

**Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para
atenção primária**

Hospital discharge planning as a continuity care strategy for primary care

**Planificación del alta hospitalaria como una estrategia de atención de continuidad para
la atención primaria**

Recebido: 16/09/2020 | Revisado: 26/09/2020 | Aceito: 29/09/2020 | Publicado: 30/09/2020

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2763-8050>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: fernanda.baeta@ufsc.br

Lays Souza de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6882-7691>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: layssoliveira@gmail.com

José Luís Guedes dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3186-8286>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: joseenfermagem@gmail.com

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-8849>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: gabriela.lanzoni@ufsc.br

Caroline Cechinel-Peiter

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0032-6791>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: carolcechinel@gmail.com

Resumo

Objetivo: analisar o planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde. Método: estudo qualitativo, realizado em hospital universitário na região sul do país. Aplicado questionário online com os enfermeiros e entrevista com a Diretora de Enfermagem, entre outubro e novembro de 2019 e a Análise de

Conteúdo para analisar os dados coletados. Resultados: os enfermeiros realizavam entrevista e avaliação clínica dos pacientes na internação e para o planejamento da alta hospitalar. No preparo da alta hospitalar, houve envolvimento de vários profissionais, principalmente dos médicos e enfermeiros, no entanto, não havia protocolo de contrarreferência, com o resumo das altas médicas e da enfermagem para a continuidade da assistência ao paciente para a Atenção Primária à Saúde. Os enfermeiros orientavam a família sobre os cuidados no domicílio, avaliavam as condições socioeconômicas e o ambiente domiciliar. Conclusão: a utilização de protocolos na alta hospitalar permite ao enfermeiro acompanhar o cuidado planejado e promover a continuidade do cuidado para a Atenção Primária.

Palavras-chave: Enfermagem; Alta do paciente; Continuidade da assistência ao paciente; Atenção Primária à Saúde; Hospitais.

Abstract

Objective: to analyze hospital discharge planning as a strategy of continuity of care for Primary Health Care. Method: qualitative study, carried out in a university hospital in the southern region of the country. Online questionnaire applied with Nurses and interview with the Director of Nursing, between October and November 2019 and Content Analysis to analyze the data collected. Results: Nurses conducted interviews and clinical assessment of patients during hospitalization and for planning discharge from hospital. In preparing for hospital discharge, several professionals were involved, mainly doctors and nurses, however, there was no counter-referral protocol, with the summary of medical and nursing discharges for the continuity of care for Primary Health Care. The Nurses guided the family about home care, assessed socioeconomic conditions and the home environment. Conclusion: the use of protocols at hospital discharge allows nurses to follow planned care and promote continuity of care for Primary Care.

Keywords: Nursing; Patient discharge; Continuity of patient care; Primary Health Care; Hospitals.

Resumen

Objetivo: analizar la planificación del alta hospitalaria como estrategia de continuidad del cuidado para la Atención Primaria de Salud. Método: estudio cualitativo, realizado en un hospital universitario en la región sur del país. Cuestionario conectado aplicado con enfermeros y entrevista con la directora de enfermería, entre octubre y noviembre de 2019, y análisis de contenido para analizar los datos recopilados. Resultados: Los enfermeros

realizaron entrevistas y evaluaciones clínicas de pacientes durante la hospitalización y para planificar el alta hospitalaria. Al prepararse para el alta hospitalaria, se contó con la participación de varios profesionales, principalmente médicos y enfermeros, sin embargo, no hubo un protocolo de contrarreferência, con el resumen de los egresos médicos y de enfermería para la continuidad de la atención de la Atención Primaria de Salud; los enfermeros orientaron a la familia sobre el cuidado en el hogar, evaluaron las condiciones socioeconómicas y el entorno del hogar. Conclusión: el uso de protocolos en el alta hospitalaria permite a los enfermeros seguir la atención planificada y promover la continuidad de la atención primaria.

Palabras clave: Enfermería; Alta del paciente; Continuidad de la atención al paciente; Atención Primaria de Salud; Hospitales.

1. Introdução

Diante da transição epidemiológica e demográfica da população brasileira, as ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentam novos desafios para superar a fragmentação do cuidado. As ações de saúde vêm sendo articuladas na Rede de Atenção à Saúde (RAS), em parceria com gestores e profissionais de saúde, visando consolidar a atenção integral e contínua, centrada nas necessidades individuais dos usuários.

