

Comunicação e orientação na transição do cuidado domiciliar em pacientes pós alta

Communication and guidance in the transition of home care in post-discharge patients

Comunicación y orientación en la transición de la atención domiciliar en pacientes post-alta

Recebido: 03/06/2022 | Revisado: 15/06/2022 | Aceito: 17/06/2022 | Publicado: 29/06/2022

Valéria de Freitas Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9415-2202>
Centro Universitário Dinâmica das Cataratas, Brasil
E-mail: vallery_freitas@hotmail.com

Wesley Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1083-9515>
Centro Universitário Dinâmica das Cataratas, Brasil
E-mail: wesley.martins@udc.edu.br

Josiane Andrade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7285-7108>
Centro Universitário Dinâmica das Cataratas, Brasil
E-mail: Josiane.andrade@udc.edu.br

Resumo

Objetivo: identificar as principais dificuldades encontradas por familiares/cuidadores relacionado a passagem de informação da equipe multidisciplinar pós alta hospitalar. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada por meio dos estudos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino Americana e do Caribe em ciências da saúde e no portal ScientificEletronicLibrary Online. Os critérios estabelecidos como inclusão nessa pesquisa foram: estudos completos e originais disponibilizados gratuitamente, período de publicação entre os últimos dez anos (2012 a 2021) no idioma português. Os dados foram analisados de forma descritiva. **Resultados:** através da coleta de dados realizados nas bases de dados, foram encontrados nove estudos, que abordaram cuidados de transição na alta hospitalar, comunicação entres os envolvidos na alta hospitalar e programa melhor em casa. **Conclusão:** um bom planejamento nos cuidados de transição é essencial para obter um resultado na continuidade do tratamento dos pacientes. As falhas de comunicação também são relacionadas a eventos adversos e é por isso que diferentes formas de comunicação devem ser utilizadas entre os níveis de atenção à saúde para reduzir o risco de complicações no tratamento do paciente após a alta hospitalar, bem como as altas mal planejadas e falhas de comunicação provocam ansiedade e insegurança no paciente e na família.

Palavras-chave: Cuidados de transição; Programa Melhor em Casa; Enfermagem; Educação em saúde; Alta hospitalar.

Abstract

Objective: to identify the main difficulties encountered by family members/caregivers related to passing on information from the multidisciplinary team after hospital discharge. **Methodology:** this is an integrative literature review carried out through studies available in the Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature and the Scientific Eletronic Library Online portal. The criteria established for inclusion in this research were: complete and original studies available for free, period of publication between the last ten years (2012 to 2021) in Portuguese. Data were analyzed descriptively. **Results:** through data collection carried out in the databases, nine studies were found, which addressed transitional care at hospital discharge, communication between those involved in hospital discharge and a better program at home. **Conclusion:** good planning in transitional care is essential to obtain a result in the continuity of treatment of patients. Communication failures are also related to adverse events, which is why different forms of communication should be used between levels of health care to reduce the risk of complications in patient care after hospital discharge, as well as ill-planned discharges. and communication failures cause anxiety and insecurity in the patient and family.

Keywords: Transitional care; Better at Home Program; Nursing; Health education; Hospital discharge.

Resumen

Objetivo: identificar las principales dificultades encontradas por los familiares/cuidadores relacionados con la transmisión de información del equipo multidisciplinario después del alta hospitalaria. **Metodología:** se trata de una revisión integrativa de la literatura realizada a través de estudios disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud y el portal Scientific Eletronic Library Online. Los criterios establecidos para la inclusión en esta investigación fueron: estudios completos y originales disponibles de

forma gratuita, período de publicação entre los últimos diez años (2012 a 2021) en portugués. Los datos se analizaron descriptivamente. Resultados: a través de la recolección de datos realizada en las bases de datos, se encontraron nueve estudios que abordaron la atención de transición al alta hospitalaria, la comunicación entre los involucrados en el alta hospitalaria y un mejor programa en el hogar. Conclusión: una buena planificación en el cuidado transicional es fundamental para obtener un resultado en la continuidad del tratamiento de los pacientes. Las fallas en la comunicación también están relacionadas con los eventos adversos, por lo que se deben utilizar diferentes formas de comunicación entre los niveles de atención de salud para reducir el riesgo de complicaciones en la atención del paciente después del alta hospitalaria, así como las altas mal planificadas y las fallas en la comunicación causan ansiedad. e inseguridad en el paciente y la familia.

Palabras clave: Atención de transición; Programa Mejor en Casa; Enfermería; Educación para la salud; Alta hospitalaria.

