

Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado*

Gisele Knop Aued^{1,2}

<https://orcid.org/0000-0001-5914-1105>

Elizabeth Bernardino³

<https://orcid.org/0000-0003-1321-8562>

Judith Lapierre⁴

<https://orcid.org/0000-0003-3863-9080>

Clémence Dallaire⁴

<https://orcid.org/0000-0003-3170-5671>

Objetivo: descrever as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, pautado no referencial teórico Cuidado Baseado nas Forças. A amostra compreendeu 23 enfermeiras de ligação. Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado via plataforma eletrônica *Survey Monkey* e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, com categorias pré-definidas. **Resultados:** entre as enfermeiras de ligação, nove (39,14%) possuíam de 35 a 44 anos de idade; 17 (73,91%) eram do sexo feminino; 15 (65,22%) trabalhavam há onze ou mais anos como enfermeira e 11 (47,82%) atuavam de seis a dez anos como enfermeira de ligação. As profissionais participam da identificação dos pacientes que necessitam de cuidados pós-alta hospitalar, coordenam o planejamento da alta hospitalar e transferem as informações do paciente para um serviço extra-hospitalar. **Conclusão:** as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação centram-se nas necessidades do paciente e na articulação com os serviços extra-hospitalares e podem ser adaptadas ao contexto brasileiro como uma estratégia para minimizar a descontinuidade do cuidado por ocasião da alta hospitalar.

Descritores: Enfermagem; Continuidade da Assistência ao Paciente; Alta do Paciente; Cuidado Transicional; Prática Profissional; Administração dos Serviços de Saúde.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Práticas da enfermeira de ligação para a continuidade do cuidado", apresentada à Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 406058/2016-4 e do Programa Affaires Mondiales Canada 2016/2017, com apoio do governo Canadense.

¹ Faculdade de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil, e do Programme des bourses des futurs leaders dans les Amériques 2016/2017, Canadá.

³ Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

⁴ Université Laval, Faculté des Sciences Infirmières, Québec, QC, Canadá.

Como citar este artigo

Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3162. [Access   ]; Available in:  .
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>. URL

Introdução

A continuidade do cuidado é fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde e relaciona-se à melhora da satisfação entre os pacientes, redução dos custos e diminuição das internações hospitalares evitáveis⁽¹⁻³⁾. Continuidade do cuidado é um conceito complexo e multifacetado^(2,4). Neste estudo, é definida como o grau em que uma série de eventos é experimentada pelo paciente como coerente, conectada e de acordo com suas necessidades⁽⁵⁾.

A combinação de diferentes elementos resulta na continuidade do cuidado, sendo eles: acesso aos serviços de saúde; boas habilidades interpessoais; fluídas informações entre os profissionais; apropriada coordenação dos cuidados; integração dos serviços⁽⁵⁾ e, sobretudo, de práticas profissionais centradas na pessoa, em suas necessidades e nos recursos disponíveis, sejam esses recursos da pessoa ou do sistema de saúde.

Na América Latina, a continuidade do cuidado tem sido um desafio para os sistemas de saúde, isso porque há deficiência na coordenação entre os diferentes níveis de atenção, o que resulta em dificuldades no acesso aos serviços de saúde, duplicidade de testes diagnósticos⁽⁶⁾, fragilidade quanto à articulação entre o hospital e a Atenção Primária em Saúde (APS), no momento da alta hospitalar, ineficiência ou ausência da contrarreferência para pacientes com diferentes problemas de saúde, incipiente e ineficaz planejamento da alta hospitalar⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Com o intuito de buscar, no campo da Enfermagem, práticas exitosas, que contribuam efetivamente para a continuidade do cuidado no contexto brasileiro, foi desenvolvido um projeto multicêntrico, no Canadá, na Espanha e em Portugal, centrado nas práticas das enfermeiras de ligação na alta hospitalar. Optou-se por estes países porque trabalham com a enfermeira de ligação, a qual tem importante papel na melhoria da comunicação e da coordenação dos cuidados⁽¹¹⁾. Este estudo contempla os resultados do contexto canadense.

Uma pessoa de ligação é um profissional da saúde designado para coordenar a alta hospitalar do paciente, acompanhar o cuidado prestado e transferir as informações do hospital para os profissionais da atenção primária⁽¹²⁾. As enfermeiras de ligação são extremamente importantes na alta hospitalar para assegurar que os pacientes recebam os cuidados planejados, conforme as suas necessidades, independentemente do local onde passarão a ser atendidos ou dos profissionais que os assistirão e, ainda, para que os serviços de diferentes níveis de atenção à saúde possam operar como uma rede, de forma articulada e coerente.

