



CONTINUIDADE DO CUIDADO COMO ESTRATÉGIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Resumo: Verificar, nas evidências, estratégias que podem ser utilizadas para garantia da continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde após a alta hospitalar. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura. A coleta de dados entre agosto e setembro de 2022 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde e na National Library of Medicine. Foram incluídos 16 artigos. As possíveis estratégias encontradas foram: existência de um enfermeiro de ligação, de enlace ou gerente casos, resumo ou relatório de alta, planejamento da alta hospitalar, sistemas informatizados em saúde integrados e protocolos institucionais. Verificou-se possíveis estratégias a serem implementadas para a garantia da continuidade do cuidado após a alta hospitalar. É perceptível a fragilidade de ações nessa temática no cenário brasileiro, sendo mais evidenciada em Espanha e Canadá.

Descritores: Continuidade da Assistência ao Paciente, Alta do Paciente, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

Continuity of care as a strategy for comprehensive health care

Abstract: To verify, in the evidence, strategies that can be used to guarantee the continuity of care in Primary Health Care after hospital discharge. This is an Integrative Literature Review. Data collection between August and September 2022 in the databases Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, the Virtual Health Library and the National Library of Medicine. 16 articles were included. The possible strategies found were: existence of a liaison nurse, liaison nurse or case manager, discharge summary or report, hospital discharge planning, integrated computerized health systems and institutional protocols. It was verified possible strategies to be implemented to ensure continuity of care after hospital discharge. It is noticeable the fragility of actions in this theme in the Brazilian scenario, being more evident in Spain and Canada.

Descriptors: Continuity of Patient care, Patient Discharge, Primary Health Care, Nursing.

La continuidad de la atención como estrategia para la atención integral de la salud

Resumen: Verificar, en la evidencia, las estrategias que pueden ser utilizadas para garantizar la continuidad de la atención en la Atención Primaria de Salud después del alta hospitalaria. Se trata de una Revisión Integrativa de la Literatura. Recolección de datos entre agosto y septiembre de 2022 en las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Biblioteca Virtual en Salud y Biblioteca Nacional de Medicina. Se incluyeron 16 artículos. Las posibles estrategias encontradas fueron: existencia de una enfermera de enlace, enfermera de enlace o administrador de casos, resumen o informe de alta, planificación del alta hospitalaria, sistemas de salud computarizados integrados y protocolos institucionales. Se verificaron posibles estrategias a implementar para asegurar la continuidad de la atención después del alta hospitalaria. Es notable la fragilidad de las acciones en este tema en el escenario brasileño, siendo más evidente en España y Canadá.

Descritores: Continuidad de la Atención al Paciente; Alta del Paciente; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

Loirena Alves Fiorenza

Acadêmica do 10º semestre de Enfermagem.
Universidade Franciscana.
E-mail: lorenafiorenza@gmail.com

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

Doutora em Ciências pela UNIFESP, Docente no Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana.
E-mail: maramarc@ufn.edu.br

Silvana Cruz da Silva

Doutora em Enfermagem pela UFRGS, Docente no Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. Coordenadora do Programa de Residência em Obstetrícia da Universidade Franciscana.
E-mail: silvana.cruz@ufn.edu.br

Keity Laís Siepman Socol

Doutora em Enfermagem pela UFSM, Docente no Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana.
E-mail: keity.socol@ufn.edu.br

Submissão: 30/06/2023

Aprovação: 18/08/2023

Publicação: 27/09/2023



Como citar este artigo:

Fiorenza LA, Marchiori MRCT, Silva SC, Socol KLS. Continuidade do cuidado como estratégia para atenção integral à saúde. São Paulo: Rev Recien. 2023; 13(41):812-825. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.812-825>

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90), se configura como um sistema que estabelece princípios e diretrizes para permear seu funcionamento. Tais como garantir a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, direito à informação, divulgação de informações, utilização da epidemiologia e participação da comunidade. Ser descentralizado, ou seja, ter a descentralização dos serviços nos municípios e, ainda, garantir a regionalização e hierarquização da rede de atenção à saúde¹.

No Art. 7, parágrafo II, o princípio da integralidade de assistência é apresentado como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema¹. Nesse sentido, percebe-se o conceito da continuidade do cuidado fundamentado a partir do princípio de integralidade. A integralidade do cuidado é definida como uma necessidade de as equipes alcançarem articulação entre seus próprios membros, mas também entre outras equipes e outros serviços da rede de atenção². Portanto, a integralidade e a continuidade do cuidado são mútuas, pois sem a existência de uma há a anulação da outra.

O termo continuidade do cuidado ou continuidade da assistência não possui um conceito definido, porém pode ser explicada como um conjunto de ações de saúde planejadas, coordenadas e integradas em diferentes tempos e espaços de saúde, tendo em vista que é no contexto das interações sociais que são gerenciadas e compartilhadas informações significativas e coerentes

para a garantia da integralidade do cuidado³. Nesse sentido, trata-se de uma ação conjunta e articulada entre os diversos atores e não somente a soma de múltiplos cuidados parciais fragmentados⁴.