1. Introdução

O momento da alta hospitalar é na maioria das vezes um desafio para familiares e pacientes, onde surgem as dúvidas de como manter a assistência em domicílio. Na transição hospitalar, ou seja, onde o paciente recebe alta para casa, nem sempre é passada todas as orientações necessárias. A transição do cuidado pode ser definida como um conjunto de ações direcionadas a assegurar a continuidade dos cuidados entre diferentes estabelecimentos de saúde ou entre diferentes níveis de cuidado dentro do mesmo local (Weber, 2018).

A transição de cuidados em saúde refere-se a qualquer momento de prestação de cuidados em que existe a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, com o objetivo de manter a continuidade dos cuidados e a segurança dos pacientes.

Quando realizada do hospital para o domicílio, a transição é demandada por diversos desafios, tanto por parte da equipe multiprofissional que acompanha o paciente, como por parte dos familiares e cuidadores e até mesmo de quem está recebendo a assistência. Essas situações necessitam de profissionais capacitados, uma equipe multidisciplinar com uma visão ampliada relacionada ao cuidado com foco no paciente, que disponha de boa comunicação com a rede de apoio de saúde, bem como preparação técnica para realizar uma boa orientação aos envolvidos, garantindo assim uma transição completa e de qualidade (Kauark, 2021).

A comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes é de suma importância e visa aprimorar os cuidados diários após a alta hospitalar. O enfermeiro, ao propiciar um ambiente passível para a exposição de problemas e dúvidas sobre o gerenciamento do autocuidado, pode facilitar a compreensão das orientações e assim, proporcionar maior adesão aos cuidados e ao tratamento no domicílio (Weber et al., 2019).

Segundo Figueiredo, Potra e Lucas (2019), a comunicação eficaz entre profissionais de saúde se trata da transmissão de informações entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa e sem ambiguidade, compreendida pelo receptor e requer a existência de conhecimento, competência e empatia, sendo que uma das estratégias que contribui para garantir a existência de uma comunicação mais eficaz é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da transmissão de informação.

É importante ressaltar que a alta hospitalar é uma transição que prevê a continuidade dos cuidados ao paciente no domicílio. Portanto, a equipe de saúde deve estar preparada para elaborar um plano de conduta terapêutica, da melhor maneira possível, que seja eficiente e compatível com cada particularidade de familiares e principalmente paciente. A logística inclui principalmente a educação e preparação do familiar, cuidador e paciente, para assim ter uma assistência de qualidade e eficiente no desempenho e adaptação da retomada das atividades (Flesch & Araújo, 2014).

Para Cesar e Santos (2005), um programa de alta hospitalar pode contribuir para que a família e o paciente sejam capazes de dar continuidade aos cuidados iniciados no âmbito hospitalar, criando possibilidades de manutenção ou melhoria no estado de saúde do paciente, bem como sua independência para atividades cotidianas quando suas condições permitirem,

sempre visando auxiliar a recuperação, minimizar inseguranças e proporcionar melhor qualidade de vida familiar e social, bem como prevenir complicações e/ou comorbidades e evitar reinternações.

Desta forma as falhas na transição da alta do paciente, a não padronização do cuidado, um acompanhamento deficiente, as divergências de informações e as falhas na comunicação, atinge diretamente na qualidade da assistência prestada, acarretando readmissões e internações hospitalares não esperadas, ocasionando na fragmentação inapropriado do cuidado. Isso gera uma perda financeira no sistema de saúde e ainda implica na segurança do paciente (Kauark, 2021).

Diante do exposto o objetivo desse artigo é identificar as principais dificuldades encontradas por familiares/cuidadores relacionado a passagem de informação da equipe multidisciplinar pós alta hospitalar, assim identificar as falhas no que possam estar passando despercebido, desta maneira melhorando a qualidade de vida do paciente.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa e a partir de evidências científicas encontradas sobre o tema, dessa forma foi possível sintetizar os resultados das diferentes percepções, pelas quais são analisadas a fim de aumentar o entendimento sobre o problema de pesquisa. Além disso, contribui para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. Tal pesquisa identificou as principais dificuldades encontradas por familiares/cuidadores relacionado a passagem de informação da equipe multidisciplinar pós alta hospitalar.

A pesquisa foi realizada por meio dos estudos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME), nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em ciências da saúde (LILACS) e no portal *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO). A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2022.

Para a construção desta revisão integrativa da literatura, optou-se por adotar as etapas estabelecidas pelo método de Mendes et al., (2008). A seguir, serão descritos os procedimentos que utilizamos:

- 1ª: Identificação do tema;
- 2ª: Amostragem;
- 3ª: Categorização dos estudos;
- 4ª: Avaliação dos estudos incluídos;
- 5ª: Interpretação dos resultados;
- 6ª: Síntese do conhecimento.

Os critérios estabelecidos como inclusão nessa pesquisa foram: estudos completos e originais disponibilizados gratuitamente nesses bancos de dados previamente estabelecidos. Também foi estipulado o período de publicação entre os últimos dez anos (2012 a 2021), assim como estar publicado no idioma português.