Na RAS, espera-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja a principal porta de entrada dos serviços de saúde e coordenadora do cuidado, de forma que integre os serviços de forma regionalizada, com objetivo de melhorar o acesso em diferentes pontos da atenção, possibilitando a continuidade da assistência ao paciente ou continuidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2017a). Entretanto, percebe-se diversos problemas relativos à incipiente coordenação do cuidado no contexto da APS, evidenciado pela fragilidade no ordenamento e na definição de fluxos assistenciais e pela ausência de articulação entre os três entes federados (Aleluia, *et al.*, 2017; Bousquat, *et al.*, 2017).

Adicionalmente, percebe-se que o hospital ainda é uma importante referência para a população. Isto é percebido principalmente nos serviços de urgência e emergência, onde há um quantitativo elevado de internações relacionadas às condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), referente às morbidades que podem ser atendidas efetivamente pela APS, não necessitando de hospitalização (Lima, *et al.*, 2019). No entanto, cada vez mais, os profissionais da saúde dos hospitais, têm demonstrado preocupação com o aumento do

número de internações por condições agudas ou crônicas e com a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar.

O conceito de continuidade de cuidados não é consensual. Alguns autores se referem a uma continuidade assistencial entre os níveis de atenção, entre o hospital e o domicílio e outros, como uma concepção ampliada sobre o cuidado, incluindo ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (David, *et al.*, 2020). 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 (Ribas, *et al.*, 2018).

Continuidade do cuidado é um conceito complexo e multifacetado. Neste estudo, é definido como o grau em que uma série de eventos são experimentados pelo paciente e de acordo com as suas necessidades (Aued, *et al.*, 2019).

Nesta perspectiva, a continuidade do cuidado envolve ações de saúde planejadas, coordenadas e integradas, ao longo do tempo, em diferentes cenários de atenção à saúde. Para alcançar melhor qualidade de vida dos usuários exige-se envolvimento e comprometimento dos profissionais de saúde, gestores, usuários e familiares/cuidadores, a julgar pela preservação da integralidade da assistência à saúde. As práticas para a continuidade da assistência ao paciente dependem indispensavelmente da comunicação efetiva entre todos os atores sociais envolvidos e, da articulação dos saberes e informações para atender a singularidade dos usuários. É no contexto das interações sociais e pela compreensão das ações humanas que se dá a continuidade do cuidado, ou seja, através das relações e interações interpessoais, gerenciando e partilhando informações reflexivas, significativas e coerentes para o cuidado integral (Utzumi, *et al.*, 2018).

Ao longo do tempo e com a cronicidade das doenças, os modelos assistenciais de saúde no ambiente hospitalar vêm exigindo do enfermeiro estratégias que concretize a continuidade do cuidado, assegurando a integralidade das ações, evitando intervenções desnecessárias, a fim de, preservar o bem-estar e a saúde dos usuários (Becker, *et al.*, 2018).

No contexto internacional, Enfermeira Gestora de Casos (David, *et al.*, 2020) e Enfermeira de Ligação (Ribas, *et al.*, 2018) configuram-se como uma prática de características matriciais, com atuação transversal em relação aos níveis de atenção, mobilizando os diversos recursos de saúde de um dado território para garantir uma transição do cuidado de forma segura e qualificada.

No Brasil, em Curitiba (PR) foi implementada a Enfermeira de Ligação que desenvolve papel muito semelhante à Enfermeira Gestora de Casos, na Espanha. Destaca-se

que essa estratégia pode ser positiva para os pacientes que necessitam de continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar e reduzir as reinternações (Ribas, *et al.*, 2018).

Diante disso, a enfermagem reúne as práticas do cuidado profissional e sua atuação tem respondido às mudanças no processo de trabalho coletivo com melhores resultados frente ao modelo assistencial proposto pelo SUS. O enfermeiro passa grande parte do seu trabalho prestando o cuidado direto aos usuários, produzindo saúde centrada nas necessidades individuais, de modo que, possa reduzir os fatores de riscos, prevenir doenças e promover a saúde. Independente dos cenários de saúde, a prática clínica do enfermeiro é soberana e possibilita ampliar e fortalecer a continuidade da assistência ao paciente em todo o ciclo de vida dos usuários (Ferreira, *et al.*, 2018).

Desse modo, o enfermeiro ao realizar o planejamento da alta hospitalar com a equipe multiprofissional, seguirá monitorando os cuidados que serão necessários no domicílio em conjunto com o enfermeiro da Atenção Primária a Saúde e contribuir para a continuidade do cuidado.

Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde, em um hospital universitário na região sul do país.

2. Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa. As pesquisas qualitativas estudam os fenômenos que ocorrem na sociedade e o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações (Minayo, 2015; Pereira, *et al.*, 2018).

O estudo foi realizado nas unidades de internação cirúrgica, médica, pediátrica, ginecológica, alojamento conjunto, emergência pediátrica e emergência adulta, de um hospital universitário, localizado no sul do país, no período entre outubro e novembro de 2019.

A coleta de dados aconteceu no período entre outubro e novembro de 2019, por meio de questionário online com 44 questões abertas e fechadas relativas ao plano de alta; comunicação com a Atenção Primária à Saúde; avaliação do paciente; serviços hospitalares necessários para a continuidade do cuidado; monitorização do paciente pós-alta e reinternações. O questionário eletrônico foi elaborado e criado na plataforma *Survey Monkey*, que consiste em uma ferramenta eletrônica de acesso privado, o qual tem como proposta a criação, aplicação e coleta dos dados via internet com privacidade e segurança dos dados.

Os critérios de inclusão foram enfermeiros que trabalhavam no período matutino e vespertino, da instituição do estudo. Foram excluídos, os enfermeiros que estavam de licença médica e de férias e, as unidades de terapia intensiva neonatal e adulta, centro cirúrgico, centro obstétrico foram excluídas por realizarem alta intra-hospitalar.

Responderam o questionário na Plataforma *Survey Monkey*, 22 enfermeiros, do total de 45 que foram convidados no momento da apresentação do estudo. O questionário foi disponibilizado na plataforma no período de dois meses, e a cada 15 dias os pesquisadores enviaram mensagem aos participantes para lembrarem e responderem as questões.

Para análise de dados, adotou-se a técnica de Análise de Conteúdo para analisar os dados coletados, por meio das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise refere-se à leitura compreensiva e específica do material coletado, buscando entender as particularidades do conteúdo exposto pelos participantes, para que então, possa-se organizar classificar e referenciar os conceitos teóricos para exploração do material (Minayo, *et al.*, 2015). Os dados foram organizados em planilha do Excel® e processados no *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Para análise dos dados, o conteúdo das respostas abertas do questionário foi organizado em um *corpus* textual no programa Open Office®, revisado e organizado seguindo-se as recomendações do IRAMUTEQ (Peiter, *et al.*, 2019). As categorias de palavras incluídas para análise foram adjetivos, substantivos, verbos e formas não reconhecidas.

Neste estudo, a análise foi realizada por Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que apresentou 69,3% de aproveitamento e resultou em três classes semânticas. A interpretação das classes foi realizada pelos pesquisadores a partir das ocorrências/vocábulos que apresentaram valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$) e dos segmentos de texto atribuídos pelo *software* em cada classe.

Este estudo atendeu aos preceitos éticos da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer número 3.413.257 e CAAE: o n. 54235116.5.0000.0121. Para assegurar o sigilo e anonimato dos participantes, utilizou-se a letra F, para os enfermeiros, seguido do número correspondente à ordem de resposta (F1, F2, F3).

3. Resultados

Participaram da pesquisa 21 enfermeiros, sendo que a maioria (19; 90,4%) era do sexo feminino, com idade média de 36 anos, com especialização (10; 47,6%). Em relação à carga horária, a maioria (18; 90%) trabalha 30 horas semanais.

Dos 241 textos que compuseram o *corpus*, foram analisados 254 segmentos de texto. A análise por CHD revelou três classes semânticas: 1) Orientação para cuidado do paciente no contexto domiciliar; 2) Articulação com a Rede de Atenção à Saúde; e 3) Atuação da equipe multiprofissional na alta hospitalar. As classes apresentaram respectivamente 47,7%, 34,1% e 18,2% dos segmentos de texto e, suas análises serão apresentadas a seguir.

3.1 Orientação para o cuidado do paciente no contexto domiciliar

Desde a admissão do paciente no hospital, os profissionais iniciam o processo de orientação para a alta, incluindo identificação das necessidades de saúde e orientação do paciente e família para os cuidados necessários. Essas ações visam à promoção da continuidade do cuidado e diminuição de reinternações evitáveis.

(...) cabe à equipe de saúde identificar as necessidades de saúde e auxiliar, capacitar o cuidador que fará os cuidados domiciliares (...) (F12).