Estudo sobre o papel geral de enfermeiras de ligação, independentemente da área de atuação, delineou seis domínios da prática dessas profissionais, sendo eles:

coordenadora dos cuidados; educadora; comunicadora; orientadora; advogada dos pacientes; agente de mudanças; colaboradora; negociadora; membro da equipe e clínica, que diz respeito à enfermeira que assiste o paciente baseada em uma abordagem centrada na pessoa⁽¹³⁾.

Com a abordagem centrada na pessoa, um aspecto relevante da prática das enfermeiras de ligação, este estudo foi ancorado no referencial teórico do Cuidado Baseado nas Forças, o qual defende que as enfermeiras precisam aprender novos caminhos para se conectar, se engajar e iniciar um movimento que coloque o paciente no centro do cuidado, com foco na sua singularidade e nas suas forças⁽¹³⁾.

Forças são as capacidades que a pessoa e a família têm para enfrentar os desafios da vida, facilitar a sua recuperação, cura e colaborar para o seu bem-estar. Forças abarcam as atitudes, os atributos, as competências, os recursos e as habilidades de uma pessoa⁽¹³⁾. Além disso, são importantes agentes sociais para unir a equipe de Enfermagem em favor do cuidado⁽¹⁴⁾.

Sustenta-se que o conhecimento das atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação, na alta hospitalar, pode ser útil para delinear estratégias de enfrentamento da descontinuidade do cuidado no contexto brasileiro. Desse modo, questiona-se: quais são as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação para a continuidade do cuidado? O objetivo deste estudo foi descrever as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Método

Estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido nos seguintes complexos hospitalares na província de Quebec: Centro Hospitalar Universitário de Montreal (CHUM) e Centro Hospitalar Universitário de Quebec (CHU). Os participantes foram as enfermeiras de ligação que atuavam nestes complexos hospitalares. Não foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão.

O recrutamento dos participantes aconteceu com a autorização expressa do CHUM e do CHU e foi facilitado por meio do apoio de duas pesquisadoras parceiras do Canadá. As enfermeiras de ligação tomaram conhecimento da pesquisa e dos objetivos desta por meio de uma reunião informativa realizada em seu ambiente de trabalho. Na sequência, os chefes das enfermeiras de ligação enviaram, para uma das pesquisadoras, o e-mail institucional das 36 enfermeiras de ligação. Posteriormente, foi enviado a elas o convite para participar da pesquisa via plataforma eletrônica *Survey Monkey*[®].

No convite, as enfermeiras de ligação tinham a opção de concordar em participar da pesquisa ou não. Ao concordar em participar, a enfermeira era direcionada

à plataforma *Survey Monkey* com a abertura imediata do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após ler o TCLE e concordar com tal documento, clicando na opção sim, a participante tinha acesso ao questionário da pesquisa. Caso não concordasse, clicando na opção não, automaticamente, a plataforma era encerrada.

A coleta de dados foi realizada de março a julho de 2016 por meio de um questionário semiestruturado e respondido, preferencialmente, via plataforma eletrônica *Survey Monkey*® ou impresso em papel, caso a participante preferisse. O questionário impresso em papel foi uma exigência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições coparticipantes a fim de respeitar as enfermeiras que não se sentissem à vontade em utilizar o *Survey Monkey*®. Para a enfermeira de ligação que desejasse responder ao questionário no papel, foi enviada uma cópia do questionário via e-mail para que ela pudesse imprimir, responder e, posteriormente, encaminhar para umas das pesquisadoras pelo e-mail criado especificamente para esta pesquisa.

Após o recebimento do convite, foi estabelecido o prazo de 15 dias para os participantes preencherem e enviarem o questionário. Para os participantes que não responderam neste prazo, foi enviado novamente um lembrete eletrônico até a terceira tentativa, com intervalo de 15 dias. Dos 36 convites enviados, 24 foram recebidos dentro do período estabelecido, sendo 23 respondidos via plataforma *Survey Monkey*® e um, via e-mail, porque foi respondido no papel. Dos 24, um foi excluído, pois estava incompleto. Após exaustivas leituras dos 23 questionários, percebeu-se a saturação dos dados. Assim, a população foi de 36 e a amostra totalizou 23.