Nos bancos de dados previamente estabelecidos, foram utilizados os seguintes descritores: “Serviços de assistência domiciliar”; “Enfermagem”; “Continuidade da assistência ao paciente” para a eleição dos artigos científicos. Os descritores utilizados foram baseados nos achados do Decs e elaborado a partir da estratégia PICO (População (P), Fenômeno de Interesse (I) e Contexto (CO)).

Ressalta-se que em primeiro momento foram analisados os títulos e resumos de cada artigo, a fim de realizar uma primeira filtragem dos estudos relacionados ao tema proposto.

Após essa primeira seleção, os artigos selecionados passaram para análise completa, na qual as pesquisadoras analisaram a pertinência do estudo e a relação com a pergunta de pesquisa, totalizando somente os artigos que consigam responder à questão norteadora. Os dados levantados nessa pesquisa foram analisados de forma descritiva.

Por se tratar de um estudo de revisão integrativa da literatura, esse estudo não passou por análise do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP), visto que nenhum dado individualizado foi levantado, todavia as pesquisadoras se comprometam em respeitar todas as questões éticas e legais regidos nas resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/2015.

3. Resultados e Discussão

Diante dos resultados obtidos mediante a coleta de dados realizados nas bases de dados, foram encontrados nove estudos, após as devidas filtrações.

No Quadro 1 estão reunidos os artigos conforme a seleção. Estão organizados de acordo com as seguintes variáveis: Número do artigo, Título do estudo, Autores, Revista e Ano de publicação e Objetivo.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos conforme as variáveis: Número do artigo, Título do estudo, Autores, Revista e ano de publicação, Objetivo e Tipo de estudo - Paraná, 2022.

Art.	Título	Autores	Revista / ano	Objetivo
01	Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo	Flesch L.D., Araujo T.C.C.F.	Estudos de Psicologia 2014	Conhecer e analisara percepção de idosos sobre a alta hospitalar, definida como transição hospital-domicílio.
02	Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado	Pena M.M., Melleiro M.M.	Rev. Enferm UFSM 2018	Analisar a relação entre processo de comunicação e ocorrência de eventos adversos e refletir acerca de um modelo para as transições do cuidado em instituições hospitalares.
03	Melhor em casa: dispositivo de segurança	Oliveira S.G., Kruse M.H.L.	Texto Contexto Enferm. 2017	Problematizar a atenção domiciliar como dispositivo de segurança, proposta pelo Programa Melhor em Casa como dispositivo de segurança, para conhecer os saberes e as condições de possibilidade que sustentam sua rede discursiva
04	Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar	Marques L.F.G., Romano-Lieber N.	Rev de Saúde Coletiva 2014	Discutir o gerenciamento da segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar.
05	Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa	Castro E.A.B., <i>et al.</i>	Rev Gaúcha Enf. 2018	Compreender os modos de organização da Atenção Domiciliar no contexto da atenção à saúde ofertada por municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa, no Estado de Minas Gerais.
06	Comunicação na transição de cuidados de Enfermagem em um serviço de emergência de Portugal	Castro C.M.C.S.P. <i>et al.</i>	Cogitare Enferm. 2022	Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno no serviço de emergência e perceber os seus conhecimentos acerca da temática da segurança do paciente.
07	Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar	Bernardino E., <i>et al.</i>	Esc Anna Nery 2022	Analisar o conceito Cuidados de Transição no contexto da gestão da alta hospitalar.
08	Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar	Weber L.A.F., <i>et al.</i>	Aquichan 2019	Avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e verificar sua associação com a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta.
09	Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios	Acosta A.M., <i>et al.</i>	Rev enfer. UFPE 2018	Analisar as atividades realizadas pelo enfermeiro na transição do cuidado ao paciente com alta hospitalar.

Fonte: Coleta de dados.

O trabalho de Flesch (2014) (Artigo 01) objetivou conhecer e analisar a percepção de idosos sobre a alta hospitalar, definida como transição hospital-domicílio. Para tanto, foi realizado um estudo de natureza exploratória e descritiva, com amostra constituída por idosos selecionados em um hospital da rede pública do Distrito Federal.

Assim, integraram a amostra constituiu por 23 homens e sete mulheres, entre 60 e 93 anos de idade, que estavam internados nos setores da Clínica Médica e Emergência. Para a coleta de dados, aplicou-se o Questionário de Continuidade de Cuidado do Paciente (QCCP) para avaliar o cuidado recebido durante a alta. O instrumento continha 41 questões – 27 destinadas ao período anterior à saída do hospital (primeira parte) e 14 voltadas para o período posterior à alta (segunda parte), distribuídas em seis sub escalas.

