









A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha*

The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain

La continuidad del cuidado de enfermería hospitalaria para la Atención Primaria de Salud en España

Como citar este artigo:

Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03477. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>

-  Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa¹
-  Selma Regina de Andrade¹
-  Cilene Fernandes Soares²
-  Esperanza I. Ballesteros Pérez³
-  Sergio Capilla Tomás⁴
-  Elizabeth Bernardino⁵

* Extraído do Projeto de Pesquisa: “Estratégias de integração em rede: contribuições do enfermeiro”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

² Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC, Brasil.

³ Universidade de Barcelona, Departamento de Enfermagem, Barcelona, Espanha

⁴ Hospital Vall d’Hebron, Barcelona, Espanha.

⁵ Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To learn the profile and activities carried out by the Hospital Nurse Liaison for the continuity of care in Primary Health Care in Spain. **Method:** An exploratory study with a qualitative approach developed in five University Hospitals in Madrid and three in Barcelona, with Hospital Nurse Liaisons who work in Hospitals in Madrid (8) and Barcelona (11). An online questionnaire was applied with open and closed questions for data collection. The data were analyzed by the content analysis technique in the thematic modality. **Results:** Nineteen (19) Hospital Nurse Liaisons participated in the study. The liaisons’ ages ranged from 26 to 64 years old, the majority were women (94.73%) with experience between 21 and 30 years (52.63%), and had worked in this job between 6 months and 26 years. The Nurse Liaison is required to perform a clinical assessment of the patient prior to discharge and to contact the Nurse in the patient’s area of origin by telephone or e-mail. It is necessary to have experience as an educator, to work in a team and have motivation. **Conclusion:** Nurses in Spain perform care continuity for primary health care, in which their activities encompass the availability of resources and experience in managing the care of complex patients and their families.

DESCRIPTORS

Transitional Care; Patient Discharge; Continuity of Patient Care; Community Health Nursing; Home Health Nursing; Integrality in Health.

Autor correspondente:

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa
Rua Douglas Seabra Levier, 163,
Apto. 208, Bloco-B, Carvoeira
CEP 88.040-410 – Florianópolis, SC, Brasil
fernanda.baeta@ufsc.br

Recebido: 02/05/2018
Aprovado: 29/01/2019

INTRODUÇÃO

A integralidade, um princípio do setor da saúde, diz respeito a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema⁽¹⁾.

A ausência desse princípio é uma das críticas ao modelo clínico da atenção, cujo enfoque é biologicista, valoriza o conhecimento das especialidades, fragmentando, dessa forma, o cuidado. Nesse modelo há a subvalorização da formação generalista dos profissionais da área da saúde, pois privilegia a incorporação de alta densidade tecnológica, a qual acarreta custos elevados de produção de saúde, além de se articular ao modo funcionalista de organizar o trabalho, centrado em tarefas, ainda existente no trabalho da enfermagem em unidades hospitalares na Espanha e no mundo⁽²⁾.

Entretanto, com as mudanças globais de políticas e estruturas do setor saúde, vêm sendo incorporadas práticas de atenção segundo uma perspectiva de clínica ampliada, integral e articulada. No Brasil, tais práticas e princípios, bem como com a atual política de Redes de Atenção à Saúde (RAS), são mais condizentes com o sistema público de saúde, fato que repercute em planejamento e execução de questões assistenciais, para organização do processo de trabalho nos serviços de saúde⁽³⁾.

A continuidade do cuidado em um modelo do tipo da RAS, após a alta hospitalar do paciente, é assegurada por meio de um adequado processo de transição. A transição é definida como um conjunto de ações que visam à coordenação e à continuidade do cuidado, como a transferência entre diferentes locais ou entre diferentes níveis de cuidado⁽⁴⁾.

A transição envolve o paciente, familiares, cuidadores e os profissionais que realizam a assistência, objetivando a continuidade do cuidado. Portanto, é um processo complexo que exige dos profissionais adequada comunicação, conhecimento, experiência, competência e habilidades. A transição realizada de forma adequada resulta em qualidade na assistência e na vida dos pacientes, contribui para evitar novas internações e reduzir custos hospitalares. Os enfermeiros devem assegurar aos pacientes o retorno para casa com o apoio que necessitam e mediar, com os profissionais da Atenção Primária, os recursos para um processo de transição bem-sucedido⁽⁴⁾.

O cuidado coordenado entre o hospital e o domicílio pode ser dificultado pela sobrecarga de trabalho, limitações no envolvimento de uma equipe multidisciplinar de profissionais e falta de uma estratégia sistemática para educação e orientação permanente dos pacientes, cuidadores e familiares. Essa estratégia, além de incluir educação e treinamento dos familiares, suficientes ao cuidado do paciente em casa, deveria oferecer alternativas de apoio e enfrentamento da doença, obtenção do cuidado mais eficaz e personalizado. O cuidado coordenado hospital-domicílio aumentaria a qualidade de vida do paciente e ofereceria apoio ao cuidador⁽⁵⁾. Estudo realizado na Noruega com pacientes idosos apontou que identificar os pacientes que estão clinicamente aptos para a alta, informar o paciente e seus familiares mais próximos sobre a alta hospitalar, fornecer informações por

escrito sobre a transferência de cuidados pós-alta e providenciar transporte ao paciente são atividades que trazem sucesso para a alta⁽⁶⁾.

