

# Transição de cuidados hospitalares na percepção dos profissionais em posição de liderança

Hospital care transition as perceived by professionals in leadership positions

Transición de la atención hospitalaria según la percepción de los profesionales en puestos de liderazgo

Vanessa Alves Mendes<sup>1,2</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-2284-5082>

Patrícia Rosa de Oliveira<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0009-0001-3890-0077>

Carolina Giordani Silva<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-6035-7704>

Mara Regina Rosa Ribeiro<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-7132-3005>

Gímerson Erick Ferreira<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-4039-0205>

## Como citar:

Mendes VA, Oliveira PR, Silva CG, Riberio MR, Ferreira GE. Transição de cuidados hospitalares na percepção dos profissionais em posição de liderança. Acta Paul Enferm. 2026;39:eAO1322.

## DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2026AO1322>



## Descritores

Cuidado transicional; Transferência do paciente; Liderança; Gestor de saúde

## Keywords

Transitional care; Patient discharge; Leadership; Health manager

## Descriptores

Cuidado de transición; Alta del paciente; Liderazgo; Gestor de salud

## Submetido

30 de Maio de 2025

## Aceito

24 de Novembro de 2025

## Editor Associado

Alexandre Pazetto Balsanelli  
(<https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>)  
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

## Disponibilidade dos dados:

Os dados da pesquisa estão disponíveis no artigo.

## Resumo

**Objetivo:** Analisar os desafios percebidos por profissionais em posições estratégicas de liderança acerca da transição de cuidados na atenção hospitalar à luz da gestão da clínica.

**Métodos:** Trata-se de pesquisa qualitativa realizada em hospital universitário federal no centro-oeste brasileiro com profissionais em posição estratégica de liderança, no período de março a abril de 2024, por meio de entrevistas semiestruturadas. O processamento dos dados aconteceu no *software* IRaMuTeQ, com análise de conteúdo temática.

**Resultados:** O estudo contou com 17 participantes. O *corpus* textual gerou seis classes, com duas subdivisões, resultando em três categorias temáticas, intituladas a saber: 1) Desafios na Rede de Atenção à Saúde para transição do cuidado, que destaca as dificuldades decorrentes da insuficiência de documentação e registros, e falta de comunicação, coordenação e integração dos serviços para a continuidade do cuidado; 2) Desafios na avaliação da qualidade da transição de cuidados, que destaca a falta de monitoramento e uso de indicadores quantitativos para avaliar a efetividade das estratégias de transição de cuidados; 3) Desafios na uniformização dos processos e educação de pessoas para transição de cuidados, em que os entrevistados revelaram a ausência de processos padronizados e capacitação dos profissionais para implementação de protocolos.

**Conclusão:** Os desafios percebidos pelos profissionais em posição estratégica de liderança incluem a coordenação dos serviços da Rede de Atenção à Saúde, a comunicação entre a equipe multiprofissional em relação às informações dos pacientes, bem como a ausência de padronização das práticas clínicas para transição do cuidado.

## Abstract

**Objective:** To analyze the challenges perceived by professionals in strategic leadership positions regarding care transition in hospital settings in light of clinical management.

**Methods:** This is a qualitative study conducted at a federal university hospital in the Brazilian Midwest with professionals in strategic leadership positions, from March to April 2024, using semi-structured interviews. Data processing was performed using the IRaMuTeQ software, with thematic content analysis.

**Results:** The study included 17 participants. The text *corpus* generated six classes, with two subdivisions, resulting in three thematic categories, namely: 1) Challenges in the Healthcare Network for care transition, which highlights the difficulties arising from insufficient documentation and records, and lack of communication, coordination, and integration of services for continuity of care; 2) Challenges in assessing care transition quality, which highlights the lack of monitoring and use of quantitative indicators to assess the effectiveness of care transition strategies; 3) Challenges in standardizing processes and educating people for care transition, in which respondents revealed the absence of standardized processes and training of professionals for the implementation of protocols.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil.

<sup>2</sup>Fundação Universidade Federal de Rondonópolis, Rondonópolis, MT, Brasil.

**Conclusion:** The challenges perceived by professionals in strategic leadership positions include coordinating services within the Healthcare Network, communication among the multidisciplinary team regarding patient information, and the lack of standardization of clinical practices for care transition.

## Resumen

**Objetivo:** Analizar los desafíos percibidos por los profesionales en puestos estratégicos de liderazgo con relación a la transición de la atención hospitalaria de acuerdo con la gestión clínica.

**Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa realizada en un hospital universitario federal en el centro-oeste de Brasil con profesionales en puestos estratégicos de liderazgo, en el período de marzo a abril de 2024, mediante entrevistas semiestructuradas. El procesamiento de los datos se realizó con el *software* IRaMuTeQ, con análisis de contenido temático.

**Resultados:** El estudio contó con 17 participantes. El *corpus* textual generó seis clases, con dos subdivisiones, lo que dio como resultado tres categorías temáticas, tituladas a saber: 1) Desafíos en la Red de Atención a la Salud para la transición de la atención, que destaca las dificultades derivadas de la insuficiencia de documentación y registros, y la falta de comunicación, coordinación e integración de los servicios para la continuidad de la atención; 2) Desafíos en la evaluación de la calidad de la transición de la atención, que destaca la falta de seguimiento y el uso de indicadores cuantitativos para evaluar la eficacia de las estrategias de transición de la atención; 3) Desafíos en la estandarización de los procesos y la educación de las personas para la transición de la atención, en la que los entrevistados revelaron la ausencia de procesos estandarizados y la falta de capacitación de los profesionales para la implementación de protocolos.

**Conclusión:** Los desafíos percibidos por los profesionales en puestos estratégicos de liderazgo incluyen la coordinación de los servicios de la Red de Atención Sanitaria, la comunicación entre el equipo multidisciplinario con relación a la información de los pacientes, así como la ausencia de estandarización de las prácticas clínicas para la transición de la atención.