No Brasil, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), estruturada por meio da Portaria nº 4.279/2010, é definida como um conjunto de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), através da centralidade nas necessidades de saúde da população e pelo dever com atenção contínua e integral. Nesse sentido, compreende-se a APS como sendo a porta de entrada do sistema de saúde, devendo ser resolutiva aos cuidados primários, com a função de coordenar a assistência em todos os pontos da rede⁵.

Na Política Nacional de Atenção Básica, reformulada em 2017, a coordenação do cuidado é apontada como uma das diretrizes da APS que deve, portanto, elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, tornando-se centro de comunicação e responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer um destes pontos.⁶ Estudos realizados em diferentes localidades brasileiras como Distrito Federal, Rondônia e Goiás mostram que, apesar do incentivo ao papel da atenção primária como coordenadora do cuidado e como instituição resolutiva aos problemas de saúde, as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária não diminuíram significativamente no país⁷⁻⁹.

Além das internações, outro problema enfrentado no cenário brasileiro, para a garantia da continuidade do cuidado, é o sistema de referência e contrarreferência (RCR). O Sistema RCR é entendido

como as tecnologias de informação que devem fomentar a organização racional do trânsito de informações de saúde de cada indivíduo assistido, ou seja, são fluxos e contrafluxos de informações dos usuários entre os serviços que formam a rede. A partir desse sistema é possível garantir que o usuário tenha a continuidade na assistência ofertada e que cada informação seja utilizada como estratégia para a construção do cuidado integral¹⁰.

Nesse sentido, a alta hospitalar do usuário pode ser entendida como um processo de contrarreferência, tendo em vista a necessidade da continuidade do cuidado pela atenção primária. O gerenciamento da alta hospitalar é um recurso administrativo que possui o objetivo de fomentar intervenções mais efetivas e planejadas, com a necessidade de integração com outros pontos de atenção à saúde. Para tanto, a continuidade do cuidado após a alta hospitalar garante que o usuário não se perca na RAS por desconhecimento dos serviços de saúde aos quais pode recorrer¹¹.

Além disso, existem barreiras a serem vencidas, tanto na atenção primária, como na atenção hospitalar, como a falta da participação ativa do usuário ou cuidador no planejamento dos cuidados para a alta, a transferência de informações, o acompanhamento do usuário após a hospitalização, dificuldade de articulação no sistema RCR, falhas de comunicação entre os serviços e desconhecimento dos profissionais sobre o funcionamento dos fluxos da RAS¹².

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de estratégias que possam otimizar o processo de alta hospitalar, bem como garantir que a continuidade da assistência seja exercida, visando um cuidado integral

e longitudinal. Frente a isso, o objetivo desse estudo é verificar, nas evidências, estratégias que podem ser utilizadas para garantia da continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde após a alta hospitalar.

Material e Método

O presente artigo é uma revisão integrativa da literatura (RIL), que permite a avaliação crítica das evidências sobre um tema para a compreensão de intervenções efetivas para a prática em saúde. A construção da RIL é dividida em seis etapas, sendo elas, a formulação da hipótese ou questão de pesquisa, busca na literatura, classificação dos estudos encontrados nas bases de dados, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e, por fim, síntese de todo o conhecimento ou apresentação da revisão¹³.

Essa pesquisa teve como questão de pesquisa: 'Quais as evidências científicas acerca das estratégias utilizadas para garantia da continuidade da assistência ao paciente na Atenção Primária à Saúde após a alta hospitalar?'. Foi utilizada a estratégia PICO para a elaboração do questionamento, sendo 'P' o problema ou paciente, 'I' a intervenção, 'C' o controle e 'O' como desfecho.¹⁴ Portanto, foi obtido 'P' como a garantia da continuidade da assistência, 'I' como as estratégias utilizadas, 'C' não foi utilizado, pois não havia comparação entre grupos e 'O' como a assistência após a alta hospitalar.

Para a busca da literatura, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), formando a estratégia de busca "Continuidade da Assistência ao Paciente" AND "Alta do Paciente" AND "Atenção Primária à Saúde" que foi utilizada na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Biblioteca Virtual em Saúde

(BVS). Já para a busca na base de dados *National Library of Medicine (PUBMED/MEDLINE)*, foram utilizados os *Medical Subject Headings (MeSH)*, formando a seguinte estratégia de busca: *Continuity of Patient Care AND Patient Discharge AND Comprehensive Health Care AND Primary Health Care AND Nursing*.

Como critérios de elegibilidade foram incluídos neste estudo, artigos disponíveis online nas bases de dados referidas, sendo eles, originais publicados na língua portuguesa, inglesa e/ou espanhola e com acesso gratuito. Foi utilizado o recorte temporal de cinco anos (2017 – 2022), tendo em vista a necessidade de estudos que tragam estratégias atuais para o problema elencado. Como critérios de exclusão, adotaram-se estudos que não respondem à questão pesquisa.