(...) todas as enfermeiras que trabalham no setor devem identificar estes pacientes a partir da história de vida do paciente, das suas condições socioeconômicas e clínicas. Tentamos prever possíveis medidas de proteção para continuidade do cuidado e evitar reinternações (...) (F3).

A contribuição do enfermeiro nas ações de continuidade do cuidado pode ser observada durante a realização do histórico de enfermagem e de visita aos pacientes, momentos que permitem a identificação de necessidades de ações específicas para a transição para o domicílio. Os enfermeiros buscam compreender a dinâmica de vida do paciente no que tange aspectos físicos, sociais, familiares, financeiros, condições de moradia, relações sociais e uso de medicamentos. Além disso, foi indicado o encaminhamento à unidade básica de saúde (UBS) em casos em que é identificada a necessidade de acompanhamento pela APS.

(...) todo paciente com comorbidades deve ser acompanhado na rede básica para prevenir reinternações e todo paciente com necessidades de curativos, acompanhamentos, etc., deve ser assistido na rede básica (...) (F1).

No planejamento da alta hospitalar, o enfermeiro e a equipe multiprofissional discutem com a família e cuidador, as condições socioeconômicas, o ambiente domiciliar e as responsabilidades do cuidado domiciliar.

(...) é conversado com o acompanhante/familiar, preferencialmente quem mora com o paciente, sobre as condições dele, questionado sobre as possibilidades deles para realizarem os cuidados propostos (...) (F6).

(...) o plano de alta pode envolver uma mudança no contexto familiar, por isto realizamos uma discussão das necessidades. Geralmente, nesse momento está o serviço social, psicólogo, enfermeiro, médico e familiares (...) (F7).

3.2 Articulação com a Rede de Atenção à Saúde

A segunda classe semântica apresentou equivalência hierárquica em relação à primeira classe. Na segunda classe, teve destaque a relação do hospital com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, em especial a APS e atenção especializada. Os enfermeiros sentem-se responsabilizados em facilitar o acesso do paciente a estes serviços, orientando quanto aos fluxos para que o paciente experencie a continuidade do cuidado.

(...) o hospital tem contato com a UBS da área do paciente e faz essa ponte para que o paciente tenha essa continuidade (...) (F12).

(...) garantir uma assistência de qualidade ao paciente, informar ao paciente e ou familiar quanto aos serviços oferecidos na rede de atenção à saúde e incentivando a adesão ao tratamento (...) (F11).

Devido a transição do paciente em diferentes pontos da RAS, os enfermeiros destacaram a importância de acessar a história de saúde do paciente, na internação e na alta, orientando os cuidados. Frente a isso, os profissionais buscam priorizar alguns casos para

realizar encaminhamentos por escrito, detalhando as condições de saúde do paciente no momento da alta.

(...) facilitaria se tivéssemos acesso ao cuidado que o paciente teve na atenção básica (...) (F17).

(...) Histórico progresso de saúde e de internações hospitalares e rede de apoio (...) (F4).

Não há protocolo institucional para a alta hospitalar e contrarreferência para a APS. O fornecimento de orientações de cuidados para os cuidados após a alta hospitalar ocorre principalmente quando o paciente necessita realizar curativos e/ou faz uso de dispositivos invasivos.

(...) identifico se o paciente tem curativo ou colostomia ou traqueostomia e demais dispositivos ou que necessitem de cuidados. Faço encaminhamento à UBS e converso com familiar cuidador e oriento sobre os cuidados necessários a serem mantidos (...) (F9).

(...) sempre que possível encaminho as orientações sobre curativos que realizo para a unidade básica. Quando há transferência do paciente para outro hospital eu ligo passando o plantão (...) (F8).

(...) nos casos específicos, em que o paciente vai para casa com bolsa de colostomia, são realizadas orientações logo nos primeiros dias após o procedimento cirúrgico conforme aceitação do paciente bem como a medida e descrição do estoma para o preenchimento do formulário de solicitação de bolsas junto à secretaria de saúde (...) (F10).

3.3 Atuação da equipe multiprofissional na alta hospitalar

A análise textual revelou que a terceira classe semântica está relacionada de maneira hierarquicamente superior às demais. Esta classe apresentou aspectos relacionados à atuação da equipe multiprofissional na alta do paciente. Os enfermeiros compreendem a contribuição

dos diferentes profissionais desde a orientação do paciente até a articulação com os demais pontos de atenção. Além disso, a boa comunicação entre a equipe teve destaque na contribuição deste processo.