Verificaram-se correlações significativas entre as sub escalas do instrumento. Os resultados reafirmaram a importância do planejamento e da coordenação da alta hospitalar para assegurar continuidade dos cuidados e propiciar atenção integral no campo da Saúde do Idoso. Os autores defendem a implementação de estratégias que visem à coordenação entre as inúmeras instâncias designadas pelo sistema de saúde. Sugerem, ainda, que sejam conduzidos outros estudos que envolvam familiares de idosos em síntese recomenda-se, portanto, a validação do instrumento adotado na presente investigação para subsidiar estudos multicêntricos sobre tema candente em saúde.

Segundo os trabalhos de Benzar *et al.* (2011) e Jack *et al.* (2009), é de suma importância enfatizar que a insuficiência de orientação interfere negativamente na recuperação e no bem-estar do paciente, além de indicar que o planejamento da alta não foi bem executado.

No trabalho de Aued *et al.* (2019) os autores relataram que 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. Neste caso 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.

O Artigo 02 de Pena e Melleiro (2018), teve como objetivo analisar a relação entre processo de comunicação e ocorrência de eventos adversos e refletir acerca de um modelo para as transições do cuidado em instituições hospitalares. Desta forma trata-se de estudo teórico-reflexivo sobre o processo de comunicação e a ocorrência de EA sendo que foi realizado uma análise de referenciais teóricos, publicações de organizações, órgãos certificadores e artigos científicos, disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Public/Publisher MEDLINE (PubMed) e sites especializados, subsidiaram a discussão acerca da temática.

Segundo as análises dos referenciais teóricos, publicações de organizações órgãos, certificadores e artigos científicos demonstraram a relação entre as falhas de comunicação e a ocorrência de eventos adversos, observando que muitos problemas de comunicação entre os profissionais de saúde ocorrem durante a transição do cuidado, entretanto, quando há padronização das informações, resultados positivos são evidenciados.

Sendo assim recomenda-se a utilização de ferramentas para a padronização do processo de transição do cuidado deve ser incentivada, visto que a comunicação é essencial nas relações humanas que envolvem os pacientes, seus familiares e os profissionais, contribuindo para a transformação do cenário nas instituições de saúde e aperfeiçoamento da cultura de segurança.

Em uma pesquisa realizada por Benzar *et al.* (2011), com pacientes e cuidadores que receberam cuidados paliativos após a alta hospitalar, os participantes relataram que não foram bem orientados a respeito do prognóstico e demonstraram dificuldade no manejo dos sintomas. Essas queixas dificultam a recuperação e o bem-estar do paciente e demonstram o despreparo no planejamento da alta, principalmente com pacientes que demandam cuidados pós-internação, caso de grande parte dos idosos. A literatura tem sustentado que informações escritas (por exemplo, prospectos) auxiliam pacientes e cuidadores a compreender os cuidados pós-alta e aumentam a satisfação com relação à alta.

O Ministério da Saúde instituiu em 2011 o Programa Melhor em Casa, por meio da Portaria Ministerial n. 1.208 de 18 de junho de 2013. De acordo com a portaria, a atenção domiciliar é interpretada como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às existentes (Brasil, 2013). Sobre isso, o Artigo 03 de Oliveira e Kruse (2017) objetivou problematizar a atenção domiciliar proposta pelo Programa Melhor em Casa como dispositivo de segurança, para conhecer os saberes e as condições de possibilidade que sustentam sua rede discursiva.

A metodologia foi baseada numa pesquisa através do site Jus Brasil, com uma busca no período de maio de 2013. Em seguida, o próximo passo consistiu na elaboração das unidades analíticas, a partir das relações estabelecidas entre os enunciados e por períodos históricos. Para orientar a análise documental e compor o estudo, foram utilizadas ferramentas de Michel Foucault, como forma de “martelar” os discursos que circulam a respeito da atenção domiciliar, sendo elas: poder, biopolítica e dispositivo.

O resultado de análise possibilitou organizar duas categorias analíticas – “Do hospital para o domicílio” e “Atenção domiciliar: segurança para o paciente ou para o Estado?”. Desta forma concluiu-se que a atenção domiciliar como dispositivo de segurança constitui a casa como um lugar mais seguro e melhor para o paciente que fica próximo da família, sem risco de infecção hospitalar, recebendo atendimento de equipe que propiciará a tecnologia necessária.