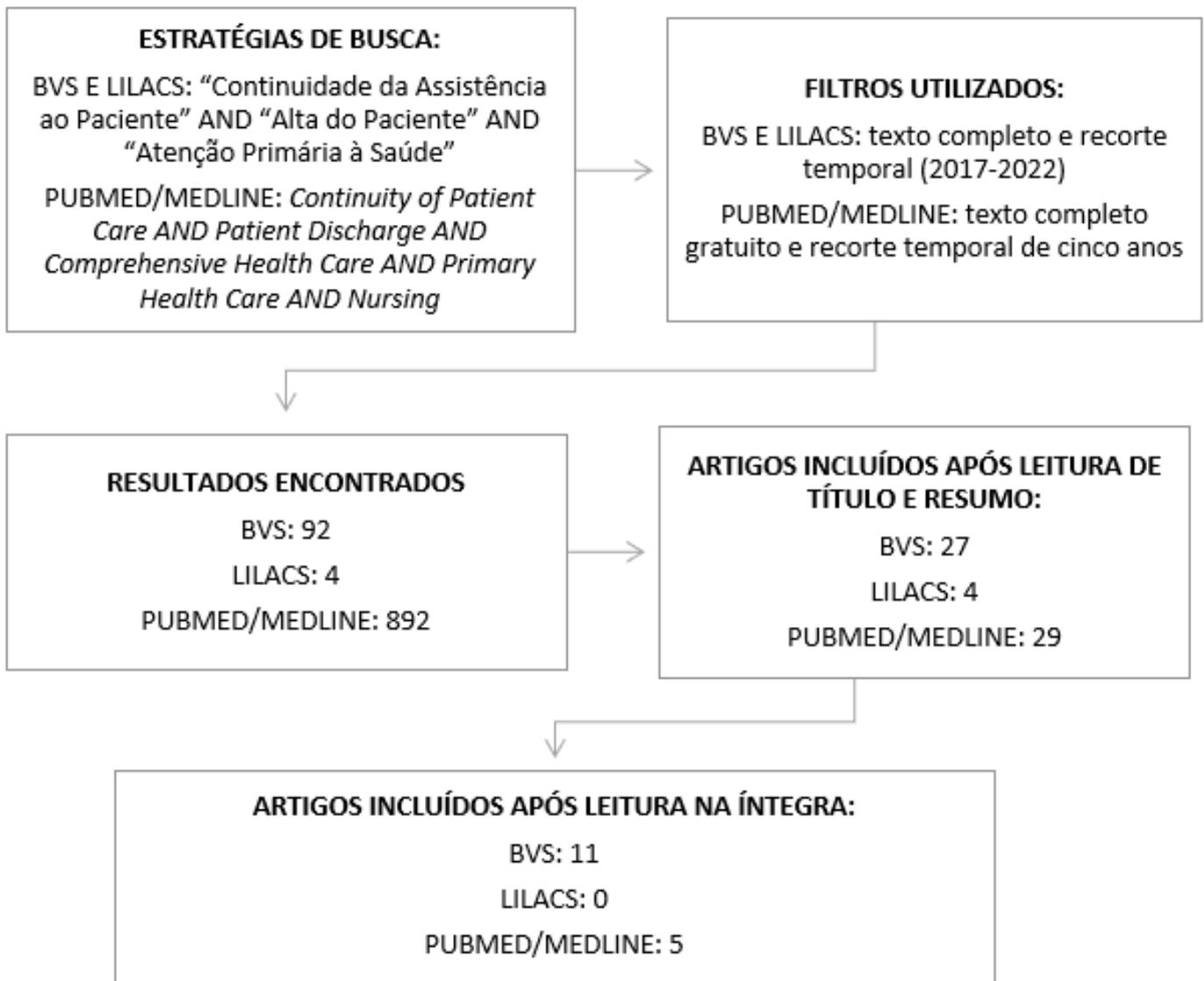
Os estudos foram classificados conforme os níveis de evidência que, de acordo com a metodologia de pesquisa, são divididos em sete níveis, sendo eles: Nível 1 (N1): Revisão sistêmica ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 2 (N2): Ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 3 (N3): Ensaios clínicos sem randomização; Nível 4 (N4): Coorte e caso-controle; Nível 5 (N5): Revisão sistêmica de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6 (N6): Estudo descritivo ou qualitativo; Nível 7 (N7): Opinião de especialistas¹⁵.

A coleta de dados ocorreu de agosto a setembro de 2022, na Biblioteca Virtual em Saúde e na base de dados LILACS, utilizaram-se os filtros ‘texto completo’

e o ‘recorte temporal’ de 2017 a 2022. Na base de dados PUBMED/MEDLINE os filtros utilizados foram ‘texto completo gratuito’ e ‘recorte temporal’ de cinco anos. Na BVS obtiveram-se, a partir da estratégia de busca descrita, 92 artigos disponíveis. Na base de dados LILACS, apenas quatro resultados foram encontrados. Já na PUBMED/MEDLINE, a amostra encontrada a partir da estratégia de busca obteve um total de 892 artigos.

