

Percepção dos enfermeiros sobre a transição do cuidado na alta hospitalar

Bruna Duarte¹  Paula Zugno²  Letícia Vieira de Oliveira Rodrigues³  Ioná Vieira Bez Birolo^{1,2}  Jacks Soratto^{1,2,3}  Luciane Ceretta^{1,2,3}  Cristiane Damiani Tomasi^{1,2,3} 

¹Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma/SC, Brasil.

²Curso de Enfermagem. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma/SC, Brasil.

³Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma/SC, Brasil.

E-mail: cdtomasi@unesc.net

Resumo

Existe uma clara lacuna na transição entre Atenção Hospitalar (AH) e Atenção Primária à Saúde (APS). A efetividade da Transição do Cuidado (TC) depende de uma excelente capacidade de comunicação entre profissionais e serviços, sendo a alta hospitalar um momento crítico. O objetivo deste estudo foi investigar as percepções dos enfermeiros da Atenção Hospitalar (AH) e Atenção Primária em Saúde (APS) sobre aspectos da alta hospitalar. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo realizado com dados de enfermeiros atuantes na AH e na APS no estado de Santa Catarina. Os dados foram coletados entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021, por meio de formulário eletrônico. Foi realizada análise descritiva e inferencial. Para comparação entre grupos utilizou-se teste de qui-quadrado de Pearson. Há algumas sobreposições nas percepções dos enfermeiros da AH e APS sobre a temática, sendo que consideram importante o acompanhamento do paciente após a alta hospitalar (54; 91,5%), entende que existe pouca e fraca comunicação entre serviços de saúde (52; 88%). Ainda, são realizadas orientações verbalmente para pacientes e familiares no momento da alta (32; 54,2%), pouca informação é compreendida pelos pacientes (47; 79,7%) e o plano de alta não é individualizado (30; 50,8%), na maioria dos casos. A comunicação é uma grande fragilidade na alta hospitalar, que se expressa nesse estudo, pela percepção dos enfermeiros de uma comunicação fraca entre AH e APS, pela fragilidade do plano de alta e orientações realizadas verbalmente. A melhoria do processo de transição do cuidado, especialmente a alta hospitalar, permite uma assistência à saúde mais integrada, segura e centrada no paciente. O investimento em estratégias que aprimorem esse processo é essencial para a qualidade do cuidado.

Palavras-chave: Transição do Cuidado. Atenção Primária à Saúde. Atenção Hospitalar. Comunicação em Saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Ações que garantam a coordenação e continuidade do cuidado de pessoas que se deslocam nos diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades em um mesmo local englobam a Transição do Cuidado (TC)¹. Esta pode ser incorporada como uma das estratégias para superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade dos cuidados. Esse processo inclui, no contexto do cuidado, paciente, familiares, cuidadores profissionais de saúde, nos diferentes

pontos de atenção. No entanto, é necessário considerar sua complexidade por envolver altos níveis de organização, articulação de serviços, além do número de profissionais de diferentes formações, experiências e habilidades^{2,3}.

O modelo de TC contempla nove componentes: rastreio, equipe, manutenção da relação, engajamento de pacientes e cuidadores, avaliação e manejo dos riscos e sintomas, educação e promoção do autogerenciamento, co-

laboração, promoção da continuidade, promoção da coordenação⁴.

A efetividade da TC está pautada em uma excelente capacidade de comunicação entre profissionais e serviços⁵. Instrumentos que facilitem a comunicação entre equipes podem ser capazes de viabilizar a continuidade do cuidado, assim reduzindo os gaps na continuidade do cuidado e contribuindo para a integralidade da atenção⁶. Entretanto, para ser um dispositivo efetivo, deve ser executado pelos profissionais, de forma que ultrapasse o simples ato de encaminhar, ou seja, são necessárias competências avançadas para colaboração efetiva entre profissionais, família e outros serviços, para coordenar tratamentos complexos, promover educação em saúde e garantir o atendimento das necessidades do usuário do serviço de saúde^{5,7}.

Há uma evidente lacuna na transição entre Atenção Hospitalar (AH) e Atenção Primária à Saúde (APS)⁸, as causas subjacentes aos problemas de alta hospitalar são complexas e requerem estratégias para melhorar a TC⁹. Um estudo que combinou diferentes estratégias de TC demonstrou redução de readmissão hospitalar em 30 dias, redução de procura de unidade de emergência em sete dias, melhor saúde física e mental, maior participação em atividades da vida diária e redução da dor¹⁰.

Algumas estratégias utilizadas nos Estados Unidos para cuidados de transição incluem acompanhamento em tempo oportuno, plano de cuidados de urgência, acompanhamento

multidisciplinar, equipe de transição, decisão compartilhada, encaminhamento para serviços, identificação de pacientes de alto risco e intervenção, reconciliação medicamentosa, *teach back*, coordenação do cuidado e troca de informações sobre pacientes graves entre cuidadores⁶. Enquanto isso, nos países latino-americanos, as estratégias de cuidados de transição se concentram em planejamento de alta, planejamento antecipado dos cuidados, educação do paciente e promoção do autogerenciamento, segurança das medicações e acompanhamento ambulatorial¹¹. Os enfermeiros desempenham um papel central na transição bem-sucedida dos pacientes, pois possuem competências para promover a educação em saúde e habilidades clínicas para gerenciar esses pacientes⁵.

