



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARINA MIOTELLO

**CONTINUIDADE DO CUIDADO NA TRANSIÇÃO: ESTRATÉGIAS DO
ENFERMEIRO PARA CONSOLIDAÇÃO DA CONTRARREFERÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS

2018

MARINA MIOTELLO

**CONTINUIDADE DO CUIDADO NA TRANSIÇÃO: ESTRATÉGIAS DO
ENFERMEIRO PARA CONSOLIDAÇÃO DA CONTRARREFERÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

FLORIANÓPOLIS

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Miotello, Marina
CONTINUIDADE DO CUIDADO NA TRANSIÇÃO : ESTRATÉGIAS DO
ENFERMEIRO PARA CONSOLIDAÇÃO DA CONTRARREFERÊNCIA / Marina
Miotello ; orientador, Gabriela Marcellino de Melo
Lanzoni, 2018.
63 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

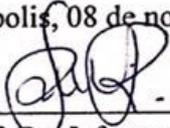
1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Continuidade da
Assistência ao Paciente. 4. Cuidado de Enfermagem. 5.
Gestão em saúde. I. Marcellino de Melo Lanzoni, Gabriela.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Enfermagem. III. Título.

MARINA MIOTELLO

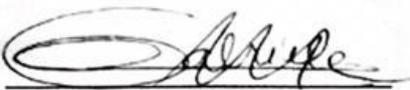
**CONTINUIDADE DO CUIDADO NA TRANSIÇÃO: ESTRATÉGIAS DO
ENFERMEIRO PARA CONSOLIDAÇÃO DA CONTRARREFERÊNCIA**

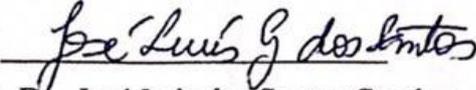
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

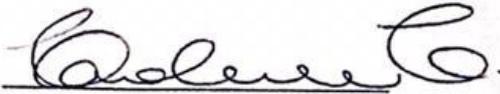
Florianópolis, 08 de novembro de 2018


/ Prof. Dr. Jeferson Rodrigues,
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:


Prof.ª Dr.ª Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Orientadora e Presidente


Prof. Dr. José Luis dos Santos Guedes
Membro Efetivo


Enf.ª M.ª Caroline Cechinel Peiter
Membro Efetivo

Dedicatória

À Tia Glorinha “In Memoriam”

AGRADECIMENTOS

Este é um momento de mudança de ciclos. A finalização de uma etapa vivida na faculdade, a qual me propiciou diversas oportunidades acadêmicas mas também pessoais. Que me oportunizou conhecer ótimos professores, os quais me acompanharam durante toda a graduação junto com meus colegas de curso. Além disso, ter conhecido amigos incríveis em toda a universidade que vou levar por toda a vida.

Aos meus pais e a Dida, que nunca saíram do meu lado e sempre apoiam minhas loucuras mesmo que com um puxão de orelha junto. Foram compreensivos em momentos de estágio longe e de não poder comparecer em aniversários ou datas comemorativas em razão de compromissos da faculdade. E principalmente nessa etapa do TCC, sempre acendendo uma vela e rezando que tudo desse certo. A Caroline, minha prima-irmã que mesmo de férias tirou algumas horas para me ajudar a procurar artigos internacionais que fizeram uma grande diferença na hora da escrita e por conseguir me tranquilizar e fazer relaxar nos dias finais.

Um agradecimento especial a Tayla, minha pessoa, que está sempre do meu lado, acompanhou de perto cada etapa desse trabalho, cada lágrima de desespero, cada alegria por finalizar mais uma parte. Obrigada pela paciência, pelas jantãs, pelos abraços, pelos incentivos e pelas descontrações. Mesmo tu não entendendo metade das coisas que eu falava em relação a hospital, parte disso também é teu.

A minha eterna dupla de estágio, Maitê, uma amizade que se aproximou com a melhor experiência internacional de nossas vidas e desde então só cresce mais. Não sei qual a melhor definição entre mãe, agenda e amiga. É quem está sempre me lembrando dos compromissos, dos horários e das datas. Com o fim desse ciclo me vejo obrigada a aprender a usar agenda do celular para não esquecer mais nada. Obrigada, por ser a mão e olhar amigo que sempre esteve próximo.

A primeira amiga que a enfermagem me deu, Aliny, que desde que pisei na UFSC já nos conectamos e mesmo com algumas intercorrências no caminho nada nunca mudou, sempre esteve por perto nos melhores e piores momentos, compartilhando de tudo comigo. Obrigada por fazer parte de tudo isso junto comigo, de ser essa parceira de grupo de pesquisa e dos momentos pós grupo também.

A Jéssica e a Anna, minhas amigas de longe que sempre estiveram a uma ligação de distância, ou a uma mensagem desesperada de madrugada. A Manu por toda tagarelice nos estágios e a empolgação e determinação que contagia. A Natália, minha amiga de infância, que mesmo não acompanhando tão de perto o TCC dela e ela o meu, me fez ver que o esforço é grande, mas uma hora passa. E a todos meus amigos que não foram citados nominalmente, mas estiveram do meu lado e deram todo apoio possível, vocês foram e são o melhor que a universidade me deu.

A minha orientadora Gabriela pela maior paciência do mundo nos momentos que eu atrasava ou que eu não entendia o que ela dizia. Obrigada pela parceria nesses anos todos de iniciação científica, que venham os nossos frutos.

RESUMO

O investimento em saúde para atendimento no contexto hospitalar, com ênfase em tratamento e recuperação, possuiu um alto gasto nos últimos anos. Para todos os usuários de saúde faz-se necessário o acompanhamento em saúde posterior ao atendimento hospitalar em serviço de menor complexidade tecnológica para controle da doença já instalada, identificação precoce de alterações e promoção da saúde. A continuidade do cuidado é uma ação fundamental para solucionar os problemas identificados após a alta pelo paciente, como a falta de informação sobre seu autocuidado, englobando ações que asseguram a qualidade da assistência à saúde durante a transferência de pacientes entre os serviços de saúde ou unidades de uma mesma instituição. O estudo tem como objetivo compreender a continuidade do cuidado, com ênfase nas estratégias utilizadas por enfermeiros para a transição do paciente com doenças crônicas não transmissíveis do hospital para o domicílio ou centros de saúde. É um estudo de caráter qualitativo que utilizou a análise temática, nele participaram 17 enfermeiros que foram selecionados de forma intencional no período de julho a setembro de 2018. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com protocolo de número 2.537.096. Do processo analítico dos dados emergiram três categorias que ilustram como se dá a continuidade do cuidado do hospital para o domicílio ou atenção primária à saúde, assim como os entraves enfrentados. Na primeira categoria é apresentado os principais obstáculos encontrados no momento em que o paciente recebe a alta e como os enfermeiros lidam com tais situações, como a falta de tempo pela alta demanda de cuidados requeridos pelos pacientes. Problemas como a alta hospitalar sem acompanhamento e a falta de padronização da alta hospitalar podem gerar consequências como a reinternação do paciente. A segunda categoria busca evidenciar as intervenções já realizadas pelos enfermeiros no momento de estabelecer a continuidade do cuidado iniciado no hospital. Para completar, a terceira categoria traz a comunicação como parte fundamental entre os serviços do sistema único de saúde para efetivar a continuidade do cuidado. Para isso é importante uma boa interação entre os profissionais da equipe multidisciplinar, o que muitas vezes se torna um desafio. O estabelecimento da continuidade do cuidado hospitalar enfrenta muitos obstáculos, para auxiliar sua efetivação é aconselhável a criação de um documento padronizado que auxilie o enfermeiro no processo de orientação para alta e encaminhe o paciente para seu centro de saúde de referência. Aponta-se a necessidade do fortalecimento da contrarreferência junto às instituições hospitalares, em especial na comunicação entre enfermeiros.

Palavras-chave: Enfermagem. Continuidade da Assistência ao Paciente. Cuidado de Enfermagem. Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitárias de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DACs – Doenças Arteriais Coronarianas

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes *mellitus*

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HU/UFSC – Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

NIR – Núcleo Interno de Regulação

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	16
3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A CONTINUIDADE DO CUIDADO	19
3.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO ENTRE SERVIÇOS.....	22
4 MÉTODO	26
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	26
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	27
4.4 COLETA DOS DADOS	27
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	28
4.6 CUIDADOS ÉTICOS	28
5 RESULTADOS	30
5.1 MANUSCRITO: Estratégias e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no processo de continuidade do cuidado	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A – TCLE	56
APÊNDICE B – ENTREVISTA.....	59
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	60

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um dos maiores problemas de saúde pública nos dias de hoje, gerando um elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e impactos na economia, seja na família, comunidade ou na sociedade de modo geral (VIEIRA et al., 2016; MALTA et al., 2015).

Com seus 206 milhões de habitantes, o Brasil registra 928 mil mortes causadas por DCNT, atingindo 73% das mortes no país. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a cada cinco anos, a última realizada foi no ano de 2013, revelou que cerca de 45% da população é portadora de alguma DCNT, sendo a sua maioria composta por mulheres. Estima-se então que exista mais de 66 milhões de brasileiros com diagnóstico prévio de alguma DCNT. Destes, a região do país que se destaca com a maior prevalência é a região Sul (52,1%), apresentando Santa Catarina como o terceiro estado com a maior prevalência encontrada, de 48,4% (IBGE, 2018).

Quando se trata do atendimento a pessoas com doenças crônicas exacerbadas no contexto hospitalar, uma vez tratado o paciente, é fundamental o encaminhamento para acompanhamento sequencial na Atenção Primária à Saúde (APS). Então, para que o processo de referência e contrarreferência ocorra é necessário conhecer como se estrutura o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS).

Já no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, o Sistema de Regulação, é a ferramenta de gestão que orienta o processo de referência e contrarreferência, cujo objetivo é facilitar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas, assegurando assim um atendimento completo e contínuo aos indivíduos (CORRÊA; DÓ, 2014).

