

FACILIDADES E DESAFIOS DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR**EASE AND CHALLENGES OF THE CARE TRANSITION PROCESS AT HOSPITAL DISCHARGE****FACILIDADES Y RETOS DEL PROCESO DE TRANSICIÓN ASISTENCIAL AL ALTA HOSPITALARIA**¹Jociele Gheno²Amanda Aires Lombardini³Kellen Cristina Araújo⁴Alisia Helena Weis

¹Hospital Nossa Senhora da Conceição SA. Porto Alegre, RS, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9153-438X>

²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9946-6174>

³Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5089-2831>

⁴Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4830-4583>

Autor correspondente**Amanda Aires Lombardini**

Endereço: Rua das Extremosas, 184. Bairro Jardim. Charqueadas, RS, Brasil. CEP 96745-000 Telefone: +5551 998410197
E-mail: amandalomb@ufcspa.edu.br

Submissão: 27-12-2022**Aprovado:** 06-01-2023**RESUMO**

Objetivo: conhecer as facilidades e os desafios do processo de transição do cuidado na alta hospitalar por profissionais de uma equipe multiprofissional. Métodos: estudo qualitativo e descritivo, cuja amostra foi intencional, por conveniência. Participaram do estudo oito profissionais de uma equipe multiprofissional de um hospital federal de nível terciário de Porto Alegre. Para coleta de dados, realizada nos meses de janeiro, fevereiro, agosto e setembro de 2021, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática. Resultados: os dados revelaram que os participantes possuem um conhecimento satisfatório sobre o conceito de transição de cuidado, associaram como facilitadores do processo o escritório de gestão de altas, os *rounds* multidisciplinares e o acompanhamento dos pacientes pelos Serviços de Atendimento Domiciliar. No entanto, citaram como desafios lacunas na comunicação, condições socioeconômicas dos pacientes e familiares, problemas com seguimentos pós-alta, demanda exaustiva dos profissionais e a pandemia. Considerações finais: o trabalho conjunto da equipe multiprofissional é fundamental no processo de alta do paciente. Os resultados apontam para a importância da criação de equipes de gestão de altas nos hospitais e da realização de *rounds* multidisciplinares, como estratégias de melhoria do cuidado transicional.

Palavras-chave: Cuidado de Transição; Equipe de Assistência ao Paciente; Alta do Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to know the ease and challenges of the process of transition of care at hospital discharge by professionals of a multi-professional team. Methods: a qualitative and descriptive study, whose sample was intentional, by convenience. Eight professionals from a multi-professional team of a tertiary level federal hospital in Porto Alegre participated in the study. For data collection, carried out in January, February, August and September 2021, a semi-structured interview script was used for data collection. Data was analyzed using thematic content analysis. Results: the data revealed that the participants have satisfactory knowledge about the concept of transition of care, associated as facilitators of the process the discharge management office, the multidisciplinary rounds and the monitoring of patients by the Home Care Services. However, they cited as challenges gaps in communication, socioeconomic conditions of patients and families, problems with post-discharge follow-up, exhaustive demands from professionals and the pandemic. Final considerations: the joint work of the multi-professional team is fundamental in the patient discharge process. The results point to the importance of creating discharge management teams in hospitals and conducting multidisciplinary rounds as strategies to improve transitional care.

Keywords: Transitional Care; Patient Care Team; Patient Discharge; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: conocer las facilidades y desafíos del proceso de transición asistencial al alta hospitalaria por profesionales de un equipo multidisciplinario. Métodos: estudio cualitativo y descriptivo, cuya muestra fue de tipo intencional, por conveniencia. Participaron del estudio ocho profesionales de un equipo multidisciplinario de un hospital federal de tercer nivel de Porto Alegre. Para la recolección de datos, realizada en los meses de enero, febrero, agosto y septiembre de 2021, se utilizó un guión de entrevista semiestructurada. Los datos fueron analizados mediante análisis de contenido temático. Resultados: los datos revelaron que los participantes tienen un conocimiento satisfactorio sobre el concepto de transición asistencial, asociando como facilitadores del proceso la oficina de gestión de altas, las rondas multidisciplinares y el seguimiento de los pacientes por los Servicios de Atención Domiciliaria. Sin embargo, citaron como desafíos las brechas en la comunicación, las condiciones socioeconómicas de los pacientes y familiares, los problemas con los seguimientos posteriores al alta, la demanda exhaustiva de los profesionales y la pandemia. Consideraciones finales: el trabajo conjunto del equipo multiprofesional es fundamental en el proceso de alta del paciente. Los resultados apuntan para la importancia de la creación de equipos de gestión de altas hospitalarias y la realización de rondas multidisciplinarias, como estrategias para mejorar la atención transicional.