## Introdução

A transição de cuidados é um processo complexo e multifacetado que envolve a coordenação de ações entre diferentes níveis de assistência ou serviços em uma mesma organização, com o intuito de assegurar a continuidade do cuidado<sup>(1)</sup> ao longo da jornada do paciente.<sup>(2)</sup> Esse processo é essencial para garantir que as necessidades de saúde dos pacientes sejam atendidas de maneira integral, humanizada e contínua, desde a admissão até o encaminhamento para outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS).<sup>(3-5)</sup> No entanto, apesar de sua relevância para manutenção da qualidade da assistência, a transição de cuidados é marcada por desafios relacionados à falta de coordenação entre as equipes,<sup>(6)</sup> a falhas na comunicação,<sup>(7)</sup> à ausência de protocolos padronizados,<sup>(8)</sup> entre outros, que interferem em sua adequada implementação.

Esses desafios, por vezes, são acompanhados por iniciativas que buscam melhorar o processo, como a introdução de novas tecnologias e o aprimoramento dos recursos.<sup>(9)</sup> Contudo, tais iniciativas nem sempre resultam na eficiência esperada, e a transição inadequada pode comprometer a segurança do paciente, aumentar o risco de complicações e reinternações, e até mesmo contribuir para mortalidade.<sup>(1,10,11)</sup>

Nesse contexto, os profissionais em posição de liderança hospitalar desempenham papel estratégico de empreendedorismo na transição de cuida-

dos, especialmente os enfermeiros, visto seu potencial de articulação na equipe multiprofissional e seu envolvimento na gestão dos processos assistenciais. Este envolvimento contribui para ampliação da continuidade da atenção, potencializando o alcance das intervenções e integralidade do cuidado.<sup>(9,12)</sup> Assim, postula-se que esses profissionais possam contribuir com a formulação de estratégias que permitam superar os obstáculos enfrentados, propondo soluções adaptadas à realidade dos serviços de saúde, com o objetivo de proporcionar melhores experiências aos pacientes durante a transição de cuidados.

Diversos estudos discutem estratégias fundamentais para assegurar a transição do cuidado.<sup>(3,5,11,13)</sup> Todavia, é fundamental entender como os líderes da área da saúde percebem as lacunas existentes nesse processo e as estratégias para superá-las. Esse entendimento é importante, pois favorece o desenvolvimento de intervenções que permitam otimizar os cuidados hospitalares e melhorar a experiência do paciente.

A gestão da clínica, enquanto referencial teórico que se fundamenta em princípios como orientação às necessidades de saúde, qualidade e segurança, articulação de saberes, responsabilização, educação contínua, e transparência,<sup>(14,15)</sup> oferece lente interpretativa valiosa para compreender essa dinâmica, pois permite analisar as práticas assistenciais de maneira integrada e estratégica às práticas de gestão e de educação, alinhando as necessidades dos pacien-

tes aos objetivos organizacionais e à qualidade do serviço.<sup>(14,16)</sup>

Apesar dos avanços na literatura sobre a temática, persistem lacunas no que tange à perspectiva de profissionais em posições estratégicas de liderança no contexto hospitalar. A literatura evidencia limitações estruturais e operacionais, como a ausência de protocolos institucionais e de cargos específicos responsáveis pela coordenação da alta hospitalar,<sup>(14)</sup> além de ressaltar a efetividade das estratégias de cuidados de transição na redução de reinternações,<sup>(6)</sup> especialmente entre a população idosa.<sup>(6,11)</sup> Adicionalmente, revisões identificam intervenções facilitadoras da transição de cuidados,<sup>(11)</sup> muitas vezes conduzidas por profissionais de enfermagem,<sup>(5,10)</sup> além de explorar a percepção desses profissionais quanto às fragilidades na comunicação entre equipes e o consequente aumento dos riscos à segurança dos pacientes, tanto no decorrer dos procedimentos<sup>(7)</sup> quanto no contexto pré-hospitalar.<sup>(8)</sup> Destaca-se, ainda, o crescente interesse demonstrado pelos hospitais universitários brasileiros na implementação de ações gerenciais voltadas à continuidade do cuidado<sup>(9)</sup> e à valorização da experiência dos pacientes durante a transição para o cuidado domiciliar.<sup>(2)</sup>

Contudo, até o momento, não foram encontrados estudos que abordem as percepções de profissionais em posições estratégicas de liderança na atenção hospitalar sobre os desafios enfrentados neste processo, especialmente sob a ótica da gestão da clínica, referencial teórico adotado nesta investigação. Tal lacuna reforça a necessidade de pesquisas que explorem essas percepções, fundamentais para o planejamento, implementação e sustentabilidade de estratégias de alta hospitalar segura e integrada. Além disso, tais investigações têm o potencial de oferecer contribuições relevantes para o aprimoramento da gestão da prática clínica e o avanço do conhecimento em gestão hospitalar. Dessa forma, o presente estudo buscou responder às seguintes questões: quais desafios são percebidos por profissionais em posições estratégicas de liderança na transição do cuidado na atenção hospitalar? E como esses desafios podem ser analisados sob a perspectiva da gestão da clínica?

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é analisar desafios percebidos por profissionais em po-

sições estratégicas de liderança acerca da transição de cuidados na atenção hospitalar à luz da gestão da clínica.

## Métodos

Trata-se de pesquisa descritiva de natureza qualitativa, que foi orientado pelas diretrizes para o relato de investigações qualitativas estabelecidas pelo *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*.<sup>(17)</sup>

O estudo foi realizado em um hospital universitário federal de médio porte, com cerca de 120 leitos, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. O hospital se destaca como um importante centro de articulação entre ensino, pesquisa, extensão e serviços de saúde na região, adotando o modelo de gestão da clínica como uma das abordagens administrativas predominantes. Esse modelo contribui para qualificação da transição do cuidado, ao promover a corresponsabilização entre os profissionais, fortalecer a articulação multiprofissional, organizar os processos assistenciais com foco nas necessidades do paciente e integrar diferentes pontos de atenção à saúde.<sup>(14,15)</sup> Entretanto, não foram identificadas, na estrutura institucional disponível, iniciativas formalizadas com foco na transição do cuidado entre as unidades hospitalares e os demais pontos da RAS.

