



CONTINUIDADE DO CUIDADO DA ALTA HOSPITALAR PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A PRÁTICA ESPANHOLA

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa¹ 

Suely Itsuko Ciosak²

Selma Regina de Andrade¹ 

Cilene Fernandes Soares³ 

Esperanza I. Ballesteros Pérez⁴ 

Elizabeth Bernardino⁵ 

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

² Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem, São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁴ Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain.

⁵ Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: compreender o plano de alta e as facilidades e dificuldades para a continuidade do cuidado na atenção primária à saúde.

Método: estudo qualitativo e exploratório, desenvolvido em Madrid, Barcelona, Múrcia, Sevilha e Granada, com 29 enfermeiras hospitalares de enlace que atuam nos hospitais universitários, no período entre 2016 e 2018. Para a coleta de dados foi empregado questionário *on-line*, com questões abertas e fechadas sobre o perfil das enfermeiras; contexto de trabalho; plano de alta hospitalar; a comunicação da enfermeira hospitalar com a atenção primária; e todas analisadas com base na técnica de Análise Temática.

Resultados: as enfermeiras hospitalares de enlace da Espanha elaboram o plano de alta, com pelo menos 48 horas de antecedência; oferecem o Relatório de Continuidade do Cuidado; orientam o paciente, família e cuidadores para os cuidados necessários após a alta hospitalar; coordenam as consultas e os encaminhamentos e realizam visita domiciliar. A comunicação com a atenção primária ocorre pelo sistema informatizado e telefone, e o monitoramento pelos indicadores e relatórios estatísticos. Em casos de reinternação, as enfermeiras são solicitadas e contatadas pelas enfermeiras da atenção primária. Dentre as facilidades, a comunicação com a atenção primária, e dificuldades, a falta de enfermeiras de enlace.

Conclusão: as enfermeiras hospitalares de enlace da Espanha realizam o plano de alta e a comunicação com a atenção primária. Na internação do paciente são acionadas quando há necessidade de continuidade do cuidado para a atenção primária

DESCRIPTORIOS: Cuidado transicional. Alta hospitalar. Continuidade da assistência ao paciente. Enfermeiras e Enfermeiros. Atenção Primária à Saúde.

COMO CITAR: Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E. Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20180332. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332>

CONTINUITY OF HOSPITAL DISCHARGE CARE FOR PRIMARY HEALTH CARE: SPANISH PRACTICE

ABSTRACT

Objective: to understand discharge plan and the facilities and difficulties for continuity of care in Primary Health Care.

Method: a qualitative and exploratory study carried out in Madrid, Barcelona, Murcia, Seville and Granada, with 29 hospital liaison nurses working in university hospitals, between 2016 and 2018. For data collection, an online questionnaire was used with open and closed questions about the profile of nurses; work context; hospital discharge plan; communication between hospital nurses and primary care. All were analyzed based on Thematic Analysis.

Results: hospital liaison nurses from Spain draw up a discharge plan at least 48 hours in advance. They offer a Continuity of Care Report, guide patients, families and caregivers to the necessary care after hospital discharge, coordinate consultations and referrals and carry out home visits. Communication with primary care occurs through the computerized system and telephone. Monitoring takes place using indicators and statistical reports. In cases of readmission, nurses are requested and contacted by nurses in primary care. Communication with primary care is among the facilities. Lack of liaison nurses is among the difficulties.

Conclusion: hospital liaison nurses from Spain carry out a discharge plan and communicate with primary care. When patients are hospitalized, they are called when there is a need for continuity of care for primary care.

DESCRIPTORS: Transitional care. Patient discharge. Continuity of patient care. nurse. Primary health care.

CONTINUIDAD DEL CUIDADO AL ALTA HOSPITALARIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: PRÁCTICA ESPAÑOLA

RESUMEN

Objetivo: conocer el plan de alta y las facilidades y dificultades para la continuidad de cuidado en la Atención Primaria de Salud.

Método: estudio cualitativo y exploratorio, desarrollado en Madrid, Barcelona, Murcia, Sevilla y Granada, con 29 enfermeras hospitalarias de enlace que laboran en hospitales universitarios, entre 2016 y 2018. Para la recogida de datos, se utilizó un cuestionario online, con preguntas abiertas y cerradas sobre el perfil de enfermeras; el contexto de trabajo; el plan de alta hospitalaria; la comunicación entre enfermeras hospitalarias y atención primaria. Todos fueron analizados con base en la Análisis Temático.

Resultados: las enfermeras hospitalarias de enlace de España elaboran el plan de alta con al menos 48 horas de antelación; ofrecer el Informe de continuidad de la atención; orientar al paciente, la familia y los cuidadores hacia la atención necesaria después del alta hospitalaria; coordinar consultas y derivaciones y realizar visitas domiciliarias. La comunicación con atención primaria se realiza a través del sistema informático y telefónico, y el seguimiento mediante indicadores e informes estadísticos. En los casos de readmisión, las enfermeras son solicitadas y contactadas por enfermeras de atención primaria. Entre las facilidades, la comunicación con la atención primaria y las dificultades, la falta de vinculación de enfermeras.