No Brasil, foi validado um instrumento que avalia a TC na perspectiva dos pacientes¹², o que pode apontar caminhos para o processo de melhoria da TC, porém, sabe-se das diferentes perspectivas em que operam profissionais e pacientes são diversas. Diante desse contexto, em que os enfermeiros desempenham um papel central na TC e a alta hospitalar é uma etapa importante desse processo, o objetivo do presente estudo foi investigar a percepção desses profissionais sobre a comunicação, orientação aos pacientes e/ou familiares, satisfação dos profissionais e organização das equipes em relação à alta hospitalar, tanto na atenção hospitalar quanto na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Estudo de delineamento transversal, que incluiu dois grupos de enfermeiros, sendo um de profissionais atuantes na AH e outro na APS, no estado de Santa Catarina. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa através de um link disponibilizado no site e nas redes sociais oficiais do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (Coren-SC), entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021. Para participar

da pesquisa o profissional que acessou o site ou redes sociais do Coren-SC pode clicar no *link* com o convite para a pesquisa e foi direcionado para um formulário do *Google*[®], primeiramente se apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em caso de aceite para participação da pesquisa, o participante era direcionado ao questionário, identificando primeiramente sua área de atuação (AH ou APS).

O presente estudo teve como variável dependente o ambiente de atuação do enfermeiro, sendo este ambiente classificado em duas categorias: AH e APS. Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos com equivalência de perguntas para os dois ambientes de trabalho dos enfermeiros, a fim de que os mesmos aspectos pudessem ser observados pelos diferentes olhares. Após a identificação da área de atuação, o participante foi direcionado para o questionário equivalente, que foi composto por um bloco de questões para a caracterização dos profissionais (sexo, idade, tempo de formação e tempo de atuação) e outro bloco de questões que abordaram a percepção dos enfermeiros sobre comunicação, orientação e satisfação, utilizando escala *likert* para as respostas.

Antes da divulgação da pesquisa, foi realizado um pré-teste com três enfermeiras, por meio do envio do instrumento por correio eletrônico, a fim de aprimorar o questionário e receber sugestões de adaptação. Vale ressaltar que as respostas do pré-teste não foram incluídas no estudo, e esses profissionais não par-

ticiparam da etapa com resultados aqui apresentados. Por fim, os profissionais não foram contatados diretamente e individualmente, o que pode explicar a baixa taxa de retorno das respostas. As respostas formaram automaticamente um banco de dados, a partir do qual se procedeu a análise estatística, utilizando o software SPSS 20.0. A idade é apresentada em mediana e amplitude interquartil, a diferença entre os grupos foi analisada por teste U de *Mann-Whitney*, precedida de teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Os dados sociodemográficos e sobre transição do cuidado estão apresentados com frequência relativa e absoluta. A comparação entre grupos foi realizada por teste de qui-quadrado de Pearson. Considera-se diferença estatisticamente significativa quando valor de $p < 0,05$.

O estudo atende a resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob o parecer de nº 4.410.063/2020.

RESULTADOS

O Coren-SC foi implantado em 1975 e até dezembro de 2022 relata 18.790 registros de enfermeiros e 48.584 técnicos de Enfermagem, em Santa Catarina. Em 2016 foi criado o Prêmio Profissional de Destaque de Enfermagem, em comemoração aos 40 anos do Coren-SC, que acontece anualmente, com intuito de valorizar a enfermagem em as suas áreas de atuação¹³.

O presente estudo incluiu 59 enfermeiros, destes, 25 (42,4%) atuam na AH e 34 (57,6%) na APS do estado de Santa Catarina, sendo a maioria do sexo feminino ($n = 50, 84,7\%$), com mediana de idade de 33 anos. Grande parte dos enfermeiros participantes da pesquisa possui especialização ($n = 30, 50,8\%$), tem pelo menos cinco anos de formação ($n = 33, 55,9\%$) e entre um e quatro anos de atuação ($n = 23, 39,0\%$) (Tabela 1).

A maioria dos enfermeiros ($n = 54, 91,5\%$) entende como importante acompanhar o paciente após a alta hospitalar e que existem fragilidades nas pactuações entre os serviços de saúde ($n = 56, 94,9\%$). A comunicação entre os serviços sobre a alta hospitalar nunca ou raramente ($n = 52, 88,1\%$) acontece, porém, quando acontece é via telefone ($n = 32, 54,2\%$), e 30 (50,8%) enfermeiros consideram a qualidade da comunicação entre AH e APS fraca (Tabela 2). Nota-se que em nenhum dos aspectos relacionados à comunicação há diferença estatisticamente significativa entre as respostas de profissionais da AH e APS.