A Atenção Domiciliar do Programa Melhor em casa facilita o acesso à rede, desta forma foi reconhecida como vantagens de estar inserida no programa por facilitar o transporte para unidades de pronto atendimento ou hospitalares, em caso de intercorrência ou piora do paciente, além de atendimento laboratorial domiciliar, que diminui o tempo de espera no atendimento assistencial, como também a redução da exposição ao risco de contaminação no hospital e nas unidades de urgência. Tudo isso foi comprovado através do trabalho realizado por Silva *et al.* (2017), onde o atendimento no domicílio é apresentado como melhor opção pelo conforto do lar, vínculo com a família e com a equipe e pela superação quanto às barreiras de acesso a outros pontos da rede de atenção à saúde. Foi possível compreender que, na perspectiva dos usuários, o cuidar em casa apresenta novas relações que ampliam o acesso, a autonomia e a qualidade de vida do usuário.

No Artigo 04 sobre a Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar, escrito por Marques e Romano-Lieber (2014), teve como objetivo discutir o gerenciamento da segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar.

Para tanto, fez-se uma pesquisa bibliográfica, onde foi realizada uma abordagem sobre estratégias utilizadas por equipe hospitalares, tais como reconciliação medicamentosa, orientação ao paciente e/ou cuidador, comunicação por meio de resumo de alta e seguimento domiciliar, além da necessidade de atuação interdisciplinar e interinstitucional para contribuir com a integralidade do cuidado.

Como resultado foi observado que o processo de uso de medicamentos após alta hospitalar, com foco na segurança do paciente, é complexo e envolve múltiplas ações, além de atuação interdisciplinar e interinstitucional.

Desta maneira concluiu-se que o desenvolvimento de atividades de cuidado ao paciente em alta, pela equipe hospitalar, e a existência de efetiva articulação entre o hospital e demais serviços de saúde podem representar importantes aliados neste grande desafio para a saúde pública, que é a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar.

Os mesmos autores do Artigo 04 em uma outra pesquisa observaram que os vários “crivos” ou “filtros” servem como importantes barreiras de segurança para evitar danos ao paciente, contribuindo para a segurança no processo de uso de medicamentos. Indicadores dos serviços farmacêuticos apontam que as intervenções farmacêuticas são bem aceitas pela equipe hospitalar, e os médicos ressaltaram a importância da triagem da prescrição realizada diariamente pelos farmacêuticos clínicos, nas unidades de internação. Foram citados casos eventuais de volta do paciente ou familiar ao hospital por não conseguir adquirir o medicamento por causa de problemas com a receita, como o uso de abreviatura em nomes de medicamento, a falta

da unidade de saúde ou farmácia, receita errada ou até falta de carimbo. O uso de tecnologia de informação é um recurso recomendado para evitar erros de prescrição.

Castro *et al.* (2018) (Artigo 05) apresentou uma pesquisa que teve como objeto o modo de organização da Atenção domiciliar em Minas Gerais, segundo a modalidade proposta pela Política Nacional de Atenção Domiciliar, de maneira que o objetivo principal foi compreender a organização da Atenção Domiciliar no contexto da atenção à saúde pública ofertada por municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa no estado de Minas Gerais.

Este artigo resulta de um estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório sustentado no referencial metodológico da dialética marxista discutida por Minayo, no qual os dados foram coletados por meio de visita a 12 municípios do Estado de Minas Gerais, procurando analisar as características organizacionais e logísticas dos serviços existentes. Utilizou-se uma entrevista guiada por um roteiro semiestruturado como instrumento de coleta de dados com 6 gestores municipais e 12 coordenadores dos Serviços de Atenção Domiciliar dos municípios escolhidos.

Como resultado obteve-se duas categorias de análise, a organização da oferta regulada por demandas político-administrativas, experiências prévias e perfil de saúde local e modos de organização mediados pelas necessidades dos usuários.

Neste estudo os autores verificaram que o sucesso notado nos modos de organização da Atenção Domiciliar decorre da integração entre elementos da gestão e assistenciais e também reforça que esta modalidade assistencial substitutiva apresenta potencial para a efetividade dos serviços, redução da fragmentação e resolubilidade das necessidades de saúde.

Nos processos de implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) analisados, mostrou-se como fundamental o papel do coordenador e do gestor municipal para os aspectos organizativos, funcionamento do Programa, com a pactuação de fluxos e a definição protocolos. Contudo, sabe-se que a dinâmica desses serviços possibilita uma mobilização de arranjos tecnológicos no cotidiano do processo de trabalho em saúde, conferindo potencialidade na criação de novas formas de cuidado no âmbito do domicílio (Minayo, 2014).

Castro *et al.*, (2022) no estudo 06 tiveram como objetivo conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno no serviço de emergência e perceber os seus conhecimentos acerca da temática da segurança do paciente.

O artigo trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, quantitativo, realizado em janeiro de 2019, num serviço de emergência, de um hospital em Lisboa, Portugal, sendo desenvolvido na área de internamento que inclui dois espaços distintos, a Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA) e o Serviço de Observação (SO).