O questionário semiestruturado foi construído com base nos objetivos da pesquisa e na literatura sobre o tema. As questões buscaram explicitar a caracterização dos participantes da pesquisa, a identificação do paciente que necessita do serviço de ligação, o planejamento da alta hospitalar e seus principais elementos e a transferência das informações do paciente. O instrumento foi traduzido do português para o francês por duas pessoas que se enquadraram nos seguintes critérios: ser enfermeira; ter conhecimento no tema da pesquisa e ser fluente em português e em francês. Posteriormente, foi realizado o teste piloto do instrumento via e-mail com duas enfermeiras de ligação canadenses que não fizeram parte da amostra da pesquisa. Após os devidos ajustes, o instrumento foi enviado para uma terceira enfermeira para um último teste piloto.

Antes de iniciar a análise, os dados foram traduzidos do francês para o português por duas pessoas fluentes em português e francês, sendo que uma delas é enfermeira e pesquisadora. A análise dos dados foi orientada por meio de uma matriz com categoria de análise pré-definida. As categorias de análise pré-definida foram:

identificação do paciente que necessita do serviço de ligação; planejamento da alta hospitalar; transferência das informações entre o hospital e os demais serviços.

A metodologia empregada para a análise dos dados foi a Análise de Conteúdo, que consiste no conjunto de técnicas da análise das comunicações e abarca três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados e interpretação. Na pré-análise, os dados foram reunidos em arquivo do *Microsoft Word*® e realizadas as leituras flutuantes para conhecer o texto e deixar-se invadir pelas impressões e orientações. Na exploração do material, foram realizadas a codificação e a condensação das unidades de registro de acordo com as categorias pré-definidas. Por fim, os dados foram interpretados⁽¹⁵⁾ por meio do referencial teórico Cuidado Baseado nas Forças⁽¹³⁾.

No Brasil, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da Universidade Federal do Paraná sob o parecer nº 1.426.575 e teve como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) o nº 36975914.5.0000.0102. No Canadá, foi aprovado pelo CEP das instituições coparticipantes: no CHUM, sob o nº 888. 681, e, no CHU, sob o nº 2015-2016-9012. A coleta de dados aconteceu após a aprovação dos CEPs e do aceite dos participantes. Para garantir o anonimato, as enfermeiras de ligação foram identificadas pelas letras EL do alfabeto seguidas de um número cardinal em ordem crescente, conforme a sequência em que os questionários foram recebidos.

Resultados

Entre as enfermeiras de ligação, nove (39,14%) possuíam de 35 a 44 anos de idade, 17 (73,91%) eram do sexo feminino, 15 (65,22%) trabalhavam onze ou mais anos como enfermeira e 11 (47,82%) atuavam de seis a dez anos como enfermeira de ligação. A seguir, apresentam-se os resultados da pesquisa conforme as três categorias pré-definidas.

Categoria 1: Identificação do paciente que necessita do serviço de ligação

A identificação do paciente que necessita do serviço de ligação pode ser realizada pela enfermeira de ligação, pelos demais profissionais da equipe assistencial e, ainda, pode ser intermediada por algum membro da família do paciente.

Quando a enfermeira de ligação identifica o paciente, ela utiliza-se da busca ativa, tanto individualmente quanto em parceria com enfermeiras que ocupam outros cargos no hospital. As enfermeiras de ligação também identificam os pacientes durante os encontros programados com a equipe multiprofissional. *Acontece de eu fazer busca ativa para certos casos, exemplo, logo que eu efetuo as listas dos usuários hospitalizados, a*

cada manhã, eu verifico se eles são conhecidos ou não [...] (EL14). Busca ativa com a assistente da enfermeira chefe ou com a enfermeira responsável pelo cuidado ao paciente (EL3). [...] nós também identificamos muitos pacientes nas reuniões multidisciplinares (EL15).

Quando a identificação é realizada por um profissional diferente da enfermeira de ligação, esse informa o serviço de ligação mediante o envio de um pedido de referência via fax. *Médico, enfermeira assistencial, assistente da enfermeira chefe [...] fisioterapeuta, [...] assistente social, nutricionista podem identificar e referir o paciente para a enfermeira de ligação (EL7). [...] as enfermeiras nos encaminham um pedido via fax (EL19).*

além dos profissionais da equipe de saúde dos hospitais, os familiares também podem envolver-se no processo de identificação dos pacientes que necessitam do serviço de ligação. *A família também pode fazer a solicitação (EL4).*

Categoria 2: Planejamento da alta hospitalar

As enfermeiras de ligação iniciam o planejamento da alta hospitalar após identificar o paciente que necessita de seus serviços ou após receber o pedido de referência, o que pode acontecer em diferentes momentos da internação e sofre interferências de outras variáveis, tais como: condição clínica do paciente; preenchimento dos documentos pela equipe de saúde; dia da alta hospitalar, não tendo um dia específico para iniciar o planejamento da alta hospitalar. *Depende do caso, desde que o paciente esteja estável clinicamente ou desde que nós conhecemos a data da saída (EL11). Desde que as prescrições médicas estejam no prontuário ou pela readaptação segundo o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional (EL20). Bem frequente, infelizmente, no dia da saída (EL21).*

