magnitude das demandas que as condições crônicas geram para os sistemas de saúde, bem como a lacuna da articulação desse conceito ao contexto brasileiro. As estratégias do CTI têm sido destacadas como uma das formas de superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade do cuidado.

## OBJETIVO

Analisar a transição do cuidado no planejamento de alta hospitalar de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs).

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes de ética nacionais e internacionais, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), de 24 de março de 2021. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo, por escrito, pessoalmente.

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso único holístico, exploratório, com abordagem qualitativa, conduzido e estruturado com referência no *Consolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ)<sup>(14-15)</sup>.

### Cenário do estudo

O estudo foi realizado em uma unidade de internação clínica de um hospital público de médio porte, referência para 26 municípios, localizado no interior do estado de São Paulo. O setor de clínica médica possui cinco leitos semi-intensivos, dois leitos de isolamento e 16 leitos de enfermaria, para atendimento de agravamento de quadros clínicos de DCNTs, com uma média de 150 internações por mês.

## Fonte, coleta e organização de dados

Para a coleta de dados, foram utilizadas três fontes complementares: pesquisa documental, observação não participante e entrevistas semiestruturadas.

Na análise documental, os impressos padronizados e documentos inseridos no *software* de gestão do hospital foram fotografados pela pesquisadora principal e transcritos em arquivos do Word, garantindo a estrutura dos documentos mais próxima possível do seu formato original. Posteriormente, foram analisados.

A observação não participante do processo de alta hospitalar foi realizada por uma enfermeira doutoranda no mês de julho de 2021. Houve contato prévio com a coordenação do setor para autorizar o acompanhamento de todas as altas que ocorressem no período. A finalidade dessa etapa foi descrever o planejamento de alta realizado para pacientes com DCNTs e identificar ferramentas (protocolos, *checklist*, normativas, formulários, rotina e procedimentos) utilizadas pela equipe de saúde no planejamento de alta. Observou-se todo o processo de preparação de alta, desde a movimentação do profissional junto ao leito, para repassar as orientações e entregar os documentos, até a saída do paciente e o preenchimento de relatórios de alta, por meio digital.

Durante o período de coleta de dados, foi possível acompanhar 20 (vinte) processos de altas, com duração média de 20 (vinte) minutos cada um, perfazendo um total de 460 (quatrocentos e sessenta) minutos de observação. Observou-se a atuação de todos os profissionais de nível superior, integrantes da equipe multiprofissional, que participaram do planejamento de alta, tais como enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistente social. Foi elaborado um diário de campo para registro das informações referentes à observação. Considerou-se como processo de alta desde as reuniões diárias da equipe, para avaliação de possíveis altas, até a movimentação do profissional junto ao leito do paciente, para repassar as orientações e entrega de documentos, e o preenchimento de relatórios de alta no sistema de informação na bancada de atendimento.

Para a realização das entrevistas, a princípio, foi apresentado um questionário com dados de caracterização do participante (idade, tempo de atuação, sexo, categoria profissional e escolaridade). Posteriormente, foi realizado um roteiro com questões norteadoras fundamentadas nos pilares da transição segura do CTI. Os entrevistados foram os profissionais de saúde que atuavam no setor de clínica médica que se dispuseram a participar. Como critérios de inclusão, foram considerados profissionais que trabalhavam no hospital há mais de seis meses e desenvolviam atividades no planejamento de alta. Já os critérios de exclusão foram estar em período de férias, licença ou afastamento.

Participaram do estudo 12 profissionais de nível superior, que atuavam diretamente no processo de alta hospitalar. Apenas um enfermeiro assistencial foi excluído, por trabalhar há apenas 4 meses no setor de clínica médica. A saturação das falas deu-se por repetição de temas na décima entrevista, contudo optou-se por entrevistar todos os profissionais<sup>(16)</sup>. Todos os profissionais foram convidados pessoalmente e aceitaram participar das entrevistas. A cada manhã, o coordenador do setor designava os profissionais disponíveis naquele dia, e a pesquisadora aguardava o melhor momento para realização das entrevistas em uma sala

destinada à equipe multiprofissional no próprio setor. A média de tempo das entrevistas foi de 20 (vinte) minutos durante o mês de julho de 2021. As entrevistas foram identificadas com a letra E, correspondente a "entrevistado", seguida dos números de 1 a 12, sequencialmente.