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde em posições estratégicas de liderança selecionados com base no mapeamento do organograma da instituição. Esses profissionais estavam vinculados à Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), abrangendo líderes de setores e unidades relacionadas ao cuidado assistencial, à gestão da qualidade e segurança do paciente, e ao ensino e pesquisa. Para fins de delineamento deste estudo, consideram-se “profissionais de saúde em posições estratégicas de liderança” aqueles que ocupam cargos com responsabilidade direta na tomada de decisão sobre o planejamento, implementação e avaliação das práticas assistenciais, educacionais e de gestão hospitalar, e que possuem

influência na condução das estratégias organizacionais e na articulação entre diferentes áreas e serviços.<sup>(12)</sup> Os critérios de elegibilidade exigiram que os participantes ocupassem um desses cargos por pelo menos seis meses no hospital, sendo excluídos profissionais afastados por qualquer motivo.

A coleta de dados foi realizada entre março e abril de 2024, por meio de entrevistas semiestruturadas, previamente agendadas, realizadas de forma presencial ou *online*, conforme a preferência dos participantes. Para seleção dos participantes, foi realizado levantamento dos profissionais ocupantes de cargos gerenciais com base no organograma da instituição. Identificaram-se 32 profissionais em posições estratégicas de liderança vinculados a uma das gerências (GAS, GEP). A partir daí, os contatos foram estabelecidos por meio de conveniência até que se atingisse a definição amostral.

O instrumento de coleta incluiu questões para caracterizar o perfil profissional e indagar sobre a percepção, desafios e possíveis estratégias relacionadas à transição de cuidados no ambiente hospitalar. As entrevistas foram audiogravadas, com duração média de 20 minutos, e posteriormente transcritas integralmente, organizadas no *software Microsoft Word* 2013, e enviadas de volta aos participantes para validação do conteúdo.

A definição do tamanho da amostra foi orientada pela técnica poder da informação,<sup>(18)</sup> amostragem por saturação que prioriza a qualidade e a relevância das informações, de modo que a quantidade de dados coletados seja suficiente para compreender o fenômeno investigado, levando em consideração as experiências e perspectivas centrais dos participantes. Não houve recusas. Dois participantes agendaram suas entrevistas, mas não compareceram e não responderam às tentativas subsequentes de contato para reagendamento.

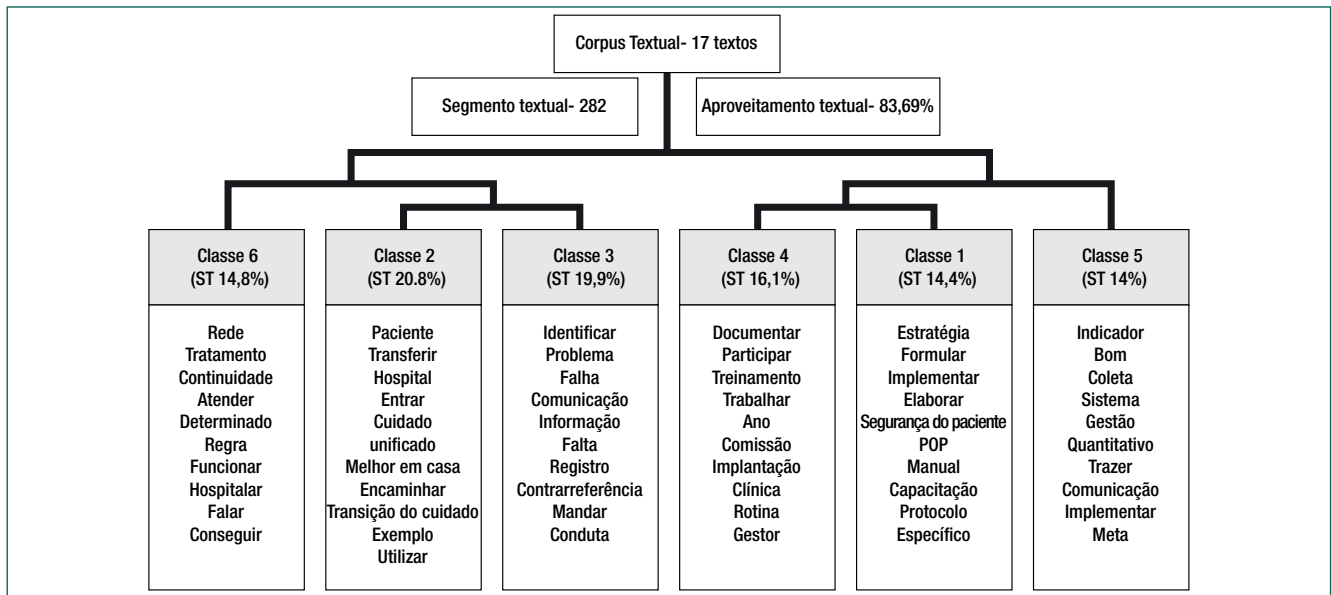
O processamento dos dados foi realizado com o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires* (IRaMuTeQ), que emprega o método de Reinet e a Classificação Hierárquica Descendente. A análise seguiu a abordagem de análise de conteúdo temática,<sup>(19)</sup> estruturada em três etapas. A primeira etapa é a pré-análise, que buscou uma visão geral das pri-

meiras impressões identificadas nos dados, realizada pelo pesquisador durante a preparação do *corpus* textual. Nesse momento, o pesquisador realizou uma leitura flutuante para identificar o significado das palavras e os padrões de relação com a temática central e o referencial teórico. A segunda etapa envolveu a exploração do material, que foi feita por meio da análise lexical do *software*, gerando as classes. O pesquisador, então, fez a leitura das classes, associando-as aos segmentos textuais do *corpus* colorido, para explorar o conteúdo semântico das análises lexicais, gerando as categorias. A terceira etapa consistiu no tratamento dos resultados, que envolveu a inferência dos achados pelos autores, interpretando-os à luz do referencial teórico sobre gestão da clínica.