A composição da amostra foi constituída por 50 enfermeiros que estava na prestação direta de cuidados e disponíveis para participar. O instrumento para coleta de dados foi um questionário de autopreenchimento, composto por três partes: a primeira sobre a caracterização sociodemográfica; a segunda refere-se à opinião sobre a transição de cuidados na mudança de turno e a terceira procurou-se aferir o conhecimento da amostra acerca da temática da segurança do paciente.

Os autores observaram que as informações de transição atualizado ocorreu em 80% dos entrevistados, quanto a transmissão de cuidados teve interferência em 84%, a avaliação do doente na transição de cuidados é benéfica em 84% e 50% conhecem os objetivos internacionais segurança do paciente; 84% concordam que a metodologia ISBAR (I Identificação; S Situação atual; B Antecedentes e R Recomendações) contribui para a segurança do paciente. Desta forma pode-se concluir que é evidente a formação de profissionais e a utilização de instrumentos padronizados como fundamentais estratégias para a segurança do paciente na transição de cuidados.

Para Kerr *et al.* (2016), o processo de transição de cuidados no serviço de urgência deveria ser estruturado, focado numa abordagem padronizada, incluindo listas de verificação, com ênfase nos cuidados de enfermagem e envolvimento do paciente. Esta estratégia, simples e fácil de implementar, tem o potencial de proporcionar a continuidade dos cuidados e melhorar a documentação no ambiente do serviço de urgência.

O artigo 07 de Bernardino *et al.* (2022) sobre “Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar” trata-se de uma reflexão analítica a respeito do conceito Cuidados de Transição no contexto da gestão da alta hospitalar.

Para a sua consecução, realizou-se uma análise teórica mediante o método de análise conceitual de Walker e Avant, que inclui oito passos que podem ocorrer sequencialmente ou de forma simultânea como a seleção do conceito; definição do objetivo; identificação do uso do conceito; definição dos atributos; descrição de um caso modelo; descrição de casos adicionais; definição de antecedentes e consequentes; definição de indicadores empíricos.

Com este estudo foi observado que cuidados fragmentados e re-internação são comuns ao conceito, bem como identificaram-se atributos de cuidado integrado, colaboração profissional, coordenação, planejamento da alta, comunicação, integração profissional e gerenciamento de casos.

Os autores defendem que cuidados de Transição são práticas coordenadas e eficazes para a continuidade dos cuidados na transferência do usuário na alta hospitalar; nesse mesmo contexto as enfermeiras de ligação são de extrema importância para estar à frente nesse processo de integração e por fim o conceito poderá favorecer a sua compreensão e a construção de conhecimentos que repercutam no cuidado coordenado e contínuo.

Preen *et al.* (2005) buscaram determinar o impacto de um plano de alta na qualidade de vida e satisfação assistencial e, já na primeira semana pós-alta, notaram ganhos significativos para os idosos, como por exemplo: mais acesso a outros serviços de saúde e mais confiança nos procedimentos adotados pela equipe. Já no trabalho de Steeman *et al.* (2006) compararam a gestão de alta por um grupo de assistentes sociais e enfermeiros treinados e um grupo controle. Os autores observaram redução do número de readmissões de pacientes atendidos o grupo experimental. E Jack *et al.* (2009) verificaram que pacientes geriátricos de um grupo de preparação para alta apresentaram 30% menos reinternações, em um prazo de 30 dias, quando comparados com o grupo controle.

No estudo de Weber *et al.*, (2019) ao qual se refere o artigo 08, teve como objetivo avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e verificar sua associação com a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta.

De acordo com a metodologia trata-se de um estudo epidemiológico observacional e transversal, realizado em um hospital geral, público e universitário do Sul do Brasil, a população foi composta por pacientes com doenças crônicas que tiveram alta de unidades de internação clínica para o domicílio. A mostra é constituída de 141 pacientes e 69 cuidadores e a coleta dos dados foi realizada em duas etapas. A primeira ocorreu no período de março a agosto de 2017 e utilizou a versão do instrumento CTM-15, adaptada e validada para o Brasil, para avaliar a qualidade da transição do cuidado. A segunda etapa da coleta de dados foi realizada em novembro de 2017. Para identificar os participantes que foram readmitidos em até 30 dias após a data da alta na hospitalização índice.

Com relação ao resultado a pontuação do CTM-15 foi de 74,7 ($\pm 17,1$). Não foi encontrada associação significativa entre a qualidade da transição do cuidado e a readmissão hospitalar. Foram readmitidos 12,3 % pacientes, sendo 46,2 % das readmissões no serviço de emergência. Sendo assim conclui-se que a qualidade da transição do cuidado de doentes crônicos de unidades de internação clínica para o domicílio apresentou um escore satisfatório. Entretanto, não foi verificada associação entre a qualidade da transição do cuidado e a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta.