Palabras-clave: Cuidado de Transición; Grupo de Atención al Paciente; Alta del Paciente; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A transição do cuidado refere-se a um conjunto de ações de saúde para garantir a coordenação e a continuidade do cuidado em saúde nas transferências de usuários entre diferentes unidades dentro de um mesmo serviço de saúde ou entre diferentes serviços de saúde⁽¹⁾. É um processo complexo que exige habilidades de coordenação e comunicação, pois envolve o paciente, os familiares, os cuidadores e os profissionais de saúde^(1,2). Estudos afirmam que realizar a transição do cuidado resulta em assistência à saúde de qualidade, contribuindo para redução das reinternações, dos óbitos, dos custos hospitalares e dos eventos adversos pós-alta^(2,3).

No Brasil, as taxas de reinternação são de 14 e 18,1%, em 30 dias após a alta^(4,5), enquanto que para beneficiários do Medicare as taxas variam de 11,9 a 14,9%⁽⁶⁾. O custo das readmissões não planejadas, nos Estados Unidos, chegaram a 26 bilhões de dólares por ano⁽⁷⁾. Por isso, a implementação de estratégias para a gestão dos leitos hospitalares visando os cuidados durante a internação e para alta, são importantes para a redução das reinternações⁽⁶⁾.

Nesse sentido, programas e atividades de transição de cuidados que coordenam a transferência de pacientes entre os diferentes ambientes de saúde^(2,8) são necessárias. Em alguns países, como na Espanha e no Canadá, as atividades de transição estão sendo amplamente implementadas e os enfermeiros são os principais articuladores entre as equipes, o

paciente e a rede de atenção^(2,9). Já em Portugal, a partir do decreto-lei n.º 101/2006 que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados⁽¹⁰⁾, hospitais vêm implantando programas e equipes específicas para a gestão das altas. São equipes multidisciplinares que visam organizar as altas hospitalares e promover o acompanhamento dos problemas sociais e de saúde dos pacientes, seja no domicílio ou com outros pontos da rede de saúde^(9,10).

No Brasil, as atividades de transição do cuidado e a proposta de equipes de gestão de altas ainda é recente, mas vêm ganhando mais espaço. No final de 2017, um hospital de nível terciário de Porto Alegre / RS criou uma equipe de gestão de altas com objetivos de diminuir o tempo de internação dos pacientes, monitorar as reinternações não eletivas em 30 dias e melhorar a qualidade assistencial. Esse trabalho é conduzido por uma equipe multiprofissional, cuja uma das suas principais atividades é a realização da transição de cuidado na alta dos pacientes⁽¹¹⁾.

As intervenções para transição do cuidado abrangem educação sobre autogestão, planejamento da alta do paciente juntamente com a família, acompanhamento estruturado, coordenação dos cuidados⁽²⁾, comunicação com os serviços de atenção primária por meio de sistema informatizado com a história clínica ou contato telefônico, publicação de relatórios de alta em plataforma informatizada e monitoramento da transição do paciente após a alta hospitalar⁽¹²⁾. O gerenciamento de ações para a continuidade do cuidado necessita de

articulação e integração entre os conhecimentos das equipes^(2,8), sendo assim, o trabalho colaborativo da equipe multiprofissional é imprescindível. Nesse sentido, a transição do cuidado colabora com o desenvolvimento dessas estratégias, auxiliando o usuário no acesso à rede assistencial⁽¹³⁾.

Salienta-se que é importante conhecer as atividades desempenhadas pelas equipes multidisciplinares para elaboração de medidas que auxiliem nos entraves e dificuldades do seu trabalho.

Tendo em vista a importância do trabalho em conjunto das equipes multiprofissionais no processo de alta, a necessidade de evitar reinternações e os benefícios da transição de cuidado, torna-se fundamental evidenciar facilidades e desafios desse processo na perspectiva de profissionais que atuam diretamente na assistência ao paciente.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi conhecer as facilidades e os desafios do processo de transição do cuidado na alta hospitalar sob a perspectiva dos profissionais de uma equipe multiprofissional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, sendo utilizado como referencial teórico a transição de cuidados⁽¹⁾.

O estudo foi realizado através de entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe multidisciplinar da Medicina Interna (MEI) de um hospital federal de nível terciário na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. A equipe

da MEI é composta por 17 equipes médicas, 11 equipes fazem parte da residência médica em Medicina Interna e seis equipes são de médicos contratados que não são acompanhados por residentes. Os pacientes internados para a MEI ficam distribuídos entre seis unidades de internações e são acompanhados por profissionais que compõem a equipe multidisciplinar (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e farmacêuticos). A escolha por essa equipe foi devido ao perfil dos seus pacientes internados, os quais são adultos e idosos, com várias comorbidades e que são reinternadores ou possuem alto risco de reinternação. Além disso, a MEI é a equipe que possui maior número de leitos para internação do hospital.

A amostra foi do tipo intencional, por conveniência; foram convidados pelo menos um profissional de cada categoria entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e fonoaudiólogos.