Ainda segundo Corrêa e Dó (2014), há diversas fragilidades no sistema em razão da desarticulação entre os dispositivos de atenção à saúde, sendo considerada a mais grave a descontinuidade da assistência, ou seja, descumprimento do princípio da integralidade conforme previsto pelas diretrizes do SUS.

No Brasil, no ano de 2015, foram realizados em média 2 milhões de internações hospitalares, perfazendo, aproximadamente 3 bilhões de reais de gasto público (BRASIL, 2015). O investimento em saúde para atendimento no contexto hospitalar, com ênfase em tratamento e recuperação, possuiu um alto gasto nos últimos anos. Para todos os usuários de

saúde faz-se necessário o acompanhamento em saúde posterior ao atendimento hospitalar em serviço de menor complexidade tecnológica para controle da doença já instalada, identificação precoce de alterações e promoção da saúde.

Segundo estudos internacionais, 13 a 20% das reinternações hospitalares são evitáveis, aproximadamente, demanda que onera indevidamente o sistema de saúde. Em três ensaios clínicos randomizados realizados pelo Instituto Nacional de Pesquisa em Enfermagem dos EUA foi comprovado que é possível ter US\$4.845,00 de economia por paciente quando se tem um acompanhamento eficaz através do cuidado na transição entre serviços (HIRSCHMAN et al., 2015).

Outro estudo, dessa vez realizado no Sul do Brasil, traz como evidência inúmeras falhas na estruturação e interação do processo de referência e contrarreferência ao indivíduo acometido por alguma DCNT, dificultando a transição desses pacientes entre o hospital e a APS (ERDMANN et al., 2013). Aponta-se ainda para uma falha de comunicação entre o nível hospitalar e de atenção primária, elucidando a quase inexistência da comunicação verbal, via sistema ou documento de alta hospitalar. De acordo com Cunha (2016), a procura por assistência por meio de familiares que buscam a unidade ou através de visitas rotineiras realizadas pelos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) é uma das formas como os profissionais da APS conseguem obter mais conhecimentos sobre seus usuários que já passaram por algum processo de internação hospitalar.

Estratégias internacionais apontam a continuidade do cuidado como uma ação fundamental para solucionar os problemas identificados após a alta pelo paciente, como a falta de informação sobre seu autocuidado, englobando ações que asseguram a qualidade da assistência à saúde durante a transferência de pacientes entre os serviços de saúde ou unidades de uma mesma instituição (HAGGERTY et al., 2013).

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro na transição entre serviços surge para fornecer ao paciente o suporte adequado, oferecendo condições para a condução de uma transição saudável do hospital para a APS ou domicílio (RIBAS et al, 2018). No estudo realizado por Burke et al. (2012) foram encontrados dez domínios que compõem uma ponte representando a transição de cuidados entre um serviço e outro. Para essa construção, primeiramente foram identificados os principais componentes para que ocorra a transição ideal, e então seja colocado em prática o planejamento das mudanças. Ainda, conforme os autores, a ausência de um dos componentes enfraquece-a, acarretando em lacunas e comprometendo o cuidado.

O cuidado transicional engloba ações que asseguram a continuidade da assistência à saúde durante a transferência de pacientes entre os serviços de saúde. São elaboradas metas a curto e longo prazo para o fortalecimento do cuidado conforme as necessidades de saúde do indivíduo, oportunizando uma recuperação segura. O estabelecimento desses objetivos em conjunto com o paciente e seus familiares proporciona o estímulo do vínculo com o enfermeiro. Este utiliza de algumas estratégias ao realizar tal cuidado, como a compreensão da transição segundo a visão do indivíduo que a experiência, identificando suas necessidades através dessa abordagem (WEBER et al., 2017).

A literatura enfatiza que o momento da alta hospitalar é um ponto de transição bastante suscetível à fragmentação da assistência, o que demanda especial atenção dos profissionais para proporcionar um cuidado continuado, assim como aponta Burke et al. (2012). Isso porque a alta hospitalar não é um evento isolado, mas sim, um processo que se desenvolve ao longo do tempo, desde que o paciente foi admitido no setor. Ao final desse processo, deve-se cumprir com as metas traçadas no plano de cuidados, de modo a garantir acesso aos demais serviços necessários, além do cuidado seguro e qualificado ao indivíduo (CAMARGO; ANDRÉ; LAMARI, 2016).

No entanto, o processo de transição de um serviço para o outro pode gerar momentos de instabilidade e insegurança para o paciente, que irá sair de um ambiente em que era supervisionado 24 horas por dia por equipe multiprofissional, para o contexto comunitário ou domicílio. É neste momento, em que ele se encontra vulnerável diante da transição, e que a atuação do enfermeiro se torna indispensável.

Sendo o enfermeiro o profissional que atua diretamente no cuidado, ele dispõe de melhores oportunidades para desenvolver um vínculo com o paciente e seus familiares. Por conseguinte, juntamente com eles estabelece planos de cuidados que oferecem uma maior autonomia ao paciente ao mesmo tempo em que insere a família no cuidado. Assim, o enfermeiro surge como agente facilitador, auxiliando na consolidação do cuidado através de ações individuais e coletivas que visam valorizar o paciente em sua singularidade e multidimensionalidade em seu verdadeiro contexto (COSTA et al., 2014).

O retorno para a casa e o acompanhamento em saúde junto aos centros de saúde da APS muitas vezes não é fácil, causa ansiedade, dificuldade de enfrentamento e diversos medos. Dessa forma, a educação em saúde desenvolvida por enfermeiros consiste em uma das estratégias que irá proporcionar conhecimento ao paciente com doenças crônicas, maior

efetividade no tratamento, retorno ao convívio familiar e às suas atividades cotidianas. Além disso, é outro fator que influencia na diminuição das reinternações hospitalares (COSTA et al., 2014; CAMARGO; ANDRÉ; LAMARI, 2016).

As evidências acerca das fragilidades no cuidado transicional incluem o aumento de readmissões hospitalares, que geram mais custos para as instituições, prejudicando a segurança do paciente e seus cuidados (BURKE et al, 2013). Ao efetivar esse cuidado transicional, há um aumento do impacto da adesão ao tratamento e seus cuidados pós-operatórios e conseqüentemente uma redução de custos pela diminuição das taxas de reinternação. (ENGLANDER et al., 2014).

Uma revisão de literatura sistematizada desenvolvida sobre o tema revelou em seus achados diversos estudos que revelam interesse na melhoria de ações durante a transição do cuidado, especialmente em condições crônicas, uma vez que foram evidenciados benefícios relacionados à redução de reinternações, como os estudos apresentados por Weber et al, (2017).

Diante disso, este estudo tem como base de pesquisa a seguinte pergunta: Como os enfermeiros compreendem a continuidade do cuidado, em especial, as estratégias utilizadas por enfermeiros para a transição do paciente com DCNT do hospital para o domicílio?

2 OBJETIVOS

Compreender a continuidade do cuidado, com ênfase nas estratégias utilizadas por enfermeiros para a transição do paciente com DCNT do hospital para o domicílio.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizado três revisões de literatura para melhor conhecimento do tema abordado com os seguintes tópicos: Doenças crônicas não transmissíveis; Redes de atenção à saúde e a continuidade do cuidado; O cuidado de enfermagem na transição entre serviços.

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Na transição epidemiológica dentre as DCNT, evidenciam-se doenças cardiovasculares como as Doenças Arteriais Coronarianas (DACs), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE), que prevalecem com um expressivo impacto na morbimortalidade mundial e nacional (VIEIRA et al, 2016). Com seus 206 milhões de habitantes, o Brasil registra 928 mil mortes causadas por DCNT, sendo assim, atingindo 73% das mortes no país. Em uma escala mundial, doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares, cânceres e diabetes mellitus (DM) são atualmente as doenças que mais matam, ocasionando 15 milhões de óbitos entre pessoas de 30 à 70 anos (WHO, 2017)

As razões são múltiplas, má alimentação, sedentarismo, uso de tabaco e consumo nocivo de álcool estão entre os principais fatores de risco para as DCNT. Estes impactam a vida do indivíduo com excesso de peso ou obesidade, hipertensão arterial e aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol (MALTA; SILVA JR, 2013).

Dados obtidos pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) apontam que 53,8% da população encontra-se com sobrepeso e 18,9% foram diagnosticados com obesidade. Ainda segundo pesquisa, é possível identificar que no ano de 2016 a HAS teve um aumento de 14,2% comparado à última década, atingindo assim 25,7% da população brasileira acima de 18 anos. Ao se tratar de DM, 8,9% da população referiu apresentar a doença no ano de 2016 (BRASIL, 2017a).

Entre 2011 a 2025, é estimado que os custos socioeconômicos envolvendo DCNT sejam de cerca de US\$ 7 trilhões em países que possuem baixa e média renda. O que torna a redução da DCNT a nível global uma circunstância necessária para o desenvolvimento (MALTA et al., 2017a).

Essa condição resultou na criação do *Progress Monitor*, divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em que os governos devem intensificar seus esforços para o

controle das DCNT. Nele está incluso ações a serem alcançadas pelos países para estabelecerem metas e implementar políticas que abordem os principais fatores de risco para DCNT e para a redução das mortalidades causadas por essas doenças. As taxas de países que aderiram mais metas, estratégias, campanhas e desenvolveram diretrizes aumentaram em comparação à última publicação de 2015. O Brasil encontra-se na terceira colocação dos países com melhor desempenho, alcançando 13 de 19 indicadores estabelecidos pela OMS. O caminho para atingir a meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, está na redução de um terço no número de mortes prematuras por essa enfermidade até 2030, algo que ainda encontra-se longe, necessitando de um desempenho ainda maior (WHO, 2017).