(...) identificação das necessidades e acionamento da equipe multiprofissional para traçar o plano de continuidade do cuidado (...) (F17).

(...) comunicação e clareza nas discussões com a equipe multiprofissional clareza no prognóstico clínico do paciente, bom relacionamento com familiar e paciente (...) (F7).

(...) com uma comunicação ativa entre todos os envolvidos no cuidado do paciente (...) (F12).

Como suporte para a alta, os profissionais fazem uso de documentos escritos como estratégias de orientação dos pacientes. Estes documentos são realizados especialmente pela equipe médica e fazem parte das orientações daqueles pacientes identificados como prioritários.

(...) quando o paciente necessita de acompanhamento profissional mesmo após a alta para que a sua recuperação seja efetiva (...) (F6).

(...) sumário de alta hospitalar, cartão de alta, receituário médico, encaminhamento para consultas exames, etc (...) (F14).

(...) quem faz plano de alta é a equipe médica (...) (F1).

4. Discussão

Os resultados deste estudo ressaltam a atuação dos enfermeiros no planejamento da alta hospitalar desde o momento da realização da entrevista com os pacientes, na identificação dos aspectos relacionados à internação, histórico e a condição clínica e, planejam a alta hospitalar (Aued, *et al.*, 2019; Morales-Asencio, 2014).

O planejamento da alta consiste na elaboração de um plano personalizado para cada paciente que está deixando hospital e garantir o momento apropriado do seu tratamento e, para que a prestação dos cuidados pós-alta seja organizada. Os achados deste estudo reforçam evidências já descritas na literatura sobre a importância de que, o planejamento da alta considera aspectos físicos e psicológicos do paciente; a rede de apoio; doença de base; limitações físicas e motoras; terapia medicamentosa e autonomia individual (Gonçalves-Bradley, *et al.*, 2016; Galvin, *et al.*, 2017). O plano de alta hospitalar é um importante instrumento de comunicação com os profissionais da RAS, uma vez que fornece informações necessárias para a continuidade dos cuidados prestados no hospital e concede segurança terapêutica aos pacientes (Valente, *et al.*, 2019).

A segurança do paciente vem se tornando uma preocupação constante dos profissionais de saúde e requer um contínuo processo de atualização que, demanda estratégias de educação permanente, além do envolvimento da equipe multidisciplinar no cuidado integral direto e contínuo ao paciente (Machado, *et al.*, 2020).

Estudo realizado no Hospital Escola em João Pessoa/PB revela a necessidade de enfermeiros introduzirem a participação dos familiares/cuidadores nos cuidados e na construção do plano de alta hospitalar. Desse modo, o enfermeiro desenvolve ações de educação em saúde necessárias para estimular a qualidade de vida, melhor conduzir o enfrentamento no processo de saúde e doença e, promover a continuidade da assistência ao paciente (Martins, *et al.*, 2015).

Nesse sentido, cuidar e educar são processos relacionais que possibilitam fortalecer e empoderar a autonomia e bem-estar dos pacientes. As ações e tecnologias do processo cuidado-educativo possibilitam transformar e estimular pensamentos críticos, reflexivos e independentes num novo estilo de vida, buscando mudanças na construção dos saberes. Ao considerar as subjetividades individuais e os valores culturais do ambiente onde se inserem, tornam-se sujeitos éticos, sociais e protagonistas do seu próprio ser (Salbego, *et al.*, 2018).

É importante que, as equipes multidisciplinares trabalhem integradas para que a comunicação ocorra em uma linguagem única e permita o cuidado integral e humanizado (Brondani, *et al.*, 2016). Nesse sentido, vários meios de comunicação são utilizados pelas equipes de saúde do hospital e a APS, entre elas, o e-mail, telefone e sistema informatizado. Tais recursos são considerados positivos e podem colaborar no aperfeiçoamento dos processos de transição do cuidado na RAS (Lima, *et al.*, (2018).

A comunicação é o principal elemento para o trabalho em equipe e a troca de informações entre os profissionais, familiares e pacientes. Ela possibilita a redução de

problemas com os medicamentos no domicílio, avaliar a prontidão para a alta levando em conta as necessidades físicas, emocionais e estruturais do ambiente domiciliar, e fornecer orientações claras e precisas sobre os cuidados pós-alta hospitalar (Canary & Wilkins, 2016).