Na alta hospitalar, diversas estratégias podem ser adotadas como um sistema de partilha de informações entre o hospital e a unidade de saúde, como sistematização do acompanhamento do usuário baseada em protocolos, planejamento de gestão para a alta, gerenciamento de caso, acompanhamento por telefone pós-alta, telefone de contato da enfermeira responsável pelo cuidado durante a hospitalização, plano de cuidado impresso, material educativo escrito, folhetos com telefones e *websites* de serviços na comunidade, enfermeira de ligação, enfermeira educadora, entre outras⁽⁷⁻⁸⁾. No âmbito hospitalar, o mecanismo de contrarreferência pode ser capaz de viabilizar a continuidade do cuidado após a alta ao doente na Atenção Primária e contribuir para a integralidade da atenção. Todavia, para a sua operacionalização, são requeridas medidas para adoção de estratégias, executadas e coordenadas por profissionais, de modo a ultrapassar o simples ato de encaminhar. Em outras palavras, estratégias e ações que realmente garantam ao usuário e seu familiar/cuidador o atendimento de suas necessidades em outro ponto da RAS.

Embora o enfermeiro seja um profissional que participa ativamente do cuidado em vários níveis do sistema de saúde, estudo realizado em João Pessoa (Paraíba) demonstra a fragilidade da sua contribuição para o mecanismo da continuidade da atenção para os cuidados primários. A fragilidade é evidenciada pela quase inexistência de articulação entre hospital e unidade de saúde no momento da alta hospitalar, *deficit* de estratégias que capacitem os pais a cuidar dos bebês após a alta hospitalar e falta de entendimento do usuário e do familiar quanto à necessidade da continuidade dos cuidados⁽⁹⁾.

Além disso, as práticas da enfermagem acerca do plano de alta hospitalar, ferramenta que favorece a continuidade do cuidado, pouco se desenvolveu no contexto brasileiro, mesmo que esta seja uma estratégia recomendada pelo sistema de saúde nacional e pela Organização Mundial de Saúde. Esta temática ainda precisa ser mais bem explorada para passar de uma meta para algo concreto, sendo fundamental o desenvolvimento de competências dos enfermeiros com vistas ao processo de alta⁽¹⁰⁾.

Contudo, enfermeiros têm papel relevante para a continuidade do cuidado entre os distintos níveis de atenção em países como o Canadá, Portugal e Espanha. Estudo multicêntrico está sendo desenvolvido nesses três países, e neste artigo apresenta-se o contexto espanhol.

Na Espanha, foi desenvolvido o Programa de Preparação de Alta Hospitalar (PREALTA)⁽¹¹⁾ do Serviço Catalão de Saúde (CatSalut) na região da Catalunha, em Barcelona para o alcance dos objetivos supracitados. Esse programa nasceu da necessidade percebida pelos profissionais de saúde em estabelecer uma continuidade assistencial pós-alta hospitalar. Além disso, o programa visa a melhorar a qualidade da assistência, aperfeiçoar e racionalizar o uso de recursos e serviços, melhorar os resultados de saúde, a qualidade de vida e a satisfação dos pacientes e seus familiares. O PREALTA tem se configurado como um instrumento para melhorar a

coordenação entre a Atenção Primária, especializada, como espaço de consenso, cooperação e gestão territorial. Na Espanha, as Enfermeiras Gestoras de Caso ou Enfermeiras de Continuidade de Cuidados também são chamadas de Enfermeiras Hospitalares de Enlace, e realizam a coordenação com os profissionais de saúde para que, junto com o paciente e a família, se estabeleça o plano de cuidados mais adequado em cada situação⁽¹¹⁾.

Diante da necessária de implementação da RAS na realidade brasileira, com a consequente continuidade de cuidados ao paciente, e considerando a experiência exitosa da Enfermeira Hospitalar de Enlace na Espanha, este estudo teve por objetivo conhecer o perfil e as atividades realizadas por essas enfermeiras nos Hospitais Universitários em Madri e Barcelona.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Pesquisa do tipo exploratória de abordagem qualitativa.

CENÁRIO

Desenvolvida em Madri no Hospital Clínico San Carlos, Getafe, Hospital Universitário Severo Ochoa, Hospital Doce de Octubre e Hospital Puerta de Hierro, em Majadahonda, e em Barcelona, no Hospital Universitário de Bellvitge, Hospital Vall d'Hebron e Hospital Germans Trias.