Este estudo integra o projeto matricial intitulado “Experimentações em design na produção de artefatos para a gestão da clínica na atenção hospitalar”, que seguiu todas as diretrizes éticas e legais estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob Parecer nº 6.080.123 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 68867823.4.0000.5541). A participação foi voluntária, com os participantes assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que explicava as condições do estudo, incluindo o direito de interrupção a qualquer momento, sem prejuízo. Para garantir o anonimato, as falas dos participantes foram codificadas com a letra “E” (de entrevistado), seguida do número sequencial da entrevista.

## Resultados

Participaram deste estudo 17 profissionais em posições estratégicas de liderança, sendo 82% (n=14) do sexo feminino e 18% (n=3) do sexo masculino, com idades entre 33 e 50 anos. Quanto à formação profissional, 70,5% (n=12) eram enfermeiros, 6% (n=1), fisioterapeuta, e 23,5% (n=4), médicos. Em relação à formação acadêmica, 59% (n=10) possuíam pós-graduação *stricto sensu* (mestrado), e 41% (n=7), especialização *lato sensu*. O tempo de



**Figura 1.** Dendrograma do corpus textual utilizando o Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires

experiência em cargos de gestão em instituições de saúde variou de nove meses a 15 anos. O processamento do corpus textual gerou seis classes, com duas subdivisões, resultando em um aproveitamento de 83,69% deste, conforme apresentado no dendrograma da figura 1, que organiza as classes hierarquicamente. O valor dos segmentos de texto (STs) representa a frequência relativa de cada classe dentro do corpus analisado. Na primeira subdivisão, a classe 6 (ST=14,8%) se sobressai às classes 2 (ST=20,8%) e 3 (ST=19,9%), que apresentam vocábulos convergentes. Na segunda subdivisão, a classe 5 (ST=14%) sobressai às classes 4 (ST=16,1%) e 1 (ST=14,4%), que também convergem entre si.

Os desafios percebidos por profissionais em posições estratégicas de liderança na transição de cuidados hospitalares foram organizados em três categorias principais, conforme descrito a seguir.

### Desafios na coordenação e comunicação na transição de cuidados

Nas experiências relatadas, a coordenação e a comunicação entre os profissionais e os serviços, particularmente nos momentos de transição do cuidado, foram apontadas como fatores críticos que comprometem a continuidade assistencial. Três pontos principais foram destacados: falhas na comunicação e nos registros; dificuldades na transferência intra-

-hospitalar de pacientes; e problemas na articulação com a RAS. Em relação às falhas na comunicação e à insuficiência na documentação e registros, constatou-se que, em diferentes situações, a troca de informações entre profissionais foi considerada precária, tanto pela ausência de registros claros quanto pela limitação do uso de canais formais, como relatado:

*Quando ocorre a transferência do cuidado para outra área assistencial ou para outra instituição [...há falhas na comunicação e na ausência de informações relevantes [...] também há falhas nos registros. (E4)*

*Essa informação é mais rápida verbalmente, mas talvez eu não compreenda tudo ali, e nisso ter um registro bem-feito me ajudaria. (E4)*

*Hoje, essa transição é feita por um papelzinho, às vezes com pouquíssimas ou insuficientes informações. Por exemplo, foi solicitada avaliação em conjunto, mas fica na responsabilidade do paciente passar o próprio caso. (E8)*

Também foram relatadas dificuldades na coordenação e comunicação durante a transferência de pacientes entre setores do hospital. Nesse tocante, observou-se que, embora existam equipes que ado-

tem boas práticas, essas ações não seguem um padrão institucional, o que compromete a continuidade assistencial:

*Os pacientes acabam sendo transferidos de unidade ou setor do hospital sem esse cuidado. Há equipes que têm o cuidado de fazer um relatório para encaminhar os pacientes com toda a prescrição dos cuidados, mas isso não é feito de forma padronizada no hospital. (E2)*

*Às vezes, não há nenhum repasse de paciente do centro cirúrgico para o enfermeiro de lá ou da clínica de ginecologia e obstetrícia. Não há esse contato. (E3)*

*Se tivéssemos o prontuário unificado, o profissional que estivesse recebendo o paciente [no outro serviço] poderia consultar todas as informações sobre o cuidado recebido [no hospital]. (E8)*

Além disso, os participantes discorreram sobre problemas na integração com a RAS e na continuidade do cuidado após a alta hospitalar, relatando dificuldades estruturais nas contrarreferências, ausência de fluxos definidos e fragmentação entre os pontos da rede.

*A gente tem muitos problemas com contrarreferência. Tudo é por escrito. Tem relatório de evolução, mas não há nada padronizado. A avaliação não é efetiva e há um grande problema até para construir isso. (E2)*

*Há muitos casos graves que são encaminhados para cá, e depois do tratamento, a criança deveria seguir para a rede, mas não temos para onde encaminhá-las. (E2)*

*Não existe uma padronização na articulação com a rede. Os pontos de serviços são desarticulados em relação aos tratamentos de cada unidade. (E15)*

## Desafios na avaliação da qualidade da transição de cuidados

A ausência de indicadores específicos para monitorar a transição de cuidados é um dos principais de-

safios apontados pelos participantes. Embora o hospital conte com iniciativas institucionais voltadas à avaliação da qualidade, como a notificação de incidentes de segurança do paciente e reuniões mensais para acompanhamento de metas; essas ações ainda não contemplam esse processo de forma sistemática, conforme descreve uma gestora:

*Temos boas iniciativas no hospital [...] a VIGIHOSP, que notifica, e a reunião de indicadores, que é mensal, da contratualização. Contudo, ainda não tem um indicador de transição de cuidado. (E4)*

Em geral, as práticas de monitoramento ocorrem de forma setorializada, com foco em momentos específicos da internação:

*Cada setor tem seu conjunto de indicadores para apresentar. Temos metas de qualidade na admissão, no cuidado continuado, na orientação nutricional, na UTI [Unidade de Terapia Intensiva], na recuperação pós-anestésica e na alta hospitalar. Esses indicadores de qualidade são avaliados todo ano. (E8)*