Entretanto, verifica-se que, para as enfermeiras de ligação, o ideal é iniciar o planejamento da alta hospitalar na admissão do paciente. *Idealmente, desde a sua chegada (EL22).*

Para a organização do planejamento da alta hospitalar, as enfermeiras de ligação realizam uma entrevista com o paciente e, se necessário, incluem algum familiar. Durante essa entrevista, as profissionais avaliam o endereço e o histórico do paciente. *Verificação do endereço [...] outras informações habitualmente encontradas no prontuário (médico de família, antecedentes, lista de medicamentos, alergias, motivos da admissão) (EL17).*

Por meio da entrevista, as enfermeiras de ligação procuram obter informações sobre a moradia do paciente com o intuito de verificar se, após a alta hospitalar, o paciente poderá ou não retornar para o seu domicílio ou se será necessário realizar algum tipo de adaptação. *Meio de vida (residência para idosos versus casa/apartamento) (EL20). Barreiras arquitetônicas, adaptações (EL23).*

A necessidade e a disponibilidade de uma pessoa que possa cuidar do paciente e/ou ajudá-lo nas suas atividades da vida diária também são avaliadas pelas enfermeiras de ligação. Essa pessoa pode ser um cuidador formal, uma pessoa da família ou um amigo. *Avaliamos [...] pessoas de referência que podem ajudar (EL19).*

Um levantamento dos recursos extra-hospitalares é realizado pelas enfermeiras de ligação, pois elas precisam se certificar de que, após a alta hospitalar, os pacientes receberão os cuidados de acordo com as suas necessidades. Recursos aqui se referem à presença de uma unidade de atenção primária, a um médico de família, a uma enfermeira que poderá dar continuidade aos cuidados recebidos no hospital, à disponibilidade de equipamentos, aos medicamentos necessários ao tratamento do paciente, entre outros. *Presença de equipamentos, recursos, Centro Local de Serviços de Saúde (CLSC), médico de família, enfermeira de monitoramento (EL4).*

Ao planejarem a alta hospitalar, as enfermeiras de ligação avaliam se o paciente e/ou o cuidador compreenderam as orientações fornecidas para dar continuidade ao tratamento. Além disso, reforçam os cuidados que devem ser realizados e os serviços disponíveis. *Verificação do ensino recebido para diferentes cuidados (EL11). [...] A gestão da doença, gestão de Raio X, da glicemia, etc. (EL4). Conhecimento atual sobre os cuidados a fazer (EL8). Explicação sobre os cuidados e serviços do Centro Local de Serviços de Saúde (EL15).*

Para garantir um planejamento de alta conforme as necessidades do paciente, as enfermeiras de ligação realizam um conciso exame físico, quando necessário, e uma avaliação psíquica do paciente frente à alta hospitalar *[...] na entrevista, pode acontecer [...] de fazer uma avaliação física sumária, por exemplo, um teste de marcha em curta distância para validar a segurança dos deslocamentos (EL14). Avaliação de feridas e drenos restantes ou outros cuidados (EL21). Sua atitude face ao retorno ao domicílio, ansiedade versus confiança e seus meios (EL18).*

A família do paciente é incluída no planejamento da alta hospitalar quando esse necessita de uma pessoa para realizar os cuidados ou precisa de alguma adaptação no seu domicílio, bem como a pedido do paciente ou quando algum familiar demonstra interesse em participar. *Na medida em que a pessoa está perdendo autonomia e que ela tem necessidade de suporte de seus próximos (EL2). Se for necessário adaptação ao domicílio [...] (EL7). [...] quando a família manifestou o desejo de estar junto nesse processo (EL1). A pedido do paciente. (EL5).*

Os principais elementos incluídos no planejamento da alta e transferidos aos serviços extra-hospitalares dependem da situação de cada paciente e incluem dados socioeconômicos, histórico de saúde, condições de saúde e necessidades de cuidados após a alta hospitalar.

Endereço [...] (EL19). Os antecedentes (EL23). Diagnósticos principais (EL1). Os cuidados realizados no hospital (EL1). Últimos resultados de laboratório (EL2). Autonomia anterior e atual (EL2). Medicamentos em uso (EL1). Os cuidados a serem prestados ao paciente [...] (EL6). O meio de vida. Os ajudantes principais (EL11).