POPULAÇÃO

As participantes foram 19 Enfermeiras Hospitalares de Enlace que atuam nos hospitais universitários em Madri (oito) e Barcelona (11), e foram selecionadas porque realizam a contrarreferência de forma sistemática e consolidada, o que viabiliza a continuidade do cuidado entre a atenção hospitalar e a Atenção Primária. O recrutamento dessas Enfermeiras foi facilitado por meio do apoio de uma pesquisadora informante de Madri e outra de Barcelona, ambas com conhecimento acerca do objeto de estudo. Foi realizada uma visita pela pesquisadora principal nessas instituições hospitalares nos meses de janeiro e fevereiro de 2017, e apresentado o projeto de pesquisa.

COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi empregado questionário *on-line* com perguntas abertas e fechadas, com questões sobre o perfil, avaliação do paciente, recursos e serviços hospitalares para a continuidade do cuidado, plano de alta, comunicação da enfermeira hospitalar e da Atenção Primária à Saúde, acompanhamento após a alta hospitalar, reinternação, facilidades e dificuldades para a continuidade do cuidado e habilidades e competência da enfermeira hospitalar de enlace.

O questionário foi elaborado em português para responder aos objetivos da pesquisa multicêntrica e posteriormente foi adaptado e validado nas línguas onde foi aplicado. No caso da Espanha, foi traduzido para o espanhol e encaminhado às pesquisadoras informantes de Madri e Barcelona. A tradução inicial deve ser realizada por no mínimo dois tradutores diferentes e nativos do idioma-alvo, reduzindo o

risco de vieses linguísticos e culturais de compreensão teórica e prática⁽¹²⁻¹³⁾. Depois da tradução do instrumento, as pesquisadoras informantes realizaram a validade de conteúdo, a pertinência das questões e de seu formato⁽¹⁴⁾. Posteriormente, o questionário foi inserido na plataforma *Survey Monkey*^(R), uma ferramenta eletrônica de acesso privado que tem como proposta a criação, aplicação, coleta e análise dos dados via *internet* com privacidade e segurança dos dados, contratada pela pesquisadora principal. As participantes receberam *e-mail* com um convite e um *link* da *web*, que as direcionava à plataforma eletrônica *Survey Monkey* e à abertura imediata da Declaração de Consentimento, cujo preenchimento era condição obrigatória para a abertura das páginas subsequentes. Cada questão do questionário precisava ser respondida para que o participante conseguisse passar para a questão seguinte. O tempo estimado para o preenchimento foi de 15 a 20 minutos. O anonimato foi garantido, uma vez que a Plataforma *Survey Monkey* possibilita ativar as respostas anônimas.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram trabalhados a partir da Análise de Conteúdo, na modalidade Temática. Esta consiste na agregação dos elementos-chaves, resultando em categorias definidas, em consonância com os objetivos da pesquisa e da literatura sobre o tema⁽¹⁵⁾. Os participantes responderam ao questionário na Plataforma *Survey Monkey*, os dados foram transferidos para uma planilha no Excel e compartilhado entre todos os autores para a análise Temática.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo é parte integrante do projeto multicêntrico, intitulado: “Estratégias de integração em rede: contribuições do enfermeiro”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, Parecer 888.681/2014 e atendeu os preceitos da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

A leitura, organização e análise dos dados produzidos possibilitaram, por convergência de ideias, construir como resultado duas categorias: Processo de trabalho e recursos para a continuidade do cuidado na Atenção Primária e Habilidades e competências necessárias para a Enfermeira Hospitalar de Enlace. Tais categorias foram norteadas pela pesquisa, em que se procurou estabelecer uma aproximação com os significados revelados nas respostas dos sujeitos. A fim de situar o leitor, as características dos participantes serão apresentadas a seguir.

Participaram do estudo 19 Enfermeiras Hospitalares de Enlace. A faixa etária variou de 26 a 64 anos, 14 (73,67%) apresentaram idade entre 41 e 60 anos, e 18 (94,73%) eram mulheres. Em relação à experiência como enfermeira, 10 (52,63%) tinham entre 21 e 30 anos trabalhados, seguidos de seis (31,57%) com 31 a 40 anos, e três (15,80%), com

menos de 20. Quanto ao tempo de Enfermeira Hospitalar de Enlace, este variou entre 6 meses e 26 anos, sendo que 10 (52,63%) apresentaram menos de 5 anos. Apenas 11 participantes (57,92%) possuíam pós-graduação e, destas, cinco eram mestres, seis especialistas, e quatro estavam em curso de formação relacionado a pacientes crônicos, terapias naturais e sociosanitário. No que diz respeito ao contexto de trabalho, 10 (52,63%) encontravam-se cumprindo uma jornada diária de 7 horas e 25 minutos, seis (31,58%) de 8 horas, duas (10,52%) de 7 horas e 30 minutos e uma (5,27%) de 7h. Nesse cenário das instituições pesquisadas, quatro contam com os serviços de uma Enfermeira Hospitalar de Enlace, oito contam com duas, e sete com três.