Profissionais da AH orientam sobre a continuidade do cuidado na APS e profissionais da APS confirmam que há procura do serviço da APS pelos pacientes e/ou seus familiares

(n=19, 76%; n=32, 94,1%, respectivamente; p=0,045). Ainda que se faça a orientação quanto ao uso de medicamentos em domicílio na alta hospitalar (n=23, 92%), os enfermeiros da APS afirmam que pacientes apresentam dúvidas sobre os medicamentos prescritos (n=34, 100,0%). No momento da alta hospitalar as orientações são passadas verbalmente aos pacientes e/o familiares (n=43, 72,9%). Apesar de profissionais da AH esclarecerem dúvidas no momento da alta hospitalar (n=23, 92%), na APS os profissionais percebem dúvidas dos pacientes e seus familiares em relação a continuidade do cuidado (n=34, 100%). Sobre as informações compreendidas pelo paciente e/ou familiares no momento da alta hospitalar, as percepções dos profissionais da AH e da APS apresentaram diferenças: enquanto a maioria dos profissionais da APS (n= 32, 94,2%) consideram que pouca informação é compreendida, apenas 15 (60,0%; p=0,001) profissionais da AH apresentam essa percepção (Tabela 3).

Tanto enfermeiros atuantes na AH, quanto aqueles que atuam na APS, consideram-se satisfeitos com os cuidados e orientações realizadas

no processo de alta hospitalar (n=13, 52%) e cuidado ofertado pela APS após a alta hospitalar (n=21, 61,8%), respectivamente (Tabela 4).

Quanto a organização das equipes de saúde para a alta hospitalar, na tabela 5 encontramos que a maioria dos enfermeiros, tanto AH, quando da APS, afirma que é disponibilizado plano de alta escrito (n=44, 74,6%). Porém, não é individualizado e com a descrição dos principais cuidados necessários à recuperação do paciente (n=30, 50,8%). Pouco mais da metade dos enfermeiros entende que há um fluxo estabelecido de referência e contrarreferência entre AH e APS (n=32, 54,2%). A maioria dos enfermeiros da APS (n=32, 94,2%; p=0,001) entende que são poucas as orientações fornecidas na alta hospitalar para apoiar os cuidados de forma adequada após a alta hospitalar, enquanto apenas 15 (60%) enfermeiros da AH percebem do mesmo modo. As principais informações descritas no plano de alta são relativas ao plano de tratamento atual (n= 36, 61%), as informações menos frequentes são relativas ao acompanhamento do paciente (n=12, 20,3%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos enfermeiros atuantes na AH e APS de Santa Catarina, 2021.

Características	AH	APS	Total	Valor P
Sexo, n (%)¹				
Feminino	20 (80,0)	30 (88,2)	50 (84,7)	0,385
Masculino	5 (20,0)	4 (11,8)	9 (15,3)	
Idade, mediana (AIQ) ²	28 (13,5)	35 (14,8)	33 (13,0)	0,385
Tempo de Formação n(%)¹				
<1 ano	2 (8,0)	0 (0,0)	2 (3,4)	0,102
1 a 4 anos	13 (52,0)	11 (32,4)	24 (40,7)	
5 a 10 anos	4 (16,0)	11 (32,4)	15 (25,4)	
Mais de 10 anos	6 (24,0)	12 (35,2)	18 (30,5)	
Tempo de atuação n(%)¹				
3 meses a 1 ano	6 (24,0)	9 (26,5)	15 (25,5)	0,805
1 a 4 anos	11 (44,0)	12 (35,3)	23 (39,0)	
5 a 10 anos	3 (12,0)	7 (20,6)	10 (16,9)	
Mais de 10 anos	5 (20,0)	6 (17,6)	11 (18,6)	

*AIQ: Amplitude interquartil; AH: Atenção Hospitalar; APS: Atenção Primária à Saúde.
1 – teste de qui-quadrado de Pearson

2 – teste U de Mann-Whitney para amostras independentes

Tabela 2 - Comunicação das equipes de saúde na alta hospitalar, Santa Catarina, 2021.