Categoria 3: Transferência das informações entre o hospital e os demais serviços

Os serviços de ligação dos complexos hospitalares contam com um sistema informático em que compartilham as informações do paciente com um serviço extra-hospitalar que, posteriormente, realiza os devidos encaminhamentos. Assim, a transferência das informações sobre o paciente é realizada pela enfermeira de ligação, majoritariamente, por meio do envio eletrônico do formulário de contrarreferência a um serviço extra-hospitalar. *Nos temos um sistema informático [...] ele é às vezes direto ou às vezes nos enviamos via fax (EL6).*

A transferência das informações entre o hospital e o serviço extra-hospitalar acontece em diferentes tempos. Para pacientes, que demandam cuidados complexos, a transferência das informações ocorre de 24 a 48 horas antes da alta hospitalar. Já para pacientes com necessidade de cuidados menos complexos, a transferência das informações ocorre no mesmo dia da alta hospitalar. Há casos em que a transferência das informações acontece após a alta do paciente. *Se a alta é complexa [...] 24 ou 48 horas antes da alta. Se o pedido é simples, frequentemente, no mesmo dia (EL4). [...] em certos andares são feitas quando o paciente já saiu (EL8).*

A transferência das informações do paciente é reforçada pela entrega de alguns documentos aos pacientes na alta hospitalar, como as prescrições de alta, resumo da alta, folhetos informativos, entre outros, os quais podem ser entregues aos profissionais da atenção primária ou a outros serviços para que estes saibam o que aconteceu durante a internação hospitalar e como podem dar continuidade ao tratamento do paciente. *Prescrições, consultas marcadas, resumo da internação (EL2). Folhetos de informação sobre sua cirurgia, o que fazer [...] (EL6).*

Discussão

As enfermeiras de ligação participam ativamente no processo de identificação dos pacientes que necessitam de cuidados após a alta hospitalar. Nesse processo, é fundamental que as enfermeiras estejam abertas para dialogar com o paciente, sem julgamentos, pois os pacientes e a família são predispostos a colaborar quando se sentem valorizados, compreendidos, respeitados e seguros⁽¹³⁾. Os demais profissionais da equipe de saúde também identificam os pacientes e os referenciam para as enfermeiras de ligação,

o que demonstra que todos os membros da equipe de saúde têm papéis e responsabilidades no processo da alta hospitalar do paciente⁽¹⁶⁾ e, conseqüentemente, para com a continuidade do cuidado.

Dentre as formas de identificação dos pacientes pelas enfermeiras de ligação, verifica-se que essas se destacam pelo seu papel de coordenadoras do processo da alta hospitalar, uma vez que as enfermeiras de ligação são os pontos de convergência entre os diferentes membros da equipe e entre as diferentes equipes de saúde. Nesse contexto, a comunicação é primordial para que a enfermeira de ligação desempenhe o seu papel de colaboradora entre as equipes, o que é fundamental para manter o cuidado centrado no paciente⁽¹¹⁾.

Destaca-se que a busca ativa realizada pelas enfermeiras de ligação junto às enfermeiras que atuam na assistência é uma importante estratégia, pois as enfermeiras assistenciais estão em contato direto com os pacientes, o que as permite realizar importantes observações sobre como os pacientes estão respondendo aos seus desafios em saúde⁽¹³⁾ e identificar os pacientes que realmente necessitam de atendimento após a alta hospitalar.

O planejamento da alta hospitalar é um processo que precisa ser iniciado logo após a internação do paciente, especificamente, dentro das primeiras 24 horas. Dessa forma, conseguem-se identificar os obstáculos para a alta e implementar ações corretivas⁽¹⁷⁾. O planejamento da alta, sendo um processo, caracteriza-se por distintos momentos: na admissão, podem ser coletados dados relacionados ao estado cognitivo, sistemas de apoio e ambiente doméstico; fatores de risco como, por exemplo, a necessidade de aprendizado, podem ser avaliados próximo à alta do paciente⁽¹⁶⁾.

O planejamento da alta não ajuda somente os diferentes profissionais da saúde a coordenar seus serviços de modo complementar, mas, também, a delinear uma trajetória de cuidados esperada para cada paciente, o que promove uma sensação de segurança a esses e uma base para a tomada de decisão compartilhada⁽¹⁸⁾. Em geral, todos os pacientes hospitalizados demandam um planejamento de alta, o qual pode ser mais ou menos específico⁽¹⁷⁾.

Durante o planejamento da alta hospitalar, as enfermeiras de ligação investigam as forças de cada paciente, que podem ser pessoais e externas. Entendem-se, como exemplos de forças pessoais, as capacidades físicas do paciente, como o exame de marcha e exames laboratoriais sem alterações, a aptidão para realizar um determinado cuidado, a disponibilidade de uma pessoa que possa ajudar o paciente nas suas necessidades, a atitude de confiança do paciente diante da alta hospitalar e, ainda, os recursos financeiros para realizar adaptações necessárias no domicílio.