Conclusión: enfermeras hospitalarias de enlace de España realizan el plan de alta y se comunican con atención primaria. En la hospitalización del paciente, se desencadenan cuando existe la necesidad de continuidad asistencial para la atención primaria.

DESCRIPTORES: Cuidado de transición. Alta del paciente. Continuidad de la atención al paciente. Enfermeras y Enfermeros. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem sido um dos maiores desafios e, para atender às necessidades sociais e de saúde geradas por essa população, é fundamental o desenvolvimento de políticas públicas, em especial, no setor saúde. No Brasil, o perfil epidemiológico tem se mostrado heterogêneo devido ao aumento da população idosa, com doenças crônicas e incapacitantes, exigindo do sistema de saúde ações integrais.¹

Estudo sobre o envelhecimento populacional realizado em território nacional identificou que houve uma redução dos leitos e de hospitalizações por enfermidades, principalmente, decorrentes do sistema circulatório, o que pode ser reflexo da melhoria da atenção primária e qualidade de vida. Por outro lado, percebeu-se que o aumento de doenças por outras causas, estão contribuindo para a alteração do quadro epidemiológico.²

As instituições hospitalares têm buscado o padrão de excelência no atendimento aos pacientes em condições de saúde cada vez mais complexas, que demandam respostas concretas em um dado contexto. A competência clínica dos enfermeiros pode ser uma estratégia para alcançar melhores resultados em termos de assistência,³ com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Compreende-se que a gestão do cuidado é uma das atribuições do enfermeiro no processo de cuidar e que a SAE é realizada com o objetivo de melhorar a assistência.⁴

O enfermeiro, ao sistematizar a assistência, contribui para o controle eficaz de complicações durante a internação hospitalar, o planejamento do cuidado, o preparo da alta e a orientação do paciente e familiar para os cuidados domiciliares. O plano de alta de enfermagem deve ser considerado como uma etapa da SAE, e é uma forma de facilitar a transição do paciente nos serviços de saúde e realizar a continuidade do cuidado. O plano de alta é um instrumento que permite organizar o cuidado, de acordo com as necessidades de cada paciente, e tem início na admissão, com a participação de uma equipe interdisciplinar.⁵

Planejar a alta hospitalar possibilita reduzir os custos com as internações; realizar a continuidade do cuidado do hospital para o domicílio; diminuir as reinternações e minimizar riscos de infecção hospitalar. O enfermeiro, membro da equipe assistencial, é corresponsável pelo preparo do paciente e sua família para a alta hospitalar, porém, essa prática tem sido pouco aplicada nos contextos hospitalares.⁵

Estudo realizado em Sidney, Austrália, mostrou que os enfermeiros que trabalham na atenção primária, com crianças e famílias vulneráveis, idosos em condição crônica e na saúde mental, prestam o cuidado integrado, incluindo a atenção especializada. Essa enfermeira, denominada de enlace, é incentivada a desenvolver várias áreas de domínio: coordenador, educador, comunicador, defensor, agente de mudança, gerente, colaborador, negociador, líder de equipe e clínico. O resultado do estudo citado apontou que o domínio mais importante desenvolvido pelo enfermeiro é o da coordenação do cuidado.⁶ A enfermeira de enlace tem o papel de facilitar a intervenção dos diferentes profissionais e serviços para que o paciente e sua família alcancem os objetivos terapêuticos previstos, e é quem coordena e facilita a continuidade da assistência desses pacientes com a atenção primária.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como atributos: acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema; a longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; a integralidade, que implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde e a coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.^{7:49-50}

Em Múrcia, na Espanha para atender a população com doenças crônicas (70-80%), com alto risco (15%) e complexos (5%), o sistema de saúde propôs a implantação de um conjunto de estratégias dirigidas à continuidade do cuidado entre os níveis assistenciais coordenadas pela enfermeira hospitalar de enlace (EHE). Foi nesse contexto que surgiu o Programa de Atenção aos Pacientes Crônicos, Complexos e Multi-ingressos (PCCM). Os pacientes de alta complexidade são aqueles que apresentam muitas patologias, fazem uso de várias medicações, apresentam fragilidade e necessitam de recursos sociais e de saúde.⁸Estudos internacionais⁸⁻⁹ reforçam a necessidade de planejar e prestar o cuidado à saúde, organizando a continuidade do cuidado ao domicílio. A enfermeira de enlace na Espanha prepara a alta hospitalar e realiza a comunicação com a atenção primária. Este estudo teve como objetivo compreender o plano de alta e as facilidades e dificuldades para a continuidade do cuidado na APS.