Os dados resultantes da etapa de observação e da análise documental contribuíram para a compreensão dos relatos dos participantes.

## Análise dos dados

Os dados foram analisados de acordo com a análise temática<sup>(17)</sup>, seguindo uma lógica dedutiva guiada pelos quatro pilares para uma transição segura<sup>(11)</sup>.

A análise documental propiciou a identificação dos relatórios de alta, as principais informações de saúde coletadas, bem como os registros de evolução de cada paciente. Os documentos avaliativos da evolução clínica dos pacientes e previsão de alta fazem parte do escopo de documentos. No que se refere à etapa de observação, os dados foram anotados em um diário de campo, o que permitiu uma análise descritiva das informações.

As entrevistas foram transcritas literalmente, em um editor de texto, e, na sequência, deu-se a confecção dos códigos iniciais, mais tarde, a fase de agrupamento e/ou separação. Após essa fase, os temas potenciais foram transcritos para uma nova página do editor de texto *word* e agrupados, a fim de construir uma relação entre os dados, para obter, ao final, o tema central das seguintes categorias temáticas: *Acompanhamento com seguimento na atenção primária; Autogestão de medicação; Registro pessoal de saúde; e Identificação de sinais e sintomas de piora da condição.*

## RESULTADOS

Neste estudo, a média entre as idades dos entrevistados foi de 28 anos. Quanto ao tempo de atuação no setor, observou-se que a maioria (n=8) possuía mais de um ano. Quanto ao gênero, a maioria (n=10) é do sexo feminino. Em relação à categoria profissional, foram entrevistados enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistente social. Verificou-se que os enfermeiros (n=8) foram os profissionais de maior predominância quanto à escolaridade, a maioria (n=10) com pós-graduação.

O primeiro pilar do CTI resultou na categoria "Acompanhamento com seguimento na Atenção Primária à Saúde".

Na visão dos entrevistados, a continuidade do cuidado é garantida por meio de um cuidado integral no planejamento de alta, com a presença de uma equipe atuando de forma conjunta, o que garante a continuidade do cuidado e uma transição segura, por envolver a participação da família integrada aos cuidados durante e no pós-alta hospitalar.

Os profissionais acreditam que o envolvimento familiar no cuidado durante o preparo para alta deve ser realizado visando à solução de problemas que estejam além dos pontos de saúde daquele momento, a fim de instrumentalizar os familiares para continuidade do cuidado em domicílio.

Esses aspectos foram identificados nos registros de documentos analisados na observação, recorrentes nas falas dos entrevistados:

*Eu acredito que, quando a gente aproxima a família e começa o treinamento aqui, o risco do paciente voltar pelo mesmo problema é muito menor. Nós capacitamos os familiares aqui. Muitas vezes, a gente não consegue fazer isso para os pacientes que vão para um hospital de retaguarda. Esse envolvimento da família e, posteriormente, com a rede a nossa DRS [Departamento Regional de Saúde], que é informada do que ele vai precisar. A gente acredita que garanta o seguimento do cuidado sem precisar retornar para o setor terciário. (E3)*

*A gente aproxima a família, próximo da alta, faz o treinamento, verifica as necessidades e o que o paciente vai precisar para rede básica lá para o setor primário. Então, a gente encaminha nosso plano de alta, do que a gente fez e o que ele vai precisar pós-alta para eles continuarem no domicílio a assistência. (E4)*

*É como o paciente vai continuar o cuidado em casa, por exemplo, se ele vai conseguir seguir com a medicação que já é seguida aqui no hospital, seguir as consultas de continuidade nos retornos, ver quem vai cuidar dele, o grau de cuidado, o grau de dependência, ver se o que ele precisa, onde ele mora. (E5)*

Para garantir a concretização da integralidade dessa assistência, foi possível observar, nas reuniões diárias da equipe, a presença efetiva do trabalho multiprofissional, nesse setor, com ênfase na evolução e planejamento de alta de cada paciente. Durante as reuniões, cada profissional apresentava as condições de alta do paciente e todos os aspectos relacionados à transição para o próximo nível de assistência. Os participantes buscam o consenso sobre a alta dos pacientes, que só acontece caso todos os profissionais considerem que haja condições adequadas para tal.