A análise dos resultados iniciou-se pela seleção dos artigos que atendiam os critérios de inclusão a partir da leitura de título e resumo dos mesmos. Nessa etapa, foram selecionados 27 artigos na BVS, dois artigos na LILACS e 29 artigos na PUBMED/MEDLINE, totalizando 58 artigos selecionados para leitura na íntegra. A segunda etapa da análise foi a leitura dos artigos completos, realizada por pares. A partir disso, excluíram-se 10 artigos por não possuírem acesso gratuito, 28 artigos por não responderem à questão pesquisa e/ou não atenderem aos critérios de elegibilidade. Por fim, quatro artigos eram repetidos nas bases de dados e foram considerados apenas uma vez. A amostra total dos estudos incluídos na revisão foi de 16 artigos. A figura 1 mostra o fluxo do processo de análise e inclusão dos estudos.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos artigos selecionados para a revisão.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Resultados

Foram selecionados 16 artigos que responderam aos critérios de elegibilidade da pesquisa. Destes, nove (56,2%) publicados entre os anos de 2020 e 2021. Quanto ao país de origem, cinco (31,2%) dos estudos eram do Brasil, seguido por quatro (25%) da Espanha, dois (12,5%) do Canadá, dois (12,5%) dos Estados Unidos da América, um (6,2%) da Bélgica, um (6,2%) de Portugal e um (6,2%) do Chile. A metodologia mais empregada foi de abordagem qualitativa, correspondendo a sete (43,7%) das metodologias utilizadas. Acerca do nível de evidência, 14 (87,5%) dos estudos foram classificados no nível de evidência 6, um (6,2%) no nível de evidência 2 e um (6,2%) no nível 7. O Quadro 1 mostra a relação dos dados de todos os artigos incluídos nessa revisão.

Quadro 1. Relação de título, autoria, país, ano de publicação, objetivo e nível de evidência dos 16 artigos incluídos na revisão.

Nº	Título e autores	País e ano de publicação	Objetivo	Nível de evidência
A1 ¹²	Articulação hospital – atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo Adriéli Donati Mauro, Danielle Fabiana Cucolo, Marcia Galan Perroca	Brasil, 2021	Analisar como ocorre a articulação entre a atenção hospitalar e primária à saúde relacionada à alta do paciente e à continuidade do cuidado após internação hospitalar.	N6
A2 ¹⁶	Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária Lays Souza de Oliveira, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Patrícia Madalena Vieira Hermida, Selma Regina de Andrade, Juanah Oliveira Debetio, Larissa Martins Novaes de Lima	Brasil, 2021	Compreender as práticas dos enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária.	N6
A3 ¹⁷	Continuidade do Cuidado da Alta Hospitalar para a Atenção Primária à Saúde: A Prática Espanhola Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Suely Itsuko Ciosak, Selma Regina de Andrade, Cilene Fernandes Soares, Esperanza I. Ballesteros Pérez, Elizabeth Bernardino	Espanha, 2020	Compreender o plano de alta e as facilidades e dificuldades para a continuidade do cuidado na atenção primária à saúde.	N6
A4 ¹⁸	Transição do cuidado da pessoa idosa internada para o domicílio: implementação de melhores práticas Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Karina Sichieri, Vanessa de Brito Poveda, Cleide Maria Caetano Baptista, Priscila Cantoni Aguado	Brasil, 2020	Avaliar a conformidade da assistência de enfermagem em relação às melhores evidências na transição do cuidado da pessoa idosa internada em hospital para o domicílio.	N6
A5 ¹⁹	Consenso de expertos en la asistencia multidisciplinaria y el abordaje integral de la insuficiencia cardiaca. Desde el alta hospitalaria hasta la continuidad asistencial con primaria Alfonso Valle, Vicente Arrarte, José Manuel García Pinillab, Raquel Campuzano, Carmen de Pablo, Paola Beltran, Antonio García Quintana, Luis Almenar, Ramon Bover, Carolina Ortiz, Rosa Fernandez, Almudena Castro, Paz Sanz, Maria Sanz, José Luis Lambert, Vicente Miró, Xavier Armengol, Marisa Crespo, Angel Montiel, Alejandro Recio, Eva Pereira, Garazi Oria, Maruan Chabbar, Maria Inês Gomez, José Antonio Alarcón, Fernando Garza, Juan Carlos Castillo Dominguez, Carlos Peña Gil, Sérgio Heviá, Javier Segovia, Javier Mora, Juan José Gavira e Maruja Bello	Espanha, 2020	Propor uma estratégia de coordenação entre as diferentes unidades envolvidas no tratamento dos pacientes dentro dos serviços de cardiologia e na continuidade da atenção com a atenção básica, tanto após ter alcançado estabilidade e inter-relação para uma coordenação subsequente mais eficaz.	N7