MÉTODO

Pesquisa do tipo exploratória de abordagem qualitativa, desenvolvida em Madrid, no Hospital Clínico San Carlos; Getafe; Hospital Universitario Severo Ochoa; Hospital Doce de Octubre; Hospital Puerta de Hierro en Madajahonda. Em Barcelona, no Hospital Universitario de Bellvitge; Hospital Vall d'Hebron e Hospital Germans Trias. Em Sevilha, no Hospital Virgen del Rocío. Em Granada, no Hospital Virgen de las Nieves. Em Múrcia, no Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; Hospital General Universitario Morales Meseguer, e Hospital de la Veja Lorenzo Guirao.

Participaram 29 EHEs, sendo oito de Madrid, 11 de Barcelona, seis de Múrcia, dois de Sevilha e dois de Granada, e foram selecionadas porque realizam a continuidade do cuidado para a atenção primária. O recrutamento contou com a colaboração de enfermeiras facilitadoras em Madrid, Barcelona e Múrcia, todas com conhecimento do objeto de estudo.

O contato com os locais da pesquisa foi realizado no mês de janeiro de 2017, em Madrid e Barcelona, e em fevereiro de 2018 em Múrcia. Nos meses de março e abril de 2018, em Sevilha e Granada, o contato ocorreu por *e-mail* e telefone. Nas visitas aos hospitais, o projeto de pesquisa foi apresentado, momento no qual efetuou-se o convite às enfermeiras, a Gerente ou Diretora.

Para a coleta de dados foi empregado questionário *on-line* com questões abertas e fechadas sobre o perfil das enfermeiras; contexto de trabalho; plano de alta hospitalar; a comunicação da enfermeira hospitalar com a atenção primária; e, então, analisadas. O questionário, elaborado em português, foi traduzido para o espanhol, sendo inserido na plataforma *Survey Monkey*^(R), que consiste em uma ferramenta eletrônica de acesso privado, que tem como proposta a criação, aplicação, coleta e análise dos dados via internet com privacidade e segurança a estes.

As participantes receberam *e-mail* convite com um *link* da *web*, que direcionava à plataforma eletrônica *Survey Monkey*^(R) e à abertura imediata da Declaração de Consentimento cujo preenchimento era condição obrigatória para a abertura das páginas subsequentes. Cada questão do questionário precisava ser respondida para que o participante conseguisse passar para a seguinte. O tempo estimado para o preenchimento foi de 15 a 20 minutos.

Os dados foram analisados com base na técnica de Análise Temática que consiste na agregação dos elementos chaves, resultando em categorias definidas, em consonância com os objetivos da pesquisa e da literatura sobre o tema.¹⁰ As categorias que emergiram foram: plano de alta; comunicação entre as enfermeiras do hospital e atenção primária; comprometimento e confiança com o usuário; monitoramento após a alta hospitalar e, facilidade e dificuldades para a continuidade do cuidado pela enfermeira hospitalar de enlace.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 29 EHEs que atuavam em hospitais de Madrid, Barcelona, Sevilha, Granada e Múrcia, na Espanha. Embora os hospitais tenham abrangência e finalidades distintas (universitário; de clínicas; geral e de especialidade), buscou-se destacar os elementos comuns que compunham a prática e a atuação das EHEs na continuidade do cuidado.

Plano da alta para a continuidade do cuidado

As EHE informaram que o planejamento da alta se inicia desde a internação do paciente, durante toda a hospitalização até quando há conhecimento da alta hospitalar, e, mais especificamente, a partir da detecção de que o paciente necessitará de cuidados após esta, afirmando que o mesmo deve ocorrer o mais breve possível, no primeiro contato e na entrevista inicial, ao ser realizada a avaliação da condição do paciente, considerando sua situação clínica e suas necessidades de intervenção. O início desse planejamento depende também, da forma e motivo de internação daquele no hospital: se foi programado ou por evento agudo; ou ainda, encaminhado de outro hospital ou de um centro de saúde.

As EHEs que oferecem cuidados a pacientes crônicos e de alta complexidade afirmaram que a alta é planejada com muito pouco tempo, no máximo 48 horas antes. Nesses casos, é necessário projetar a provável data de alta com encaminhamento precoce do paciente e do cuidador.

Outros profissionais estão envolvidos na alta. Predominantemente, as enfermeiras responsáveis pelo paciente, seguido dos médicos; assistentes sociais; enfermeiras supervisoras de unidade, e fisioterapeutas.

Os principais elementos registrados no planejamento da alta do paciente são: diagnósticos principais, cuidados realizados no hospital e a situação clínica atual do paciente. Em geral, levam em consideração a autonomia do mesmo, anterior à internação e a atual, os medicamentos em uso, o plano terapêutico de enfermagem, e o contato em caso de emergência. É possível, também, considerarem a situação cognitiva e o suporte social do paciente, as informações da história clínica, e a assistência farmacêutica no sistema informatizado denominado HORUS.

Além disto, as EHEs executam outras atividades no preparo da alta, entre elas: prever o cuidado necessário no domicílio; identificar o tratamento que será realizado, e prover os insumos necessários para a continuidade do tratamento, como exemplo, oxigênio (oxigenoterapia) e sondas (vesical, nasoenteral, etc.), bem como orientações para o cuidador e familiar sobre o cuidado. Também é de sua responsabilidade coordenar as consultas e os encaminhamentos necessários após a alta hospitalar, e realizar a visita domiciliar.