São dez indicadores nacionais de progresso, sendo que três deles possuem subdivisões de metas, totalizando então 19 indicadores a serem alcançados pelos países. Desses, o Brasil conseguiu cumprir com êxito 13 deles, outros estão sendo trabalhados e desenvolvidos e apenas dois não foram alcançados. Dentre os 13 estão: metas nacionais em matérias de DCNT; dados de mortalidade, pesquisa sobre fatores de risco; plano de ação contra DCNT; em relação às medidas de redução do uso de tabaco foram atingidas as metas de criação de políticas para espaço sem fumo, como as advertências sanitárias gráficas, proibição de publicidade e patrocínio, o que fez com que atingisse parcialmente as outras duas, com o aumento de impostos especiais, preços e campanhas nos meios de comunicação; nas medidas de redução de álcool atingiu-se parcialmente duas delas: aumento de impostos especiais e redução da disponibilidade física; as medidas para reduzir a má alimentação foram executadas com sucesso; e, por fim, as campanhas de educação e sensibilização pública sobre atividade física, diretriz para atenção clínica do câncer, DCNT e diabetes (WHO, 2017).

Uma forma de controlar o avanço das DCNT é através de programas de intervenção que incentivam as equipes multidisciplinares na APS, dando ênfase a ações que visem o controle do excesso de peso e complicações da HAS e DM. Para isso, o Ministério da Saúde desenvolveu, e lançou como uma ação preventiva e de promoção da saúde em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que tem o objetivo de priorizar ações e investimentos fundamentais que auxiliam na redução da morbimortalidade causada por essas doenças. Entre 2010 e 2014 já foi possível observar redução de fatores de risco como o consumo abusivo de álcool em aproximadamente 9% e de tabaco em 23%, além de aumentar hábitos saudáveis como o consumo de hortaliças em 23,5%

e prática de atividades físicas em 15,7%. À vista disso, a taxa de morte prematura por DCNT reduziu em 2,5% ao ano, como apontam pesquisas (BRASIL, 2012; MALTA, 2015).

Esses indicadores têm grandes chances de evolução caso seja considerada a implantação de estratégias realizadas pela enfermagem e toda equipe de saúde. Ao se tratar de doenças crônicas, há fatores de risco que são modificáveis, ou seja, que podem ser revertidos, como por exemplo, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, tabagismo e estresse. Estes fatores podem e devem ser trabalhados pelo enfermeiro com seu paciente, a fim de melhorar sua qualidade de vida. Já existem evidências de que mudanças nesses fatores são de baixo custo e ocasionam na redução da pressão arterial e, conseqüentemente no risco cardiovascular. Cabe ao enfermeiro realizar esse papel de orientação e compartilhamento de informações acerca da doença com seu paciente, abordando possíveis complicações, tratamentos e garantir que ele possa se auto cuidar (COSTA et al., 2014).

Segundo Acosta (2016), essas doenças têm uma trajetória que pode apresentar alterações ao longo do tempo, retratando períodos de intensificação dos sinais e sintomas ou até remissão. Isso faz com que seja necessária a assistência contínua do paciente pela rede de atenção. Ao utilizar múltiplos serviços de saúde e ser atendido por diferentes profissionais, o paciente pode ter seu cuidado fragmentado e não cria vínculo em nenhum lugar, o que é uma fragilidade à integralidade da atenção.

Neste contexto, a APS é o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção, sendo de extrema importância e grande influência, visto que é a coordenadora do cuidado no que se trata do acompanhamento longitudinal entre os serviços, como aponta Rodrigues et al., (2014). Frente a isso, é necessário que haja a consolidação do sistema de referência e contrarreferência, buscando a integração dos serviços de saúde entre as redes de atenção à saúde. Dessa forma, o usuário não ficará sem auxílio do sistema pela falta de continuidade do cuidado e haverá a efetivação do atendimento integral.

Diante do exposto, a assistência de uma equipe multidisciplinar tem grandes contribuições em relação à adesão ao tratamento do paciente, sendo relevante seu papel em busca da prevenção de complicação nos atendimentos. Nas palavras de Costa et al., (2014), o enfermeiro, como parte desta equipe, tem como uma de suas responsabilidades realizar controle e acompanhamento do cuidado para prevenir riscos e agravos da doença. Assim como, através de seu conhecimento científico adquirido durante sua formação e capacitações,

desenvolver o papel de educador, instruindo seu paciente a realizar melhoras em sua qualidade de vida.

3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Ao retomar Mendes (2011) é possível compreender que o aumento da prevalência das doenças crônicas nos últimos anos representa o produto da transição epidemiológica enfrentada no mundo todo, o que levou à necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde em sistemas de saúde de diversos países.

Nesse sentido, o SUS vem desenvolvendo esforços para responder adequadamente a estas condições de saúde, mesmo que ainda não tenha superado completamente a agenda de condições agudas (MENDES, 2011). O desenvolvimento da origem e implementação do SUS aconteceu em decorrência de um processo de mobilização social a partir de um conjunto de serviços já existentes e de variadas origens. A partir daí foram instituídas as gestões municipais semiplenas, onde se iniciou a discussão de iniciativas de planejamentos com lógica sistêmica do sistema de saúde, baseando-se em ferramentas regulatórias. Um exemplo disso, e que acontece até hoje, são os encaminhamentos a partir dos serviços básicos para serviços secundários ou terciários (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Estudos apontam que a forma mais eficiente de concretizar a integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS, é através da estruturação dos sistemas em redes (MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Nesse sentido, a partir da Portaria 4.279/2010, a organização do SUS passou a ser estruturada em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nessa lógica, a configuração dos serviços de saúde se dá de forma dinâmica e horizontal, além de ter como centro de comunicação a APS e oferecer atenção contínua e integral à população (BRASIL, 2010; MENDES, 2014).

As RAS são apontadas como um modelo assistencial que visa a integralidade entre os serviços oferecidos pelo SUS, que contemplam ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de tratamento, de reabilitação e de cuidados paliativos. Sua implantação sugere mais eficácia na produção de saúde, melhorando efetivamente a gestão do sistema de saúde em seu espaço regional e contribuindo para melhorias no funcionamento do SUS (CAMARGO; ANDRÉ; LAMARI, 2016). Contudo, seu funcionamento só ocorre com a interação de três

elementos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

O primeiro elemento é bem característico, pois para poder preservar ou melhorar a saúde das pessoas da comunidade, primeiramente deve-se conhecê-la, identificando a região a ser trabalhada, suas fortalezas e fraquezas. Desse modo, deve ser bem definida, assegurando que as estruturas de saúde sejam bem distribuídas no território, para assim garantir o tempo e a resposta necessários no atendimento à população (MENDES, 2011).

O segundo elemento é a estrutura operacional, que são os diferentes pontos de atenção à saúde e as ligações que os comunicam. São eles: atenção básica à saúde; pontos de atenção secundário (UPA, policlínicas) e terciários (hospitais); sistemas de apoio (o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, o sistema de assistência farmacêutica e os sistemas de informação em saúde); sistemas logísticos (o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado de atenção à saúde; o sistema de transporte em saúde; e o sistema de governança das redes, discutido em termos de sua institucionalidade, de seus sistemas gerenciais e de seu sistema de financiamento.) (MENDES, 2011).

Por fim, o modelo de atenção à saúde completa o terceiro elemento para o funcionamento das RAS. Trata-se de um sistema lógico que organiza a forma de funcionamento das RAS, articulando as relações existentes entre a população e seus subgrupos por estratificação de risco (BRASIL, 2018a).

As funções da APS na RAS incluem o suporte no cuidado que se faz necessário, sendo o modelo de atenção e serviço de saúde com elevado grau de descentralização na rede. E assim, coordenando o cuidado ao indivíduo, através da elaboração e gestão de projetos terapêuticos singulares, acompanhamento do fluxo dos usuários entre as RAS, ou seja, sendo o centro de comunicação entre os pontos de atenção e se responsabilizando pelo cuidado do usuário em todos eles com relações horizontais, contínuas e integradas. Ela também propõe resolutividade aos problemas, identificando riscos e necessidades das demandas de saúde com a articulação de diferentes tecnologias de cuidado, visando desenvolver vínculos e intervenções clínicas e sanitárias. E por fim, ordenar as redes através do conhecimento das necessidades de saúde da sua população para assim organizar conforme suas necessidades (BRASIL, 2018a).

A assistência hospitalar é organizada conforme as necessidades apresentadas pela população do local, com o intuito de garantir atendimento aos usuários através do apoio da

equipe multiprofissional com foco na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente. Sendo um dos pontos de atenção da RAS e possuindo outras políticas intersetoriais, a assistência tem o intuito de assegurar a resolutividade da atenção e continuidade do cuidado com equidade e transparência. Desse modo, surgiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) que veio da necessidade de reorganizar de forma qualificada o cuidado prestado pelo hospital no âmbito do SUS. Essa política prevê e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) que realizará a comunicação do hospital com as centrais de regulação, determinando o perfil de complexidade da assistência, gerindo os leitos de internação e disponibilizando consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2018b).

O NIR é uma unidade técnico-administrativa localizada dentro do hospital que irá monitorar a movimentação interna e externa do paciente durante seu processo de internação até sua alta hospitalar. Conforme estabelecido pela PNHOSP é este órgão que busca por vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para seus pacientes internados quando necessário. Em razão de todas essas funções, recomenda-se que o NIR funcione 24 horas por dia e 7 dias por semana, sendo composto de uma estrutura mínima contendo um médico horizontal ou diarista, uma enfermeira diarista e uma assistente social (BRASIL, 2017b).

O NIR é estabelecido por três pilares, que são: Práticas de Regulação, Articulação com a RAS e Monitoramento. Realizadas juntas e com um bom desempenho, esses três pilares fazem com que uns maiores números de pacientes sejam beneficiados, atingindo o objetivo final do trabalho (BRASIL, 2017b).

O primeiro pilar, chamado de Práticas de Regulação, consiste em atividades realizadas junto as Centrais de Regulação (Ambulatorial, Hospitalar e Urgência) com objetivo de aprimorar os recursos assistenciais que se encontram no hospital. Essas atividades vinculam o NIR com os pontos de atenção da RAS para organizar e acompanhar o fluxo dos usuários, padronizando-os, o que é de grande importância para fazer com que o acesso do usuário ocorra de forma efetiva, em tempo adequado e com os recursos necessários (BRASIL, 2017b).