Contudo, a nível gerencial, há um acompanhamento periódico dos dados assistenciais:

*Mensalmente, a gestão faz uma leitura dos indicadores hospitalares, onde monitoro a taxa de ocupação hospitalar e a taxa de permanência. Cada clínica tem uma meta a ser seguida, e isso vai sendo discutido. Quando uma clínica tem um tempo médio de permanência muito alto, é preciso saber o que está acontecendo. Semanalmente, eles registram em ata as decisões, e o reflexo disso é acompanhado pela gestão por meio dos indicadores. (E13)*

De todo modo, ainda que os dados sejam utilizados para tomada de decisão, a comunicação sobre os resultados nem sempre alcança todos os envolvidos no cuidado:

*Divulgamos esses indicadores em algumas circunstâncias, e sua adesão é comunicada à chefia ime-*

*diata, às áreas assistenciais e ao colegiado ampliado. (E14)*

Assim, os relatos apontam para a necessidade de incorporar a transição de cuidados ao escopo das avaliações institucionais, fortalecendo a capacidade de produzir informações relevantes para melhoria contínua, segurança do cuidado e efetividade das ações em saúde.

### **Desafios na uniformização dos processos e educação de pessoas para transição de cuidados**

A ausência de protocolos institucionais claros também foi apontada como um dos entraves à qualificação da transição de cuidados. As ações, na prática, são conduzidas com base na experiência individual e na transmissão informal entre colegas, o que evidencia a falta de padronização, como relataram os participantes:

*Como ainda não foram feitas estratégias para a transferência do paciente, não temos nada definido. Cada profissional segue o que acredita de acordo com sua vivência e o que daria para fazer quando o paciente sai daqui. (E1)*

*As estratégias aqui [...] são construídas pelas pessoas da baixa gestão, do baixo escalão e depois passam pela aprovação da alta gestão. Não há como algo ser imposto; é construído junto. (E7)*

*Não tem fluxo bem elaborado, não há algo que qualquer um possa chegar e fazer. Não tem um manual. O profissional que chega na clínica vai aprender com os colegas o que tem que ser feito. (E9)*

Além da padronização, os profissionais destacaram a necessidade de ações formativas contínuas para implementação de novos protocolos, assim como para reforço daqueles já existentes. Esse processo reforça a importância da educação permanente e da construção coletiva de fluxos institucionais como pilares fundamentais para assegurar a continuidade e segurança do cuidado durante as transições:

*Sobre a implementação das estratégias, se propõe uma nova capacitação no sentido de reforçar*

*quando já temos o protocolo relacionado ou, quando não temos, se propõe a elaboração e implementação deste protocolo. (E10)*

*É preciso trabalhar com orientação e educação em cima do protocolo já existente, reforçando as orientações que já estão contidas nele [...] uma capacitação de um protocolo que já existe. (E17)*

*Precisa ser institucionalizada; não é simplesmente dizer que estou transferindo o cuidado [...]. (E8)*

*Tem que haver reuniões semanais nas clínicas de internação. (E13)*

## **Discussão**

A pesquisa evidenciou três categorias principais que refletem as dificuldades enfrentadas por profissionais em posição estratégica de liderança: Desafios na coordenação e comunicação na transição de cuidados; Desafios na avaliação da qualidade da transição de cuidados; e Desafios na uniformização dos processos e educação de pessoas para transição de cuidados.

A primeira categoria revelou desafios na coordenação e comunicação durante a transição de cuidados hospitalares, aspectos essenciais para garantir a continuidade de cuidado e segurança do paciente. Esses desafios foram identificados pelos participantes, que destacaram a insuficiência na comunicação e ausência de registros detalhados nos processos de transferência. A utilização predominante de comunicação verbal, embora ágil, foi percebida como obstáculo, pois, muitas vezes, não é acompanhada de registros adequados, o que dificulta a continuidade do cuidado e realização de intervenções apropriadas.

Este cenário é corroborado por outros estudos, que indicam que a comunicação verbal não documentada e a falta de padronização nas informações são fatores críticos para falhas na transição de cuidados, aumentando o risco de erros e comprometendo a segurança dos pacientes.<sup>(13,20)</sup> A ausência de dados relevantes durante o momento de transição dificulta

a compreensão plena da condição de saúde, podendo levar a erros de medicação e atrasos no tratamento.<sup>(13)</sup> Nesse contexto, a comunicação precisa ir além da simples transmissão verbal de dados, devendo ser acompanhada de registros padronizados que garantam a precisão e continuidade do cuidado.<sup>(20)</sup>

À luz da gestão da clínica, esses achados são indicativos de falhas na governança e integração das práticas assistenciais. A padronização desses processos é fundamental para garantir que a qualidade do cuidado se mantenha ininterrupta, independentemente das transições entre setores ou serviços de saúde.<sup>(14,16)</sup> Assim, a ausência de protocolos operacionais claros e ferramentas adequadas de documentação, como prontuários unificados e relatórios de transferência, compromete a qualidade do serviço, evidenciando a necessidade de planejamento das ações de transição de cuidados para melhorar esses processos.

Outro desafio identificado foi a dificuldade na coordenação e comunicação durante a transferência de pacientes entre diferentes setores ou até mesmo para instituições externas. Conforme descrito pelos participantes, a ausência de um processo estruturado e padronizado para transferir informações entre as equipes sobre os cuidados prestados aos pacientes torna esse processo vulnerável a falhas, prejudicando a continuidade do cuidado e aumentando os riscos ao paciente.