Na hospitalização há entrevistas com os familiares e cuidadores quando a família é convidada a participar do plano de cuidados durante a internação e a alta. É nesse encontro que os familiares oferecem informações sobre a situação prévia do paciente, os cuidados recebidos e recursos que dispõem.

As EHEs relataram explicar na consulta de enfermagem o plano de alta para o paciente e orientar sobre o cuidado e autocuidado para os pacientes, familiares e cuidadores ou em atividades grupais. Nas consultas, as enfermeiras solicitam ao paciente, a presença de um familiar. A família recebe toda a informação verbal e escrita no dia da alta. Às vezes, as orientações sobre o plano de alta são realizadas em conjunto com outros profissionais, entre eles, o médico, a enfermeira responsável pelo cuidado ou a enfermeira supervisora da unidade.

Na alta, a maioria das EHEs oferece ao paciente e familiar, o Relatório de Continuidade do Cuidado, que contém as informações médicas e de enfermagem: dados do paciente desde a internação, avaliação/processo clínico, descrição dos padrões funcionais, exames e resultados,

tratamento prescrito, resumo da permanência hospitalar, diagnósticos, e também algumas informações para a alta, como o tratamento a ser seguido, plano de cuidados de enfermagem; orientações para o cuidado no domicílio; seguimento das visitas domiciliares; e, informações do centro de saúde ao qual o paciente está vinculado.

Comunicação entre as enfermeiras de enlace e os serviços de atenção primária à saúde

A comunicação foi um dos aspectos importantes para a EHE na continuidade do cuidado. Os serviços de atenção primária à saúde têm acesso à informação do plano de alta por meio de um sistema informatizado de história clínica eletrônica/digital, existente em todos os municípios estudados, que podem ser acessadas por correio eletrônico, intranet, informações de familiar e/ou por “oficina de enlace”. Para os casos mais complexos é utilizado o meio tradicional de contato telefônico. Há também, a modalidade de publicação de relatórios de alta em plataforma informatizada. Em todos os municípios espanhóis estudados, o programa informatizado é compartilhado entre os serviços de atenção primária e hospitalar.

Em alguns hospitais, o Serviço de Admissão do Hospital, envia diariamente aos serviços primários uma lista de pacientes que receberam alta. Os serviços que pertencem à área territorial do Hospital têm acesso à intranet hospitalar, onde podem verificar os informes médicos e de enfermagem, além de acesso às análises e relatórios de interconsulta. Neste sentido, há publicação de informes de continuidade do cuidado na plataforma informatizada, mas também, quando necessário, as EHEs providenciam informes ou registros em papel.

Os relatórios clínicos (médico e de enfermagem) para acompanhamento dos pacientes incluem diagnóstico; sintomas; avaliação funcional, cognitiva e social; resultados de amostras e de imagens; lista de medicação; informações oferecidas por outros profissionais. Constam, ainda, informações sobre o tratamento e complicações durante a permanência em internação, enfim, todas as relacionadas com o plano de alta e de continuidade do cuidado. A data prevista de alta e o tipo de prioridade para visitas ao domicílio (menos de 48 horas após a alta ou antes de cinco dias) podem ser informados, assim como outras informações específicas e de suporte ao paciente. Em síntese, as informações incluem a situação clínica, socioeconômica do paciente, bem como a necessidade de cuidados e o plano terapêutico, e o plano de alta.

A informação à atenção primária sobre a alta do paciente varia de hospital para hospital, podendo ocorrer desde o momento da previsão até o exato momento da alta. Há casos em que é possível haver informação dentro das 24 horas posteriores à saída do paciente. Em geral, é oferecida entre 24 e 48 horas antes de sua ocorrência, dependendo da complexidade da condição clínica do paciente e de suas necessidades na alta.

A comunicação da alta está sob a responsabilidade da equipe multiprofissional, com destaque para médicos, enfermeiras responsáveis e EHEs, sendo estas últimas as que assumem o contato e transmissão das informações aos profissionais da atenção primária. Contudo, hospitais especializados adotam o critério de apenas os familiares serem os responsáveis pela interação com os serviços primários, ainda que possam utilizar a ferramenta ou o sistema informatizado.

Monitoramento após a alta hospitalar

O monitoramento da transição do paciente após a alta hospitalar é outro ponto importante para promover a continuidade do cuidado. É realizado por meio de indicadores que permitem avaliar os resultados. Os adotados nas instituições do estudo se referem aos de qualidade assistencial; resultados de experiência do paciente; resultados da utilização de serviços e custos, e de saúde da

população (nível de risco, prevalência de processos crônicos, prevalência de fatores de risco, carga de enfermidades, nível de dependência, número de fármacos, entre outros).