Isso posto, o trabalho em equipe é percebido pelos entrevistados como um ponto essencial na TC no desenvolvimento do planejamento de alta:

*É um processo elaborado tanto com a equipe médica quanto com a equipe de enfermagem e as outras áreas, para dar seguimento no cuidado após a alta hospitalar do paciente. (E9)*

*Depende de como o paciente está. Se o paciente é acamado, por exemplo, a assistente social já entra em contato onde ele mora no município dele, quem mora com ele, o grau de dependência dele, o que ele vai precisar para alta, se vai precisar de assistência para tomar medicação, quem vai dar, quem vai ajudar. Tudo isso é visto antes de ele ir embora, se ele precisa de oxigênio, quem vai pôr, como que vai pôr, como que vai disponibilizar, se ele tem condições de receber. (E8)*

Outro ponto importante a destacar, dentro do planejamento de alta, é o planejamento precoce desse processo. Constatou-se, na análise documental, observação, e nas falas dos entrevistados, que as orientações e planejamento são feitos antes da alta e de forma rotineira nesta instituição:

*O processo de alta inicia na admissão do paciente. A gente não pode pensar em alta somente na hora que acaba a medicação ou na hora que tem a resolução de uma patologia. (E5)*

Apenas um dos entrevistados apontou a falta de tempo como um fator dificultador para o planejamento de alta:

*Aqui, a rotatividade é grande, é um processo muito rápido, a gente não tem o tempo que precisa para programar uma alta. Eu me sinto ruim com isso. Meio mal comigo mesmo por não conseguir olhar com calma uma alta, porque tem que liberar leito, tem que fazer tal coisa, tem que correr. Teve alta, passa o plantão, limpa o leito que já vem o próximo [risos]; é difícil! (E11)*

Observa-se, ainda, no planejamento do cuidado, uma responsabilização dos profissionais entrevistados pela garantia da contrarreferência adequada desse usuário:

*A gente tem parcerias, trabalhamos bastante com as unidades de saúde e outros hospitais e, normalmente, eles têm o nosso telefone, o nosso e-mail, se eles precisarem de algum apoio, a gente também dá, em relação a todos os pacientes que a gente deu alta. (E10)*

O protagonismo do enfermeiro na TC e no processo de planejamento da alta hospitalar foi observado pela pesquisadora e também apontado na fala dos depoentes:

*Eu acho que o que faz uma alta qualificada é quando a gente consegue dialogar com a equipe médica e a equipe de enfermagem. Eu acho que especialmente o enfermeiro, ele traz muito de como vai ser a demanda desse paciente. (E7)*

A observação permitiu-nos afirmar que o enfermeiro se mostra como um dos profissionais mais envolvidos no planejamento de alta, por desenvolver atividades no planejamento de cuidados, auxílio para reabilitação social, educação em saúde, articulação com os demais serviços de saúde e acompanhamento pós-alta, para assegurar a continuidade do cuidado.