As forças externas ao paciente estão presentes na comunidade, no sistema de saúde e incluem a disponibilidade de uma unidade de saúde que disponha de enfermeira, médico de família e demais profissionais para prestar atendimento ao paciente após a alta hospitalar e disponibilizar equipamentos e medicamentos necessários para o tratamento do paciente. Tanto as forças pessoas quanto as externas aos pacientes são fundamentais para uma efetiva continuidade do cuidado.

A utilização das forças no planejamento da alta hospitalar permite que as enfermeiras de ligação tenham uma visão holística de cada paciente, na medida em que viabilizam a avaliação das condições físicas, psíquicas, sociais e do ambiente em que ele está inserido. Holismo e indivisibilidade objetivam a integração, e isso apenas é alcançado quando todos os aspectos do ser humano funcionam em harmonia. Para tanto, as enfermeiras e outros profissionais da área da saúde precisam ter um melhor conhecimento do paciente e de seus familiares para que possam acompanhá-los na sua trajetória de saúde e doença⁽¹³⁾.

Para a identificação das forças, a enfermeira de ligação precisa procurá-las no paciente, na família e na comunidade; decidir quais estão disponíveis e podem ser mobilizadas para lidar com um problema ou uma preocupação específica. Além do mais, a enfermeira de ligação pode identificar as forças potenciais que podem ser desenvolvidas e os *deficits* que podem se transformar em forças, dependendo do contexto de cada paciente⁽¹³⁾.

Diferentes ferramentas podem ser utilizadas, durante o planejamento de alta, para melhor compreender cada paciente. O genograma, uma representação visual dos membros da família, pode ser utilizado para conhecer sobre a estrutura familiar, seus membros e o relacionamento entre eles. O ecomapa, uma representação gráfica da rede social da pessoa que inclui amigos, sistema de saúde, grupos religiosos, entre outros, auxilia na identificação do suporte social disponível⁽¹³⁾.

Enfermeiras, cuja prática baseia-se nos Cuidados Baseados nas Forças, buscam, em seus pacientes e familiares, as competências que possam ser úteis para a recuperação, o desenvolvimento e a sobrevivência. A atenção da enfermeira deve se voltar para a saúde, a cura, o alívio do sofrimento, por meio de ações que se inspirem nas forças e nos recursos externos, gerando condições que permitam, aos pacientes, alcançar o máximo de funcionamento⁽¹³⁾.

Além disso, as enfermeiras têm o papel de criar meios que auxiliem o paciente a se tornar ativo no seu processo de aprendizagem, pois, em cada situação, o paciente necessita desvendar as suas forças e criar novas como, por exemplo, desenvolver determinadas competências para lidar com os desafios que aparecem

com uma doença. As enfermeiras devem estar atentas aos sinais de prontidão para o aprendizado, tanto do paciente quanto dos membros da família envolvidos. Quando o paciente não está pronto para determinada experiência, é fundamental que a enfermeira ofereça suporte⁽¹³⁾.

A transferência das informações do paciente, entre o hospital e os demais serviços de saúde, demonstra-se estabelecida por meio da definição de um sistema informático integrado, o que vai ao encontro de outros estudos que apontam a necessidade de um canal de comunicação para a transferência de informações entre os serviços de saúde e os profissionais, tais como: e-mail; telefone; sistemas e programas^(11,19-20).

A atenção integral depende de uma rede de saúde articulada de forma que os problemas dos pacientes possam ser tratados em todos os níveis de atenção necessários para a sua solução e, ainda, que o acesso a esses níveis seja apropriado e em tempo oportuno⁽²¹⁾. O uso de um sistema informático que armazene as informações sobre o paciente e possa ser acessado independentemente do nível de atenção no qual o paciente está sendo assistido é fundamental, pois não há continuidade do cuidado sem o compartilhamento de informações de qualidade.

Quando não há um fluxo e um mecanismo definidos para a transferência das informações, muitas dessas podem se perder ao longo da malha assistencial, o que pode gerar duplicidade nas ações dos profissionais e, conseqüentemente, aumento dos custos em saúde, atraso na resolução dos problemas e deficiência no sistema de referência e contrarreferência. Portanto, é fundamental que a transferência das informações do planejamento da alta do paciente seja coordenada e centrada em um profissional.