Essa constatação é consistente com a literatura atual, que aponta que a ausência de transversalidade nas RAS, a falta de protocolos para operacionalização do fluxo de informações, falhas de comunicação e desconhecimento do funcionamento do sistema contribuem para as dificuldades na transição de cuidados.<sup>(21)</sup> Soluções como prontuários eletrônicos compartilhados, ligações telefônicas entre a equipe hospitalar e atenção primária, e formulários de alta têm se mostrado eficazes para melhorar a comunicação e fortalecer a continuidade do cuidado, permitindo uma transição mais segura e coordenada.<sup>(5)</sup>

Na ótica da gestão da clínica, a formalização da comunicação entre os diferentes níveis de atenção é indispensável, de modo que todos os profissionais envolvidos na transição de cuidados tenham acesso a informações completas e atualizadas, de modo transparente e contínuo.<sup>(14)</sup> Quando os prontuários

eletrônicos e relatórios de transferência não são integrados e padronizados, as equipes se veem desamparadas, sem as informações necessárias para dar seguimento ao cuidado. Nesse sentido, a articulação entre os diferentes saberes e práticas de cuidado é essencial para que as equipes compartilhem informações e integrem ações que promovam o bem-estar do paciente.<sup>(14,15)</sup>

Além disso, os profissionais também identificaram como desafio a integração da RAS após a alta hospitalar ou transferência para outra instituição. A falta de articulação entre os serviços hospitalares e a RAS tem gerado dificuldades na contrarreferência e no encaminhamento adequado dos pacientes para continuidade do cuidado, de modo que estes acabam procurando os serviços após a alta hospitalar por conta própria. A fragmentação do cuidado, resultante dessa desarticulação, é uma barreira importante para o sucesso da transição, pois pode levar à duplicação de serviços e aumento dos custos, resultando em uma experiência de cuidados fragmentados e descontínuos.<sup>(4,14,20,22)</sup>

As estratégias de referência e contrarreferência garantem a comunicação longitudinal ao longo da RAS, estimulando a manutenção, seguimento e continuidade dos cuidados pela própria rede.<sup>(6,21,23)</sup> Coorte recente evidenciou que a implementação de estratégias de acompanhamento pós-alta nos serviços da RAS foi capaz de reduzir significativamente as taxas de reinternação e óbito em 30 dias, evidenciando a importância da articulação e pactuação entre os serviços no momento da alta.<sup>(6)</sup> Na mesma direção, a gestão da clínica propõe o fortalecimento da articulação da RAS por meio de ações colaborativas e de gestão compartilhada, com integração entre os serviços nos diferentes níveis de atenção, o que permitiria uma melhor coordenação entre as equipes de saúde e, consequentemente, a continuidade do cuidado.<sup>(14-16)</sup>

A segunda categoria identificada neste estudo se refere aos desafios na avaliação da qualidade da transição de cuidados hospitalares, aspecto essencial para garantir a efetividade das intervenções e segurança do paciente. Embora algumas iniciativas e práticas de monitoramento estejam presentes na realidade investigada, a avaliação da transição de

cuidados ainda é limitada, o que interfere na qualidade do cuidado contínuo e na eficácia das estratégias implementadas.

Entre os principais desafios, os profissionais em posição estratégica de liderança destacaram a ausência de indicadores específicos para monitorar a transição de cuidados. Embora existam métricas em áreas como admissão hospitalar, cuidado continuado e alta hospitalar, estes não abrangem especificamente a transição de cuidados, criando uma lacuna na avaliação global da assistência neste hospital. Os participantes relataram que, embora as iniciativas de monitoramento por meio de ferramentas de notificação e reuniões mensais focadas em indicadores como taxa de ocupação e tempo de internação, e a comunicação dos resultados por meio de relatórios, ofereçam uma visão geral do desempenho hospitalar, elas não refletem a qualidade das transições de cuidado, evidenciando a necessidade de maior integração entre a avaliação dos resultados e as ações práticas de melhoria.

Esse cenário é corroborado por autores que apontam que a falta de métricas específicas para transições de cuidados torna a avaliação da qualidade dessas práticas imprecisa, prejudicando a identificação de áreas que necessitam de melhorias.<sup>(6)</sup> A realização da transição de cuidados no momento da alta é vista como estratégia para melhorar os indicadores de desempenho e qualidade, pois impacta as taxas de reinternações, taxas de óbitos e custos hospitalares.<sup>(6)</sup> No entanto, sua consolidação, na prática, ainda é influenciada por questões de cultura institucional, demandas de políticas de saúde e condições estruturais dos serviços, alterando a gestão de alta da instituição.<sup>(5,9)</sup> Esses fatores indicam que, para melhor avaliar a qualidade da transição de cuidados, é necessário desenvolver indicadores para essa prática, os quais permitam uma análise mais precisa dos resultados e a implementação de estratégias corretivas mais apropriadas.

A gestão da clínica defende que a qualificação dos processos de monitoramento, por meio da criação de indicadores específicos, é fundamental para assegurar a continuidade e qualidade do cuidado, além de permitir o ajuste das práticas assistenciais com base nos resultados obtidos.<sup>(14)</sup> Isso evidencia

que, embora os hospitais possuam sistemas de avaliação da qualidade em várias áreas, esses indicadores não estão suficientemente alinhados com a complexidade da transição de cuidados, o que compromete a capacidade de monitorar e avaliar o impacto efetivo dessas transições nos pacientes. Nesse sentido, torna-se necessário incorporar indicadores específicos que permitam avaliar diretamente as etapas envolvidas na transição do cuidado, assegurando que esse processo ocorra de forma contínua, com a informação necessária e sem rupturas na assistência.