Nota-se que o enfermeiro, além de assumir o protagonismo no planejamento de alta, ainda identifica a necessidade de atuação de outros profissionais, para garantir uma assistência completa aos usuários:

*Os médicos não conseguem ver todo o planejamento. Eles apenas dão a alta. Se está com oxigênio, vai embora com o oxigênio, mas e aí? Em casa? Eles não se atentam para essas questões. (E7)*

Em relação ao segundo pilar de intervenção, autogestão da medicação, identificou-se que há orientação, por parte dos enfermeiros, sobre como o paciente irá gerir sua reconciliação medicamentosa, inserindo os novos medicamentos prescritos aos que já eram utilizados. Nesse sentido, as falas indicam ser o enfermeiro quem assegura essa atividade:

*Aqui, são os enfermeiros mesmos. Os médicos mostram a prescrição e dizem o senhor vai tomar isso e isso. Muitas vezes, a gente tem que perguntar para os médicos sobre os medicamentos. Às vezes, é uma alta às 17 horas da sexta feira, daí nós nos perguntamos se ele vai conseguir pegar a medicação no posto? Será que ele tem dinheiro pra comprar na farmácia? Não sei! A gente tenta liberar algum medicamento para ele. Aí o médico tem que prescrever, passa pelo hospital dia, pelo NIR, mas é a enfermagem mesmo. (E5)*

*Atualmente, é o enfermeiro que faz a gestão da medicação. Eu peço para os residentes também sempre conversar até porque muitas vezes os pacientes vão sair, por exemplo, com um anticoagulante que ele não tomava antes, tem que ver qual é o melhor*

*anticoagulante que ele vai tomar. Muitas vezes, o melhor anticoagulante, o SUS não fornece, então a família tem que comprar.* (E7)

O terceiro pilar de intervenção, registro pessoal de saúde, é um instrumento em que o próprio usuário faz o registro da sua condição de saúde, uma espécie de diário, muito utilizado quando pacientes fazem a TC. No entanto, não foi possível identificar, nos documentos ou durante a observação, essa ferramenta de saúde na instituição investigada:

*Que eu saiba, não tem [o registro pessoal do paciente]. O que a gente tem é uma pesquisa de satisfação que vai para o e-mail ou SMS [mensagem de texto], e ele classifica na verdade, escreve sobre o atendimento no hospital, mas ele não fala dele, então esse dispositivo que eu nunca vi.* (E4)

O quarto pilar de intervenção, a identificação e reconhecimento dos sinais de piora da condição dos usuários, na perspectiva dos profissionais de saúde, é um importante domínio na TC de pacientes com DCNTs. Nas entrevistas, os profissionais trouxeram as seguintes falas a respeito das orientações dos sinais de piora:

*Eu costumo orientar, até porque a maioria dos pacientes perguntam, o que eu faço se eu passar mal de novo? Eu ligo aqui, eu venho? Vou para o posto?* (E5)

## DISCUSSÃO

Com o intuito de melhorar as TC, baseado em quatro pilares de intervenção, para realizar transições seguras e qualificadas do hospital para o domicílio, foi desenvolvido o CTI<sup>(11)</sup>. Esse programa é fundamentado em um plano de cuidado individualizado e na disponibilidade de profissionais de saúde que conhecem os objetivos e as preferências dos pacientes<sup>(18)</sup>.

Os resultados deste estudo, sobre o acompanhamento com seguimento na atenção primária, apontam elementos como o atendimento integral às necessidades do paciente. Soma-se a isso que a visão holística desses indivíduos transcende uma prática meramente curativa e que considera o indivíduo em seu contexto social e familiar. Nesse contexto, Cecílio e Merhy<sup>(19)</sup> afirmam que a atenção integral de um paciente no hospital é o esforço de uma abordagem completa e holística de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisa de cuidados hospitalares.

No entanto, o que se observa ainda na atenção à saúde no Brasil é uma *práxis* fragmentada e desarticulada, que resulta em segregação do indivíduo, sem considerar o contexto em que o paciente se insere. Entre os aspectos que interferem na garantia de um modelo de atenção por inteiro, observa-se a falta de recursos, estrutura, gestão política e de maiores investimentos em formação profissional e educação em saúde<sup>(20)</sup>.

O atendimento integral constitui-se um desafio contínuo, devido à complexidade da sua operacionalização. Envolve diferentes atores e estratégias de articulação, em diferentes cenários, que se configuram redes, seja no plano assistencial, na gestão ou na construção de políticas públicas<sup>(21)</sup>.