Dessa forma, a Articulação com a RAS é o segundo pilar a ser executado, é aqui em que ocorre a interlocução entre o hospital e as Centrais de Regulação e de outras instituições da rede, como UBS, UPA e outros hospitais. O NIR é quem monitora as solicitações de

transferência externa, sinalizando casos a serem priorizados e podendo criar fluxos específicos. É ele também quem indica o censo de leitos local periodicamente, apresentando os leitos disponíveis para internação, quando possível, para pacientes que se encontram em outras instituições da Rede. Um dos desafios enfrentados é conseguir informações precisas em tempo hábil sobre pacientes que necessitam de transferência entre as instituições da Rede (BRASIL, 2017b).

Por fim, o terceiro pilar, conhecido como Monitoramento, é onde irá ocorrer a avaliação dos indicadores para identificar o desempenho do NIR, e assim, reconhecer áreas que devem ser aperfeiçoadas através da elaboração de planos de ação a serem implantados (BRASIL, 2017b).

Este modelo de gestão de leitos ofertado pelo NIR fará com que ocorra uma melhor distribuição nas internações hospitalares, otimizando a utilização de seus leitos e, portanto, reduzindo o tempo médio de permanência. Também apresenta gerenciamento de altas e marcação de consultas especializadas melhoradas, reduzindo a procura dos pacientes a emergência (BRASIL, 2017b).

3.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO ENTRE SERVIÇOS

Serviços de diferentes densidades tecnológicas são necessários para que os usuários recebam uma assistência integral em saúde. Assim, a APS, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e unidades hospitalares construindo fluxos de referência e contrarreferência. Recentemente, uma pesquisa realizada em Minas Gerais demonstrou a ausência de encaminhamento de usuários para os serviços, o que apresenta então uma possível sugestão que supra esse impasse: operacionalizar as equipes com função de reconhecer e encaminhar os usuários conforme suas necessidades. Dessa forma, o momento de alta hospitalar torna-se fundamental para realização de uma adequada contrarreferência e continuidade do cuidado, não apenas com suas burocracias e sim, o compromisso do profissional e da instituição. Mesmo com falhas na continuidade da informação, a assistência à saúde é prestada de forma adequada (FREITAS; MOREIRA; BRITO, 2014).

Estudo, como o de Freitas; Moreira e Brito (2014), trazem que com a continuidade do cuidado há um menor uso de serviços de urgência, principalmente de pacientes que possuem mais de uma comorbidade e histórico de múltiplas internações. Como pacientes diabéticos

que ao serem assistidos por médicos da família que visam a continuidade do cuidado na APS, tiveram suas taxas de hospitalização e mortalidade diminuídas ao se comparar com pacientes desassistidos.

Especialmente, quando se trata do cuidado de enfermagem, a transição do paciente entre os serviços faz com que ele fique sem cobertura e orientação segura até o estabelecimento de um novo vínculo. Os ditos vazios assistenciais são fragilidades encontradas no estabelecimento das RAS. Mesmo com todas as estratégias de gestão envolvendo redes temáticas, linhas de cuidado, regiões de saúde, entre outras, este modelo continua sendo fragmentado, com baixo impacto e custos elevados. Para suprir esses vazios assistenciais e evitar que o paciente fique perdido entre as redes de atenção, algumas iniciativas podem ser feitas, principalmente pelas equipes de enfermagem (ALMEIDA et al., 2016).

Algumas iniciativas nacionais já se encontram em andamento, como o Projeto Gestão de Alta: Estratégia para Continuidade do Cuidado que está sendo realizado no Complexo Hospital das Clínicas de Curitiba/PR em uma parceria entre o próprio hospital, a Universidade Federal do Paraná e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Ele tem como principal objetivo uma maior interação entre a APS e o hospital, assim o paciente continua o tratamento próximo a sua residência. Ele também se aproxima dos profissionais de saúde da APS sentindo-se amparado e evitando complicações após a alta e reinternações desnecessárias.

Outra modalidade de continuidade do cuidado é o cuidado domiciliar que completa e integra a APS e a rede hospitalar e possibilita tratamento humanizado, redução do tempo de permanência hospitalar, conforto e satisfação dos usuários. Esta estratégia possibilita práticas mais próximas do conceito da integralidade, sendo um facilitador na articulação entre os serviços. Este modelo visa superar o modelo assistencial que é centrado no cuidado hospitalar, mas em algumas situações é necessário fazer o tratamento hospitalar, no entanto muitos outros podem ser resolvidos ainda na APS (BRITO et al., 2013; SUGIURA et al., 2018).

Neste caso as intervenções são realizadas no próprio domicílio do paciente por uma equipe multiprofissional. Para isso, conhecer o contexto em que o paciente vive no domicílio permite entender sua realidade e faz com que o profissional seja criativo e flexível quanto aos cuidados orientados. O cuidado domiciliar propicia inovação no cuidado ao paciente, propondo relações mais próximas com usuários e familiares que são assistidos pelas equipes. É importante estimular o relacionamento positivo entre familiares, já que a família é sua

principal rede de apoio e o estabelecimento de vínculos entre eles gera impactos positivos no cuidado (BRITO et al., 2013; SUGIURA et al., 2018).

Uma pesquisa feita na Suécia apresentou que foram realizadas intervenções de cuidado sobre a continuidade do cuidado em um grupo de idosos e em outro grupo não fizeram, para então comparar os resultados. O grupo que recebeu intervenções apresentou melhora quanto à diminuição de sintomas e sua própria segurança. Os componentes essenciais para o acompanhamento dos idosos foi o planejamento com o próprio paciente sendo o protagonista do seu cuidado em sua casa através de uma avaliação geriátrica compreensiva. Isso fez com que tivesse um aumento da participação e percepção dos pacientes em seu autocuidado. Também permitiu que os cuidadores entendessem melhor o que os pacientes pensam, já que havia um contato entre eles durante um longo período, seja por telefone ou visita domiciliar (EBRAHIMI et al., 2016).

Estudos comprovam que não incluir o prestador de cuidados no planejamento de alta pode influenciar no tempo de internação hospitalar e no aumento de readmissão hospitalar. Para aumentar eficácia do cuidado continuado é indicada a participação ativa dos prestadores de cuidado durante o processo de planejamento da alta. Isso faz com que haja uma maior interação entre a família e os profissionais, em particular o cuidador. Familiares mais instruídos tendem a adotar melhores estratégias para resolução de problemas futuros. O planejamento de alta é um processo que inicialmente identifica as necessidades do paciente para então reconhecer quais cuidados devem ser realizados em todas as etapas do tratamento. Antes do momento da alta o profissional já deve ter providenciado todas as informações necessárias a serem passadas ao paciente e seu cuidador. O planejamento da alta é um fator essencial na transição do paciente do hospital para o domicílio, gerando assim a continuidade do cuidado (MORAIS, 2010).

Recentemente, estudo realizado em Portugal apresentou um instrumento que possibilita a continuidade da informação, que significa a transferência da informação clínica do paciente entre os profissionais de saúde. A maioria dos pacientes considera isso importante pois faz com que o especialista conheça sua história clínica, não necessitando lhe passar todo seu histórico novamente. Do mesmo modo, quando ele retorna a APS, o profissional que lhe acompanha já está sabendo o que aconteceu com o especialista, evitando que ele esqueça de repassar alguma informação (MENDES et al., 2017).

Este mesmo estudo revelou que quase 50% dos pacientes esperam menos de um dia para conseguir contatar um profissional de enfermagem em situação de urgência. Isso mostra como a acessibilidade nas redes de saúde em Portugal obtiveram melhoras significativas nos últimos anos, além da satisfação dos pacientes frente ao cuidado. Os usuários percebem que os profissionais de saúde se preocupam com eles, o que os deixa à vontade para serem ouvidos, especialmente os que apresentam alguma doença crônica, referem que ter relações a longo prazo é importante. O fato de não haver um profissional de enfermagem como referência dificulta na hora de estabelecer vínculo (MENDES et al., 2017).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório, que permite a construção do conhecimento a partir das experiências que os sujeitos vivenciam em seu cotidiano (TAQUETTE; MINAYO, 2015).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo teve como cenário as Unidades de Clínica Médica I e II e Unidades de Internação Cirúrgicas I e II do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) localizado em Florianópolis. A cidade de Florianópolis é a capital do Estado de Santa Catarina, região Sul do Brasil, situa-se no litoral catarinense, com uma extensão territorial de 675,409 km² e aproximadamente 469 mil habitantes, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,847. Em razão de sua situação política e econômica, Florianópolis tornou-se referência para inúmeros serviços e procedimentos em saúde em seu estado, Santa Catarina (IBGE, 2018)

O HU/UFSC foi fundado em 1980 e atende exclusivamente usuários do SUS. É um hospital de referência e o único hospital federal do estado de Santa Catarina, contando com um corpo clínico multidisciplinar para assegurar um atendimento qualificado a todos nas diversas especialidades, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar (HU/UFSC, 2017). No ano de 2016, a Universidade Federal de Santa Catarina assinou contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) com o objetivo de recuperar a infraestrutura física, tecnológica e recompor o quadro de profissionais da instituição. Com a assinatura deste contrato o HU/UFSC passou a ser administrado através de uma ação em conjunta entre a universidade e a EBSERH. Criada em 2011, a EBSERH é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação com a finalidade de modernizar a gestão da estrutura administrativa, que passou a contar em seu organograma com a Superintendência e três gerências: de ensino e pesquisa, atenção à saúde e administrativa, que compõe o colegiado executivo (HU/UFSC, 2018).

A Unidade de Internação de Clínica Médica I encontra-se no 3º andar e conta com 17 leitos no total. É uma unidade de isolamento, portanto possui todas as especialidades do

hospital que possuem alguma necessidade de isolamento. Possui um total de 8 enfermeiros. A Unidade de Internação de Clínica Médica II também se encontra no 3º andar e conta com 28 leitos que incluem oficialmente as especialidades de onco-hematologia, cardiologia, neurologia, endocrinologia e clínica, no entanto outras especialidades como pneumologia, hepatologia e gastrologia também são contempladas no momento. Há um total de 35 funcionários efetivados no setor, sendo 8 enfermeiros.