Foram incluídos profissionais da equipe da MEI do hospital, que participassem de *rounds* multidisciplinares, que trabalhassem há pelo menos seis meses na instituição e realizavam o preparo do paciente para alta hospitalar. Estagiários de graduação das equipes multidisciplinares foram excluídos do estudo. Após a seleção dos participantes, foi encaminhado via e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e esse, reencaminhado às pesquisadoras devidamente assinado. Desse modo, a amostra

final foi composta por oito profissionais de saúde. Os entrevistados foram identificados pelo número na ordem das entrevistas, sendo com códigos “E1, E2...”.

Para a coleta de dados, foram agendadas entrevistas individuais, via Google Meet®, que ocorreram em dois períodos: janeiro e fevereiro de 2021 e em agosto e setembro do mesmo ano. Foi utilizado um roteiro de perguntas sobre dificuldades e facilidades para o processo de alta e transição de cuidados. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra. Elas foram realizadas até que ocorresse a saturação dos dados⁽¹⁴⁾.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, composta pelas etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação⁽¹⁵⁾.

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução No 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽¹⁶⁾ e foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) com o número 37228320.0.0000.5345 e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com o número 37228320.0.3001.5530.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa oito profissionais, sendo que dois eram assistentes sociais, dois enfermeiros, um fonoaudiólogo, um médico, um nutricionista e um fisioterapeuta. Em relação ao sexo, sete participantes eram do sexo feminino (87,5% da amostra). A idade

predominante ficou na faixa etária entre 30 e 35 anos (37,5%), seguida de 36 a 40 anos (25%), 41 a 45 anos (25%), por fim mais de 45 anos (12,5%). Além disso, seis entrevistados possuíam entre 10 e 20 anos de tempo de formação e cinco relataram entre um e cinco anos de atuação com atividade de transição de cuidados. Todos os participantes atuavam exclusivamente na área hospitalar, em unidades de internação.

Após análise do material das entrevistas emergiram três categorias temáticas, sendo elas: entendimento do processo de transição do cuidado; estratégias facilitadoras do processo de alta e desafios no processo de alta.

Na primeira categoria, entendimento do processo de transição do cuidado, observou-se que há compreensão do conceito, os participantes conseguiram enxergar seus papéis no processo, além de elencar aspectos, que para eles, são fundamentais na continuidade do cuidado. Quando questionados sobre o conceito de transição de cuidados, os participantes relataram que a definição está associada ao planejamento da alta, à articulação com a rede de atenção, à discussão das necessidades do paciente pelos profissionais da equipe multidisciplinar e à passagem de informação entre profissionais de diferentes serviços.

[...] é a organização que é feita com a equipe multiprofissional que está no hospital [...]alguma forma de comunicação onde se informa os profissionais quando é que esse paciente vai ter alta, para que eu possa finalizar meu atendimento (E6).

[...] a transição do cuidado, ela vai

permeiar a assistência hospitalar juntamente com a atenção básica. [...] ela não é simplesmente só a alta do paciente e, sim, boa avaliação nutricional, boa interpretação do que o médico tá tentando te dizer, uma boa transição com a equipe de fonoaudiologia, fisioterapia, de uma equipe multi que vai assistir esse paciente (E3).

Sobre os seus respectivos papéis na transição do cuidado, os profissionais referem funções focadas não somente no momento pós-alta, como na elaboração de um plano alimentar, articulação com serviços intersetoriais e elaboração da nota de alta, mas também durante a internação em ações de educação em saúde.

[...] a gente vai avaliando conforme cada situação pra ir fazer os encaminhamentos que são necessários então... orientação de benefícios através do CRAS, [...] acesso a outros serviços da rede também, que a pessoa às vezes não sabe que pode utilizar (E2).

[...] O que a gente busca? [...] o agendamento de transporte, a compreensão de uma lesão, como ela vai cuidar, a compreensão daquela prescrição médica... Então o meu serviço acaba sendo para esse paciente, cuidador ou familiar um serviço de educação (E3).

Nessa perspectiva, além da vinculação do paciente às redes de atenção à saúde, a orientação do paciente e da família sobre o acesso aos recursos sociais foi um ponto essencial no processo de transição de cuidados.

Então, agendar consulta no posto é o de menos [...] garantir que realmente essa pessoa vá chegar no posto [...] as informações vão chegar também, tanto no posto, quanto aos outros serviços que compõem as redes de atenção [...] Não adianta a gente fazer um simples encaminhamento, e não ter a

oportunidade de discutir [...] a família também tem que tá nesse processo, porque senão não vai funcionar, o paciente vai reinternar [...] vai ter falhas no meio do caminho (E2).

A categoria estratégias facilitadoras do processo de transição de cuidados revelou o quanto ter uma equipe específica que organiza o processo de alta é importante para o cuidado transicional. Todos os participantes reconheceram o Escritório de Gestão das Altas como um serviço facilitador da desospitalização, uma vez que estrutura o processo da alta hospitalar, apontando as necessidades de cada paciente e também direciona suas respectivas demandas para que as equipes possam prestar sua assistência de maneira adequada.