Os relatórios estatísticos resultantes do sistema informatizado; o Plano Integral Individualizado do Paciente; Programa para Pacientes Crônicos e Complexos (PCC); Pacientes com Doença Crônica Avançada (MACA); pesquisa de satisfação; e, o agendamento de retorno dentro de 30 dias são exemplos de meios de monitoramento. Especificamente com relação ao trabalho dos enfermeiros, há monitoramento por meio dos informes de enfermagem realizados sobre as consultas e as intervenções.

As EHEs têm a função de coordenar e transmitir efetivamente a informação entre os âmbitos assistenciais. Contudo, em casos de reinternação, as enfermeiras costumam ser solicitadas para atender ao paciente, por diferentes motivos e circunstâncias. Embora não sejam as responsáveis pelo cuidado direto do paciente (atribuição da enfermeira responsável da unidade de internação) são solicitadas em todas as situações, especialmente, àquelas relacionadas à mudança do estado de saúde do paciente e ao motivo de reinternação. Dentre as variadas situações, incluem-se os casos de aumento da dependência ou cronificação para cuidados pessoais, sem a respectiva capacidade familiar ou de apoio para supri-la; manejos inadequados; piora do estado de saúde necessitando de cuidados mais complexos; além de circunstâncias socio-sanitárias de risco, reinternação em menos de um mês ou por demanda do cuidador, ou seja, quando houver a necessidade de manutenção da continuidade assistencial.

Na maioria das vezes, as EHEs detectam proativamente a reinternação na listagem do sistema informatizado, mas também podem receber chamadas telefônicas da enfermeira gestora de casos da atenção primária.

Facilidades e dificuldades para a continuidade do cuidado pela enfermeira hospitalar de enlace

As EHEs apontaram elementos que permitem facilitar ou dificultar suas atividades de continuidade do cuidado, como facilidades foram consideradas: a comunicação, o sistema informatizado e o apoio institucional.

Além da comunicação que ocorre com o paciente, foram destacados: a multiprofissional/interdisciplinar, realizada diretamente com os profissionais das unidades de referência envolvidos no cuidado do paciente, o planejamento da alta, até as reuniões com gestores de casos da atenção primária, elementos que oferecem a autonomia como equipe.

A comunicação se torna efetiva devido aos meios corporativos de acesso rápido (computador, internet e telefone). A comunicação e interação entre os profissionais e o trabalho em equipe favorecem o processo de continuidade do cuidado e provêm autonomia para o planejamento da alta desde o ingresso do paciente. A valorização desta atividade pelos envolvidos é elemento facilitador, principalmente quando há disponibilidade de espaço físico específico para executá-la; e, definição de circuitos claros de interação profissional/paciente/familiar.

O sistema informatizado com história clínica do paciente é considerado um elemento facilitador pela maioria das enfermeiras, bem como o apoio da instituição, representado pela estrutura organizacional da direção hospitalar, de enfermagem e da atenção primária.

Por outro lado, as enfermeiras apontaram como elementos restritivos às suas atividades, a escassez de recursos materiais (leitos) e humanos (número de profissionais envolvidos em um mesmo processo, situação econômica familiar ou falta do cuidador, tempo de internação cada vez menor e a necessidade de alta hospitalar precoce).

Referiram também, a não integração completa dos sistemas informatizados, incluindo a falta de história clínica integrada entre a atenção primária e o hospital. A comunicação sobre a alta em curto espaço de tempo exige maior capacidade de gestão do tempo, especialmente quando o

paciente não tem um cuidador domiciliar, o que agrega uma dificuldade a mais a todo processo de continuidade do cuidado.

Especificamente com relação à EHE, além do quantitativo ser menor que o necessário em alguns hospitais, há dificuldades devido à amplitude da região sanitária de abrangência, e ao desconhecimento de outros profissionais sobre as funções específicas desta atividade laboral. Faltam clareza e a especificidade de funções, e o tempo para realizar as atividades de enlace é considerado um recurso escasso. Em sentido mais amplo, há a dificuldade inerente à mudança de um modelo sanitário paternalista para um proativo, em que o paciente seja participante de seu processo de cuidado/atenção à saúde.

DISCUSSÃO

Apesar do conceito de continuidade do cuidado ser conhecido em diferentes realidades, principalmente no exterior, no Brasil ainda está em processo de construção.

Em Curitiba, Paraná, foi realizado estudo para identificar, em crianças e adultos, a continuidade e monitoramento do cuidado na alta hospitalar. Observou-se que as crianças, necessitaram de mais cuidados relacionados às questões sociais, e os adultos, aos problemas clínicos. As altas que necessitaram de monitoramento extra hospitalar foram em pequeno número porque provavelmente, as enfermeiras apresentaram dificuldades para identificar os pacientes com necessidades de continuidade e acompanhamento do cuidado.¹¹⁻¹²

Na alta hospitalar é muito importante que a enfermeira realize a referência para a APS e monitore para que não haja complicações. Além disso, a emissão de relatórios clínicos de enfermagem é importante para todos os pacientes, evitando consequências negativas para o desenvolvimento da gestão clínica em enfermagem.