As clínicas cirúrgicas do referido hospital encontram-se no 4º andar do HU e compreendem as seguintes especialidades cirúrgicas: Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Proctológica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia (cirurgia de cabeça e pescoço) Ortopedia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia e Anestesiologia. Após a realização de uma reforma geral da unidade em 2008, a Clínica Cirúrgica I agora conta com 26 leitos e a Clínica Cirúrgica II com 30 leitos. As equipes de cada unidade contam com 8 enfermeiros e um residente em enfermagem.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram enfermeiros assistenciais e gestores vinculados ao setor de clínica médica e cirúrgica do presente hospital.

Critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial ou em cargo de gestão das unidades médicas e cirúrgicas com no mínimo 3 meses de atuação nas unidades. Critérios de exclusão: Enfermeiros em licença maternidade ou saúde.

Foram convidados a participar da pesquisa 25 enfermeiros, destes 17 foram contemplados, 5 não atuavam na unidade por no mínimo 3 meses e 3 não apresentaram interesse em participar.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2018, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, individuais, realizadas no ambiente e horário de trabalho, em sala reservada que garantia a privacidade do participante. O roteiro da entrevista encontra-se no Apêndice B. As entrevistas foram registradas por gravação digital de voz e tiveram duração aproximada de 15 minutos. A pergunta utilizada para iniciar a entrevista com os participantes será a seguinte: *Fale-me, a partir de suas experiências, como você percebe a*

continuidade do cuidado de enfermagem na transição da alta hospitalar para a APS ou domicílio.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A Análise Temática foi utilizada para análise dos dados, visando extrair significados a partir de palavras, frases ou incidentes, atribuídos por uma pessoa ou coletividade a determinado assunto ou fenômeno (TAQUETTE; MINAYO, 2015).

A coleta e análise de dados ocorreram simultaneamente, sendo operacionalizada em três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação. A Pré-análise é o momento de aproximação e organização do material, a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. As entrevistas foram transcritas integralmente gerando dados brutos (TAQUETTE; MINAYO, 2015).

Nesse processo, realizou-se 17 entrevistas, totalizando 4,8 horas de gravação e 78 páginas de transcrição em espaçamento simples, letra Times New Roman número 12. A relação estabelecida entre o pesquisador e os dados foi iniciada desde a transcrição, ao ouvir várias vezes o mesmo trecho para transcrevê-lo corretamente, bem como as diversas leituras do material, buscando compreender o significado das vivências dos enfermeiros.

A segunda etapa é a Exploração do Material que contemplou a classificação dos dados, permitindo a compreensão essencial da entrevista e criação de códigos analíticos (TAQUETTE; MINAYO, 2015). Dessa forma, os dados brutos foram codificados, reduzindo o texto a palavras ou expressões significativas, visando, posteriormente, formular as categorias de análise, agrupando os dados segundo o tema. Foram gerados um total de 236 códigos.

Na terceira etapa, ocorreu o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos resultados surgindo assim as principais categorias (TAQUETTE; MINAYO, 2015).

Destaca-se que a saturação teórica foi alcançada quando observada repetição de informações referentes aos fenômenos buscados e pela ausência de novos elementos relevantes para o estudo (MINAYO, 2017).

4.6 CUIDADOS ÉTICOS

A pesquisa está vinculada ao macroprojeto intitulado de “Liderança do enfermeiro no cuidado de transição entre os serviços de saúde”, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) conforme CAAE: 74383317.1.0000.0121 e aprovado com o seguinte número de parecer: 2.537.096.

Para atender aos princípios éticos, foram observadas e seguidas as recomendações da Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) considerando o respeito pela dignidade humana e pela proteção devida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos da pesquisa, tendo assegurado o direito de retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) que foi assinado em duas vias, ficando uma em poder da pesquisadora e outra do participante da pesquisa com o propósito de resguardar a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados pela pesquisadora. Os participantes tiveram assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa, garantindo o direito de confidencialidade e anonimato e de acesso aos dados, podendo consultá-los no momento em que desejarem.

Para garantir o anonimato dos participantes, foi utilizado a letra E seguida do número correspondente à ordem da realização das entrevistas (E1, E2, E3...) para designá-las.

5 RESULTADOS

Conforme estabelecido pelo Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, os resultados e discussão do referido trabalho são apresentados em forma de manuscrito, de acordo com a Resolução do CNE/CES nº3. O presente artigo foi intitulado de “Estratégias e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no processo de continuidade do cuidado”.

5.1 MANUSCRITO: ESTRATÉGIAS E DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE CONTINUIDADE DO CUIDADO

Estratégias e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no processo de continuidade do cuidado

RESUMO: Objetivo: Compreender a continuidade do cuidado, com ênfase nas estratégias utilizadas por enfermeiros para a transição do paciente com DCNT do hospital para o domicílio. Método: Estudo qualitativo utilizando Análise Temática. Participaram 17 enfermeiros no período de julho a setembro de 2018. Resultados: Encontrou-se três categorias sustentadas por sete subcategorias que abordam as estratégias encontradas pelos enfermeiros para a consolidação da continuidade do cuidado e os fatores que influenciam durante esse processo. Conclusão: A continuidade do cuidado quando efetiva pode contribuir para a evolução de melhora do paciente e reduzir o risco de reinternação. Implicações para a prática: Necessidade de um documento oficial que auxilie o enfermeiro no processo de orientação para alta e encaminhe o paciente para sua APS de referência.

Palavras-chave: Enfermagem. Continuidade da Assistência ao Paciente. Cuidado de Enfermagem. Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde.>.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são definidas como condições que duram um ano ou mais e necessitam de atenção médica contínua ou limitam as atividades diárias. As DCNT que prevalecem com um expressivo impacto em relação a morbimortalidade nacional são as doenças cardiovasculares como as Doenças Arteriais

Coronarianas (DACs), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE) (VIEIRA et al, 2016).

Nos EUA a cada dois adultos, um possui alguma DCNT. No Brasil não é diferente, com uma população de 206 milhões de habitantes, 45% da população é portadora de alguma DCNT, sendo a maioria mulheres e a região Sul a de maior destaque, com 52% (CDC, 2018; IBGE, 2018). Há estimativas de que os custos socioeconômicos que envolvem DCNT em países de baixa e média renda, entre os anos de 2011 a 2025, seja de aproximadamente US\$7 trilhões. Assim, para que os países continuem se desenvolvendo, a saúde da população deve ser uma prioridade e a redução das DCNTs a nível global é uma necessidade na atualidade (MALTA et al., 2017a).

Pacientes que convivem com doenças crônicas exigem hospitalizações frequentes por episódios de agudização do seu quadro. Nesse sentido, quanto maiores os períodos de internação maior a propensão para o desenvolvimento de infecções, e também maiores os gastos. O aumento das reinternações hospitalares são, em parte, consequência da fragmentação do cuidado na transição entre serviços (BURKE et al., 2013). Ou seja, as pessoas que vivem com doenças crônicas necessitam que o tratamento iniciado no hospital seja continuado no domicílio.

Para isso, é necessária a integração entre os profissionais dos diferentes pontos da rede de saúde, de modo a fornecer cuidados integrados e contínuos a estes pacientes (REGGE et al., 2017).

Conforme o Instituto Nacional de Pesquisa em Enfermagem dos EUA é possível ter US\$4.845,00 de economia com cada paciente quando há um acompanhamento eficiente durante a transição de um serviço terciário para o primário, uma vez que esse acompanhamento contínuo e longitudinal possibilita reduzir as chances de reinternação por complicações à saúde (HIRSCHMAN et al., 2015).

No entanto, o processo de mudanças de um serviço para o outro pode gerar instabilidade e insegurança ao paciente que antes encontrava-se assistido por profissionais durante todo o dia e agora irá para seu domicílio. Nessas transições, a alta hospitalar é um momento sujeito à fragmentação da assistência, demandando atenção especial dos profissionais para que haja o cuidado continuado (BURKE et al., 2012; RIBAS et al, 2018).

O enfermeiro é o profissional que trabalha diretamente com o cuidado do paciente, estando a todo momento em contato com ele e seus familiares. Assim, é o profissional mais

propenso a criar vínculos e estabelecer junto a ele seu plano de cuidado, dando a ele autonomia em suas decisões. De tal forma, a atuação do enfermeiro frente a continuidade do cuidado é que dará suporte ao paciente oferecendo condições para uma transição entre hospital e domicílio, por meio da APS, de forma efetiva. O enfermeiro, no caso, é o agente facilitador, que auxilia na consolidação do cuidado através de ações que vão valorizar o paciente em seu verdadeiro contexto (BURKE et al., 2012; RIBAS et al, 2018; COSTA et al., 2014).

Uma maneira de pensar nesse cuidado, é como um círculo, sem começo e sem fim. Dentro deste círculo estão todos os tipos de serviço que os pacientes podem receber ao longo da vida, abrangendo desde pacientes com algum diagnóstico que necessitam de tratamento, até pacientes saudáveis que recebem cuidados preventivos no setor primário (CESTA, 2017)

A continuidade do cuidado como uma estratégia fundamental para a solução de problemas que podem surgir após a alta do paciente, como dúvidas sobre seu autocuidado e adesão ao uso dos medicamentos. Adotando essa estratégia é possível elaborar ações que garantam a qualidade da assistência à saúde mesmo após a saída do hospital (HAGGERTY et al., 2013).

Desta forma, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Como os enfermeiros compreendem a continuidade do cuidado, em especial, as estratégias utilizadas por enfermeiros para a transição do paciente com DCNT do hospital para o domicílio?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa descritiva e exploratória, realizado por meio da Análise Temática que permite que a construção do conhecimento a partir das experiências que os sujeitos vivenciam em seu cotidiano (TAQUETTE; MINAYO, 2015).

O cenário do estudo foi em um hospital universitário localizado no Sul do país, abordando as Unidades de Clínica Médica 1 e 2 e Unidades de Internação Cirúrgicas 1 e 2. As Unidades de Internação de Clínica Médica encontram-se no 3º andar, onde a Clínica Médica 1 conta com 17 leitos e é uma unidade de isolamento, dessa forma possui todas as especialidades do hospital que possuem alguma necessidade de isolamento. Já a Clínica Médica 2 conta com 28 leitos que incluem as especialidades de onco-hematologia, cardiologia, neurologia, endocrinologia e clínica, no entanto outras especialidades como pneumologia, hepatologia e

gastrologia também são contempladas no momento. Ambas contam com 8 enfermeiros divididos em período matutino, vespertino e plantão noturno.