PROCESSO DE TRABALHO E RECURSOS PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Enfermeira Hospitalar de Enlace é solicitada a realizar a avaliação e verificar a necessidade de continuidade do cuidado após a alta por meio de dois mecanismos: interconsulta da equipe multiprofissional, que pode ser pelo sistema informatizado (14; 73,68%), contato telefônico (13; 68,42%), e-mail (09; 47,36%); pessoalmente (04; 21,05%) e reunião interdisciplinar (01; 5,26%); e/ou busca ativa no Programa Informatizado Hospitalar (SELENE) dos pacientes internados com 75 anos ou mais de idade; com comorbidades associadas e diagnóstico clínico. Algumas enfermeiras relataram que todos os dias realizavam busca ativa no programa de forma sistematizada.

O pedido de avaliação pode ser da enfermeira assistencial, médico, assistente social ou dos profissionais responsáveis pelo paciente. Em geral, são aqueles que intervêm pontualmente na assistência e que detectam a necessidade de continuidade do cuidado na alta hospitalar. A responsabilidade é compartilhada com os enfermeiros das unidades e seus supervisores, mas a decisão sobre a necessidade da continuidade do cuidado após a alta é da Enfermeira Hospitalar de Enlace.

A Enfermeira Hospitalar de Enlace faz busca ativa no programa informatizado SELENE e levanta os dados clínicos e sociais dos pacientes, assim como o período de internação. Em seguida, realiza a Avaliação Geriátrica Integral (VGI) para detectar as necessidades do paciente e cuidador, analisa a situação antes da internação hospitalar e os cuidados na alta hospitalar.

Nas unidades de internação do estudo, havia cinco (26,31%) enfermeiras supervisoras, cinco (26,31%) médicos, cinco assistentes sociais (26,31%), quatro enfermeiras assistenciais (21,05%), uma enfermeira gestora de alta (5,26%) e um médico da Atenção Primária (5,26%).

A maioria, 17 (89,47%), solicita a Enfermeira Hospitalar de Enlace por meio de formulário específico, e apenas duas (10,52%) não utiliza. Todas as Enfermeiras Hospitalares de Enlace (19; 100%) realizam entrevista com os pacientes, e a maioria (13; 68,42%) executa a avaliação clínica e social. A entrevista destina-se a identificar o tipo de domicílio a que o paciente será encaminhado após a alta hospitalar, a presença de barreiras arquitetônicas e as informações sobre o cuidador.

A avaliação clínica do paciente é ampliada, de ordem física, funcional, cognitiva, mental, social e emocional. São utilizados vários protocolos: padrões de Gordon, Barthel, Pfeiffer, Zarit, estado nutricional, cuidados complexos (feridas) e informações sobre o cuidador. Na avaliação social, verifica-se a rede saúde, rede de apoio familiar, capacidade para o autocuidado, questionário de risco social (TIRS), novas interações, gestão terapêutica e grau de dependência. Todas as Enfermeiras Hospitalares de Enlace (19; 100%) referiram comunicar à família a avaliação e a importância da continuidade do cuidado para a Atenção Primária.

Todas as Enfermeiras Hospitalares de Enlace (19; 100%) têm conhecimento sobre os recursos necessários para realizar a continuidade do cuidado após a alta hospitalar e realizam contato com os profissionais e/ou enfermeiro da área de origem do paciente (Cuidados Primários, Centros de Saúde, Hospital e/ou Residência) por telefone ou e-mail e ferramentas informáticas compartilhadas entre os serviços.

Por meio do relatório médico e da enfermeira da alta, verifica-se o histórico no programa informático (SELENE) e faz-se contato com outros profissionais do Programa PREALTA, garantindo uma visita ao paciente na Atenção Primária até as próximas 48 horas da alta hospitalar, realizada por um profissional de saúde (enfermeiro ou médico) da Atenção Primária.

As Enfermeiras Hospitalares de Enlace fazem visitas aos Centros de Saúde para conhecer como funcionam esses serviços. O Comitê de Assistência Contínua é formado por profissionais que participam de reuniões na Atenção Primária e desenvolvem protocolos e documentos de trabalho em torno da continuidade de cuidados na alta hospitalar.

No hospital, a informação fornecida pela equipe que presta assistência ao paciente é fundamental para estabelecer o plano de alta do paciente. Os profissionais solicitam a Enfermeira Hospitalar de Enlace, a avaliação e a discussão do caso, e a enfermeira prepara o relatório PREALTA (16; 84,21%) na unidade de cuidados, antes da alta.

Nas unidades de saúde ou no domicílio, as enfermeiras da Atenção Primária atuam diretamente junto ao Programa de Atenção Domiciliar e Equipe de Suporte (PADES), principalmente com pacientes em cuidados paliativos. A coordenação entre o hospital e a Atenção Primária é feita por meio de uma plataforma eletrônica pela Enfermeira da Atenção Primária.

Existem enfermeiras consultoras em algumas áreas e um grupo de residentes que trabalham diretamente na Atenção Primária. A interação com a equipe do PADES e os hospitais tem como objetivo realizar e ampliar a continuidade dos cuidados e proporcionar equipamentos hospitalares na internação domiciliar.