Em revisão sistemática associada ao método Delphi, conduzida no Canadá, foram identificados 38 indicadores de qualidade considerados factíveis para aplicação rotineira em hospitais, sendo grande parte deles relacionada ao departamento de emergência. Destacam-se, entre esses, taxas de readmissão hospitalar, tempo de espera, bem como medidas de efetividade e segurança durante as transições de cuidado.<sup>(24)</sup> Complementarmente, revisão de escopo que analisou 89 programas internacionais em 12 países identificou um total de 361 indicadores de qualidade, organizados segundo dimensões fundamentais como centralidade no paciente, pontualidade e eficácia, eficiência, e segurança do cuidado.<sup>(25)</sup>

Corroborando essas evidências, outro estudo, que envolveu especialistas de distintas áreas da saúde, utilizando também a técnica Delphi para validação, apontou como prioritários, no domínio da eficácia, indicadores como redução da taxa de readmissão em até 30 dias, diminuição de visitas ao pronto-socorro e redução das admissões evitáveis. No domínio da segurança do paciente, destacaram-se indicadores como incidência de reações adversas a medicamentos, redução de quedas e redução de úlceras por pressão. Por fim, no domínio da centralidade do paciente, evidenciaram-se a avaliação da experiência do usuário e o nível de satisfação do paciente e seus cuidadores em relação ao serviço prestado.<sup>(26)</sup>

A terceira categoria abordada neste estudo diz respeito aos desafios na uniformização dos processos e na educação dos profissionais envolvidos na transição de cuidados hospitalares. A análise dos resultados revelou que, embora algumas iniciativas de capacitação e padronização estejam em andamen-

to, existem lacunas em relação à implementação de processos uniformes no hospital. A principal dificuldade identificada pelos participantes foi a falta de uniformidade na aplicação dos processos para transição de cuidados, o que resulta em uma grande variedade de práticas adotadas pelos profissionais. Segundo eles, isso ocorre principalmente porque, até o momento, estratégias formais para transferência de pacientes não foram plenamente estabelecidas no cenário investigado, e ao invés de haver um fluxo claro e definido, os profissionais adotam abordagens baseadas em sua própria experiência e no entendimento individual sobre o que deve ser feito, o que, além de gerar inconsistências nas práticas de cuidados, prejudica a segurança da transição e continuidade.

Esse achado é corroborado por estudos que apontam que a ausência de protocolos padronizados é um desafio crítico frequentemente associado a falhas na comunicação entre equipes e na transição de cuidados. Uma vez que os protocolos assistenciais proporcionam conformidades à prática clínica, contribuindo para melhoria da qualidade dos cuidados,<sup>(27)</sup> sua ausência representa importante risco à segurança do paciente, visto que é propulsor de erros, fragilizando a comunicação na transferência dos cuidados.<sup>(8)</sup> A implementação de processos padronizados para comunicação na transição do cuidado garante que as informações relevantes sobre o paciente sejam transmitidas de forma clara e concisa, permitindo que o próximo profissional de saúde dê continuidade à assistência de forma segura e eficiente.<sup>(7)</sup> Estudo realizado em Boston evidenciou que a padronização, por meio de *checklist* para transferência entre setores, melhorou em 93% a comunicação entre equipes com a troca de informações padronizada, o que promoveu um atendimento individualizado, de alta qualidade e seguro.<sup>(28)</sup> No Brasil, estudo que relatou a implantação da ferramenta *Situation Background Assessment Recommendation*, usada para padronizar a comunicação entre os profissionais durante a transição do cuidado, demonstrou que o uso do modelo de registros pode reduzir a ocorrência de incidentes e minimizar as complicações no cenário da saúde.<sup>(20)</sup>

A gestão da clínica reconhece que a padronização dos processos é essencial para a eficiência or-

ganizacional, permitindo que as equipes sigam diretrizes claras, independentemente da experiência individual ou da área de atuação, garantindo que todos os pacientes recebam cuidados consistentes e adequados.<sup>(14)</sup> A falta de padronização não só compromete a qualidade da assistência, mas também gera dúvidas sobre responsabilidades, dificultando a avaliação do desempenho dos profissionais na execução dos processos.

Os participantes também mencionaram desafios no desenvolvimento contínuo dos profissionais para garantir a efetividade da transição de cuidados. A falta de uma capacitação sistemática e constante foi mencionada como uma barreira para a execução consistente das práticas de transição. Embora exista a proposta de novas capacitações, muitas vezes elas ocorrem de maneira pontual e não integrada, o que dificulta a institucionalização das estratégias de transição.

A gestão da clínica, nesse contexto, defende que, para implementação bem-sucedida de protocolos, é essencial garantir que os profissionais recebam formações regulares e que as capacitações não sejam vistas como ações isoladas, mas como um processo contínuo, permanente e integrado ao desenvolvimento profissional, de modo que os problemas e desafios em saúde são disparadores da aprendizagem.<sup>(14)</sup> A educação em serviço promove o aperfeiçoamento das ações, reorientação e recondução dos processos, e pode subsidiar proposições de ações com maior efetividade,<sup>(29)</sup> minimizando as variabilidades nos cuidados prestados. Nesse sentido, estimula-se, com a gestão da clínica, uma cultura de educação permanente e de avaliação contínua no cotidiano do trabalho, necessário à reorientação das práticas em saúde, na lógica de organização que se transforma,<sup>(15)</sup> enfatizando a institucionalização das práticas de transição de cuidados como indispensável à sustentabilidade dessas práticas ao longo do tempo.

Em que pese a análise valiosa dos desafios enfrentados por profissionais em posições estratégicas de liderança na transição de cuidados hospitalares, algumas limitações devem ser consideradas neste estudo. A amostra de profissionais concentrada em um único hospital pode não refletir a totalidade

das perspectivas dentro das instituições hospitalares, restringindo a generalização dos resultados para um universo mais amplo. No entanto, essas limitações abrem oportunidades para futuros estudos que possam ampliar a amostra, incluir diferentes tipos de instituições de saúde e realizar investigações que permitam ampliar a visão sobre a prevalência dos desafios identificados, ou mesmo explorar mais profundamente as repercussões desses desafios na implementação de cuidados transicionais por profissionais de saúde, ou mesmo na experiência do paciente durante a transição.

O estudo contribui para o campo das ciências aplicadas à atenção hospitalar, fornecendo análise detalhada dos principais desafios enfrentados por lideranças hospitalares na transição de cuidados. Além disso, oferece importantes *insights* para a prática gerencial na enfermagem, devido ao papel fundamental dos enfermeiros na comunicação e gerenciamento dos processos durante a transição de cuidados, pois, ao identificar barreiras que impedem a melhoria da qualidade da assistência, possibilita o desenvolvimento de soluções propulsoras de melhoria contínua e promoção de melhores experiências de cuidado aos pacientes.