O Ministério da Saúde desenvolveu manual com o objetivo de orientar os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e os dirigentes de hospitais gerais e especializados para Alta Responsável. Este manual contém informações sobre o processo de efetivação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e sobre a organização, articulação e acompanhamento dos fluxos dos usuários na RAS. É importante destacar que a Política Nacional de Atenção Hospitalar traz o conceito de Alta Responsável como um mecanismo de transferência de cuidados realizado por meio da orientação aos pacientes e familiares quanto à continuidade da assistência ao paciente (Ministério da Saúde, 2017b).

A continuidade do cuidado depende do planejamento da alta hospitalar, acompanhamento na pós-alta e apoio domiciliar. Reduz eventos adversos evitáveis como, erros de medicação, quedas e infecções pós-operatórias, e quando é realizada com qualidade, reduz a taxa de reinternação. Em seis, de 12 estudos realizados nos Estados Unidos, Dinamarca, França e Austrália houve redução no tempo e na taxa de reinternação em um período de até seis meses após a alta hospitalar (Allen, *et al.*, 2014).

Segundo Damasceno & Alves (2020) os índices de internação hospitalar, no sistema público de saúde, são significativamente elevados e com alto custo estando presente entre pessoas com 60 anos ou mais. Esse recorte é bastante visível quando se discute internações por condições sensíveis na APS.

Os pacientes que necessitam de cuidados complexos, na alta hospitalar, dependem da continuidade do cuidado. O plano terapêutico deve ser centrado e impulsionado pelas necessidades do paciente. Desse modo, a continuidade do cuidado ocorre quando três dimensões do conhecimento estão alinhadas e integradas entre pacientes e os profissionais de saúde, ou seja, relacionamento, comunicação e coordenação do cuidado fornecem uma estrutura organizadora para que a transição do cuidado na alta hospitalar ocorra de forma segura e efetiva (Bahr & Weiss, 2018).

Nessa perspectiva, as informações e a comunicação quando coordenadas e compartilhadas entre pacientes/familiar e provedores de saúde permitem que as decisões terapêuticas sejam assertivas sobre os cuidados, evitam intervenções desnecessárias e promovem a continuidade do cuidado além do ambiente hospitalar (Costa, 2019a). Para isso, destaca-se a importância do trabalho em equipe, educação continuada para os profissionais de

saúde sobre plano de alta, integração do hospital com APS e adoção de protocolos de alta hospitalar (Valente, *et al.*, 2019).

A continuidade do cuidado promove a transferência segura e oportuna dos usuários entre os diferentes níveis de atenção, incluem atividades desde a admissão, alta do paciente e pós-alta. Para o sucesso desta faz-se necessário, a comunicação entre os profissionais sobre a alta hospitalar; elaboração do plano de alta; preparação do paciente e familiares/cuidador para o autocuidado; adesão ao tratamento, e acompanhamento pós-alta (Allen, *et al.*, 2014).

Estudo realizado na Espanha mostrou que o enfermeiro planeja e realiza a continuidade do cuidado para a APS. Este enfermeiro, denominado de Enfermeiro Hospitalar de Enlace é responsável, desde a internação do paciente, por avaliar as necessidades individuais; motivo da internação e a condição clínica e social. Em conjunto com equipe multiprofissional, elabora um plano de alta hospitalar e realiza o acompanhamento dos cuidados no domicílio com o enfermeiro da APS. O Enfermeiro Hospitalar de Enlace atua como coordenador do cuidado trabalha em equipe, possui conhecimentos sobre os recursos necessários para o cuidado intra e extra-hospitalar, manejo terapêutico e conhecimentos de informática (Costa, *et al.*, 2019b).

No Brasil, a utilização de protocolos clínicos permite ao enfermeiro monitorar o cuidado que foi planejado na alta hospitalar e promover a continuidade do cuidado. Em Curitiba, no Hospital Universitário, por exemplo, foi implementado um protocolo de contrarreferência para APS pelas Enfermeiras de Ligação, que são responsáveis por identificar os pacientes internados que necessitam de continuidade do cuidado e planejar a alta hospitalar. No protocolo de contrarreferência, há o resumo de alta hospitalar do médico, enfermeiro e dos profissionais da equipe multiprofissional. Depois de finalizado, o protocolo é enviado por e-mail, pela Enfermeira de Ligação, à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, que encaminha à unidade de saúde de origem do paciente (Ribas, *et al.*, 2018).