Eu acho que o Escritório de Gestão de Altas centraliza informações e consegue sinalizar aos diversos membros da equipe multiprofissional quando vai ser essa alta, quais as necessidades desse paciente para que a gente possa correr atrás e viabilizar tudo em tempo hábil (E6).

Ele pode ser um intermediador e facilitador desse processo, pelo menos essa é a minha visão. E quem sabe estruturar o processo também (E4).

E o escritório, quando se envolve com o paciente com a alta, ele se envolve com os problemas daquele paciente, então ele levanta aqueles problemas e faz com que a gente reflita qual a solução que a gente possa dar, antes desse paciente ir embora (E1).

Alguns entrevistados enfatizaram a comunicação como uma das principais funções do Escritório de Gestão de Altas, demonstrando a relevância deste serviço na estruturação e organização do processo de alta hospitalar,

possibilitando uma comunicação mais efetiva entre a equipe multiprofissional.

[...]é um serviço de transição e ele facilita essa comunicação e esses nós que tem nesse processo, assim, além de trabalhar de uma forma multidisciplinar, eles também têm esse olhar de articulação da rede. Pensam nessa questão da integralidade [...] (E5).

[...] eu acho que o papel do escritório de gestão de altas é justamente ser informado, estar ao par da data da alta dos pacientes e ser um facilitador na comunicação entre os membros da equipe multiprofissional [...] (E6).

O *round* multidisciplinar foi descrito como o momento em que a equipe discute quais são as prioridades assistenciais para determinados pacientes, auxiliando na conduta de cada profissional. Além disso, esse momento possibilita o vínculo entre toda equipe e também facilita a troca de informações.

[...] no *round* multiprofissional, o que nós podemos fazer para agilizar alta, qual é o meu papel pra agilizar alta, do tipo, mais rapidamente entrar em contato com a família, agilizar o cálculo de uma dieta, providenciar uma orientação [...] entender que o meu cuidado termina aqui, mas que vai ter um outro profissional que tem que dar o seguimento (E6).

[...] tu sai do *round*, já vai lá direto às vezes lá no leito né, já conversar com o familiar e essa proximidade com a equipe assim, faz muita diferença (E2).

[...] principalmente os *rounds*, onde toda uma equipe multi pode discutir e poder debater o que é melhor para aquele paciente. [...] eu acho que antes, realmente a gente não tinha esse vínculo com toda equipe e hoje a gente tem. Tanto é que a gente tem o *feedback* da nutri, o *feedback* da equipe da fisioterapia, a gente tem o *feedback* da assistente social, então assim, esse

projeto, [...] eu vejo como um grande facilitador para gente da enfermagem (E3).

O encaminhamento adequado feito pela equipe de gestão de altas para os serviços de atenção primária à saúde e o acompanhamento dos pacientes pelos serviços de atendimento domiciliar (SADs) foram reconhecidos por contribuir com o cuidado transicional, devido à otimização do acesso aos serviços de saúde fora do ambiente hospitalar.

Então garantir que realmente essa pessoa vá chegar no posto. De que forma ela vai chegar, se as informações vão chegar também, tanto ao posto, quanto aos outros serviços [...] que compõem as [...] redes de atenção [...] ao CRAS, né, o Conselho Tutelar [...] todos os serviços que compõem a rede precisam [...] participar desse processo também de transição (E2).

Então, eu sei que tem a questão do PAD, do Melhor em Casa que isso tranquiliza [...] quando eu sei que tem esses profissionais pra fora do hospital, porque eu sei que aquela família vai estar melhor assistida assim[...] Então, eu acho que é muito importante. [...] esse processo de transição, ele se torna mais tranquilo pro paciente e para nós como profissionais também (E8).

A terceira categoria, desafios no processo de transição de cuidados, mostrou que, apesar dos agentes facilitadores, houve entraves que prejudicaram a transição de cuidados, como a pandemia do coronavírus. As visitas de familiares e de acompanhantes ficaram restritas no contexto pandêmico, afastando-os da instituição, interferindo, portanto, no preparo da família e/ou do cuidador para a alta hospitalar.

Então acho que também muitas vezes, principalmente agora, com a pandemia, com restrição das visitas, a maioria das

peessoas estavam acostumados a ir lá receber a informação, iam na visita e recebiam a informação com o médico, já iam nos outros serviços, já ia buscar o serviço social, [...] com a pandemia acho que acabou prejudicando bastante, mas por outro lado eu acho que a gente também viu o que é possível fazer de uma forma diferente (E2).

As lacunas de comunicação tanto entre os profissionais da equipe multidisciplinar, quanto entre as equipes e os pacientes/familiares também representou um obstáculo para os participantes, pois acabou sobrecarregando os profissionais que acompanham o paciente diretamente, não sendo possível fornecer informações com qualidade antes do momento da alta.