HABILIDADES E COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA A ENFERMEIRA HOSPITALAR DE ENLACE

A Enfermeira de Enlace desenvolve um papel singular dentro da Unidade Hospitalar. Para tanto, algumas competências e habilidades são inerentes à função e elencadas pelas participantes como essenciais para atuar na profissão, como ter experiência no tratamento de situações difíceis e manejo

do cuidado com pacientes complexos e sua família, possuir conhecimento baseado em evidências para a continuidade do cuidado, conhecimento dos dispositivos intra-hospitalares, das características sociodemográficas da área de influência e dos recursos disponíveis para a alta do paciente. Também foi pontuada a capacidade de ser educador e de trabalhar em equipe, ter empatia, autocontrole, iniciativa, responsabilidade e motivação. As participantes compreendem que a Enfermeira de Enlace é essencial no sistema entre a alta complexidade e a Atenção Primária. Tal função permite o gerenciamento dos casos, o que possibilita autonomia ao profissional enfermeiro, transmitindo segurança, qualidade, satisfação, ligação e continuidade do cuidado.

DISCUSSÃO

As transições do atendimento realizado no hospital para a Atenção Primária de pacientes idosos com doenças crônicas são complexas e levam ao aumento da mortalidade e ao uso do serviço. Em resposta a esses desafios, as intervenções de cuidados de transição estão sendo amplamente implementadas, abrangendo educação sobre a autogestão, planejamento da alta, acompanhamento estruturado e coordenação entre os diferentes profissionais de saúde.

Quando realizadas as intervenções de cuidados nas transições do hospital para a Atenção Primária observou-se menor mortalidade em 6, 12 e 18 meses pós-alta, menor taxa de procura pelos serviços de urgência em 3 meses, menor taxa de readmissões em 3, 6, 12 e 18 meses e média menor de dias de readmissão em 3, 6, 12 e 18 meses. Não foram observadas diferenças significativas na qualidade de vida. Os gestores devem considerar esses resultados ao desenvolver políticas e intervenções para incluir transições de pacientes idosos na reorganização dos serviços de saúde⁽¹⁶⁾.

A partir da alta hospitalar, várias mudanças são percebidas no cotidiano dos pacientes por não terem sido orientados pelo enfermeiro no período da internação, ocasionando uma descontinuidade do cuidado. Às vezes, as orientações antes da alta são incompletas e não consideram as necessidades do paciente e seu contexto social⁽⁴⁾.

Vários estudos discutem a gestão do “cuidado, com ênfase na esfera hospitalar, com análises voltadas para a organização do atendimento e orientações para o autocuidado”⁽¹⁷⁾, em um contexto de transição epidemiológica e demográfica no mundo. Os estudos sugerem a necessidade de mudança no modelo de atenção, que deve ser mais centrado no paciente e em cuidados complexos e prolongados, que valorizem a autonomia dos usuários e famílias. A enfermeira deve buscar constantemente estratégias que superem os desafios e dificuldades de uma gestão do cuidado burocratizada e potencializar o autocuidado.

A gestão do cuidado “constitui-se em prática central e predominante no trabalho da enfermeira. Os desafios para práticas integrais consistem nas possibilidades de interconexão entre o pensar e fazer saúde, demarcados pela política, pela gestão, pelos procedimentos técnicos e pela interação coletiva no ato da produção do cuidado”⁽¹⁷⁾.

A gestão de casos aparece pela primeira vez nos Estados Unidos no final dos anos 1960 e início dos anos 1970 e

posteriormente é estendida a outros países, especialmente Grã-Bretanha, Canadá, Austrália, Israel e Holanda. Tal gestão é definida como um processo colaborativo, pelo qual são oferecidos serviços para satisfazer às necessidades de saúde de uma pessoa e sua família. As pessoas que são suscetíveis à gestão de casos são frágeis, vulneráveis ou complexas, com deficiência funcional, falta de recursos social e familiar, são isoladas socialmente, portanto, precisam de apoio em atividades básicas, em atividades instrumentais da vida diária, de ajuda no regime terapêutico, enfim, exigem múltiplos recursos da rede de saúde e precisam de cuidados multidisciplinares e contínuos⁽¹⁸⁾.

Estudo realizado em nove unidades de internação de um hospital universitário do sudeste brasileiro sobre avaliação do produto do cuidar em enfermagem mostrou que os itens que pesaram negativamente estão relacionados à interação e à atuação multidisciplinar (59,9%) e ao acompanhamento e à transferência do cuidado (28,5%). Essas questões parecem avançar timidamente frente à complexidade das intervenções e à necessidade de articulação entre os conhecimentos e a integração das equipes.