Valor similar foi encontrado em estudo que utilizou o CTM para melhorar a experiência da transição do cuidado em pacientes de unidades clínicas de um hospital canadense, com ligação telefônica pós alta, encontrando pontuação moderada, com 73,1 pontos no grupo intervenção e 71,3 pontos no grupo controle, identificando pequena diferença significativa entre os dois grupos (Soong *et al.*, 2014).

Em consonância ao trabalho realizado por Acosta (2016) a qualidade da transição do cuidado de unidades de internação clínica para o domicílio foi considerada como moderada. Algumas fragilidades foram identificadas no planejamento de alta e continuidade dos cuidados no retorno para casa, como a falta de informações necessárias para gerenciar a doença,

principalmente orientações de sinais e sintomas, além de esclarecimentos insuficientes sobre efeitos colaterais das medicações de uso domiciliar.

O último artigo (09) pesquisado foi *Atividades do Enfermeiro na Transição Do Cuidado: Realidades e Desafios* por Acosta *et al.* (2018) e objetivou analisar as atividades realizadas pelo enfermeiro na transição do cuidado do paciente com alta hospitalar.

A metodologia empregada foi um estudo quantitativo, transversal e descritivo. A população foi composta por enfermeiros de unidades de internação clínica de instituições hospitalares públicas, privadas ou filantrópicas do Rio Grande do Sul. A amostra foi de 72 enfermeiros, coleta de dados ocorreu nos meses setembro e outubro de 2017, sendo utilizado um questionário estruturado, auto aplicável, elaborado a partir de revisão de literatura sobre atuação do enfermeiro na transição do cuidado na alta de pacientes do hospital para o domicílio.

No resultado observou-se que a maioria das atividades foi quanto a esclarecimento de dúvidas durante as orientações de alta e orientações sobre continuidade dos cuidados com a equipe de saúde de referência, também se observou que atividades menos realizadas foram o acompanhamento do paciente após alta e a comunicação com equipe da unidade de saúde de referência.

Verificaram que as maiores dificuldades foram referentes à realização de encaminhamentos ao hospital para a Atenção Primária à Saúde, comunicação entre os profissionais de saúde e pouca formação em serviço para qualificação dos profissionais. Sendo assim os autores concluíram que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na transição do cuidado, sendo as ações de educação em saúde realizadas com maior frequência. Devem-se ser feitos esforços para melhorar integração e articulação entre profissionais e serviços hospitalares e da Atenção Primária.

No estudo feito por Simone Albino da Silva *et al.* (2014) os dados revelaram baixo percentual de profissionais médicos especialistas em Atenção Primária à Saúde. Os participantes avaliaram os atributos com altos escores, com exceção do Acesso de Primeiro Contato. A análise dos dados revelou necessidades de aperfeiçoamento: o horário de funcionamento dos serviços; as formas de comunicação entre usuário e serviço, e entre usuário e profissionais; o mecanismo de contrarreferência.

A equipe de enfermagem pode atuar como multiplicador do conhecimento sobre saúde, a fim de esclarecer possíveis dúvidas, contribuindo para a melhoria do cuidado. Contudo, estes profissionais devem vivenciar aprendizagem contínua. No trabalho de revisão realizado por Marcondes (2015) observou que as atividades de capacitação, são apontadas como perspectiva de aprendizagem no trabalho e se justificam ao serem percebidas como ferramenta de qualificação e valorização do trabalhador, além de indicador de qualidade na assistência. E exatamente por isso, deve-se compreender que a capacitação do profissional da área saúde não deve se restringir à transferência de conteúdos técnicos, normas e protocolos.

4. Considerações Finais

Através do levantamento da literatura pode confirmar que é imprescindível reconhecer a relevância e a complexidade da transição hospital-domicílio, especialmente em saúde do idoso. Evidentemente, nesta fase do acompanhamento, as ações necessárias exigem a participação de profissionais de diversas categorias, inseridos em uma equipe de saúde organizada e dedicada à atenção integral.

Um bom planejamento nos cuidados de transição é essencial para obter um resultado na continuidade do tratamento dos pacientes. Alguns fatores têm que ser analisado como o envolvimento do paciente e da família no tratamento, a comunicação entre a equipe multidisciplinar e a família. Isso resulta no tratamento mais eficaz com uma diminuição nos casos de readmissão.

Como observados nos artigos a falhas de comunicação também são relacionadas a eventos adversos e é por isso que diferentes formas de comunicação devem ser utilizadas entre os níveis de atenção à saúde para reduzir o risco de complicações no tratamento do paciente após a alta hospitalar, bem como as altas mal planejadas e falhas de comunicação provocam ansiedade e insegurança no paciente e na família.