A contrarreferência caracteriza-se como parte da competência da atenção especializada e apresenta-se como o modo de organização dos serviços configurados em redes, sustentados por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para garantir a atenção integral às pessoas por meio da facilitação do acesso e da continuidade do cuidado⁽²²⁾.

Uma das limitações deste estudo consiste em não incluir a descrição do cargo das enfermeiras de ligação, o que poderia contribuir para uma melhor discussão acerca das atividades das enfermeiras de ligação. Além disso, pelas diferenças culturais, econômicas e sociais entre o Canadá e Brasil, as instituições hospitalares que almejam implementar o cargo de ligação necessitam adaptar certas atividades conforme a realidade de cada local.

Como avanço no campo científico, destaca-se a descrição de um conjunto de atividades pouco abordadas na literatura científica, o que contribui para a disseminação de uma importante prática da Enfermagem e que pode ser aprimorada e adaptada pelos enfermeiros gestores e por aqueles que atuam diretamente na alta dos pacientes.

Conclusão

As atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação quebequenses, na alta hospitalar, apontam para uma prática centrada na pessoa e sua família, com vistas a assegurar a continuidade do cuidado aos pacientes, pois, no processo da alta hospitalar, elas mantêm uma comunicação com seus pares e outros profissionais, resgatam o histórico do paciente, identificam as necessidades clínicas e não clínicas desses e atuam como educadoras e articuladoras entre os serviços, ao transmitirem as informações acerca do planejamento da alta hospitalar do paciente.

Diante do conhecimento das atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação, evidencia-se a importância de as instituições hospitalares designarem um profissional para a coordenação do processo da alta hospitalar do paciente, desempenhando a função de articulador entre os profissionais, entre os serviços de diferentes níveis de atenção e advogando em prol do paciente, pois, sem ações de coordenação, é difícil promover a continuidade do cuidado.

O papel dos centros formadores para o cargo de enfermeira de ligação consiste em difundir o entendimento de que o paciente está inserido em um sistema de saúde, pertence a uma família e a uma comunidade, e que cada um desses sistemas pode, de diferentes formas, contribuir para a recuperação do paciente. Os centros formadores têm, ainda, o papel de desenvolver profissionais que sejam capazes de trabalhar em equipe, comunicar de forma efetiva e ser o elo entre os serviços de diferentes níveis assistenciais para que o funcionamento do sistema de saúde aconteça em forma de rede.

Os gestores das instituições hospitalares, que desejam implementar o cargo de enfermeira de ligação, necessitam levar em consideração a experiência da enfermeira no campo da Enfermagem, seu conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde e os recursos intra e extra-hospitalares e, sobretudo, a competência em reconhecer no paciente, na sua família e no sistema de saúde as forças que contribuem para melhorar as condições de saúde do paciente.

Uma das contribuições deste estudo para a Enfermagem consiste no delineamento de uma estratégia que efetivamente contribua para o avanço da continuidade do cuidado no contexto brasileiro, por meio da implementação do cargo de enfermeira de ligação ou de um serviço de ligação no âmbito hospitalar, pois as atividades das enfermeiras de ligação podem ser transferidas e adaptadas, dependendo do contexto de cada organização.

Outra contribuição para a Enfermagem advém do referencial teórico Cuidado Baseado nas Forças porque é inovador, próprio da Enfermagem, centrado na pessoa, buscando as competências dos pacientes, das famílias, os recursos presentes no sistema de

saúde e na comunidade, fazendo com que a enfermeira, inicialmente, reflita sobre as forças que estão a favor do paciente e ajudarão a solucionar os problemas dos pacientes, ao invés de focar em uma lista de problemas.

Percebe-se, por este estudo, que as forças investigadas pelas enfermeiras de ligação, durante o planejamento da alta, envolvem as forças pessoais do paciente, tais como: as condições clínicas favoráveis para a sua recuperação; a disponibilidade de uma pessoa que possa ajudar o paciente; o conhecimento do paciente e dos familiares sobre os cuidados que devem ser realizados; a atitude de confiança do paciente frente à alta hospitalar e às condições de moradia de acordo com as necessidades. Igualmente, foram averiguadas forças externas, como a existência de unidades de saúde para o atendimento após a alta hospitalar, a disponibilidade de enfermeiras, médicos de família, equipamentos e medicamentos essenciais para o tratamento.

A importância do estudo, baseado no referencial teórico Cuidado Baseado nas Forças, consiste no desenvolvimento de uma prática de Enfermagem centrada na pessoa, nas suas potencialidades e não apenas nos seus *deficits*, na sua doença. A identificação das forças que são singulares de cada paciente, comunidade e sistema de saúde é fundamental para promover a continuidade do cuidado ao paciente.