A participação da família no planejamento de alta hospitalar foi evidenciada, neste estudo. Os entrevistados relatam que, somente quando o cuidado está totalmente compreendido pelo paciente,

familiar e/ou cuidador, por meio de treinamentos diários, é que se discute a possibilidade de alta. Os familiares devem ser parte integrante de qualquer intervenção em saúde, em qualquer fase da doença e em todos os contextos de assistência. O pressuposto aponta para a relevância da relação entre o cuidado ao indivíduo e seu contexto familiar como um fator indispensável ao cuidado integral. A família exerce um papel significativo no hospital, notadamente na internação de adultos e idosos<sup>(22)</sup>.

Os depoimentos sinalizam um ponto de alto impacto do atendimento desses pacientes, que é o trabalho desenvolvido no setor de clínica médica por uma equipe multiprofissional, o que resulta em uma assistência ampla e completa para o paciente. Esse trabalho foi identificado também no período de observação da pesquisadora, ao verificar, em reuniões de equipe, diálogos constantes a respeito do planejamento de alta dos pacientes.

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar, verticalmente, o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde<sup>(23)</sup>.

No entanto, estudos de revisão da literatura apontam que ainda é característico do cenário hospitalar o modelo clínico especializado e biologicista. O citado modelo repercute na organização do trabalho, de enfoque funcionalista, não favorecendo a criatividade, a compreensão dos profissionais acerca de seu próprio trabalho e a corresponsabilização<sup>(24)</sup>.

Ressalta-se ainda que um fator dificultador para esse trabalho em equipe, muitas vezes, é a alta demanda de usuários articulada ao número insuficiente de pessoal. De fato, essas questões podem impactar de modo negativo no desenvolvimento e operacionalização do trabalho, além do baixo incentivo da gestão/gerência para essa prática<sup>(25)</sup>.

Estudo realizado na região sul do Brasil propõe que o planejamento de alta hospitalar pode ser realizado em conjunto com a equipe multiprofissional, com o propósito de atender todas as necessidades do paciente, sendo elas biológicas, psicológicas e sociais, de forma individualizada e precoce<sup>(26)</sup>.

A partir da análise de alguns dos achados desta pesquisa, somando-se às observações diárias, verificou-se o preenchimento adequado da ficha de contrarreferência, que busca diminuir a fragmentação existente entre serviços de saúde e profissionais de saúde.

Para a operacionalização dos serviços de saúde, é preciso o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, o qual se refere ao mecanismo para o estabelecimento da comunicação. Por intermédio desse sistema, é possível perceber, nos serviços de saúde, que o usuário obtém a continuidade no cuidado ofertado, pois cada informação advinda de diferentes profissionais de saúde e por diferentes serviços é sempre válida para continuidade do cuidado desse indivíduo, visto como um todo e objeto de atenção integral<sup>(27)</sup>.

A contrarreferência, efetivada por meio do preenchimento do formulário específico, consolida informações relevantes do paciente. De posse do *feedback*, a unidade que o referenciou pode compreender quais condutas foram adotadas na unidade ao qual foi encaminhado, com o objetivo de dar prosseguimento à assistência na unidade de origem do usuário e promover a integralidade<sup>(21)</sup>.

Pela observação do cenário em estudo, foi possível identificar o protagonismo do enfermeiro, que é referência na equipe, para

realizar contatos com outros profissionais, transferências de pacientes, controle de documentos, solicitação dos transportes e agendamento de exames. Observa-se que o enfermeiro desempenha um papel importante, sendo reconhecido como elemento essencial para o trabalho da equipe multiprofissional.

De acordo com Melo<sup>(28)</sup>, em um estudo sobre a transferência de cuidado, em Belo Horizonte, foi percebido que os enfermeiros como atores de maior destaque durante a transferência da responsabilidade pelo paciente. O autor considera o enfermeiro como o maior articulador do cuidado com as demais áreas e categorias profissionais, priorizando as individualidades de cada paciente.