Percepções sobre comunicação na alta hospitalar, n (%) ¹	AH	APS	Total	Valor P
É importante que equipe que acompanhou o paciente na AH se comunique com a APS em saúde após a alta dele				
Discorda total ou parcialmente	2 (8,0)	2(5,9)	4 (6,8)	0,717
Neutra	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (1,7)	
Concorda total ou parcialmente	22 (88,0)	32 (94,1)	54 (91,5)	
Existem fragilidades nas pactuações entre os serviços de saúde para encaminhamento dos pacientes com alta hospitalar para a APS				
Discorda total ou parcialmente	1 (4,0)	1 (2,9)	2 (3,4)	0,801
Neutra	1 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Concorda total ou parcialmente	23 (92,0)	33 (97,1)	56 (94,9)	
Existe a comunicação entre a AH e equipe de saúde de referência do paciente sobre alta hospitalar e os cuidados que ele necessita				
Nunca ou raramente	18(72,0)	27 (79,4)	45(76,3)	0,375
Sempre ou às vezes	7 (28,0)	6 (17,6)	13(22)	
Após a alta hospitalar do paciente, os serviços (AH e APS) se comunicam				
Nunca ou raramente	22(88,0)	30(88,2)	52 (88,1)	0,673
Sempre ou às vezes	2(8,0)	4 (11,8)	6 (10,2)	
Como você ou um membro de sua equipe se comunica com AH/APS (sim/não)				
Comunicação verbal por telefone, sim	12 (48,0)	20 (58,8)	32 (54,2)	0,410
Comunicação por escrito, sim	5 (20,0)	4 (11,8)	9 (15,3)	0,385
Comunicação eletrônica, sim	2 (8,0)	6 (17,6)	8 (13,6)	0,285
Não há comunicação, sim	6 (24,0)	12 (35,3)	18 (30,5)	0,352
Outros	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (1,7)	0,240
Avaliação da qualidade da comunicação entre Atenção Hospitalar e atenção primária durante a transição do cuidado dos pacientes				
Boa	1 (4,0)	2 (5,9)	3 (5,3)	0,070
Média	8 (32,0)	2 (5,9)	10 (16,8)	
Fraco	10 (40,0)	20 (58,8)	30(50,8)	
Ruim	6 (24,0)	10 (29,4)	16 (27,1)	

AH: Atenção Hospitalar; APS: Atenção Primária à Saúde; ¹Teste qui-quadrado de Pearson. * = mais de uma opção poderia ser escolhida.

Tabela 3 - Orientação aos pacientes e/ou familiares na alta hospitalar AH e APS, Santa Catarina, 2021.

Percepções sobre a orientação fornecida aos pacientes e/ou familiares na transição do cuidado, n (%) ¹	AH	APS	Total	Valor P
AH - É realizada orientação ao paciente e ou familiares sobre a continuidade do cuidado com a unidade de referência dele.				
APS - Os pacientes que recebem alta hospitalar ou os familiares do mesmo procuram a unidade de saúde para dar continuidade ao cuidado.				
Nunca ou raramente	6 (24,0)	2 (5,9)	8 (13,6)	0,045*
Sempre ou às vezes	19 (76,0)	32 (94,1)	51 (86,4)	
AH - São realizadas orientações sobre uso de medicamentos no domicílio quando o paciente está se preparando para alta.				
APS - Os pacientes e/ou familiares apresentam dúvidas sobre os medicamentos prescritos, posologia e tempo de tratamento.				
Nunca ou raramente	2 (8,0)	0 (0,0)	2 (3,4)	0,093
Sempre ou às vezes	23 (92,0)	34 (100,0)	57 (96,6)	
AH - As orientações realizadas na alta hospitalar são passadas verbalmente para o paciente e/ou familiares.				
APS - Na APS os pacientes e/ou familiares relatam as orientações passadas verbalmente pela equipe de saúde da AH.				
Nunca ou raramente	5 (20,0)	10 (29,4)	15 (25,4)	0,375
Sempre ou às vezes	20 (80,0)	23 (67,5)	43 (72,9)	
AH - São esclarecidas dúvidas do paciente e de sua família no momento da alta.				
APS - O paciente recebeu alta hospitalar e/ou familiares dele apresentam dúvidas em relação continuidade de cuidados e serviços que devem procurar.				

continua...

... continuação tabela 03

Percepções sobre a orientação fornecida aos pacientes e/ou familiares na transição do cuidado, n (%) ¹	AH	APS	Total	Valor P
Nunca ou raramente	2 (8,0)	0 (0,0)	2 (3,4)	0,093
Sempre ou às vezes	23 (92,0)	34 (100,0)	57 (96,6)	
AH/APS - Compreensão das informações, fornecidas no momento da alta, pelo paciente e/ou família.				
Nenhuma	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (1,7)	0,001*
Pouca	15 (60,0)	32 (94,2)	47 (79,7)	
Toda ou maioria	10 (40,0)	1 (2,9)	11 (18,6)	

AH: Atenção Hospitalar; APS: Atenção Primária à Saúde; ¹Teste qui-quadrado de Pearson.

*diferença estatisticamente significativa entre respostas de enfermeiros da AH e APS no teste de qui-quadrado de Pearson.

Tabela 4 - Satisfação dos profissionais sobre o processo de alta hospitalar da AH e APS, Santa Catarina, 2021.

Satisfação dos enfermeiros sobre os cuidados de transição, n (%) ¹	AH	APS	Total	Valor P
AH - Grau de satisfação sobre os cuidados e orientações realizadas no processo de alta hospitalar dos pacientes				
APS - Grau de satisfação sobre o cuidado ofertado pela atenção primária no período após alta hospitalar dos pacientes.				
Satisfeito	13 (52,0)	21 (61,8)	34 (57,6)	0,748
Neutro	4 (16,0)	4 (11,8)	8 (13,6)	
Insatisfeito	8 (32,0)	9 (26,5)	17 (28,8)	

AH: Atenção Hospitalar; APS: Atenção Primária à Saúde; ¹Teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 5 - Organização das equipes de saúde no processo de alta entre AH e APS, Santa Catarina, 2021.