Assim, o ensino e a prática interdisciplinar têm sido áreas investigadas e, atualmente, incentivadas, a fim de melhorar os sistemas de saúde fragmentados transformando-os em um modelo de prestação de serviços viável e eficiente. Outro desafio, evidenciado neste estudo e que corrobora outros achados, relaciona-se à transferência de informações entre equipes clínicas por meio de registro formal, reduzindo, dessa forma, incidentes adversos e melhorando a continuidade da atenção à saúde⁽¹⁹⁾.

Na Espanha, as Enfermeiras Hospitalares de Enlace trabalham em equipe multidisciplinar, mas a decisão da continuidade do cuidado é de sua responsabilidade, e a comunicação da alta é realizada pelo sistema informatizado e/ou telefone pela Enfermeira da Atenção Primária.

Pesquisa realizada na região Norte e Central de Portugal com o objetivo de analisar a percepção dos enfermeiros sobre os cuidados de idosos hospitalizados em unidades clínicas e cirúrgicas mostrou que são necessárias algumas medidas gerenciais para melhorar os cuidados: a) colaboração entre as disciplinas (interdisciplinaridade, utilização de protocolos geriátricos, gestão de conflitos que possam surgir ao cuidar de idosos); b) educação geriátrica, treinamento para os profissionais de saúde, equipamentos e recursos adaptados para idosos; c) foco no cuidado a idosos centrado no paciente/família; d) protocolos de enfermagem geriátrica baseados em evidências para melhores práticas; e) políticas institucionais com base nas necessidades de cuidados de idosos hospitalizados; f) parcerias com outras instituições de cuidados à saúde e/ou sociais para promover a continuidade do cuidado eficaz, eficiente e segura⁽²⁰⁾.

O adequado planejamento para a alta hospitalar é fundamental para a continuidade do cuidado e minimizar as repercussões negativas para o paciente e seus familiares. Para tanto, o Enfermeiro de Enlace, em seu cotidiano, deve mostrar experiência e estar provido de conhecimentos que perpassem o saber científico trazido pelos participantes, mas também deve estar munido do saber sobre a transição

do cuidado individualizado, não fragmentado, centrado na pessoa, com vistas às diferentes necessidades e respostas às intervenções, buscando garantir que o paciente e a família em seu domicílio sintam-se seguros, preparados e apoiados⁽²¹⁻²⁴⁾.

O trabalho em equipe como habilidade imprescindível é trazido por estudos que apontam que o gerenciamento para a continuidade do cuidado envolve inúmeras ações, o que exige atuação multiprofissional, uma melhor compreensão dos papéis uns dos outros, assim como um sistema de saúde integrado, que reduza as barreiras da transição da alta complexidade para a Atenção Primária^(22,25-26).

Existe também a necessidade de reforçar as aptidões do Enfermeiro Hospitalar de Enlace quanto à empatia, autocontrole, iniciativa, responsabilidade e motivação, características traduzidas em protagonismo e autonomia do enfermeiro ao assumir a resolução dos problemas com estratégias baseadas em ações programáticas e educação em saúde, em qualquer nível de complexidade⁽²¹⁻²²⁾. No trabalho em equipe, “é importante a interação entre os participantes, comunicação, confiança, respeito mútuo, tomada de decisão compartilhada, colaboração, coordenação dos cuidados e reconhecimento dos papéis dos profissionais”⁽²⁵⁾.

Sabe-se que os enfermeiros que atuam na área hospitalar desenvolvem múltiplas tarefas com alto grau de exigência, e tais tarefas podem interferir na qualidade do cuidado, a depender da forma como está organizado o seu trabalho e dos conhecimentos e práticas de liderança adotados. Nessa direção, pode-se inferir que as habilidades em gestão são essenciais e podem ser desenvolvidas e agregadas ao cuidado por meio de práticas de liderança⁽²⁷⁾.

No que tange à educação, no sentido da capacidade de educar do Enfermeiro Hospitalar de Enlace, esta deve se basear na vivência de mudanças no estado de saúde do paciente, necessidades de cuidados, dificuldades encontradas pela família frente às novas situações. A educação tem a finalidade de promover o cuidado no domicílio do paciente e deve se constituir em uma prática constante no dia a dia deste profissional^(24,28).

O entendimento dos participantes sobre a essencialidade do Enfermeiro Hospitalar de Enlace no contexto da alta hospitalar converge com estudos que apontam a importância da atuação do profissional na gestão assistencial, no planejamento da transição entre o hospital e a casa com maior

eficiência nos procedimentos, e concluem que a transição do cuidado resulta na melhoria da qualidade dos cuidados e redução das readmissões evitáveis^(21,23,29-30).

O estudo apresentou como limitação o número de sujeitos e de municípios, pois foi realizado apenas em três hospitais universitários de Barcelona e em cinco de Madri, e, em média, participaram duas Enfermeiras Hospitalares de Enlace de cada hospital.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas em outras regiões da Espanha. Esperamos que este estudo contribua para o fortalecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, e que o enfermeiro seja o articulador entre os níveis assistenciais enquanto profissional responsável pela continuidade do cuidado.