Fico sabendo, muitas vezes, no dia [...] que o paciente vai embora que tem que fazer essa insulina, que eu tenho que orientar que ele tem que fazer essa insulina [...] Como ele vai fazer, como é que ele vai guardar, locais que ele vai fazer [...] Toda orientação e [...] na verdade eu não consigo fazer isso uma coisa de qualidade, porque isso deveria já ter vindo ao longo da semana sendo feito isso (E1).

[...] acho que falha muito assim ainda na comunicação com a equipe, com os outros profissionais que fazem o cuidado do paciente [...] a gente acaba vendo um problema na hora da alta muitas vezes e se tivesse uma comunicação mais efetiva [...] seria visto antes e não acabaria só estourando assim, lá no dia que a pessoa vai ter alta [...] (E2).

O médico simplesmente fala alta e entrega um papel para o paciente. Esse é o padrão, [...] sem nenhuma informação maior de seguimento muitas vezes, nem retorno [...] várias peças chaves aí de uma alta qualificada faltando (E4).

Problemas no seguimento dos cuidados após a alta também foram citados pelos entrevistados. Segundo eles, isso está relacionado, muitas vezes, à dificuldade no acesso à rede de saúde por falta de estrutura da própria rede para absorver as demandas da população. Além disso, a carência de políticas públicas contribui para fragilidades na continuidade do cuidado.

[...] é o paciente não ter seguimento. Então é feita essa transição para o posto de saúde, mas a parte de reabilitação fica bem, é, fica bem deficitário (E1).

Então acho que quando a gente depende dos outros serviços, das outras políticas públicas [...] a gente acaba vendo as dificuldades [...] muda a gestão da prefeitura já a gente já sabe que mudou, de repente vai mudar a coordenação daquele posto de saúde [...] então eu acho que se quando depende dos serviços externos, seja do posto seja da das outras políticas, da política de assistência por exemplo né, a gente tem muita dificuldade [...] (E2).

Bom, eu acho isso um pouco falho porque, nós ali enquanto enfermeiros de unidade de internação, a gente [...] não consegue associar essa rede, de fazer [...] uma boa fala com a atenção básica. [...] Esse curativo a gente tá usando tal coisa, mas se a atenção básica não tem, tu pode usar tal produto que a grande maioria da atenção básica tem. [...] acho [...] que falta alguma [...] Eu não sei se poderia ser via telefone ou algum whatsapp, que a gente pudesse ter esse contato com a atenção básica [...] (E3).

O contexto socioeconômico desfavorável do público atendido pela instituição foi evidenciado como um dificultador no processo de transição de cuidados. Em geral, os participantes reconheceram que a família desempenha um papel importante no cuidado do

paciente pós alta. No entanto, a condição socioeconômica e cultural pode impedir que essas pessoas assumam o papel de cuidador, devido ao desinteresse dos próprios familiares. Alguns profissionais refletiram sobre as dificuldades que pacientes enfrentam devido a não garantia de direitos básicos de cidadania.

[...] a grande parte do público não tem documento, não tem coisas muito básicas né. Não é alfabetizado [...] Então são coisas que a gente às vezes acha que [...] são óbvias também para aquelas pessoas né, acho que isso também é uma coisa importante assim, porque às vezes [...] a família [...] não tá envolvida no cuidado e [...] parece [...] que é óbvio que a pessoa vai sair dali precisando daquilo ali, parece que é óbvio que ela vai ter que seguir recebendo aquele cuidado durante muito tempo, mas não é. Então, as coisas tem que ser ditas com clareza e de uma forma que aquela pessoa possa também compreender (E2).

[...] muitas vezes quem vai executar a parte do processo é a família [...] muitas vezes tem algumas dificuldades de compreensão por motivos socioculturais, sócio-econômico-culturais, de todas as esferas, mas eu acho que ela é pouco envolvida às vezes porque a gente demanda pouco, às vezes porque eles se interessam pouco. Tem as duas, os dois espectros (E4).

A demanda dos profissionais na rotina nas unidades de internação e, conseqüentemente, a dificuldade em fornecer transição do cuidado de qualidade caso não haja intermediador/facilitador foi relatada como dificuldade no processo.

A transição do cuidado para ser feita de forma efetiva e [...] da melhor forma possível pro paciente tem que ter alguém organizando isso, porque o profissional em si tá envolvido com muitas outras coisas a gente não consegue estar

atualizado sobre cada aspecto de cada paciente[...]Eu acho que tendo um serviço ou uma pessoa organizando e entrando em contato, se comunicando com os diversos integrantes da equipe multi, isso favorece uma alta mais organizada[...] (E6).

[...] eu poderia fazer muito mais de transição do tratamento, mas devido às condições que a gente tem [...] assumir 27 pacientes, muitas vezes tu tem duas sepse, um edema agudo numa manhã [...] difícil a manhã que tu não tem uma intercorrência, tu não consegue fazer essa transição adequadamente, né?! (E1).