Percepções sobre organização das equipes de saúde, n (%)	AH	APS	Total	Valor P
Existe fluxo estabelecido de referência e contra referência entre a AH e APS para acompanhamento do paciente				

continua...

... continuação tabela 05

Percepções sobre organização das equipes de saúde, n (%)	AH	APS	Total	Valor P
Discorda total ou parcialmente	7 (28,0)	17 (50,0)	24 (40,7)	
Neutro	2 (8,0)	1 (2,9)	1 (1,7)	0,147
Concorda total ou parcialmente	16 (64,0)	16 (47,1)	32 (54,2)	
O plano da alta hospitalar é um plano de alta escrito, individualizado, com a descrição dos principais cuidados necessários para recuperação do paciente				
Nunca ou raramente	14 (56,0)	16 (47,1)	30 (50,8)	
Sempre ou às vezes	10 (40,0)	18 (52,9)	28 (47,5)	0,397
É disponibilizado ao paciente um plano de alta escrito para apoiar os cuidados adequados				
Nunca ou raramente	3 (12,0)	11 (32,4)	14 (23,7)	
Sempre ou às vezes	21 (84,0)	23 (67,6)	44 (74,6)	0,082
As orientações fornecidas na alta hospitalar para apoiar os cuidados adequados ao paciente após a alta hospitalar				
Nenhuma informação	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (1,7)	
Poucas informações	15 (60,0)	32 (94,2)	47 (79,7)	0,001*
Toda ou maioria das informações	10 (40,0)	1 (2,9)	11 (18,6)	
AH - Informações que o enfermeiro ou outro membro da equipe fornece no plano de alta				
APS - Informações descritas no plano de alta (sim/não)				
Resumo dos eventos que ocorreram, sim	12 (48,0)	19 (55,9)	31 (52,5)	0,549
Resumo das condições médicas atuais, sim	13 (52,0)	13 (38,2)	26 (44,1)	0,293
Plano de tratamento atual, sim	15 (60,0)	21 (61,8)	36 (61,0)	0,891
Informações sobre o acompanhamento, sim	4 (16,0)	8 (23,5)	12 (20,3)	0,478

AH: Atenção Hospitalar; APS: Atenção Primária à Saúde; *Teste qui-quadrado de Pearson.

*diferença estatisticamente significativa entre respostas de enfermeiros da Atenção Hospitalar e APS no teste de qui-quadrado de Pearson.

DISCUSSÃO

As percepções dos enfermeiros da AH e APS sobre a alta hospitalar são apresentadas nesse estudo. Destaca-se que, ao mesmo tempo que os enfermeiros compreendem a importância de acompanhar o paciente após a alta hospitalar,

reconhecem que existem fragilidades nas pactuações entre os serviços de saúde. Tais fragilidades são evidenciadas ao longo dos resultados, quando os enfermeiros apontam que a comunicação entre os serviços é fraca, persistência

de dúvidas quanto a medicamentos após a alta hospitalar, ausência de plano de alta individualizado, orientações na alta hospitalar em pouca quantidade e pouca compreensão dessas informações. Paradoxalmente, tanto enfermeiros da AH, quanto da APS, se sentem satisfeitos com os cuidados de transição que promovem.

A busca pela integralidade da atenção em saúde não é tarefa fácil, considera-se aqui a complexidade do sistema, que abrange diferentes níveis de atenção, fontes diversificadas de financiamento, profissionais de diversas formações e especialidades, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos, além dos usuários de diferentes cenários sociodemográficos. Além disso, as próprias formações de uma rede de cuidado, com suas várias intersecções, devem ser incluídas nesse fenômeno complexo, pois cada conexão possui características próprias¹⁴.

A alta hospitalar marca um sinal de desafio significativo aos pacientes e familiares. Quando as orientações realizadas pela equipe da Atenção Hospitalar são bem-sucedidas e os cuidados clínicos bem executados, a probabilidade de complicações após a alta hospitalar diminui. Tal processo pode ser facilitado pelos programas de transição – realidade praticada em outros países – que consistem em programas de transição de cuidado que incluem consultas de acompanhamento após a alta hospitalar, agendadas com o paciente na atenção primária. Esse acompanhamento garante o cumprimento do plano de alta, monitoramento da saúde e é uma oportunidade para diagnosticar precocemente problemas que possam vir a acontecer, antes mesmo, de sintomas e sinais clínicos aparecerem. Existem modelos de transição do cuidado que realizam o cuidado presencial desde o hospital até o acompanhamento domiciliar, bem como, modelos com monitoramento por telefone^{2,5,12}.

O estudo mostra uma comunicação frágil entre AH e APS. A comunicação da equipe hospitalar com a equipe de referência do paciente é uma atividade pouco realizada, mas essencial para o plano de alta². Para a implementação de estratégias de TC, tanto aquelas utilizadas nos

EUA⁶, quanto as utilizadas nos países latino-americanos¹¹, a capacidade de comunicação dos profissionais de saúde é imprescindível. Ainda, essa comunicação deve ser considerada em diferentes direções: profissional-profissional, profissional-paciente, profissional-família. Uma meta-análise sugeriu que intervenções de comunicação na alta hospitalar estão significativamente associadas com menor número de readmissões hospitalares, maior adesão ao tratamento e maior satisfação do paciente e, portanto, são importantes para facilitar a transição do cuidado¹⁵.