As clínicas cirúrgicas encontram-se no 4º andar e compreendem as seguintes especialidades: Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculare, Cirurgia Proctológica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia (cirurgia de cabeça e pescoço) Ortopedia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia e Anestesiologia. A Clínica Cirúrgica I conta com 26 leitos e a Clínica Cirúrgica II com 30 leitos. As equipes de cada unidade contam com 8 enfermeiros e um residente em enfermagem.

Os participantes do estudo foram os enfermeiros e gestores vinculados ao setor de clínica médica e cirúrgica do presente hospital.

Critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial ou em cargo de gestão das unidades médicas e cirúrgicas com no mínimo 3 meses de atuação nas unidades. Critérios de exclusão: Enfermeiros em licença maternidade ou saúde.

Os participantes foram abordados pessoalmente pela pesquisadora, apresentados à pesquisa e questionados sobre o interesse em participar do estudo. Para os que respondiam afirmativamente, foi agendado um horário para realização da entrevista. No total, 25 enfermeiros foram convidados, 17 aceitaram participar do estudo, 5 não contemplaram alguns critérios de inclusão e 3 não apresentaram interesse em participar.

Para a coleta dos dados, foi realizada entrevista semiestruturada individual, no ambiente e horário de trabalho, em sala reservada que garantia a privacidade. As entrevistas foram registradas por gravação digital de voz e tiveram duração aproximada de 15 minutos. A pergunta utilizada para iniciar a entrevista com os participantes foi a seguinte: *Fale-me, a partir de suas experiências, como você percebe a continuidade do cuidado de enfermagem na transição da alta hospitalar para a APS ou domicílio.*

A análise foi dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (TAQUETTE; MINAYO, 2015)

A primeira etapa, a pré-análise, compreendeu a leitura geral do material a ser analisado, gerando a aproximação e organização do material. Nesta etapa as entrevistas já estavam transcritas em sua íntegra e geraram os dados brutos. A próxima etapa, exploração do material, consistiu na codificação dos dados, classificando-os para a compreensão essencial da entrevista. O texto foi reduzido a expressões significativas para posteriormente formar agrupamentos. Por fim, a terceira etapa, foi onde aconteceu o tratamento e interpretação dos

resultados, onde se deu origem as principais categorias. A saturação teórica foi alcançada quando observado repetição de informações frente aos elementos buscados e também pela ausência de elementos relevantes para o estudo.

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos da Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) considerando o respeito pela dignidade humana e pela proteção devida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com protocolo número 2.537.096 e CAEE número 74383317.1.0000.0121. Para designar as entrevistas foi utilizada a letra E seguida do número correspondente à ordem da realização das entrevistas (E1, E2, E3...), garantindo o anonimato dos participantes.

RESULTADOS

Do processo analítico dos dados emergiram três categorias intituladas: Dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros frente a continuidade do cuidado; Ações e estratégias para continuidade do cuidado eficaz; A importância da comunicação na continuidade de cuidado entre serviços. Tais categorias ilustram como se dá a continuidade do cuidado do hospital para o domicílio ou APS, assim como os entraves enfrentados.

Categorias	Subcategorias
Dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros frente a continuidade do cuidado.	A alta demanda da unidade e sobrecarga dos enfermeiros.
	Alta taxa de reinternação hospitalar em pacientes com doenças crônicas.
	A falta da padronização da alta hospitalar.
Ações e estratégias para continuidade do cuidado eficaz.	Estratégias utilizadas para auxiliar na continuidade do cuidado.
	Ações de continuidade do cuidado mediante a necessidade específica do

	paciente.
A importância da comunicação entre serviços para uma continuidade de cuidado eficaz.	O aperfeiçoamento da interação da equipe multi como um desafio.
	A dificuldade de articulação entre os serviços da RAS.

Quadro 01: Categorias e subcategorias

A primeira categoria “Dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros frente a continuidade do cuidado” revela os principais obstáculos encontrados no momento em que o paciente receberá a alta e como os enfermeiros lidam com tais situações. Esta categoria é sustentada por três subcategorias. A primeira delas “A alta demanda da unidade e sobrecarga dos enfermeiros” evidencia que os enfermeiros se encontram sobrecarregados por diversos motivos e tal condição atrapalha na efetivação da continuidade do cuidado, o que exige ações de caráter assistencial e gerencial. O principal motivo apresentado foi a falta de tempo pela alta demanda de cuidados requeridos pelos pacientes cada vez mais complexos.

Eu acho que tem muito mais coisa que poderia ser feito que o enfermeiro não faz por conta disso, de a gente estar envolvido em outras demandas e talvez também até por questão de costume, cultural, de “ah nunca fizeram” (E01).

É o fluxo, eu acho que é muita coisa. Fluxo, políticas públicas, costumes, ninguém sabe qual é a realidade do outro, mas a gente tem muito a sobrecarga de trabalho. A gente é responsável por muita coisa, a maioria burocrática e acaba deixando o paciente um pouco de lado. (E15).

O enfermeiro é o profissional responsável por atender os problemas e intercorrências da unidade durante o seu plantão, mesmo que não diretamente, é ele quem deverá solicitar o auxílio necessário em busca da solução. A disponibilidade de funcionários na equipe de trabalho, que por vezes é menor do que o ideal é outro problema enfrentado pelo enfermeiro. Com isso, este profissional está sempre agindo com rapidez e fazendo muitas coisas ao mesmo tempo, o que acaba por fragilizar seu serviço, já que é uma demanda muito alta para uma só pessoa. Somando tudo isso a um plantão agitado, com diversas intercorrências e

pacientes que necessitam de mais atenção, certas demandas profissionais vão sendo colocadas em segundo plano.

A segunda subcategoria, “Alta taxa de reinternação hospitalar em pacientes com doenças crônicas”, revela que o paciente ao sair do hospital sem previsão de acompanhamento, acaba ficando perdido entre os serviços, o que conseqüentemente pode gerar complicações e acarretar em sua reinternação, como apresentado na fala a seguir:

A maioria deles volta porque não tomava as medicações corretamente, porque não conseguem entender direito aquela receita, então a maioria deles acaba voltando pra cá. Se tivesse um acompanhamento efetivo da unidade de saúde com certeza eles voltariam menos pra cá. (E12).

Os enfermeiros relatam que os pacientes que mais frequentemente voltam a ser internados são os com doenças crônicas vasculares, em função do tempo de recuperação o que exige maiores cuidados no manuseio das feridas para evitar infecções. Assim, com a falta do cuidado adequado, eles acabam retornando ao hospital. Desta forma, os enfermeiros reforçam que certos problemas poderiam ser descobertos e solucionados ainda na atenção primária, consolidando o vínculo com os profissionais dos centros de saúde e evitando a ocupação de leitos hospitalares.

A terceira subcategoria “A falta de padronização da alta hospitalar” traz outra fragilidade encontrada no meio hospitalar frente a efetivação da continuidade do cuidado. Os dados revelaram a ausência de padronização da alta hospitalar, cada enfermeiro dá as orientações de alta da forma que acha melhor, pautados em seus conhecimentos prévios. Eles não possuem um documento pelo qual possam se basear ou seguir, diferente da medicina que possui o sumário de alta que é um documento entregue ao paciente com todas as informações de sua internação.

Só o verbal, se perde as informações. Acho que a gente tinha que ter alguma coisa escrita, alguma coisa padronizada, prescrição padronizada que a gente pudesse adaptar para cada alta. Eu acho que se tem esse negócio palpável, lá na unidade de saúde o comprometimento deles vai ser maior, porque a partir do momento que eles recebem uma orientação ou uma comunicação a respeito do paciente, eles estão tendo um compromisso também. (E12).

Como relatado pela enfermeira, falta algo palpável para a enfermagem, que oriente a sistematização na hora de dar as orientações, poupando tempo e evitando o esquecimento de alguma informação importante. Outros enfermeiros também sugeriram que poderia ser criado um protocolo ou documento, utilizado em toda instituição de forma a regulamentar tal ato, para orientação da alta hospitalar. O mesmo documento poderia indicar a necessidade de contato com a APS, sendo uma maneira de promover a continuidade do cuidado iniciado no hospital.

A segunda categoria, “Ações e estratégias para continuidade do cuidado eficaz”, busca evidenciar as intervenções já realizadas pelos enfermeiros no momento da alta para estabelecer a continuidade do cuidado iniciado no hospital. Essa categoria é composta por duas subcategorias bem articuladas entre si.

A primeira subcategoria, “Estratégias utilizadas para auxiliar na continuidade do cuidado”, foi destacada a orientação para alta como uma ferramenta essencial para o cuidado continuado, e para em que tal feito aconteça o entendimento do paciente frente a sua situação de saúde e os cuidados necessários é o elemento primordial. Para isso, são usadas algumas estratégias em sua realização: orientação verbal, panfletos com orientações para casa, cuidado na beira do leito, e repetição de procedimento para confirmar entendimento. Em alguns casos, quando há orientação específica, o médico e o enfermeiro entram em consenso sobre as orientações, sendo papel da enfermagem orientar beira do leito. Esses processos são executados tanto com pacientes quanto com seus familiares ou acompanhantes.

Eu acho que a questão toda de uma orientação é você se adequar ao nível cultural dele, né? Não adianta chegar lá e falar em cateter, sonda, dieta, muitos deles não sabem o que é ‘dieta’. Eles sabem o que é ‘comida’, o que é ‘regime’. Então eu acho que a principal coisa da comunicação é você se adequar ao nível intelectual, cultural do paciente, e ter certeza que ele realmente entendeu. Até porque a comunicação é tudo. (E13).