Para pesquisas futuras, sugere-se o estudo do perfil dos pacientes atendidos pelas enfermeiras de ligação como uma forma de conhecer quais são os pacientes que necessitam do serviço de ligação, bem como o impacto desse serviço frente a determinados indicadores, tais como: reinternação hospitalar; satisfação dos pacientes e percepção dos pacientes quanto à continuidade do cuidado.

Agradecimentos

Agradeço às enfermeiras Roberta Ruggiero e Lyse Millette pelo apoio durante o desenvolvimento desta pesquisa e às enfermeiras de ligação participantes da pesquisa.

Referências

1. Mendes FRP, Gemitto MLGP, Caldeira EC, Serra IC, Casas-Novas MV. Continuity of care from the perspective of users. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(3):843-55. doi: 10.1590/1413-81232017223.26292015
2. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*. 2017; 356. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>
3. Nam YS, Cho KH, Kang HC, Lee KS, Park EC. Greater continuity of care reduces hospital admissions inpatients with hypertension: An analysis of nationwide health insurance data

- in Korea, 2011–2013. *Health Policy*. 2016;120(6):604-11. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.04.012
4. Puntis S, Rugkåsa J, Forrest A, Mitchell A, Burns T. Associations between continuity of care and patient outcomes in mental health care: a systematic review. *Psychiatr Serv*. 2015;66(4):354-63. doi: 10.1176/appi.ps.201400178
5. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. *Can Health Serv Res Foundation*. [Internet]. 2002 [cited 2018 May 14]. Available from: <https://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/commissionedresearch/cr_contcare_e.pdf>
6. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Silva MRF, Unger JP, et al. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and North-easterns Brazil. *Health Policy Plan*. 2017;32(4):549-62. doi: 10.1093/heapol/czw168
7. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. *Esc Anna Nery*. 2017;21(2):e20170028. doi: 10.5935/1414-8145.20170028
8. Nóbrega VM, Silva MEA, Fernandes LTB, Viera CS, Reichert APS, Collet N. Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03226. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016042503226>
9. Cunha KS, Higashi GDC, Erdmann AL, Kahl C, Koerich C, Meirelles BHS. Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):963-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700013>
10. Martins KP, Costa KNFM, Oliveira DST, Valdevino SC, Rezende LCM, Costa TF. Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. *J Res Fundam Care Online*. 2015; 7(1):1756-64. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764
11. Wilkes L, Doull M, Paterson J, Le Cornu K, Chok HN. The role of the general practice liaison nurse as integrated care coordinator: A delphi study. *Clin Nurs Stud*. 2016; 4 (3): 67-77. doi: <https://doi.org/10.5430/cns.v4n3p67>
12. Hesselink G, Zegers M, Vernooij-Dassen M, Barach P, Kalkman C, Flink M, et al. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using intervention mapping. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:389. doi: 10.1186/1472-6963-14-389.
13. Gottlieb LN. *Strengths- Based Nursing Care: health and healing for person and family*. New York: Springer Publishing; 2013.
14. Jacondino MB, Martins CL, Thofehrn MB, Garcia BL, Fernandes HN, Joner LR. Vínculos profissionais en el trabajo de enfermería: elemento importante para el cuidado. *Enferm Global*. [Internet]. 2014 [cited 2018 May 14]; 13(34):148-59. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/docencia2.pdf>
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo; 2011.
16. Weiss ME, Bobay KL, Bahr SJ, Costa L, Hughes RG, Holland DE. A model for hospital discharge preparation: from case management to care transition. *J Nurs Adm*. 2015; 45(12):606-14. doi: 10.1097/NNA.0000000000000273
17. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO position paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl*. 2017; 19 (Suppl D): D244–D255. doi:10.1093/eurheartj/sux011
18. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative meta summary. *Ann Fam Med*. 2013;11(3):262-71. doi: 10.1370/afm.1499
19. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli NP, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(Supl1): 546-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>
20. Figueiredo TP, Carmo Junior NM, Groia RCS, Pereira RCC, Silveira RR, Malta JS, et al. Analysis of interventions at hospital discharge of elderly seen in guidance service and referencing pharmacotherapeutic. *Rev APS*. [Internet]. 2014 [cited 2018 May 14]; 19(3): 376-83. Available from: <https://aps.ufff.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/2722/1014>
21. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):158-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
22. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Challenges of referral and counter-referral in health care in the Workers' perspective. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1): 01-08. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>

Recebido: 15.11.2018

Aceito: 08.03.2019

Autor correspondente:

Gisele knop Aued

E-mail: giseleknop@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5914-1105>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

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

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.