CONCLUSÃO

As atividades realizadas por Enfermeiras em Hospitais Universitários em Madri e Barcelona, relacionadas à continuidade do cuidado para a Atenção Primária, englobam a especificidade do processo de trabalho, a disponibilidade de recursos e as habilidades e competências individuais para exercer a função de ligação entre os níveis assistenciais.

A Enfermeira Hospitalar de Enlace é solicitada para realizar avaliação clínica e social e verificar a necessidade de continuidade do cuidado após a alta por meio da interconsulta com a equipe multiprofissional ou busca ativa no Programa Informatizado Hospitalar. Nesse processo, há o envolvimento da família juntamente com a equipe multiprofissional para a elaboração do plano de alta do paciente. A enfermeira hospitalar possui conhecimento sobre os recursos necessários após a alta hospitalar e realiza contato com os profissionais e/ou enfermeiro da área de origem do paciente. A coordenação entre o hospital e a Atenção Primária é feita por meio de uma plataforma eletrônica pela enfermeira da Atenção Primária.

Entre as habilidades e competências para atuar como Enfermeira Hospitalar de Enlace ou de continuidade do cuidado, é necessário possuir experiência no tratamento de situações difíceis e manejo do cuidado a pacientes complexos e sua família. Além disso, conhecimento dos dispositivos intra e extra-hospitalares, capacidade para atuar em equipe, liderança, conhecimentos de informática e comunicação eficaz com os diferentes níveis de complexidade.

RESUMO

Objetivo: Conhecer o perfil e as atividades realizadas pela Enfermeira Hospitalar de Enlace para a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Método:** Pesquisa do tipo exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida em cinco Hospitais Universitários em Madri e três em Barcelona, com Enfermeiras Hospitalares de Enlace que atuam nos Hospitais em Madri (oito) e Barcelona (11). Para a coleta de dados foi aplicado um questionário *on-line*, com perguntas abertas e fechadas. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática. **Resultados:** Participaram 19 Enfermeiras Hospitalares de Enlace. A faixa etária variou de 26 a 64 anos, a maioria era mulheres (94,73%) com experiência entre 21 e 30 anos (52,63%), trabalhando nesta função entre 6 meses e 26 anos. Antes da alta hospitalar, a Enfermeira é solicitada a realizar a avaliação clínica do paciente e contato com o Enfermeiro da área de origem do paciente por telefone ou *e-mail*. É necessário ter capacidade como educador, trabalhar em equipe e motivação. **Conclusão:** Na Espanha, a Enfermeira realiza a continuidade de cuidado para a Atenção Primária à Saúde, cujas atividades englobam disponibilidade de recursos e experiência no manejo do cuidado de pacientes complexos e sua família.

DESCRITORES

Cuidado Transicional; Alta do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem Domiciliar; Integralidade em Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el perfil y las actividades realizadas por la Enfermera Hospitalaria de Enlace para la continuidad del cuidado en la atención primaria de salud en España. **Método:** Investigación del tipo exploratoria, de abordaje cualitativo, desarrollada en cinco Hospitales Universitarios en Madrid y tres en Barcelona, con Enfermeras Hospitalarias de Enlace que actúan en los Hospitales en Madrid (ocho) y Barcelona (11). Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario en línea, con preguntas abiertas y cerradas. Los datos fueron analizados por la técnica de análisis de contenido, en la modalidad temática. **Resultados:** Participaron 19 Enfermeras Hospitalarias de Enlace. El rango de edad varió de 26 a 64 años, la mayoría eran mujeres (94,73%) con experiencia entre 21 y 30 años (52,63%), trabajando en esa función entre 6 meses y 26 años. Antes del alta hospitalaria, se solicita que la Enfermera lleve a cabo la evaluación clínica del paciente y el contacto con el Enfermero del área de origen del paciente por teléfono o email. Es necesario tener capacidad como educador, trabajar en equipo y motivación. **Conclusión:** En España, la Enfermera realiza la continuidad de cuidado para la atención primaria de salud, cuyas actividades abarcan disponibilidad de recursos y experiencia en el manejo del cuidado de pacientes complejos y su familia.