## Conclusão

Os desafios percebidos por profissionais em posições estratégicas de liderança sobre a transição de cuidados na atenção hospitalar evidenciaram dificuldades na coordenação e comunicação, com falhas na interação entre as equipes e insuficiência na documentação, obstáculos que prejudicam a continuidade do cuidado e indicam a necessidade de aprimorar os processos de transferência de informações e registros. Além disso, foi identificada a falta de indicadores específicos para monitorar a transição de cuidados, dificultando a avaliação da efetividade das práticas e a identificação de áreas passíveis de melhorias, o que reforça a necessidade de incorporar indicadores específicos à gestão da qualidade. Por fim, a ausência de protocolos padronizados e a falta de capacitação contínua dos profissionais contribuem para a inconsistência nas

práticas de transição, sendo essencial a criação de processos unificados e investimentos em formação permanente para garantir transições eficientes e seguras que fortaleçam a cultura organizacional nesse contexto. A superação desses desafios é necessária para aprimorar a qualidade e segurança do cuidado hospitalar, além de melhorar as experiências durante a transição e fortalecer a continuidade do cuidado.

## Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT)- Código de Financiamento 001.

## Colaborações

Mendes VA, Oliveira PR, Silva CG, Riberio MRR e Ferreira GE declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação do estudo, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

1. Bernardino E, Sousa SM de, Nascimento JD do, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20200435.
2. Saragosa M, Nizzer S, McKay S, Kulski K. The hospital-to-home care transition experience of home care clients: an exploratory study using patient journey mapping. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:934.
3. Hervé MEW, Zucatti PB, Lima MADDS. Transition of care at discharge from the Intensive Care Unit: a scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3325.
4. Tofani LF, Furtado LA, Guimarães CF, Feliciano DG, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(10):4769–82.
5. Gallo VCL, Khalaf DK, Hammerschmidt KS de A, Santiago ML, Vendruscolo C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM*. 2021;11:e79.
6. Gheno J, Ulbrich AH, Andreatta AP, Fish P, Petry RC, Nunes TS, et al. Impact of transition of care on clinical outcomes: historical cohort. *Texto Contexto Enferm*. 2024;33:e20230231.

7. Francisco AF, dos Santos BM, de Jesus PC, Souza LM. Comunicação na transferência de cuidados para realização de exames de imagem na ótica da enfermagem. *J Nurs Health*. 2024;14(2):e1425789.
8. Miorin JD, Pai DD, Ciconet RM, Lima MA, Gerhardt LM, Indruczaki NS. Transfer of pre-hospital care and its potential risks for patient safety. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20190073.
9. M'batna AJ, Cechinel-Peiter C, Costa MF, Cunha CLF, Debétio JO, Lemos M, et al. Continuidade do cuidado: ações realizadas em hospitais universitários brasileiros. *Acta Paul Enferm*. 2025;38:eAPE0003391.
10. Pedrosa AR, Ferreira OR, Baixinho CR. Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(5):e20210399.
11. Uchimura LY, Figueiró MF, Silva DB, Paiva LK, Chrispim PP, Yonekura T. Evidências de efetividade dos cuidados de transição em idosos após internação hospitalar: uma revisão sistemática rápida. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e143.
12. Richter SA, Santos EP dos, Kaiser DE, Capellari C, Ferreira GE. Ações empreendedoras em enfermagem: desafios de enfermeiras em posição estratégica de liderança. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(1):46–52.
13. Santos SG, Silva KL, Prado AL, Porto CL, Garcia SG. A influência da comunicação efetiva nos desfechos do paciente hospitalizado. *RISE*. 2024;5(2):56–1.
14. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília (DF): Edição 1; 2019.
15. Padilha RQ, Gomes R, Lima VV, Soeiro E, Oliveira JM, Schiesari LM, et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(12):4249–57.
16. Mendes VA, Costa MF, Martins AF, Mocheuti KN, Ferreira GE, Ribeiro MR. Continuity of care for patients recovering from Covid-19 under the angle of clinical management principles. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e202320123.
17. Souza VR, Marziale M, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:e0263.
18. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1753–60.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edição 70; 2016.
20. Pena MM, Melleiro MM, Braga AT, Meres AL. Emprego da ferramenta SBAR na transição do cuidado: Uma técnica para a comunicação efetiva. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro*. 2021;11:e3142.
21. Marrafon CB, Alcantra DS, Buges NM, de Melo MP, Costa GD. Referência e contrarreferência na atenção primária. *Cuad Educy Desarrol*. 2024;16(8):e5020–e5020.
22. Belga SM, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde Debate*. 2022; 46(133): 551–70.
23. Oliveira CC, Silva EA, Souza MK. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. *Physis*. 2021;31(1):e310105.
24. Kim SK, Hwang YS, Ock M, Jo HS. Development of items for transitional care service and outcome indicators of discharged patients for improvement in quality of care. *J Korean Med Sci*. 2023;38(32):e246.
25. Fernando RL, Inacio MC, Sluggett JK, Ward SA, Beattie E, Khadka J, et al. Quality and safety indicators for care transitions by older adults: a scoping review. *J Am Med Dir Assoc*. 2025;26(3):105424.
26. Tate K, Lee S, Rowe BH, Cummings GE, Holroyd-Leduc J, Reid RC, et al. Quality indicators for older persons' transitions in care: a systematic review and delphi process. *Can J Aging*. 2022;41(1):40–54.
27. Binkowski S, Soares RG, Borges RM, Veira TW, Sakamoto VT, Blatt CR, et al. Proposta de implementação e monitoramento: protocolo assistencial de enfermagem para pacientes com derivação ventricular externa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2024;45:e20240171.
28. Talley DA, Dunlap E, Silverman D, Katzer S, Huffines M, Dove C, et al. Improving postoperative handoff in a surgical intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2019;39(5):e13–e21.
29. Silva VB da, Mendes VA, Lima SC, Gonçalves TL, Paes GO, Stipp MA. Educação permanente na prática da enfermagem: integração entre ensino e serviço. *Cogitare Enferm*. 2021;26:e71890.