Pesquisas expõem que o cuidado fragmentado, pontual e desarticulado entre os serviços, com fragilidade no fluxo de informações, descontinuidade da atenção, potencializa a produção do adoecimento e é incapaz de suprir às demandas inerentes da população.¹³⁻¹⁴

Estudo realizado em um hospital universitário da cidade de São Paulo, em diferentes setores de internação, mostrou que quando a comunicação entre o enfermeiro e a equipe multiprofissional ocorre de forma efetiva, o cuidado fica mais centrado no paciente, contribuindo para um clima organizacional propício para a interdisciplinaridade.¹¹

A interação entre o profissional e o usuário é o principal elemento para a continuidade do cuidado. No encontro destes sujeitos, as expectativas são compartilhadas e a compreensão das ações para o cuidado.¹⁵⁻¹⁶

A enfermeira é responsável por estabelecer a comunicação com o usuário, identificando suas necessidades, com a colaboração dos familiares. A articulação do cuidado depende da comunicação, com foco no entendimento e empatia. Ressalta-se a relevância da comunicação horizontalizada como potente ferramenta para a promoção de decisões compartilhadas e que favorece a efetividade do trabalho em equipe, elementos imprescindíveis para a atenção integral.¹⁷⁻¹⁸

Investigação realizada em pacientes com insuficiência cardíaca mostrou que, a comunicação e o monitoramento telefônico foram eficazes, melhorando o conhecimento e autocuidado dos mesmos¹⁹, diferentemente do que foi apresentado no estudo realizado com pacientes no período pré e pós-operatórios de cirurgia bariátrica, onde a falha no processo comunicacional entre a equipe multiprofissional e o paciente/família na alta hospitalar, acarretou ausência do acompanhamento ambulatorial ao paciente.²⁰

A falta de diálogo entre os profissionais e usuários, bem como, a desarticulação da rede de serviços, devido à ausência da contrarreferência, prejudica a continuidade do cuidado. Na perspectiva do hospitalizado, a continuidade do cuidado pode ser viabilizada pela prática da alta responsável,

e por meio das orientações que são realizadas a ele e aos seus familiares sobre o tratamento. É essencial que a enfermeira assuma o papel de coordenadora da alta hospitalar em conjunto com a equipe multiprofissional para que a continuidade do cuidado seja efetiva na atenção primária.²¹⁻²²

No Brasil, como forma de fortalecer a APS e atingir os objetivos do Sistema Único Brasileiro (SUS), criou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se constitui como um modelo de cuidados primários elaborado para facilitar o acesso aos serviços de saúde. Trata-se do primeiro contato do usuário com os serviços de saúde a fim de proporcionar cuidados efetivos.²¹ Na APS a enfermeira elabora, acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os distintos pontos da rede de atenção à saúde, além de oferecer cuidado em uma relação horizontal, contínua e integrada, através dos processos de referência e contrarreferência, como ocorre na Espanha.²³

Observa-se no Brasil, assim como na Espanha, uma série de investigações sobre indicadores da atividade hospitalar como medida da efetividade da atenção primária à saúde.

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) representam um conjunto de problemas de saúde que, com ações mais efetivas na atenção primária, diminuiriam o número de internações hospitalares. A diminuição das internações, readmissões e tempo de permanência no hospital são decorrentes de atividades de prevenção; diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas e crônicas.²⁴

No Brasil, altas taxas de ICSAP estão associadas a falta de cobertura dos serviços e/ou baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde. A ESF tem buscado ampliar a cobertura dos municípios e estados, e integrar os serviços para reduzir os problemas de saúde que possam ser tratados na atenção primária.²⁴

Estudo realizado no município de São Leopoldo, na grande Porto Alegre, mostrou que, no período entre 2003 e 2012 as ICSAP diminuíram, porém, o gasto em saúde e a cobertura pela ESF aumentaram significativamente. As internações hospitalares dependem de condicionantes e determinantes sociais; individuais e estruturais. Entre esses determinantes podem ser destacados a disponibilidade de leitos e a vinculação dos usuários aos serviços de saúde.²⁵

A realização de estudos sobre ICSAP contribui para o aprimoramento e a consolidação deste indicador no contexto brasileiro. O planejamento, a formulação de políticas e estratégias que visem à redução deste coeficiente são importantes e contribuem para a redução de internações desnecessárias; disponibilização de leitos para utilização por internações não evitáveis, e ainda, redução dos gastos com internações hospitalares, possibilitando um reinvestimento no sistema.²⁵

Estudo realizado em hospital geral da microrregião de saúde de Cidade Ademar, do município de São Paulo mostrou que, em 2006, o grupo por causas de ICSAP que mais internou foi por infecção respiratória, com 65 anos e mais de idade. As ICSAPs se constituem em um indicador importante não só para avaliação da atenção primária, mas para o sistema como um todo, na medida em que ele identifica possíveis problemas no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.²⁶