As ações foram comprovadas por Lima *et al.*<sup>(29)</sup> em uma revisão integrativa sobre atividades de TC realizada por enfermeiros, pois encontraram uma variedade de atividades em que enfermeiras se envolvem. Entre as atividades, é importante citar a educação dos pacientes para promoção do autogerenciamento da sua condição de saúde, construção de protocolos de cuidado com a devida participação e realização de compartilhamento de informações por profissionais e pacientes durante as transições.

O segundo pilar que Coleman *et al.*<sup>(11)</sup> destacam, para realizar uma transição segura do cuidado, é a autogestão de medicamentos. Neste estudo, foram identificadas intervenções breves e pouco sistematizadas para a autogestão de medicamentos. Apesar de haver uma equipe multiprofissional atuante no cuidado, verificou-se que, na maioria das vezes, é o enfermeiro quem desempenha tal atividade para assegurar o pilar da TC no planejamento de alta hospitalar.

O aumento da incidência de DCNTs está relacionado diretamente à demanda pelo uso de medicamentos, para o controle ou retardo do processo de deterioração do organismo, o que contribui para a polimedicação. A baixa adesão à medicação, nesse público, é ainda é um problema que afeta entre 50% e 60% desses pacientes<sup>(30)</sup>.

De acordo com alguns estudos, programas de reconciliação de medicamentos podem colaborar para reduzir os problemas relacionados aos fármacos. Vale ressaltar que atividades de conferência de medicamentos e educação sobre autogestão de medicamentos poderão potencializar as ações da equipe de enfermagem, favorecendo a segurança dos pacientes nas TCs<sup>(31-32)</sup>.

O terceiro pilar de intervenção é o uso de um registro pessoal de saúde, o qual não foi observado neste estudo, como estratégia de intervenção. O Registro Pessoal de Saúde – *Personal Health Record* (PHR) é um registro no qual os dados e outras informações relacionadas ao cuidado de um paciente são preservadas. Isso contrasta com os prontuários eletrônicos amplamente utilizados, que são operados por instituições, como hospitais ou serviços de saúde, que contêm dados inseridos por médicos<sup>(33)</sup>. A intenção do PHR é fornecer um resumo completo e preciso do histórico médico de um indivíduo de forma acessível e *online*. Os dados de saúde em um PHR podem incluir dados de um desfecho relatado por um paciente, resultados de um laboratório, entre outros dispositivos.

O quarto pilar de intervenção está relacionado ao treinamento e conhecimento dos seus sinais de piora. Nos relatos dos entrevistados, observou-se um interesse por essa estratégia, no entanto a prática hospitalar atual demonstrou uma intervenção reduzida, e nem sempre presente durante o planejamento de alta.

Pesquisa aponta que na literatura existem poucos trabalhos publicados a respeito da atividade assistencial do enfermeiro na TC<sup>(34)</sup>. Destaca-se a importância do papel do enfermeiro,

contemplando a sua capacidade e habilidade para compreender o ser humano de forma integral, atendendo suas necessidades e expectativas, de forma a tornar o indivíduo e a família capazes de emancipar e promover o cuidado<sup>(35)</sup>.

O presente estudo aponta o planejamento de alta como uma ferramenta imprescindível para a equipe multiprofissional, especialmente em pacientes com condição crônica, mesmo não utilizando todos os pilares estabelecidos pelo CTI. Outra pesquisa, com protocolo de transição distintos ao CTI, foi realizada com pacientes idosos norte-americanos, com a maioria sendo do sexo feminino (67%) e brancos não hispânicos (84%). Após intervenção com plano de cuidados personalizado para pacientes e suas famílias, observou-se que os pacientes apresentaram menor taxa de retorno ao hospital em até 30 dias após a alta, e foram mais propensos a comparecer às consultas médicas, além de estarem mais bem preparados para a TC<sup>(36)</sup>.