A6 ²⁰	Papel do enfermeiro para a continuidade do cuidado na alta hospitalar Magaly Del Carmen Gallardo Guzman, Alexandra Ferreira, Selma Regina de Andrade	Chile, 2020	Reconhecer o papel do enfermeiro em manter a continuidade do cuidado do usuário com a alta hospitalar.	N6
A7 ²¹	Patients' perceptions of continuity of care across primary care level and emergency departments in Belgium: cross-sectional survey Marlene Karam, Anne-Sophie Lambert	Bélgica, 2019	Avaliar a percepção dos pacientes sobre a continuidade do cuidado nos serviços de atenção primária e emergência e identificar fatores contextuais e individuais que influenciam essa percepção.	N6
A8 ²²	A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Selma Regina de Andrade, Cilene Fernandes Soares, Esperanza I. Ballesteros Pérez, Sergio Capilla Tomás, Elizabeth Bernardino	Espanha, 2019	Conhecer o perfil e as atividades realizadas pela Enfermeira Hospitalar de Enlace para a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde na Espanha.	N6
A9 ²³	Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios Aline Marques Acosta, Camila Engel Câmara, Luciana Andressa Feil Weber, Raquel Malta Fontenele	Brasil, 2018	Analisar as atividades realizadas pelo enfermeiro na transição do cuidado ao paciente com alta hospitalar.	N6
A10 ²⁴	Nurse liaison: a strategy for counter-referral Ester do Nascimento Ribas, Elizabeth Bernardino, Lilianna Muller Larocca, Paulo Poli Neto, Gisele Knop Aued, Camilla Pinheiro Cristaldi da Silva	Brasil, 2018	Identificar o perfil dos usuários contrarreferenciados pela "enfermeira de ligação" e descrever a experiência das profissionais que participaram do projeto.	N6
A11 ²⁵	Information Transfer and the Hospital Discharge Summary: National Primary Care Provider Perspectives of Challenges and Opportunities Paul M. Robelia, Deanne T. Kashiwagi, Sarah M. Jenkins, James S. Newman e Atsushi Sorita	Estados Unidos da América, 2017	Aumentar a compreensão das preferências do Prestador de Cuidados Primários e das deficiências percebidas no resumo da alta.	N6
A12 ²⁶	Evaluation and perceptions of a nursing discharge plan among nurses from different healthcare settings in Spain Gloria Reig-Garcia, Anna Bonmatí-Tomàs, Rosa Suñer-Soler, Mari Carmen Malagón-Aguilera, Sandra Gelabert-Vilella, Cristina Bosch-Farré, Susana Mantas-Jimenez & Dolors Juvinyà-Canal	Espanha, 2022	Avaliar e explorar as percepções de um plano de alta de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros em diferentes ambientes de saúde.	N6
A13 ²⁷	Transitional Care Management from Emergency Services to Communities: An Action Research Study José Batista, Carla Munhoz Pinheiro, Carla Madeira, Pedro Gomes, Óscar Ramos Ferreira, Cristina Lavareda Baixinho	Portugal, 2021	Analisar os cuidados transitórios oferecidos aos idosos após o uso dos serviços de emergência e terem recebido alta para retornar à comunidade.	N6

A14 ²⁸	Competências da enfermeira de ligação na alta hospitalar Gisele Knop Aued, Elizabeth Bernardino, Otília Beatriz Maciel da Silva, Maria Manuela Martins, Aida Maris Peres, Leticia Siniski de Lima	Canadá, 2021	Identificar as competências da enfermeira de ligação na alta hospitalar à luz do referencial teórico Cuidar de Enfermagem Baseado nas Forças.	N6
A15 ²⁹	The Effects of a Multifaceted Intervention to Improve Care Transitions Within an Accountable Care Organization: Results of a Stepped-Wedge Cluster-Randomized Trial Jeffrey L Schnipper, Lipika Samal, Nyryan Nolido, Catarina Yoon, Anuj K Dalal, Cherie Magny-Normilus, Asaf Bitton, Ryan Thompson, Stephanie Labonville, Gwen Crevensten	Estados Unidos da América, 2021	Desenvolver, implementar e refinar uma intervenção de transição de cuidados multifacetados e avaliar seus efeitos sobre eventos adversos pós-alta.	N2
A16 ³⁰	Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado Gisele Knop Aued, Elizabeth Bernardino, Judith Lapierre Clémence Dallaire	Canadá, 2019	Descrever as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.	N6

Fonte: Elaborado pelos autores.

No intuito de melhor categorizar os achados, o Quadro 2 mostra as principais dificuldades e fragilidades e as estratégias encontradas em relação a continuidade do cuidado.

Quadro 2. Resultados encontrados em relação as fragilidades e estratégias da continuidade do cuidado nos 16 artigos avaliados.

Categorias	Resultados encontrados nos artigos incluídos na revisão	Frequência absoluta e relativa do número de estudos
Principais dificuldades e fragilidades encontradas em relação a continuidade do cuidado	Falta de articulação entre os serviços das Redes de Atenção à Saúde ^{12,16,17,21,23,27} .	n=6, 37,5%
	Resumo de alta hospitalar incompleto. ^{12,17,23,25,27}	n=5, 31,2%
	Falta de tempo para o preenchimento adequado de relatórios e para as atividades de gerenciamento de alta hospitalar devido à sobrecarga de trabalho ^{16,27} .	n=2, 12,5%
	Inexistência de um enfermeiro de ligação ^{16,28} .	n=2, 12,5%
	Falta de um protocolo clínico que formalize o cuidado transitório entre o hospital e a comunidade ^{16,27} .	n=2, 12,5%
Possíveis estratégias para o fortalecimento da continuidade do cuidado após a alta hospitalar	Existência de um enfermeiro de ligação, de enlace ou gerente casos ^{12,17,19,20,22,24,2-28,30} .	n=9, 56,2%
	Resumo ou relatório de alta ^{17,23,25,28-29} .	n=5, 31,2%
	Planejamento da alta hospitalar ^{16,29,30} .	n=3, 18,7%
	Sistemas informatizados em saúde que sejam de acesso aos serviços de saúde de todos os níveis de atenção ^{12,17} .	n=2, 12,5%
	Protocolos institucionais que implementem as maneiras de realizar a transferência de informações entre os pontos das redes de atenção ^{16,18} .	n=2, 12,5%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