A implementação do uso de resumos de alta eletrônicos melhora a qualidade do tempo de comunicação com a atenção primária e gera satisfação aos médicos da atenção primária em relação a esse aspecto¹⁶. O uso de ferramentas como o *teach-back* e qualquer método usando tecnologia mobile mostra efeitos positivos na redução de readmissões hospitalares¹⁷. Em estudo sobre as preferências de profissionais da AH e APS sobre a forma de comunicação da alta hospitalar, há uma sobreposição da preferência por um prontuário eletrônico compartilhado, além de ambos os grupos reportarem preocupações acerca da segurança do paciente e da continuidade do cuidado. A defesa de um prontuário eletrônico compartilhado se dá pela possibilidade de garantir uma transição de cuidado mais segura¹⁸. Por outro lado, há que se considerar que para além de sistemas que garantam maior segurança, é preciso o comprometimento dos profissionais com informações completas, que permitam uma redução de ruídos entre aqueles que acessam as informações. A comunicação ineficaz repercute em cuidado inseguro, sendo um fator contributivo para desfechos desfavoráveis, assim como uma comunicação efetiva reflete positivamente nos processos assistenciais, na qualidade dos serviços e cuidado com o paciente^{5,19}. A readmissão pode estar relacionada a perda de continuidade do cuidado, devido a fragilidade do sistema e problemas no comportamento de autocuidado do paciente, desse modo reconhece-se o benefício de um sistema integrado de cuidados para a continuidade de cuidados.

Constatou-se nessa pesquisa que os profissionais da AH realizam a orientação de acompanhamento na unidade de saúde para continuidade do cuidado e que os pacientes costumam procurar o serviço, o que se mostra um ponto positivo para o processo de transição.

A continuidade do cuidado é um trabalho que deve ser realizado em rede, é fundamental a criação de estratégias de vinculação entre os serviços para que a comunicação e a informação aconteçam, evitando a descontinuidade de cuidados. Além disso, as redes internacionais de enfermagem descrevem o papel dos enfermeiros como uma estratégia de comunicação que articula pessoas e organizações²⁰. Porém, percebe-se uma distância bastante grande da transição de cuidado. Entende-se que não basta apenas a informação e orientação para a unidade de saúde de referência do paciente em alta. É preciso que exista, de fato, comunicação entre esses dois espaços de cuidado com troca de informações efetivas, que possam colaborar no cuidado do paciente após a alta hospitalar².

Apesar de apresentarem plano de alta escrito, ele não é individualizado, e concentra informações sobre o plano de tratamento atual, porém a informação menos frequente é sobre o acompanhamento do paciente. A baixa confiabilidade nas informações recebidas no plano de alta hospitalar é um desafio, pois embora os resumos de alta sejam utilizados com base em evidências, o uso de modelos garante a inclusão de todos os componentes necessários. A variação da qualidade pode estar atribuída a prática de “copiar e colar”, ou seja, se constrói um documento com as mesmas informações, independente do paciente²¹.

O plano de cuidados impacta diretamente na colaboração e engajamento de pacientes e cuidadores⁴. Nos estados Unidos, na pediatria, por exemplo, um quarto das instruções de alta não atende os padrões preconizados para o país. Nesse caso a acessibilidade foi frequentemente limitada pelo letramento ou pela linguagem discordante das instruções²². Um estudo envolvendo crianças utilizou modelo de TC,

SAFER Care, que emprega ciclos Planejar-Fazer-Estudar-Agir (do inglês, *Plan-Do-Study-Act* - PDSA), e incluiu diversas iniciativas para um planejamento de alta eficiente, demonstrando melhoria na compreensão dos cuidadores sobre as instruções de alta²³. O uso de modelos de planos de alta podem ser uma ferramenta valiosa para melhorar o conteúdo das instruções de alta e acessibilidade²².

Um estudo conduzido em 2018 apontou que a falta de envio ou a presença de divergências nas informações do paciente, bem como a ineficácia dos mecanismos de referência e contrarreferência, resultam em falhas na comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Essas falhas contribuem para a fragmentação do cuidado e, conseqüentemente, para a diminuição da qualidade do atendimento prestado aos pacientes²⁴.

Garantir que todas as informações específicas de um indivíduo estejam claras na transição é crucial para um processo de cuidado bem-sucedido. Pacientes que estão em um ambiente de trauma ou reabilitação, normalmente recebem cuidados fornecidos por muitos profissionais usando um sistema interdisciplinar de abordagem de equipe. Assim, há uma necessidade de informações detalhadas a serem compartilhadas entre as equipes durante qualquer transição²⁵.