DESCRIPTORES

Cuidados de Transición; Alta del Paciente; Continuidad de la Asistencia al Paciente; Enfermería en Salud Comunitaria; Cuidados de Enfermería en el Hogar; Integralidad en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Souza MC, Araújo TM, Reis Junior WMR, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre fisioterapia. *Mundo Saúde [Internet]*. 2012 [citado 2017 nov. 30];36(3):452-60. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf
2. Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAM, Alves LR, Silva MF, Camelo SHH. Nursing supervision for care comprehensiveness. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017;70(5):1106-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>
3. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2015;68(2):304-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>
4. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrative. *Cogitare Enferm [Internet]*. 2017 [citado 2017 set. 15];22(3):e47615. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
5. Tejada-Tayabas LM, Partida-Ponce KL, Hernández-Ibarra LE. Coordinated hospital-home care for kidney patients on hemodialysis from the perspective of nursing personnel *Rev Latino Am Enfermagem [Internet]*. 2015 [cited 2017 Sept 15];23(2):225-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200007
6. Laugaland K, Aase K, Waring J. Hospital discharge of the elderly-an observational case study of functions, variability and performance-shaping factors. *BMC Health Serv Res [Internet]* 2014 [cited 2017 Dec 01];14:365. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159506/>
7. Braga PP, Sena RR. Strategies for implementing continuity of care after discharge of premature infants: an integrative review. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2012 [cited 2017 Nov 5];25(6):975-80. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/en_v25n6a23.pdf
8. Cieto BB, Garbuio DC, Camargo VB, Napoleão AA. Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa. *Rev Min Enferm*. 2014;18(3):758-63. DOI: 10.5935/1415-2762.20140055
9. Martins KP, Macedo-Costa KNF, Oliveira DST, Valdevino SC, Rezende LCM, Costa TF. Atuação do enfermeiro no preparo para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos. *Rev Online Pesq Cuidado Fund [Internet]*. 2015 [citado 2017 fev. 14];7(1):1756-64. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3631/pdf_1315
10. Paiva RS, Valadares GV. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2013 [citado 2017 nov. 13];17(2):249-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a07.pdf>
11. Girbau NP, Blanch ML. Protocolo de actuación ENLACE-PREALT. *Metas Enferm [Internet]*. 2011 [citado 2017 nov. 13];14(6):61-5. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80215/>
12. Walter OMFC. Análise de ferramentas gratuitas para condução de survey online. *Produto Produção [Internet]*. 2013 [citado 2018 jan. 15];14(2):44-58. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/ProdutoProducao/article/view/22172>
13. Mamede FV, Prudêncio PS. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2015 [citado 2017 fev. 15];36(n.esp):262-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500262&lng=pt&tlng=pt
14. Lobiondo-Wood G, Haber J. *Desenhos não experimentais*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização; p. 110-21.
15. Minayo MCS. *O desafio o conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Le Berre M, Maimon G, Sourial N, Guériton M, Vedel I. Impact of transitional care services for chronically ill older patients: a systematic evidence review. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(7):1597-608. DOI: 10.1111/jgs.14828
17. Silva SS, Assis MMA, Santos AM. The nurse as the protagonist of care management in the *Estratégia Saúde da Família*: different analysis perspectives. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2017 [cited 2017 June 23];26(3):e1110016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300307&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
18. Valverde-Jiménez MR, López-Benavente Y, Hernández-Corominas MA, Gómez-Ruiz M, Blázquez-Pedrero M, Echevarría-Pérez P. Enfermera Gestora de Casos del Servicio Murciano de Salud: un año de puesta en marcha del programa. *Enferm Global [Internet]*. 2014 [citado 2017 nov. 20];36(13):57-69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400004
19. Cucolo DF, Perroca MG. Assessment of the nursing care product (APROCENF): reliability and construct validity study. *Rev Latino Am Enfermagem [Internet]*. 2017 [cited 2017 Feb 12];25:e2860. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2860.pdf>

20. Tavares JPA, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Nurse perception of care of hospitalized older adults: a comparative study between northern and central regions of Portugal. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 12];25:e2757. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2757.pdf>
21. Fleming MO, Haney TT. Improving patient outcomes with better care transitions: the role for home health. *Cleve Clin J Med*. 2013;80 Suppl 1:e-S2. DOI:10.3949/ccjm.80.e-s1.02
22. Englander H, Michaels L, Chan B, Kansagara D. The care transitions innovation (C-Train) for socioeconomically disadvantaged adults: results of a cluster randomized controlled trial. *J Gen Int Med*. 2014;29(11):1460-7. DOI: 10.1007/s11606-014-2903-0
23. Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. Care transitions: a systematic review of best practices. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(3):233-9. DOI:10.1097/NCQ.000000000000097
24. Baillie L, Gallini A, Corser R, Elworthy G, Scotcher A, Barrand A. Care transitions for frail, older people from acute hospital wards within an integrated healthcare system in England: a qualitative case study. *Int J Integr Care* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 22];14:e009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027893/>
25. Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):640-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000500015>
26. Rodrigues RAP, Marques S, Kusumota L, Santos EB, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [citado 2017 Nov 16];21(n.esp). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_27.pdf
27. Ulin K, Olsson LE, Wolf A, Ekman I. Person-centred care: an approach that improves the discharge process. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(3):e19-26. DOI: 10.1177/1474515115569945
28. Condon C, Lycan S, Duncan P, Bushnell C. Reducing readmissions after stroke with a structured nurse practitioner/registered nurse transitional stroke program. *Stroke*. 2016;47(6):1599-604. DOI:10.1161/STROKEAHA.115.012524
29. Silva VLS, Camelo SHH, Soares MI, Resck ZMR, Chaves LDP, Santos FC, et al. Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03206. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220x2016024403206>
30. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 1):546-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>

Apoio financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital Universal 2016.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.