Em estudo que utilizou outras abordagens, ao considerar a percepção de usuários, também evidenciou-se que o planejamento de alta, por meio do vínculo e linguagem simples, pode colaborar na coordenação do cuidado e contribuir para a reabilitação do paciente<sup>(37)</sup>.

### Limitações do estudo

Este estudo pode apresentar como limitação a especificidade da abordagem qualitativa e exploratória, além do contexto de estudo/hospital de médio porte, referência regional e vinculado à universidade. Tais aspectos podem dificultar a transferibilidade dos dados. Outra limitação pode se relacionar à participação predominante de profissionais de enfermagem do gênero feminino, o que traz particularidades dessa categoria profissional. Ademais, não foi viável a checagem dos temas finais pelos participantes, aspecto que poderia trazer novos contributos. Diante do exposto, são sugeridos novos estudos com diferentes abordagens e cenários distintos.

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou políticas públicas

Espera-se que os resultados deste estudo forneçam subsídios para intervenções de avanços na TC na alta hospitalar, em serviços de saúde, no sentido de contribuir para o conhecimento sobre o planejamento de alta, uma importante atividade quando se deseja garantir a continuidade e a integralidade da atenção como fatores que possam garantir uma assistência segura.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo demonstraram que um planejamento de alta, orientado por estratégias que visam garantir a continuidade do cuidado de forma integral, garante a presença de um importante pilar de intervenção e acompanhamento com seguimento na Atenção Primária.

Os registros de saúde, ou seja, os documentos padronizados na unidade, configuraram-se como suporte para a transmissão de informações a respeito da condição de saúde dos pacientes, e revelam-se cruciais para a TC.

A participação da família nos cuidados durante e pós-alta hospitalar e a presença de uma equipe multiprofissional são fundamentais. Ainda que o enfermeiro assuma um papel de centralidade nesse

processo e o planejamento precoce de alta, a família e a equipe ficaram evidenciadas como suporte desse serviço, caracterizando-se como elementos importantes que compõem tais atividades.

## FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo nº 143424/2017-3.

## CONTRIBUIÇÕES

Barbosa SM, Pinto IC contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Barbosa SM, Zacharias FCM, Schönholzer TE e Pinto IC contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados; revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito. Barbosa SM, Carlos MD, Pires MEL, Valente SH, Fabriz LA contribuíram com revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2022 Jun 8]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2014\\_analise\\_situacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf)
2. Leite BC, Oliveira-Figueiredo DST, Rocha FL, Nogueira MF. Multimorbidity due to chronic noncommunicable diseases in older adults: a population-based study. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(6):e190253. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190253>
3. Malta DC, Andrade SSSA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and regions, projections to 2025. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:E190030. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>
4. Malta DC, Silva MMA, Moura L, Morais Neto OL. The implantation of the Surveillance System for Non-Communicable diseases in Brazil, 2003 to 2015: successes and challenges. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(4):661-75. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>
5. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO position paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl.* 2017;19(suppl D):D244-55. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>
6. Costa MFBNA, Oliveira LS, Santos JLG, Lanzoni GMM, Cechinel-Peiter C. [Hospital discharge planning as a continuity care strategy for primary care]. *Res Soc Develop.* 2020;9(10):e3709108518. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8518> Portuguese
7. Oliveira ES, Menezes TMO, Gomes NP, Oliveira LMS, Batista VM, Oliveira MCM, et al. Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20210192. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0192>
8. Brooten D, Kumar S, Brown LP, Butts P, Finkler SA, Bakewell-Sachs S, et al. A randomized clinical trial of early hospital discharge and home follow-up of very-low-birth-weight infants. *New England J Med.* 1986;315(15):934-9. <https://doi.org/10.1056/NEJM198610093151505>
9. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Jama.* 1999;281(7):613-20. <https://doi.org/10.1001/jama.281.7.613>
10. Coleman EA, Rosenbek SA, Roman SP. Disseminating evidence-based care into practice. *Popul Health Manag.* 2013;16(4):227-34. <http://doi.org/10.1089/pop.2012.0069>
11. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2006;166(17):1822-8. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>
12. Bravo J, Buta FL, Talina M, Silva-Dos-Santos A. Avoiding revolving door and homelessness: the need to improve care transition interventions in psychiatry and mental health. *Front Psychiatry.* 2022;13:1021926. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1021926>
13. Hunt-O'Connor C, Moore Z, Patton D, Nugent L, Avsar P, O'Connor T. The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *J Nurs Manag.* 2021;29:2697-706. <https://doi.org/10.1111/jonm.13409>
14. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015. 320 p.
15. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
16. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:17-27.
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in Psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
18. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Care transition of patients of chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaucha Enferm.* 2020;41(spe):e20190155. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
19. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Lappis; 2016. p. 197-210. v. 1.
20. Souza MC, Araujo TM, Reis WM Jr, Souza JN, Vilela A, Franco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Mundo Saúde [Internet].* 2021 [cited 2022 Jun 8];36(3):452-60. Available from: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/481>