Neste sentido, a maneira que se dá a orientação pode afetar na compreensão do paciente. Desse modo, o enfermeiro busca direcionar suas orientações, adequando-as à linguagem do paciente, utilizando palavras de fácil entendimento e explicando de mais de uma maneira, para que o paciente entenda da melhor forma. Em casos em que o paciente irá com dispositivos para casa os enfermeiros afirmam que iniciam as orientações durante a internação, antes mesmo da previsão de alta, ensinando pacientes e os acompanhantes sobre o

uso e manuseio do aparelho. No caso dos pacientes que farão curativos no domicílio, o acompanhante observa a realização e o profissional explica passo a passo, atentando ao uso de proteção e cuidados com infecção.

Os enfermeiros também reforçam que nos casos em que a família é presente nos cuidados envolvidos com o paciente, eles também estão mais atentos as obrigações e necessidades, como de buscar por atendimento e acompanhamento na APS após alta hospitalar. Já a falta de conhecimento do paciente e seus familiares frente a sua situação clínica e a gravidade, dificulta nas orientações passadas, como ilustrado na fala a seguir.

O paciente é complicado, às vezes ele não tem aquela orientação de ele mesmo buscar o seu tratamento, seu cuidado, não tem a família que acompanha. (E07).

Além das estratégias utilizadas pelos enfermeiros abordados na primeira subcategoria, a segunda subcategoria, “Ações de continuidade do cuidado mediante a necessidade específica do paciente”, traz práticas que já foram desempenhadas em alguma situação específica.

A gente tem casos mais especiais, por exemplo, um paciente que vai para casa com uma ferida mais extensa ou que tem uma condição mais fragilizada, a gente faz por escrito, mas é mais em curativo, que a gente faz a prescrição por escrito para ele levar no posto de saúde, para o enfermeiro lá estar sabendo (E01).

Como no caso da fala anterior, pacientes que apresentam situações que requerem mais cuidados, pode ser elaborado uma prescrição de enfermagem por escrito para que seja levada pelo paciente na APS. Assim, o enfermeiro do Centro de Saúde estará ciente de que materiais estão sendo usados para o tratamento da lesão. No entanto, o enfermeiro do hospital busca prescrever o curativo conforme a realidade socioeconômica do paciente ao retornar para seu domicílio, já que muitos não têm condições de comprar determinadas coberturas ou a APS provavelmente não oferta. Em alguns casos que o paciente vai de alta no final de semana e não poderá buscar a APS para troca de curativo, é fornecido materiais, como pomada e gaze. Com isso, é dado todas as orientações ao paciente e seu familiar, de como armazenar o medicamento e ensinado a realizar o curativo.

Em uma outra situação com um paciente que apresentava uma lesão por pressão, foi entrado em contato telefônico diretamente com a APS de referência para sinalizar a necessidade de acompanhamento do paciente e seguir com o tratamento, evitando maiores danos na lesão. No caso do contato telefônico alguns enfermeiros relataram já terem usado tal ferramenta para seguir com o cuidado após a alta, porém somente em situações muito específicas.

Além disso, feridas complexas e que exigem acompanhamento multidisciplinar, após a alta hospitalar é marcada uma consulta de retorno em ambulatório, onde a equipe ambulatorial reavalia a lesão e, dependendo de sua evolução, faz novas prescrições e referência para acompanhamento com a APS. Algo muito comum nas clínicas cirúrgicas é o paciente realizar alguma cirurgia para implantação de algum dispositivo, como por exemplo a bolsa de colostomia. Este paciente necessitará de educação em saúde para aprender como fazer a limpeza e os cuidados gerais de tal dispositivo.

Desde quando ele (paciente) vem da cirurgia a gente já começa a fazer as orientações de cuidados com o dispositivo, principalmente do manuseio. Porque ele e a família tem que sair já sabendo utilizar o equipamento. (E07).

Enquanto o paciente ainda está internado o enfermeiro preenche um formulário da própria prefeitura de Florianópolis, informando a situação clínica do paciente e solicitando que ele receba uma quantidade de bolsas de colostomia por mês em sua unidade de saúde de referência. Um familiar leva esse formulário na APS e quando o paciente receber alta hospitalar sua unidade de saúde já estará ciente da sua necessidade com o dispositivo mensalmente. Esta é o único caso, retratado pelos enfermeiros, em que foi apresentado uma medida padronizada frente a uma situação clínica para promoção da continuidade do cuidado. No caso das doenças crônicas, ainda não há medidas, protocolo ou documento padronizado no que se refere a orientações de alta e continuidade do cuidado.

Em pacientes que realizaram transplante hepático, por ser uma situação mais fragilizada e de alto risco, o paciente vai de alta, mas com a supervisão de uma equipe multidisciplinar, consultas previamente agendadas em ambulatório durante um longo período para acompanhamento de sua evolução.

A terceira categoria, “A importância da comunicação entre serviços para uma continuidade de cuidado eficaz”, traz que é fundamental que haja uma forma de comunicação

entre os diferentes pontos da RAS para efetivar a continuidade do cuidado. Essa categoria é sustentada por duas subcategorias, a primeira subcategoria “O aperfeiçoamento da interação da equipe multi como um desafio” reflete na importância da boa interação entre os profissionais da equipe multidisciplinar, e que as vezes isso representa um desafio a ser enfrentado.

A enfermagem é a profissão que coordena a unidade de internação. É ela quem está a par de todos os pacientes internados. Os médicos são divididos em equipes, onde cada especialidade trata dos pacientes com suas comorbidades em específico. Os outros profissionais, como fisioterapeuta, assistente social e psicóloga são solicitados para os pacientes que demandam seus serviços. Assim, quando o paciente vai de alta ele necessita de orientação de cada um dos profissionais que atuou com ele durante sua internação.

O serviço social mostra-se atuante no que se diz em relação a contrarreferencia, realizando intermédios com CAPS, CRAS e até APS quando necessário. Além disso, pacientes que residem em outras cidades ou não tem transporte para casa, eles auxiliam no retorno. Da mesma forma, ao se tratar da alimentação, as nutricionistas conversam com os pacientes e fazem suas orientações em relação aos hábitos alimentares ao retornar à residência.

Mesmo assim, alguns problemas ainda são encontrados na comunicação entre esses profissionais. O processo de alta é uma decisão médica, porém muitas vezes o paciente não está pronto para alta conforme a perspectiva de outros profissionais, faltam orientações, faltam ajustes, e principalmente, falta comunicação. Necessita-se uma melhora da comunicação entre as equipes de saúde multiprofissionais.

Ainda baseado na comunicação, a segunda subcategoria, “A dificuldade de articulação entre os serviços da RAS”, vem para completar a primeira, abordando sobre as dificuldades de comunicação na rede de saúde. Os enfermeiros ressaltam a importância da existência de um sistema de informação único de saúde, em que independente de qual cidade o paciente for atendido, ao abrir o sistema constará todos os relatórios de atendimento, doenças de base, medicações que faz ou fez uso, entre outros dados. Uma vez que o paciente pode esquecer ou julgar como não relevante alguma informação crucial para o atendimento.

Os enfermeiros apontam que poderia ser elaborada com mais frequência uma carta de referência para a APS. Como visto anteriormente, é uma das ações realizadas por eles para efetivar a continuidade do cuidado, porém não é feito com todos os pacientes, apenas os que

possuem casos mais complexos. Assim, a sugestão de criação de um instrumento de contrarreferência padronizado em toda a instituição poderia sensibilizar os enfermeiros frente a continuidade. Pois, ao encaminhar a informação do paciente para a APS, faz com que os profissionais da APS assumam um compromisso frente aquele documento. O próprio sumário de alta, documento já existente, poderia ser adaptado e enviado para a APS através de e-mail.

Alguns enfermeiros relatam que a comunicação através do telefone poderia ser uma ferramenta utilizada, mesmo sendo grande a quantidade de pacientes com essa demanda. Ou até alguma forma de comunicação mensal com os centros de saúde para o melhor entendimento de quaisquer dúvidas sobre o processo de contrarreferência e garantir o recebimento das informações, para assim darem continuidade com os pacientes.

Também foi apresentado muitas dificuldades em não saber onde o paciente vai ser tratado após a alta. Em casos de lesões, se irá realizar o curativo em casa sem suporte da equipe de saúde ou no centro de saúde, e quais materiais esses serviços tem para oferecer. Tudo isso influencia no processo de alta e nas orientações dadas. Sabendo que o paciente não terá acesso a certos medicamentos, o enfermeiro pode reorganizar seu plano de cuidado, alterando a cobertura da lesão ou buscando um encaminhamento ambulatorial para melhor evolução.

Estudos sobre o tema também podem fazer com que os enfermeiros reflitam sobre a prática e busquem por outras opções que ajudem na continuidade do cuidado. Ao compreender a necessidade de uma ação para a continuidade do cuidado e o que isso pode evitar, há a conscientização do enfermeiro quanto a importância e o faz buscar maneiras de realiza-la. Mas não só o enfermeiro deve compreender isso, como também o paciente. Deve haver o empoderamento do paciente quanto aos seus cuidados, faze-lo compreender sua situação clínica e buscar pelo cuidado.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo revelam a interface entre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a realização do cuidado continuado e as estratégias utilizadas. Todos os enfermeiros trouxeram que a alta demanda da unidade, algumas vezes não específica da enfermagem, atrapalha na efetivação da continuidade do cuidado. Uma revisão de literatura americana que utilizou de 22 artigos para compor seus resultados, trouxe que 30% a 50% de enfermeiros recém-formados mudam de posição na carreira ou desistem da profissão nos

primeiros três anos em razão da alta carga de trabalho. Ainda, enfermeiros que cuidam de pacientes que necessitam de mais cuidados diretos e exigem mais esforço demonstram intenção de deixar a profissão pela exaustão causada. Além disso, esses enfermeiros mostraram uma tendência a desenvolver doenças como depressão, estresse e ansiedade. Isso mostra como a alta carga de trabalho influencia na realização do trabalho do enfermeiro, nas atividades que ele executará e na forma como irá lidar com as situações (GOODARE, 2017). Percebe-se que diante das inúmeras tarefas, o profissional prioriza os cuidados essenciais que garantam um cuidado seguro e qualificado no contexto intra-hospitalar. Já as ações que potencializariam a transição entre serviços, acabam por não serem valorizadas, corroborando com estudos nacionais que apontam a fragilidade no processo de contrarreferência dos pacientes que tem alta do hospital e deveriam ser devidamente encaminhados para a APS (CUNHA et al., 2016; ERDMANN et al., 2013)

O fato de a rede de saúde estar fragilizada, especialmente no momento da contrarreferência, potencializa os casos de reinternação por situações que poderiam ser solucionadas caso houvesse o acompanhamento na APS. Considerando que não são resolvidas, existem inúmeras razões que vão além da fragilidade da rede. Estão inclusas: alta hospitalar antecipada, insegurança ou despreparo do idoso, em caso de pacientes idosos, e seus familiares aos cuidados domiciliares, dificuldade de adesão ao regime terapêutico, dificuldades de enfrentamento e adaptação nas mudanças do estilo de vida e autocuidado. O intervalo de tempo que existe entre a alta hospitalar e a marcação de uma consulta ambulatorial para continuidade do tratamento, também pode contribuir para a reinternação hospitalar, já que o paciente fica desassistido por um período e pode acarretar complicações na sua saúde, retornando ao hospital (CUNHA et al., 2016; PINHEIRO et al., 2015).