A ESF vem cumprindo o seu papel de aproximação com o usuário e família, e dispõe da potencialidade de conhecer as pessoas e compreendê-las no seu ambiente social, emocional e familiar. Neste contexto, destaca-se a relevância do papel da enfermeira na construção do cuidado longitudinal, por meio da sua atuação junto aos usuários no acolhimento, na consulta de enfermagem, na visita ou na assistência domiciliar e no desenvolvimento de ações educativas e de promoção da saúde.²⁷⁻²⁹

Em Barcelona (ES), a coordenação assistencial tem sido objetivo prioritário do sistema de saúde para melhorar a qualidade e a eficiência das condições crônicas, que requerem a intervenção de diversos profissionais e serviços. Segundo os gestores e profissionais de saúde, a coordenação assistencial é um acordo entre os níveis assistenciais que evita a duplicação de serviços, perda de tempo e deslocamento desnecessário do paciente e, é facilitada pela comunicação, conhecimento

e boa relação entre os profissionais de saúde; intercâmbio de informação através dos sistemas informatizados; guias e protocolos clínicos consensuados. Os profissionais enfatizam a importância da EHE como protagonista da coordenação assistencial.³⁰

Em Andaluzia (ES) desde 2002, foi desenvolvido um modelo orientado para o atendimento domiciliar para pessoas com mobilidade reduzida e pacientes terminais. A EHE realiza avaliação integral; planejamento da alta hospitalar; coordenação do cuidado e acompanhamento telefônico pós-alta. Também, implantaram serviços em que a enfermeira era responsável por gerenciar o cuidado de pacientes frágeis, com as equipes da atenção primária, mostrando que houve redução na mortalidade e diminuição da reinternação hospitalar.³¹

No país Basco (ES), desde 2012 foi proposto projeto sobre as práticas avançadas desenvolvidas pela EHE direcionadas a pacientes crônicos hospitalizados. A EHE desenvolveu relatórios padronizados de utilização dos profissionais de saúde no cuidado transicional para a atenção primária à saúde, que incluem o tratamento, avaliações clínicas, educacionais, cognitivas, psicológica e social.³¹

Na Espanha, em geral existe um consenso global sobre a necessidade de reorientar a atenção a saúde para um modelo mais integral que garanta a continuidade do cuidado nos diferentes níveis assistenciais.

Este estudo teve como uma limitação a coleta de dados em apenas quatro regiões da Espanha (Catalunha, Madrid, Múrcia e Andaluzia), via questionário estruturado. Apesar disso, respostas oferecidas pelas EHEs possibilitaram analisar as práticas desenvolvidas para a continuidade do cuidado na atenção primária à saúde. Contudo, novos estudos são necessários para abranger o conhecimento e a prática da continuidade do cuidado da atenção primária para outros pontos da rede assistencial.

CONCLUSÃO

As EHEs da Espanha elaboram o plano de alta com pelo menos 48 horas de antecedência, e orientam o paciente, a família e cuidador sobre os cuidados necessários no domicílio. Quando há necessidade de nova internação hospitalar, a enfermeira hospitalar e da atenção primária fazem a comunicação, principalmente por telefone ou pelo sistema informatizado. O monitoramento na alta hospitalar é realizado pelos indicadores e relatórios estatísticos referentes à condição clínica e aos cuidados prestados ao paciente, no sistema informatizado e visitas domiciliares.

A EHE é acionada pela equipe (enfermeira responsável pelo paciente ou médico) na internação do paciente, em situações que oferecem risco ou complicações, e na alta hospitalar quando há necessidade de continuidade do cuidado. Às vezes, podem ocorrer dificuldades na comunicação, quando o sistema informatizado não é o mesmo do hospital ou pela falta de recursos humanos e materiais.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Aging and individual vulnerability: a panorama of older adults attended by the family health strategy. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jul 09];26(2):e2700015. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Mai 12];19(3):507-19. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
3. Aued GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dallaire C, Ribas EN. Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Fev 21];69(1):130-7. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>

4. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Mai 03]; 19(1):47-53. Disponível em: <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>
5. Colli M, Zani AV. Validação de um plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de alto risco. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jun 18];20:e934. Disponível em: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20160004>
6. Lesley W, Doull M, Paterson J, Cornu KL; Chok HN. The role of the general practice liaison nurse as integrated care coordinator: a Delphi study. *Clinical Nursing Studies* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jun 24];3(4):67-77. Disponível em: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/cns/article/view/9131>
7. Starfield B, organizador. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde: MS [Internet]. 2002 [acesso 2018 Jun 17]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
8. Serrano IP, Pina JPM, Martínez EM. Buenas prácticas de enfermería em el Área VI. Múrcia. Espanha. [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jun 02]. Disponível em: <http://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2018/01/15/morales-meseguer--edita-manual/889935.html>
9. Uijen AA, Schers HJ, Schellevis FG, Bosch WJHMVD. How unique is continuity of care? a review of continuity and related concepts. *Fam Pract* [Internet]. 2012 [acesso 2018 Ago 02]; 29(3):264-71. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cmr104>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14a. ed. São Paulo(BR): Editora Hucitec. 2014.
11. Balsanelli AP, David DR, Ferrari TG. Liderança do enfermeiro e sua relação com o ambiente de trabalho hospitalar. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Jul 02];31(2):187-93. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1982-0194201800027>
12. Bernardino E, Segui MLH, Lemos MB, Peres AM. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [acesso 2018 Ago 10];63(3):459-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a18v63n3.pdf>
13. Nóbrega VM, Silva MEA, Fernandes LTB, Viera CS, Reichert APS, Collet N. Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jun 10];51:e03226. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1980-220X2016042503226>
14. Braga PPS, Roseni R. Becoming a caregiver of premature newborns and the devices part of the continuity of post-discharge care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jan 15]; 26(3):e3070016. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0104-07072017003070016>
15. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IG, Aued GK, Sousa SM. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Fev 10];27(2):e4250016. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>
16. Hill MK, Twiddy M, Hewison J, House AO. Measuring patient-perceived continuity of care for patients with long-term conditions in primary care. *BMC Family Practice* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Ago 23];15(191):1-8. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12875-014-0191-8>
17. Mororó DDS, Enders BC, Lira ALBC, Silva CMB, Menezes RMP. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Mai 15];30(3):323-32. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
18. Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAM, Alves LR, Silva MF, Camelo SHH. Nursing supervision for care comprehensiveness. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jun 19];70(5):1106-11. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>

19. Oliveira JA, Cordeiro RG, Rocha RG, Guimarães TCF, Albuquerque DC. Impacto do monitoramento telefônico em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul. Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Abr 15];30(Suppl 4):333-42. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1982-0194201700050>
20. Morales CLP, Alexandre JG, Prim S, Amante LN. Perioperative communication from the perspective of patients undergoing bariatric surgery. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Mai 20]; 23(2):347-55. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00347.pdf
21. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Abr 08];71(Suppl 1):546-53. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>
22. Seva-Llor AM, Montesino MJL, Ortega CB, Cecagno D, Roche FP. Relatório de enfermagem no hospital. *Acta Paul. Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Mai 23]; 28(2):101-6. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1982-194201500018>
23. Ferreira ML, Vargas MAO, Marques AMFB, Huhn A, Andrade SR, Vargas CP. Nursing actions in reference and counter-reference in health care for persons with amputation. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Mai 28];22(3):e50601. Disponível em: <http://doi.org/10.5380/ce.v22i3.50601>
24. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso 2018 Abr 19];25(6):1337-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>
25. Morimoto T, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Mai 15]; 22(3):891-900. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/141381232017223.27652016>
26. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Ambulatory care sensitive conditions: general hospital of micro-region of São Paulo municipality, Brasil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 2018 Abr 03];21(3):535-42. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71424779007.pdf>
27. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Thumé E. Longitudinality in primary health care: a comparison between care models. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Mai 09];71(3):1063-71. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014>
28. Figueira MCS, Silva WP, Silva EM. Integrative literature review: access to primary healthcare services. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Abr 17];71(3):1178-88. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>
29. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Fev 13];22(4):1141-54. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.
30. Martínez DH; Navarrete MLV; Lorenzo IV. Factores que influyen em la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit* [Internet]. 2009 [acesso 2018 Fev 02];23(4):280-6. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.05.001>
31. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Fev 21];24(1):23-34. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Este estudo integra o projeto multicêntrico - Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, e está vinculado ao projeto - As práticas da Enfermeira de Enlace para a continuidade do cuidado: estudo multicêntrico, da Universidade Federal de Santa Catarina, 2016-2021.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Costa, MFBNA.

Coleta de dados: Costa, MFBNA.

Análise e interpretação dos dados: Costa, MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E.

Discussão dos resultados: Costa, MFBNA.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Costa, MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E.

Revisão e aprovação final da versão final: Costa, MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E.

AGRADECIMENTO

Hospital Universitario de Bellvigitte – Barcelona, Espanha.

Hospital Vall d’Hebron – Barcelona, Espanha.

Hospital Germans Trias – Badalona, Espanha.

Hospital Clinico San Carlos - Madrid, Espanha.

Hospital de Getafe - Madrid. Espanha.

Hospital Universitário Severo Ochoa – Madrid, Espanha.

Hospital Doce de Octubre -. Madrid. Espanha.

Hospital Puerta de Hierro en Madajahonda – Madrid, Espanha.

Hospital Universitario Virgen del Rocío – Sevilla, Espanha

Hospital Universitario Virgen de las Nieves – Granada, Espanha.

Hospital Clinico Universitario Virgen de la Arrixaca – Murcia, Espanha.

Hospital General Universitario Morales Meseguer – Murcia, Espanha.

Hospital la Vega Lorenzo Guirao – Murcia, Espanha.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq 2016-2019, Processo 406058/2016-4

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná, com o Parecer n. 888.681 e CAAE n. 36975914.5.0000.0102

Aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, Parecer n. 1.744.295 CAAE: 54235116.5.0000.0121



CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 01 de outubro de 2018.

Aprovado: 26 de março de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

fernanda.baeta@ufsc.br