Este estudo mostra que 40% dos profissionais da AH apontam que todas as informações passadas são entendidas pelo paciente e/ou familiares, no momento da alta, enquanto 94,2% dos profissionais da APS apontam que os pacientes compreendem poucas informações passadas. Esse achado traz preocupação, visto que o período de alta hospitalar pode representar um momento frágil para o paciente e seus familiares. Uma meta-análise em rede sobre serviço de TC entre pacientes com insuficiência cardíaca em alta hospitalar mostrou que visitas domiciliares feitas por enfermeiros e manejo clínico da doença (visitas de seguimento com manejo multidisciplinar da insuficiência cardíaca) diminuem a mortalidade geral desses pacientes, e o manejo do caso feito pelo enfermeiro reduz

as readmissões, sendo esses serviços que reduzem o custo para o sistema de saúde²⁶.

Em relação às limitações desse estudo, trabalha-se com uma amostra limitada, contudo, utilizou-se diferentes estratégias de divulgação. O período pandêmico, é um fator que impacta na

taxa de retorno à pesquisa, considerando a alta demanda e sobrecarga de trabalho desses profissionais. Porém, trata-se de um assunto emergente, especialmente no Brasil, e que merece ganhar espaço para discussão e implementação de novas estratégias nesse contexto.

CONCLUSÃO

O estudo aponta para a comunicação como uma grande fragilidade na alta hospitalar, que se expressa nesse estudo, pela percepção de uma comunicação fraca entre AH e APS, pela fragilidade do plano de alta e orientações realizadas verbalmente. O que permite sugerir que se desdobra em um maior número de dúvidas após a alta hospitalar e que pode acarretar dificuldades para o manejo clínico na TC.

Considerando que essa é uma temática pouco discutida na literatura nacional, ressaltase a importância de ampliar a discussão. Este estudo apresenta alguns elementos que podem ser utilizados para nortear novas pesquisas na área, além de permitir repensar nossas práticas em saúde, como por exemplo o fortalecimento da comunicação interprofissional, com implementação de estratégias que melhorem a comunicação entre AH e APS, garantindo troca de informações efetivas sobre o paciente, o uso de prontuários eletrônicos compartilhados e ferramentas de comunicação adequadas podem facilitar a transmissão segura de dados importantes entre os profissionais de saúde; individualização dos planos de alta,

considerando as necessidades específicas de cada paciente, incluído informações claras sobre o acompanhamento pós-alta, medicamentos prescritos e orientações para os cuidados domiciliares; implementação de programas de transição do cuidado, como consultas de acompanhamento após a alta hospitalar, pode contribuir significativamente para a continuidade do cuidado e redução de complicações pós-alta, esses programas devem envolver AH e APS, para garantir uma transição suave e integrada; investimento na capacitação dos profissionais; incentivo ao engajamento dos pacientes e cuidadores, com fornecimento de informações claras e acessíveis sobre o plano de cuidados; bem como criar redes de cuidado integradas, em que os diferentes níveis de atenção trabalhem colaborativamente, de forma coordenada e articulada.

A melhoria do processo de transição do cuidado, especialmente a alta hospitalar, permite uma assistência à saúde mais integrada, segura e centrada no paciente. O investimento em estratégias que aprimorem esse processo é essencial para a qualidade do cuidado.