DISCUSSÃO

Este estudo qualitativo mostra o entendimento e as percepções de uma equipe multiprofissional a respeito dos agentes facilitadores e dos desafios no processo de transição do cuidado. Em vista disso, ao conhecer o que os profissionais entendem sobre transição de cuidado é possível identificar lacunas sobre como eles se enxergam dentro do processo e também como eles identificam o papel do outro nessas atividades, abrindo espaço para resolver deficiência nos cuidados de transição.

Os achados indicam que os profissionais conhecem o conceito da continuidade do cuidado, porém alguns ainda necessitam ampliar o entendimento sobre o assunto. Diante da fala dos participantes, foram identificados atributos como planejamento da alta, articulação com a rede de atenção à saúde, discussão das necessidades do paciente pelos profissionais da equipe multidisciplinar, comunicação entre profissionais de diferentes serviços e educação

em saúde. De fato, os atributos elencados pelos participantes da pesquisa e os encontrados na literatura como cuidado integrado, colaboração profissional, coordenação, planejamento da alta, comunicação, integração profissional e gerenciamento de casos^(13,17), são sinônimos ou complementares.

No que diz respeito às estratégias facilitadoras, o escritório de gestão de altas contribui para a melhora do processo de cuidado, uma vez que promove discussões entre as equipes através da implementação de *rounds* multidisciplinares. Dentre as estratégias para o gerenciamento de casos no cuidado transicional em serviços de emergência, destaca-se a atuação de equipes multiprofissionais na etapa de coordenação do cuidado, atuando de forma colaborativa, se reunindo periodicamente para discussão de casos, a fim de apoiar o gerenciamento de casos⁽¹⁸⁾.

O trabalho conjunto da equipe multidisciplinar é essencial para que o processo de desospitalização seja qualificado, diante disso, todos os entrevistados reconhecem os *rounds* multidisciplinares como um espaço para o planejamento do cuidado e discussão sobre o que é melhor para o paciente. Além de organizar e agilizar as pendências dos pacientes, os *rounds* conseguem esclarecer o papel de cada profissional para a transição de cuidado. Equipes multiprofissionais estão presentes em instituições hospitalares realizando atividades de educação do paciente e promoção do autogerenciamento, fornecendo instruções relacionadas ao uso de cateter venoso central, efeitos adversos de

medicamentos, uso de medicamentos, dieta adequada, necessidades individuais e materiais educacionais⁽¹⁹⁾.

Em contrapartida, a existência de equipes multiprofissionais não é vivenciada em alguns territórios, resultando em um cuidado transicional feito de forma descoordenada, pois não há uma abordagem de trabalho em equipe envolvendo profissionais de diferentes áreas; ao mesmo tempo, o cuidado torna-se fragmentado, cujo é feito de forma incompleta e rotineira, fruto da má comunicação entre os profissionais, levando à ineficácia da assistência⁽²⁰⁾.

A equipe de gestão de altas do hospital, onde a pesquisa foi realizada, funciona como elo de ligação entre as equipes multiprofissionais e a rede de atenção à saúde. Ela é responsável por articular as demandas de alta dos pacientes entre as equipes. Além disso, realiza o contato com a unidade de saúde, passando informações sobre a internação e o plano de cuidados pós alta. Esse vínculo foi listado pelos profissionais como uma estratégia que contribui para transições seguras, pois insere o paciente na rede de cuidado, evitando, assim, a perda de informações e consequentemente melhora a recuperação dos mesmos. A continuidade do cuidado na dimensão informacional pode ser potencializada quando as contrarreferências são compartilhadas por sistemas informatizados, sendo possível inserir no prontuário eletrônico do paciente informações sobre sua internação que ajudam no seguimento do cuidado na atenção primária⁽²¹⁾.

Nessa perspectiva, é função do escritório de gestão de altas pactuar com a equipe de saúde

de referência o tipo de acompanhamento que o paciente receberá após a alta: visita domiciliar (VD), atendimento presencial na unidade de saúde para consulta, assistência à curativos, participação em grupos, dentre outros. Após 30 dias da alta hospitalar, a equipe de gestão de altas entra em contato com o paciente e/ou familiares através de ligações telefônicas para confirmar se a demanda pactuada na alta com a rede de atenção foi realizada. Nesse mesmo contato, é verificado se ocorreu algum outro desfecho com o paciente, tal como outros vínculos com a rede, reinternação ou óbito.

Outro agente facilitador apontado foi a atuação dos SADs, que promovem a continuidade do cuidado de uma maneira mais segura ao paciente recém desospitalizado. No entanto, há lacunas na literatura acerca desse acompanhamento⁽²⁰⁾, enfatizando que um dos motivos da ruptura do cuidado é a falta de assistência aos pacientes e familiares e/ou cuidadores por serviços de acompanhamento domiciliar e telefonemas pós internação. Essas intervenções são vistas como essenciais para o sucesso da continuidade do cuidado, pois, por meio dessas equipes, é possível fornecer mais informações e esclarecimentos sobre algum aspecto específico do cuidado, além de identificar as necessidades do paciente e incluir a família e/ou cuidador nos cuidados pós-alta.