Ao analisar os estudos incluídos neste trabalho, percebe-se que grande parte possui origem brasileira e espanhola. Esse achado pode ser atribuído ao fato de que Brasil e Espanha são países que possuem sistemas universais que empregaram o modelo de Atenção Primária à Saúde como uma estratégia para a garantia do acesso à saúde. Ambos os países, Espanha e Brasil, possuem um sistema nacional, de abrangência universal, descentralizado e financiado por fontes fiscais, fator esse que explicaria a maior existência de estudos nessa área³¹. O Canadá foi outro país também evidenciado nos artigos, podemos associar ao fato de que esse país, assim como Brasil, entende que a saúde é um dever do Estado e, ainda, possui a atenção primária como a base para o seu modelo assistencial³².

Apesar da existência do Sistema Único de Saúde e do enfoque na APS, o Brasil ainda enfrenta muitos problemas no que tange a coordenação da atenção e continuidade do cuidado. A comunicação entre os serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção é frágil e, quando ocorre, é focada apenas em equipamentos e insumos necessários, excluindo outros dispositivos de articulação e pactuação na transição do cuidado. Nesse sentido, o papel da APS como coordenadora da RAS acaba não sendo evidenciado em alguns casos¹².

O processo de alta hospitalar vem sendo definido como a transferência do cuidado do hospital para outros contextos de saúde, ou seja, não se trata da ruptura do cuidado e sim da continuidade que será feita por outro serviço, no contexto da RAS, para a atenção primária³³. A alta hospitalar responsável é estabelecida através da Portaria nº 2.809/2012, onde

a define como a preparação do usuário para o retorno ao domicílio, com qualidade e segurança, para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social³⁴.

O planejamento da alta hospitalar foi evidenciado pelos estudos como uma possível estratégia para a garantia da continuidade do cuidado. Nesse sentido, deve ter o objetivo de definir as necessidades dos indivíduos para outro serviço de saúde e a capacidade da rede em atendê-los¹¹. O planejamento da alta hospitalar é a construção de um plano de alta individual para o paciente antes mesmo de ocorrer a desospitalização. Esse instrumento deve fornecer um suporte pós-alta e se estender para outros serviços de saúde, como é o caso da APS³⁵.

Além disso, outro propósito desse planejamento, é trazer eficiência e qualidade para os cuidados prestados, reduzindo a alta hospitalar tardia e facilitando a transição dos pacientes do hospital para outros serviços de saúde. Um estudo de revisão que buscou avaliar a efetividade do planejamento da alta hospitalar obteve resultados positivos, pois contribuiu para uma redução no tempo de internação e na readmissão dos pacientes, podendo levar a uma maior satisfação de profissionais de saúde e usuários³⁵.

Ainda, outra pesquisa que visou identificar dispositivos utilizados para a garantia da continuidade do cuidado na alta hospitalar, encontrou resultados semelhantes aos achados dessa revisão. Os autores apontaram vários dispositivos para buscar e construir uma alta segura, como programas de pré-alta, ficha de desospitalização, planejamento de alta, alta responsável e alta assistida. Esses instrumentos podem ser utilizados na transferência do cuidado através de orientação ao usuário e sua rede de apoio,

bem como a profissionais da saúde, visando à continuidade do tratamento. Assim, essas ferramentas podem formar um protocolo sistematizado para garantia da comunicação entre os serviços da rede de saúde³⁶.

Outra estratégia que poderia ser utilizada dentro do planejamento da alta hospitalar, é o resumo de alta hospitalar. Essa ferramenta serve para a transferência de informações entre os níveis de atenção. Entretanto, um estudo mostra que esse documento ainda é pouco utilizado pelos profissionais da rede hospitalar e, quando é feito, não existe um meio formal para o seu compartilhamento, ficando a cargo do paciente a transferência de informações. Esse fato poderia acarretar alterações e falsificações dos documentos, extravio e, ainda, o não recebimento pelas equipes de atenção primária³⁷. A partir disso, torna-se evidente a necessidade de as ações de educação permanente em saúde, no intuito de desenvolver competências e habilidades dos profissionais de saúde acerca da gestão do cuidado e comunicação com outras equipes e serviços de saúde¹⁶.

Outro problema evidenciado é a falta de integração entre os sistemas de informação de saúde que pode fazer com que os mesmos dados sejam inseridos em diferentes sistemas, gerando mais trabalho e custos adicionais. A duplicidade de registros impacta na confiabilidade das informações, dificultando as análises e registros nas bases de dados³⁸. Os sistemas de informação em saúde possuem a função de contribuir para a melhoria da qualidade e da produtividade da assistência de saúde, além de possibilitar a realização de pesquisas e atividades de ensino³⁹.

A integração das informações poderia facilitar a comunicação e a coordenação entre diferentes equipes de saúde. Nesse sentido, a implementação de um sistema de informação que tivesse um banco de dados integrado com todas as funções dos serviços e organizações de saúde, desde a gestão e administração até as informações do prontuário eletrônico dos pacientes, poderia ser uma estratégia de garantia da continuidade do cuidado³⁹.

A sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem é citada como um problema pelos estudos avaliados, pois muitas vezes, um mesmo profissional é responsável por realizar atividades de gestão e assistenciais simultaneamente. A falta de recursos humanos e materiais, bem como a não realização do dimensionamento correto da equipe de enfermagem influencia diretamente na saúde dos profissionais e na qualidade da assistência prestada, tornando-se essa, uma das possíveis causas para a não realização de atividades burocráticas como é o caso do gerenciamento da alta hospitalar⁴⁰.

Na APS, o enfermeiro é visto como instrumento de mudança para a ampliação de um modelo assistencial focado na integralidade do cuidado, prevenção de agravos e na promoção de saúde e qualidade de vida. O trabalho do enfermeiro pode ser dividido em dois grupos, sendo um a produção do cuidado e gestão do processo terapêutico e o outro seriam as atividades de gerenciamento do serviço e equipe de enfermagem⁴¹.

Portanto, é necessário que os enfermeiros se tornem protagonistas das atividades propostas nos serviços de saúde, trazendo maior visibilidade à profissão e melhores práticas à comunidade. Para tanto, devem utilizar ferramentas de gestão como

indicadores de saúde, planejamento de materiais e recursos humanos, normas de segurança do paciente e deve estar à frente do processo de tomada de decisão⁴².

Nesse sentido, o enfermeiro de ligação, de enlace ou gerente de casos, é uma alternativa empregada por alguns países como é o caso da Espanha e do Canadá^{17,19,22,28,30}. No Brasil, um estudo realizado na cidade de Curitiba, buscou inserir no cotidiano de alguns serviços de saúde, a presença da enfermeira de ligação. Os resultados encontrados mostraram que a participação delas no processo de gerenciamento da alta hospitalar foi efetiva, pois houve uma maior articulação no sistema de contrarreferência e uma comunicação resolutiva entre os diferentes pontos da RAS²⁴.

O enfermeiro de ligação é o profissional responsável por garantir a continuidade do cuidado. Esses profissionais são acionados já no momento da internação hospitalar e acompanham todo o processo do planejamento de alta. Sua função é avaliar clinicamente os pacientes e entender suas condições sociais e seus determinantes de saúde. A partir disso, iniciam o contato com os serviços de atenção primária para garantir os insumos, cuidados e acompanhamentos necessários para cada paciente após a alta hospitalar^{22,30}.

Esses profissionais devem possuir alguns atributos e qualidades para qualificar e trazer resolutividade para suas ações. O enfermeiro de ligação deve possuir um julgamento clínico apurado, uma visão holística e a capacidade de advogar em prol do paciente. Ainda, devem possuir habilidades de liderança, comunicação e flexibilidade para adaptar-se aos diversos eventos que podem ocorrer desde o

momento do planejamento da alta hospitalar até a transferência dos cuidados para os serviços de atenção primária²⁸.

Portanto, a utilização das estratégias elencadas, poderia acarretar o cumprimento da legislação vigente que propõe a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde no intuito de promover a atenção contínua, integral e de qualidade, através de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde⁵. Nesse sentido, o presente estudo expõe estratégias passíveis de serem implementadas nos serviços de saúde brasileiros, visando a continuidade do cuidado por meio da integração entre os diferentes níveis de atenção.

Como limitações para esse estudo podemos citar a falta de acesso aos artigos e bases de dados pagos, pois esse fator poderia trazer outros resultados, culminando em maiores contribuições ao texto. Ressalta-se a importância desse artigo para a prática de enfermagem devido ao papel do enfermeiro enquanto gestor dos serviços de saúde e facilitador do processo de alta hospitalar e articulação entre os serviços da rede de atenção à saúde.

Conclusão

Verificou-se a fragilidade de ações que garantam a continuidade do cuidado implementadas no contexto brasileiro, sendo mais evidenciadas em países como Espanha e Canadá.

As possíveis estratégias elencadas para superar os problemas de transição de cuidados apontadas pela revisão foram: planejamento de alta hospitalar, elaboração e compartilhamento do resumo de alta por meios efetivos, integração dos sistemas de informação em saúde, educação continuada para os

profissionais de saúde e a presença do enfermeiro de ligação para articular a transferência de cuidados e a estabelecer uma comunicação eficaz entre serviços hospitalares e de atenção primária.