Declaração do autor CREdIT

Conceituação: Duarte, B; Tomasi, CD. Metodologia: Duarte, B; Tomasi, CD. Validação: Duarte, B; Zugno, P; Rodrigues, LVO; Birolo, IVB; Soratto, J; Ceretta, L; Tomasi, CD. Análise estatística: Zugno, P; Tomasi, CD. Análise formal: Duarte, B; Zugno, P; Rodrigues, LVO; Birolo, IVB; Soratto, J; Ceretta, L; Tomasi, CD. Investigação: Duarte, B; Rodrigues, LVO; Birolo, IVB; Tomasi, CD. Recursos: Duarte, B; Rodrigues, LVO; Tomasi, CD. Redação-elaboração do rascunho original: Duarte, B; Rodrigues, LVO; Birolo, IVB; Soratto, J; Tomasi, CD. Redação-revisão e edição: Zugno, P; Birolo, IVB; Soratto, J; Ceretta, L; Tomasi, CD. Visualização: Duarte, B; Zugno, P; Rodrigues, LVO; Birolo, IVB; Soratto, J; Ceretta, L; Tomasi, CD. Supervisão: Tomasi, C.D. Administração do projeto: Tomasi, CD.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Coleman EA, Boulton C. Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs: Position Statement of The American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51: 556–557. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x
2. Weber LAF, Lima MAD da S, Acosta AM, Marques GQ. Transição do Cuidado do Hospital para o Domicílio: Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm* 2017; 22. doi:10.5380/ce.v22i3.47615. doi:10.5380/ce.v22i3.47615.
3. Lorenzini E, Boell JEW, Oelke ND, Rodrigues CD, Trindade LF, Winter VDB et al. Care transition from hospital to home: cancer patients' perspective. *BMC Res Notes* 2020; 13: 267. doi: 10.1590/S0104-07072012000200023.
4. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of Care: The Transitional Care Model. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 2015; 20. doi:10.3912/OJIN.Vol20No03Man01.
5. Coffey A, Mulcahy H, Savage E, Fitzgerald S, Bradley C, Benefield L et al. Transitional care interventions: Relevance for nursing in the community. *Public Health Nurs* 2017; 34: 454–460. doi: 10.1111/phn.12324.
6. Mays G, Li J, Clouser JM, Du G, Stromberg A, Jack B et al. Understanding the groups of care transition strategies used by U.S. hospitals: an application of factor analytic and latent class methods. *BMC Med Res Methodol* 2021; 21: 228. doi: 10.1186/s12874-021-01422-7.
7. Costa MFBNA da, Andrade SR de, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev esc enferm USP* 2019; 53: e03477. doi: 10.1590/s1980-220x2018017803477.
8. Murrow JR, Rabeeah Z, Osei K, Apaloo C. Reducing costs and improving care after hospitalization: Economic evaluation of a novel transitional care clinic. *Health Serv Manage Res* 2021. doi: 10.1177/09514848211028710.
9. Ensing HT, Koster ES, Stuijt CCM, van Dooren AA, Bouvy ML. Bridging the gap between hospital and primary care: the pharmacist home visit. *Int J Clin Pharm* 2015; 37: 430–434.
10. Li J, Clouser JM, Brock J, Davis T, Jack B, Levine C et al. Effects of Different Transitional Care Strategies on Outcomes after Hospital Discharge—Trust Matters, Too. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2022; 48: 40–52. doi: 10.1016/j.jcjq.2021.09.012.
11. Lima MAD da S, Magalhães AMM de, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm* 2018; 39. doi:10.1590/1983-1447.2018.20180119.
12. Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LAF. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. *Int Nurs Rev* 2017; 64: 379–387.
13. Conselho Federal de Enfermagem. *Enfermagem em Números. Brasil, 2021.*
14. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHA da L, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF de. Health care networks under the light of the complexity theory. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem* 2015; 19. doi:10.5935/1414-8145.20150023.
15. Becker C, Zimbrunn S, Beck K, Vincent A, Loretz N, Müller J et al. Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2021; 4: e2119346.
16. Murphy SF, Lenihan L, Orefuwa F, Colohan G, Hynes I, Collins CG. Electronic discharge summary and prescription: improving communication between hospital and primary care. *Ir J Med Sci* 2017; 186: 455–459.
17. Mashhadi SF, Hisam A, Sikander S, Rathore MA, Rifaq F, Khan SA et al. Post Discharge mHealth and Teach-Back Communication Effectiveness on Hospital Readmissions: A Systematic Review. *IJERPH* 2021; 18: 10442.
18. Munchhof A, Gruber R, Lane KA, Bo N, Rattray NA. Beyond Discharge Summaries: Communication Preferences in Care Transitions Between Hospitalists and Primary Care Providers Using Electronic Medical Records. *J GEN INTERN MED* 2020; 35: 1789–1796.
19. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Communication and Coordination Processes Supporting Integrated Transitional Care: Australian Healthcare Practitioners' Perspectives. *International Journal of Integrated Care* 2020; 20: 1. doi: 10.5334/ijic.4685.
20. Guzmán MDCC, Ferreira A, Andrade SR de. Role of Nurses for Continuity of Care After Hospital Discharge. *Texto contexto - enferm* 2020; 29: e20190268. . doi: 10.1590/1980-265x-tce-2019-0268.
21. Rattray NA, Sico JJ, Cox LM, Russ AL, Matthias MS, Frankel RM. Crossing the Communication Chasm: Challenges and Opportunities in Transitions of Care from the Hospital to the Primary Care Clinic. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2017; 43: 127–137. doi: 10.1016/j.jcjq.2016.11.007.
22. Rodriguez VA, Boogs EF, Verre MC, Siebenaler MK, Wicks JS, Castiglioni C et al. Hospital Discharge Instructions: Characteristics, Accessibility, and National Guideline Adherence. *Hosp Pediatr* 2022; 12: 12.
23. Uong A, Philips K, Hametz P, Dunbar J, Jain P, O'Connor K et al. SAFER Care: Improving Caregiver Comprehension of Discharge Instructions. *Pediatrics* 2021; 147: e20200031. doi: 10.1542/peds.2020-0031.
24. Oliveira CRF de, Samico IC, Mendes MF de M, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2019; 35: e00119318. . doi: 10.1590/0102-311x00119318.
25. Jackson PD, Biggins MS, Cowan L, French B, Hopkins SL, Uphold CR. Evidence Summary and Recommendations for Improved Communication during Care Transitions. *Rehabilitation Nursing* 2016; 41: 135–148. doi: 10.1002/rnj.230.
26. Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis: Comparative effectiveness of transitional care services in patients hospitalized with heart failure. *Eur J Heart Fail* 2017; 19: 1427–1443. doi: 10.1002/ejhf.765.

Recebido: 22 março 2022.

Aceito: 08 agosto 2023.

Publicado: 13 setembro 2023.