Neste tocante, o preparo da família e/ou do cuidador para a alta hospitalar foi prejudicado devido à pandemia do coronavírus, sendo atribuído como um desafio no processo de transição do cuidado pelos participantes da

pesquisa. A inserção dos cuidadores e membros da família no cuidado dos pacientes durante a internação é uma estratégia que promove o autogerenciamento do paciente pré e pós-alta⁽¹⁹⁾.

Desse modo, incluir os cuidadores durante as orientações e instruções no momento da internação aumenta a possibilidade de que aquilo que está sendo ensinado seja compreendido. Além disso, cuidadores e familiares tornam-se capazes de cuidar do paciente pós-alta, uma vez que estarão equipados com conhecimento e habilidades que adquiriram durante a internação.

Outro desafio apontado na pesquisa está na comunicação entre os profissionais da equipe multidisciplinar e entre as equipes e os pacientes/familiares. A má comunicação interfere diretamente na qualidade da assistência, já que uma equipe multidisciplinar ordenada é capaz de identificar as necessidades do paciente e trabalhar junta na educação e orientação do paciente e sua rede de apoio quanto ao autogerenciamento do cuidado, ao uso dos serviços de saúde e sociais, ao aconselhamento sobre comportamento de riscos e ao auxílio para que o paciente encontre soluções para os seus problemas⁽¹⁸⁾.

Ainda em relação à comunicação, a interação com os segmentos pós-alta também foi evidenciada como barreira, já que não há garantia de que as informações passadas serão acolhidas e entendidas pelos demais profissionais dos serviços da rede de saúde. Embora o escritório de gestão de altas entre em contato com a atenção básica, o profissional que está atendendo aquela demanda muitas vezes não

garante a continuidade do cuidado devido a uma variedade de fatores, tais como adversidades no sistema de referência e contrarreferência, desconhecimento dos trabalhadores sobre o funcionamento da RAS, pouca articulação e dificuldades na coordenação do cuidado em rede⁽²²⁾.

Tratando-se da dificuldade associada ao perfil de familiares atendidos pela instituição, a maioria deles são de baixa renda e apresentam limitações para o entendimento de informações fornecidas pelos profissionais, o que acaba dificultando o processo de orientação de autogerenciamento e educação em saúde. Diante disso, as capacidades de aprendizado dos pacientes não são avaliadas antes da alta, prejudicando não somente a absorção de informações pelo paciente e familiares/cuidadores, como também o entendimento da importância de assumir seu papel de cuidador⁽²⁰⁾.

Ademais, a dificuldade dos profissionais de conciliarem as demandas e intercorrências da unidade de internação com cuidados de transição foi apontada como um fator importante que dificulta o processo de transição de cuidados, isso porque, os profissionais ficam sobrecarregados e se envolvendo com muitas atividades que a atenção que deveria ser dada às orientações para alta acabam ficando em segundo plano. Além disso, a falta de tempo, pessoal insuficiente e carga de trabalho contribuem também para a ineficácia do cuidado⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências da equipe multiprofissional do serviço de MEI nas situações que envolvem o processo de alta do paciente são complexas e exigem planejamento. Nesse sentido, o trabalho conjunto da equipe multiprofissional é responsável pelo preparo do paciente e do cuidador, ainda durante a internação, fornecendo orientações e realizando treinamentos necessários para a alta.

Os resultados apontaram como fundamental o papel das equipes de gestão de altas nas instituições hospitalares e a realização dos *rounds* multidisciplinares para que o processo de transição de cuidados seja bem-sucedido.

Os achados deste estudo trazem como implicações para a prática profissional o direcionamento para estratégias de melhorias no cuidado transicional ao proporcionar a reflexão sobre a importância da comunicação, do planejamento do cuidado integrado e da ampliação da articulação do hospital com os demais pontos da rede de atenção.

Como limitação do estudo, destaca-se que as entrevistas foram realizadas apenas com os profissionais atuantes no ambiente hospitalar, não envolvendo a visão dos usuários, dos familiares e de profissionais de outros serviços da rede.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas com os diferentes pontos da RAS que estão envolvidas com o processo de transição de cuidado, a fim de conhecer o planejamento

desses profissionais que recebem o paciente pós alta hospitalar e também entender como a rede organiza e realiza esse processo.