O tratamento de pacientes na atenção primária pode ser complexo, principalmente em caso de alta precoce e presença de comorbidades. Para a continuidade do cuidado desses pacientes é importância que os enfermeiros da APS recebam o apoio necessário para a tomada de decisão clínica, por exemplo, por meio de enfermeiros especializados, diretrizes, protocolos, formulários de tratamento de feridas, vias de tratamento e planos de tratamento (Lumbers, 2019).

Estudo identificou que intervenções de continuidade do cuidado evitam reinternações hospitalares em curto prazo de pessoas idosas com doenças crônicas. Destacaram-se as visitas domiciliares e acompanhamento por telefone como principais intervenções. A maioria das

intervenções foi realizada por enfermeiros com formação e/ou capacitação específica para tal (Facchinetti, *et al.*, (2020).

A atuação do enfermeiro na preparação do paciente para a alta nos últimos dois dias de hospitalização pode reduzir readmissões. Um trabalho em equipe para a continuidade pode beneficiar os pacientes e os sistemas de saúde (Bahr, *et al.*, 2020).

5. Considerações Finais

Os enfermeiros deste estudo compreenderam que o planejamento da alta deve ser iniciado na admissão do paciente, ao levantar o histórico clínico, os motivos da internação e avaliação multidimensional. Também reconheceram a necessidade de identificar os pacientes que apresentam problemas complexos de saúde e desenvolver o plano de alta e a continuidade do cuidado para a Atenção Primária à Saúde.

A maioria dos profissionais desconhece a RAS, contribuindo para a fragmentação do cuidado. Sugere-se que, novas estratégias sejam desenvolvidas pelos gestores e profissionais para melhorar a integração e comunicação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Os Enfermeiros mostraram que, no planejamento da alta hospitalar, preocupam-se em realizar a continuidade da assistência aos pacientes internados em condições agudas e crônicas, mesmo sem ter um protocolo de plano de alta e contrarreferência implementado na instituição do estudo.

Apesar disso, as respostas dos enfermeiros possibilitaram analisar as práticas desenvolvidas para a continuidade do cuidado para a Atenção Primária à Saúde. Contudo, novos estudos são necessários para abranger o conhecimento sobre o planejamento da alta e a continuidade do cuidado.

Referências

Aleluia, I. R. S., Medina, M. G., Almeida, P. F. & Vilasbôas, A. L. (2017). Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1845-1856. DOI:10.1590/1413-81232017226.02042017.

Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R. & Livingston, P. M. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *Health Services Research*, 14(1):1-18. DOI:10.1186/1472-6963-14-346.

Aued, G. K., Bernardino, E., Lapierre, J. & Dallaire, C. (2019). Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (27):2-8. DOI:10.1590/1518-8345.3069.3162.

Bahr, S.J., Bang, J., Yakusheva, O., Bobay, K. L., Krejci, J., Costa, L., Hughes, R. G., Hamilton, M., Siclovan, D. M. & Weiss, M. E. (2020). Nurse Continuity at Discharge and Return to Hospital. *Nursing Research*: 69(3): 186-196. DOI:10.1097/NNR.0000000000000417.

Bahr, S. J. & Weiss, M. E. (2018). Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 25(2):1-10. DOI: 10.1111/ijn.12704.

Becker, R. M., Heidemann, I. T. S. B., Meirelles, B. H. S., Costa, M. F. B. N. A., Antonini, F. O., & Durand, M. K. (2018). Nursing care practices for people with Chronic Noncommunicable Diseases. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6):2643-2649. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0799.

Bousquat, A., Giovanella, L., Campos, E. M. S., Almeida, P. F., Martins, C. L., & Mota, P. H. S. (2017). Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4),1141-1154. DOI:10.1590/1413-81232017224.28632016.

Brondani, J. E., Leal, F. Z., Potter, C., Silva, R. M., Noal, H. C. & Perrando, M. S. (2016). Challenges of referral and counter-referral in health care in the Workers' perspective. *Cogitare Enfermagem*, 21(1):1-8. DOI: 10.5380/ce.v21i1.43350.

Brasil. (2012). Portaria n. 466, de 12 de dezembro de 2012. *Conselho Nacional de Saúde (CNS)*. Brasília. Recuperado de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Canary, H. E., & Wilkins, V. (2016). Beyond Hospital Discharge Mechanics: Managing the Discharge Paradox and Bridging the Care Chasm. *Qualitative Health Research*, 27(8):1225-1235. DOI: 10.1177/1049732316679811.

Costa, M.F.B.N.A. (2019a). Continuidade do Cuidado: aspectos teóricos [apresentação ao II *Ciclo de Debates em Gestão em Saúde e Enfermagem*. Florianópolis, SC, Brasil.