Dessa forma, espera-se que o presente estudo influencie profissionais gestores e assistenciais a implementarem tais estratégias em seus serviços visando a garantia da continuidade da assistência ao paciente.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em 05 mai 2022.
2. Peduzzi M, Silva JAM, Leonello VM. A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e a prática interprofissional. In: Mota A, Marinho MGS, Schraiber LB. Educação, saúde e medicina: tendências historiográficas e dimensões. UFABC. 2018. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/museu/conteudo/museu_162_miolo_medicina_v10_divulg.pdf#page=143>.
3. Costa MFBNA, Oliveira LS, Santos JLG, Lanzoni GMM, Cechinel-Peiter C. Hospital discharge planning as a continuity care strategy for primary care. RSD. 2020; 9(10):e3709108518.
4. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernadino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. Texto Contexto Enferm. 2018; 27(2):e4250016.
5. Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União. 2010. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html?msckid=f73b6d87cf4011eca9a5311b429bfea4>.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2017. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.
7. Pinto LF, Mendonça CS, Rehem TCSB, Stelet B. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. Ciência & Saúde Coletiva. 2019; 24(6):2105-2114.
8. Santos BV, Lima DS, Fontes CJS. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. Epidemiol Serv Saude. 2019; 28(1):e2017497.
9. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, Pelazza BB, Pereira ACS, Rezende WL, Barbosa MA. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. Rev Saúde Pública. 2019; 53:2.
10. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2021; 31(1):e310105.
11. Bernardino E, Sousa SM, Nascimento JD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. Esc Anna Nery. 2022; 26:e20200435.
12. Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. Rev Esc Enferm USP. 2021; 55:e20210145.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.
14. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Latino-Am Enferm. 2007; 15(3).
15. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005:3-24.
16. Oliveira LS, Costa MFBNA, Hermida PMV, Andrade SR, Debetio JO, Lima LMN. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. Esc Anna Nery. 2021; 25(5):e20200530.

17. Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E. Continuity of hospital discharge care for primary health care: spanish practice. *Texto Contexto Enferm.* 2020; 29:e20180332.
18. Costa MFBNA, Sichieri K, Poveda VB, Baptista MC, Aguado PC. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(Suppl 3):e20200187.
19. Vallea A, Arrarte V, Pinilla JMG, et al. Consenso de expertos en la asistencia multidisciplinaria y el abordaje integral de la insuficiencia cardiaca. Desde el alta hospitalaria hasta la continuidad asistencial con primaria. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2020; 20(C):3-12.
20. Guzmán MCG, Andrade SR, Ferreira A. Rol enfermero para continuidad del cuidado en el alta hospitalaria. *Texto Contexto Enferm.* 2020; 29(Spe):e20190268.
21. Karam M, Lambert A, Macq J. Patients' perceptions of continuity of care across primary care level and emergency departments in Belgium: cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2019; 9:e033188.
22. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP.* 2019; 53:e03477.
23. Acosta A, Câmara C, Weber L, Fontenele R. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018; 12(12):3190-3197.
24. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(Suppl 1):546-53.
25. Robelia PM, Kashiwagi DT, Jenkins SM, Newman JS, Sorita A. Information Transfer and the Hospital Discharge Summary: National Primary Care Provider Perspectives of Challenges and Opportunities. *The Journal of the American Board of Family Medicine.* 2017; 30(6):758-765.
26. Reig-Garcia G, Bonmatí-Tomás A, Suñer-Soler R, Malagón-Aguilera MC, Gelabert-Vilella S, Bosch-Farré C, Mantas-Jimenez S, Juvinyà-Canal D. Evaluation and perceptions of a nursing discharge plan among nurses from different healthcare settings in Spain. *BMC Health Serv Res.* 2022; 22(1):710.
27. Batista J, Pinheiro CM, Madeira C, Gomes P, Ferreira OR, Baixinho CL. Transitional Care Management from Emergency Services to Communities: An Action Research Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(22):12052.
28. Aued GK, Bernardino E, Silva OBM, Martins MM, Peres AM, Lima, LS. Competências da enfermeira de ligação na alta hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021; 42(esp):e20200211.
29. Schnipper JL, Samal L, Nolido N, Yoon C, Dalal AK, Magny-Normilus C, Bitton A, Thompson R, Labonville S, Crevensten G. The Effects of a Multifaceted Intervention to Improve Care Transitions Within an Accountable Care Organization: Results of a Stepped-Wedge Cluster-Randomized Trial. *J Hosp Med.* 2021; 16(1):15-22.
30. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Latino-Am Enferm.* 2019; 27:e3162.
31. Conill EM, Xavier DR, Piola SF, Silva SF, Barros HS, Báscolo E. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018; 23(7):2171-2185.
32. Brandão, JRM. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Cadernos de Saúde Pública.* 2019; 35(1):e00178217.
33. Silva RL, Ribeiro MAT, Azevedo CC. Concepções sobre o processo de alta hospitalar: uma revisão crítica. *Tempus.* 2018; 12(1):135-146.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União.* 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html>. Acesso em 23 nov 2022.
35. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016.
36. Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde*

Debate. 2022; 46(133):551-570.

37. Oliveira CRF, Samico IC, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2019; 35(4):e00119318.

38. Coelho Neto FC, Andrezza R, Chioro A. Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. Rev Saúde Pública. 2021; 55:93.

39. Bittar OJNV, Biczuk M, Serinolli MI, Novaretti MCZ, Moura MMN de. Sistemas de informação em

saúde e sua complexidade. Rev Adm Saúde. 2018; 18(70).

40. Santos CSCS, Abreu DPG, Mello MCVA, Roque TS, Perim LF. Evaluation of work overload in the nursing team and the impact on the quality of care. RSD. 2020; 9(5):e94953201.

41. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. Rev Bras Enferm. 2018; 71(Supl 1):704-9.

42. Bica MC, Cremonese L, Barreto CN, Rodrigues ALM, Alves FQ. Gerenciamento do cuidado em estratégias saúde da família na percepção de enfermeiros. Rev Enferm UFSM. 2020; 10:e74.