21. Silva MMF, Silva EM, Oliveira SLSS, Abdala GA, Meira MDD. Integralidade na atenção primária à saúde. Refacs [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 10];1:394-400. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955551016/html/>
22. Martins MM, Fernandes CS, Gonçalves LHT. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. Rev Bras Enferm. 2012;65:685-90. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400020>
23. Peduzzi M. Multiprofessional healthcare team: concept and tipology. Rev Saúde Publ. 2001;35(1):103-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
24. Alves LR, Giacomini MA, Camelo SHH, Laus AM, Leal LA, Goulart BF, et al. Evidências sobre trabalho em equipe na atenção hospitalar. J Health NPEPS [Internet]. 2016 [cited 2022 Jan 10];1(2):246-62. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1592>
25. Uchoa AC, Vieira RMV, Rocha PM, Rocha NSD, Maroto RM. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. Physis. 2012;22(1):385-400. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100021>
26. Fontana G, Chesani FH. Limites e possibilidades no planejamento da alta hospitalar. Conexão Cienc. 2017;12(12):92-8. <https://doi.org/10.24862/ccov12i2.563>
27. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB. Referral and counter-referral for the integrality of care in the health care network. Physis. 2021;31(1):e310105. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>
28. Melo CL. Transferência de cuidado realizada pelos profissionais de saúde em um serviço de urgência e emergência [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.
29. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. Rev Gaucha Enferm. 2018;39:e20180119. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
30. Santos CO, Lazaretto FZ, Lima LH, Azambuja MS, Millão LF. Medication reconciliation: implantation process in a hospital complex with the use of electronic system. Saúde Debate. 2019;43(121):368-77. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912106>
31. Valente SH, Barbosa SM, Ferro D, Fabriz LA, Schönholzer TE, Pinto IC. Drug-related problems in the transitional care of the elderly from hospital to home. Rev Bras Enferm. 2019;72(suppl 2):361-69. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0848>
32. Mortelmans L, Goossens E, Dilles T. Beliefs about medication after hospital discharge in geriatric patients with polypharmacy. Geriatr Nurs. 2022;43:280-7. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.12.007>
33. Sarwal D, Gupta V. Personal health record. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Nov 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557757/>
34. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. Cogitare Enferm. 2017;(22)3:e47615. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
35. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Buscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Cienc Saúde Colet. 2012;17(1):223-30. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>
36. Berkowitz RE, Fang Z, Helfand BK, Jones RN, Schreiber R, Paasche-Orlow MK. Project ReEngineered Discharge (RED) Lowers Hospital Readmissions of Patients Discharged From a Skilled Nursing Facility. J Am Med Directors Assoc [Internet]. 2013[cited 2022 Nov 28];14(10):736-40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608528/>
37. Li J, Clouser JM, Brock J, Davis T, Jack B, Levine C, et al. Effects of different transitional care strategies on outcomes after hospital discharge—trust matters, too. Joint Commission J Q Patient Saf. 2022;48(1):40-52. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.09.012>