Costa, M. F. B. N. A., Andrade, S. R., Soares, C. F., Pérez, E. I. B., Tomás, S. C., & Bernardino, E. (2019b). The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, (53):1-8. DOI:10.1590/s1980-220x2018017803477.

Damasceno, V. A. & Alves, K. K. A. F. (2020). Aplicação e contribuições dos indicadores hospitalares: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 9(8): e902986637. DOI: 10.33448/rsd-v9i8.6637.

David, H. M. S. L., Riera, J. R. M., Mallebrera, A. H. & Costa, M. F. L. (2020). A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1),315-324. DOI: 10.1590/1413-81232020251.29272019.

Facchinetti, G., D'Angelo, D., Piredda, M., Petitti, T., Matarese, M., Oliveti, A., & Marinis, M.G. (2020). Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 101:103396. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103396.

Ferreira, S. R. S., Périco, L. A. D., & Dias V. R. F. G. (2018). The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1):704-709. DOI:10.1590/0034-7167-2017-0471.

Galvin, E. C., Wills, T. & Coffey, A. (2017). Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11):2547-2557. DOI: 10.1111/jan.13324.

Golçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2016). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. DOI:10.1002/14651858.cd000313.pub5.

Lima, A. C. M. G., Nichiata, L. Y. I., & Bonfim, D. (2019). Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2019;53:e03414. DOI: 10.1590/S1980-220X2017042103414.

Lima, M. A. D. S., Magalhães, A. M. M., Oelke, N. D., Marques, G. Q., Lorenzini, E. & Weber, L. A. F. (2018). Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, (39):1-12. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.20180119.

Lumbers, M. (2019). Challenges in wound care for community nurses: a case review. *British Journal of Community Nursing*, 24(Sup3), S25–S27. DOI: 10.12968/bjcn.2019.24.sup3.s25.

Machado, E. A., Santo, F. H. E., Ribeiro, M. N. S., Silvino, Z. R., Cardoso, R. S. S., Almeida, E. G. R. & Aranha, J. S. (2020). Envelhecimento e prevenção de quedas: visão da equipe de enfermagem de um hospital de transição. *Research, society and development*, 9(10): e2749108566. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8566.

Martins, K. P., Macedo-Costa, N. F., Oliveira, D. S. T., Valdevino, S. C., Rezende, L. C. M. & Costa, T. F. (2015). Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(1):1756- 1764. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F. & Gomes, R. (2015). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade: análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa*. 34. ed. Rio de Janeiro: Vozes.

Ministério da Saúde. (2017a) Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Ministério da Saúde. (2017b). *Manual de Implantação e Implementação Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados*. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>.

Morales-Asencio, J. M. (2014). Case management and complex chronic diseases: Concepts, models, evidence and uncertainties. *Enfermería Clínica*, 24(1):23-34. DOI:10.1016/j.enfcli.2013.10.002.

Peiter, C. C., Santos, J. L. G., Lanzoni, G. M. M., Mello, A. L. S. F., Costa, M. F. B. N. A., & Andrade, S. R. (2019). Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. *Escola Anna Nery*, 23(1), e20180214. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka R. *Metodologia da Pesquisa Científica*. Santa Maria, RS: UFSM, NTE, 2018. 1 e-book. Recuperado de https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1

Ribas E. N., Bernardino, E., Larocca, L. M., Neto, P. P., Aued, G. K., & Silva, C. P. C. (2018). Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1): 546-553. DOI:10.1590/0034-7167-2017-0490.

Salbego, C., Nietzsche, E. A., Teixeira, E., Girardon-Perlini, N. M. O., Wild, C. F. & Ilha, S. (2018). Care-educational technologies: an emerging concept of the praxis of nurses in a hospital contexto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2666- 2674. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0753.

Utzumi, F. C., Lacerda, M. R., Bernardino, E., Gomes, I. M., Aued, G. K. & Sousa, S. M. (2018). Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(2):e4250016. DOI: 10.1590/0104-070720180004250016.

Valente, S. H., Barbosa, S. M., Ferro, D., Fabriz, L. A. Schönholzer, T. E. & Pinto, I. C. (2019). Drug-Related Problems in the transitional care of the elderly from hospital to home. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl 2), 361-9. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0848.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa – 40%

Lays Souza de Oliveira– 30%

José Luís Guedes dos Santos – 10%

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni – 10%

Caroline Cechinel Peiter– 10%