Constata-se que os resultados desta revisão integrativa se assemelham com os achados das publicações científicas consultadas. Dessa forma para acrescentar mais conhecimento sobre o assunto recomenda-se novos estudo que englobam temas como analisar o conhecimento dos pacientes e cuidadores a respeito do programa Melhor em Casa, levantar as dificuldades dos pacientes e acompanhantes em relação as orientações e prestação do cuidado e compreender melhor a organização da Atenção Domiciliar.

Referências

- Acosta, A., Câmara, C., Weber, L., & Fontenele, R. (2018). Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12(12), 3190-3197.
- Acosta, A. M. (2016). *Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio*. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Aued, G. K., Bernardino, E., Lapiere, J., & Dallaire, C. (2019). Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3162.
- Benzar, E., Hansen, L., Kneitel, A. H., & Fromme, E. K. (2011). Discharge planning for palliative care patients: A Qualitative Analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), 65-69.
- Bernardino, E., Sousa, S. M. de, Nascimento, J. D. do, Lacerda, M. R., Torres, D. G., & Gonçalves, L. S. (2022). Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Escola Anna Nery*, 26: e20200435.
- Borges, M. M., & Junior, R. S. (2014). A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. *Rev. Bras. Educ. Med.* 38 (2): 275 – 282
- Brasil. *Portaria n. 1.208 de 18 de junho de 2013*. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html
- Castro, C. M. C. S. P., Marques, M. C. M. P., & Vaz, C. R. O. T. (2022). Comunicação na transição de cuidados de enfermagem em um serviço de emergência de Portugal. *Cogitare Enferm.* v27:e81767.
- Castro, E. A. B. de, Leone, D. R. R., Santos, C. M. dos, Gonçalves Neta, F. das C. C., Gonçalves, J. R. L., Contim, D., & Silva, K. L. (2018). Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, (Vol. 39), e2016-0002.
- Cesar, A. M., & Santos, B. R. L. (2005, novembro a dezembro). Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Rev. Bras Enferm*, 58(6), 647-52.
- Figueiredo, A. R., Potra, T. S., & Lucas, P. B. (2019). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: Uma Revisão Scoping*. 8º Congresso Ibero-Americano Em Investigação Qualitativa Em Saúde, Atas – Investigação Qualitativa em Saúde, Lisboa, Portugal, (Vol. 2). <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2029>
- Flesch, L. D. & Araujo, T. C. C. F. (2014). Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estudos de Psicologia* (Natal), (Vol. 19), p. 227-236.
- Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., & Culpepper, L. (2009). A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Hospital Utilization: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, 150(3), 178-187.
- Kauark, K. B. (2021). *Cuidado de transição hospital-domicílio realizado por enfermeiros à pessoas idosas: revisão integrativa*. (Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Enfermagem). Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia.
- Kerr, D., Klim, S., Kelly, A. M., & McCann, T. (2016). Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: a pre-and post-implementation study. *Int J Nurs Pract*, 22(1), pp. 89-97.
- Marcondes, F. L., Tavares, C. M. M. Santos, G. S., Silva, T. N., & Silveira, P. G. (2015). Capacitação profissional de enfermagem na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. *Revista Pró-UniverSUS*, 06(3), 09-15.
- Marques, L. F. G., Romano-Lieber, S., & Nicolina, S. (2014). Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 401-420.
- Marques, L. F. G., Romano-Lieber, S., & Nicolina, S. (2014). Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1431-1444.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 17(4), 758-64.

Minayo, M. C. S. (2014). *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (14a ed.), Hucitec.

Oliveira, S. G., & Kruse, M. H. L. (2017). Better off at Home: Safety Device. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26(1), e2660015.

Pena, M. M., & Melleiro, M. M. (2018). Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(3), 616–625.

Preen, D. B., Bailey, B. E. S., Wright, A., Kendall, P., Phillips M., Hung J., & Williams, E. (2005). Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: A randomized controlled. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(1), 43-51.

Silva, K., Silva, Y., Lage, É., Paiva, P., & Dias, O. (2017). Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enfermagem*, 22(4), e49660.

Silva, S. A. da, Nogueira, D. A., Paraizo, C. M. da S., & Fraccolli, L. A. (2014). Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 48(spe), 122-128.

Soong, C, Kurabi, B, Wells, D, Caines, L, Morgan, MW, Ramsden, R., & Bell, C. M. (2014). Do post discharge phone calls improve care transitions? A Cluster-Randomized Trial. *Plos one* 9(11), e112230.

Steeman, E., Moons, P., Milisen, K., Bal, N., Geest, S., Froidmont, C., & Abraham, I. (2006). Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5), 352-358.

Weber, L. A. F., Lima, M. A. D.S., & Acosta, A. M. (2019). Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. *Aquichan*, 19(4), e1945.

Weber L. A. F. (2018). *Avaliação da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do hospital para o domicílio*. (Dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/180541>