REFERÊNCIAS

- Shahsavari H, Zarei M, Aliheydari Mamaghani J. Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. *Int J Nurs Stud*. 2019 Nov;99:e103387. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103387 Epub 2019 Aug 1.
- Costa MFBNA da, Andrade SR de, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 25];53:e03477. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FMqmWPGrdfCNCRLb3CQ76hB/?format=pdf&lang=en> doi: 10.1590/S1980-220X2018017803477
- Gheno J, Weis AH. Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 25];30:e20210030. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dv94cDSg3T9BFMBfTBf4Tpj/?format=pdf&lang=en> doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030
- Pivatto Júnior F, Ulbrich AHDPS, Gheno J, Fisch MA, Petry RC, Nunes TS et al. Accuracy of the Simplified Hospital Score to Predict Nonelective Readmission in a Brazilian Tertiary Care Public Teaching Hospital. *Qual Manag Health Care*. 2023 Jan-Mar;32(1):30-34. doi: 10.1097/QMH.0000000000000357. Epub 2022 Apr 4.
- do Canto DF, da Costa FM, Pivatto Júnior F, Paskulin LMG, Dora JM. Performance of the Simplified HOSPITAL Score for Risk Assessment of Hospital Readmission in a Brazilian Tertiary Public Hospital. *Am J Med Qual*. 2022 Jan-Feb;01;37(1):88-9. doi: 10.1097/JMQ.0000000000000002
- Jung DH, DuGoff E, Smith M, Palta M, Gilmore-Bykovskyi A, Mullahy J. Likelihood of hospital readmission in Medicare Advantage and Fee-For-Service within same hospital. *Health Serv Res* [Internet]. 2020 Aug [cited 2022 May 25];55(4):587-95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7375992/> doi: 10.1111/1475-6773.13315
- Health Care Dive [homepage on the Internet]. MA patients' readmission rates higher than traditional Medicare, study finds. Washington, DC: Healthcare Dive; ©2023 [cited 2022 Mar 1]. Available from: <https://www.healthcaredive.com/news/ma-patients-readmission-rates-higher-than-traditional-medicare-study-find/557694/>
- Patel H, Yirdaw E, Yu A, Slater L, Perica K, Pierce RG, et al. Improving early discharge using a team-based structure for discharge multidisciplinary rounds. *Prof Case Manag*. 2019 Mar/Apr;24(2):83-9. doi: 10.1097/NCM.0000000000000318
- Aued GK, Bernardino E, Silva OBM, Martins MM, Peres AM, Lima, LS. Liaison nurse competences at hospital discharge. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021[cited 2022 May 25];42(esp):e20200211. Available from: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/fFLc4LvLmmGpY8JPTm6ZzRz/> doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200211
- Ministério da Saúde (PT). Decreto-Lei nº 1012006, 06 de junho de 2006. Consolida a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [Internet]. 2006 [citado 2022 Maio 25]. Diário da República nº. 109/2006. Série I-A p. 3856-65. (Jun, 06, 2006). Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934?_ts=1672963200034
- Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição. Inovação e tecnologia no enfrentamento da superlotação hospitalar: a experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Porto Alegre/RS [Internet]. 230 p. [citado 2022 Maio 25] Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2018. Disponível em: <https://online.pubhtml5.com/azza/kmpt/#p=6>

- 12 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[citado 2022 Maio 25];29:e20180332. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6jkkpqY6C6C5vXkj d7bdgndc/?format=pdf&lang=en> doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332
- 13 Bernardino E, Sousa SM, Nascimento JD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2022 [citado 2022 Maio 25];26:e20200435. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/jrPCm5kvtgDrkf3c KhFkH7R/?format=pdf&lang=pt> doi:10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435
- 14 Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011[citado 2022 Maio 25];27(2):389394. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYth rNCXmY9kJQ/?format=pdf&lang=pt>
- 15 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 14a ed. Brasil: Hucitec; 2014.
- 16 Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: CNS; 2012 [citado 2022 Maio 25]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- 17 Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 25];27:e3162. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rzhw7TLQ8CgtQN KgbKs6ynJ/?format=pdf&lang=ptdoi:> 10.1590/1518-8345.3069.3162.
- 18 Braz PGCG, Vila VSC, Neves HCC. Strategies for case management in transitional care in emergency services: scoping review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020[citado 2022 Maio 25];73(Suppl5):e20190506. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tHQgh8PqLnZxz Q7ZpV9XVps/> doi: 10.1590/0034-7167-2019-0506
- 19 Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018[citado 2022 Maio 25];39:e20180119. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sKhXDFVJpRQ KZmpQDCMXtvc/?lang=en> doi: 10.1590/1983-1447.2018.20180119
- 20 Nikbakht Nasrabadi A, Mardanian Dehkordi L, Taleghani F. Nurses' Experiences of Transitional Care in Multiple Chronic Conditions. *Home Health Care Manag Pract* [Internet]. 2021[cited 2022 May 25];33(4):239-44. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/10848223211002166> doi: 10.1177/10848223211002166
- 21 Bernardino E, Silva OB, Gallo VC, Vilarinho JO, Silva OL, Nascimento JD. Enfermeiras de ligação na gestão de altas do complexo hospital de clínicas. *Enferm Foco* [Internet]. 2021[citado 2022 Maio 25];12(Supl.1):72-6. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5164/1162> doi: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5164
- 22 Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital - primary care articulation in care transition: both sides of the process. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021[cited 2022 May 25];55:e20210145. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9QjGLJNkH45 RLNBbC3NCRH/?format=pdf&lang=en> doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145.

Fomento: não há instituição de fomento

Editor Científico: Francisco Mayron Morais
Soares. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7316-2519>