Uma revisão integrativa identificou 15 estudos que analisavam a eficácia do acompanhamento do paciente pós alta hospitalar por um enfermeiro gestor de caso. Este enfermeiro oferecia assistência ao paciente, checando como ele fazia a autogestão da medicação, ofertando educação em saúde frente aos cuidados e acessibilizando o uso de ambulatorios quando necessário. Conforme os pacientes, essas ações promoveram maior satisfação com sua saúde e melhoraram sua qualidade de vida. Além disso, foi registrada diminuição das reinternações hospitalares, como também do gasto hospital (REGGE et al., 2017).

Como visto nas entrevistas, sem previsão de um acompanhamento pós-alta o paciente fica perdido entre os serviços de saúde. Para que isso não aconteça os hospitais precisam trabalhar de modo articulado com a APS, fazendo essa interface, já que a falta dessa integração pode fazer com que o processo de cuidado seja redundante e propenso a erros. Principalmente os pacientes portadores de doenças crônicas precisam que haja uma colaboração entre os profissionais para o encaminhamento de um atendimento integrado e contínuo (REGGE et al., 2017).

Nesse sentido, o planejamento da alta deve começar logo que o paciente for internado na unidade, sempre envolvendo o paciente e seus familiares. Sempre fornecer instruções claras, em uma linguagem confortável ao paciente e, se possível, acompanhado de recursos visuais, como materiais impressos, que ajudam a reforçar as instruções verbais. Como parte deste processo, os pacientes devem ser solicitados a repetir os nomes, marcas, doses e horários dos medicamentos que irá fazer uso em casa, mesmo que este já faça uso anterior a hospitalização. Não se deve dizer “continuar com todos os medicamentos em casa” pois pode gerar confusão, além de que tal medida ajuda a reduzir a chance de erro (DONIHI, 2017). Estudo indica que esperar a preparação da alta pouco antes do paciente deixar o hospital pode atrasar a alta por dias, aumentando o risco de infecção. Isso também é importante em casos que o paciente e seus familiares precisam aprender a manusear certos equipamentos. Aponta-se que 30% das altas hospitalares são atrasadas por razões não médicas, ou seja, necessidades de saúde ou assistência social (SHAKIR et al., 2017).

Por outro lado, um estudo internacional sobre a alta de pacientes com diabetes afirma que não é efetivo passar muitas informações sobre a alta enquanto o paciente está internado. O paciente está sob estresse relacionado à internação, em um ambiente com ruídos, onde constantemente sai para fazer exames e procedimentos, tudo isso faz com que ele não tenha um descanso adequado. Além disso, a dor, aplicação de medicamentos e outras distrações podem diminuir sua concentração. Mesmo no dia da alta hospitalar, onde o paciente já está apto para ir para casa, ele está pensando em outras coisas e muitas vezes não lembram de tudo que aprenderam. Assim, o estudo sugere que no momento da alta deve-se dar ao paciente apenas informações primordiais sobre seus cuidados junto com um folheto de informações onde ele tem marcado um acompanhamento com um enfermeiro de educação. Este lhe dará todas as orientações para seguir com o tratamento em casa, sanando todas as dúvidas e acompanhando seu progresso. (DONIHI, 2017)

Estudos apontam que o conhecimento do profissional frente a uma determinada situação influencia na sua tomada de decisão. Ou seja, quanto mais estudo e informação o profissional tem acerca da necessidade da continuidade do cuidado, mais preparado e provido de conhecimento ele se encontrará. Medidas como, panfletos de informação, protocolos, documentos de alta, auxiliam no conhecimento profissional sobre o assunto e aumentam a confiança dos profissionais ao fornecer orientações (DONIHI, 2017; DASH; PICKERING, 2016).

Outro problema referido pelos enfermeiros é a não padronização da alta hospitalar, uma fragilidade a ser superada. A existência de uma padronização facilita no momento de iniciar a preparação para a alta, que é o quanto antes. Um *check list* de verificação pode auxiliar os enfermeiros no momento da alta a não esquecerem de nenhum detalhe e se organizarem quanto a essa tarefa. É visto que a utilização de um *check list* para auxiliar no processo de alta aumenta a satisfação do paciente com os cuidados recebidos (SHAKIR et al., 2017).

Um instrumento de alta, *Readiness for Hospital Discharge Scale* (RHDS), desenvolvido nos EUA, foi adaptado e aplicado no Brasil em um estudo para avaliar o preparo da alta hospitalar brasileira. Trata-se de um questionário com 23 questões que engloba de modo independente o planejamento da coordenação da alta e seu ensino. Além disso, essa ferramenta pode identificar pacientes que não estão preparados para retornar ao domicílio e apresentam riscos de reinternação posteriormente. Através dessa avaliação a equipe multiprofissional pode estabelecer planos terapêuticos com metas, bem como preparar o paciente e seus familiares para o retorno ao domicílio. Este instrumento inclui intervenções educativas com paciente e família, encaminhamento para APS e o monitoramento do paciente através de ligações telefônicas e visitas domiciliares. A utilização de tal instrumento é importante no estabelecimento de um plano de cuidados efetivo e auxilia em intervenções educativas com o paciente e a familiares (SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018).

Em relação a pessoas que necessitam de maior atenção no que se referem às orientações, no caso dos idosos, O Projeto Terapêutico, integrante do Protocolo de Alta Responsável, é outra ferramenta utilizada para organizar as linhas de cuidado, através do estabelecimento de fluxograma, procedimentos e orientações para alta hospitalar, através da lógica de referência e contrarreferência. Ela é utilizada no Hospital Universitário de Alta Complexidade localizado no município de Curitiba, Paraná, em pacientes com complicações

decorrentes de alguma DCNT. Destaca-se que a visita domiciliar é uma das etapas desse protocolo e tem como finalidade fazer o acompanhamento junto à equipe de referência do centro de saúde, integrar o usuário em seu ambiente familiar e social e reavaliar as orientações realizadas na alta hospitalar. Para que isso ocorra, foi elaborado uma “ficha de desospitalização” que é preenchida em três vias, uma para o hospital, uma para o idoso e outra entregue ao familiar que é responsável por entregar na Autoridade Sanitária da APS antes mesmo da alta hospitalar, já iniciando o contato entre família e profissionais do centro de saúde.

Esse documento é composto por dados do paciente, como endereço e vínculo com APS, histórico clínico, condutas realizadas durante a internação e perspectivas futuras quanto a continuidade do cuidado. O hospital é responsável por entrar em contato com a equipe do centro de saúde e agenda a visita domiciliar, esta deve ser realizada até sete dias após a alta hospitalar. A visita domiciliar é realizada com a equipe multiprofissional do hospital em conjunto com, no mínimo, um profissional da APS e um agente comunitário. A equipe multiprofissional desenvolve intervenções relacionadas a cada área profissional, focando nas necessidades e especificidades de cada indivíduo. Isso permitiu com que esses profissionais verificassem se as orientações fornecidas no hospital eram efetivas na realidade domiciliar, caso não, eles tinham a possibilidade de adequar tais orientações em conjunto com paciente, familiares e profissionais da APS. Concluiu-se então, que o uso de protocolos no auxílio da organização do processo de trabalho é um mecanismo eficaz que garante a integralidade (THIEME et al., 2014).

Como elucidado pelos profissionais de enfermagem, cada profissional deve dar suas orientações frente a suas intervenções, como por exemplo, nutricionistas orientam sobre a alimentação do paciente, bem como fisioterapeutas, educadores físicos, médicos, entre outros, atuam em sua área específica, mas devem manter comunicação para um plano de cuidado multiprofissional. Tanto no acompanhamento domiciliar, quanto no hospital, o ideal é que os profissionais atuem em conjunto, como o próprio nome diz, como uma equipe multidisciplinar, atuando de forma integrada, com discussões de caso e tomando decisões em conjunto ao pensar no paciente e seus familiares como em um todo e não de forma fragmentada (HERMANN et al., 2018).

Como ordenadora da rede, a Equipe de Saúde da Família (eSF) tem como objetivo promover a qualidade de vida da população intervindo em fatores que coloque sua saúde em

risco. Proporcionando atenção integral, equânime e contínua, a eSF surge como um dos pontos da rede para realizar o acompanhamento do paciente, que no caso do presente estudo é o usuário que experiência o processo pós-alta hospitalar. Por sua configuração generalista auxilia na criação de vínculo com o paciente, através de consultas ou visitas domiciliares, preservando importante atuação não especializada e de regulação para os demais níveis de atenção (BRASIL, 2018). Outra opção de vínculo para o paciente pós-alta, citado inclusive pelos participantes do presente estudo, seria o retorno em ambulatório através da marcação de consultas. Sendo este serviço, considerado especializado, é restrito à parte dos pacientes que se enquadram em um perfil específico (PINHEIRO et al., 2015). Entretanto, a articulação entre os diferentes pontos da rede, composta dos dispositivos de diferentes densidades tecnológicas, asseguram ao paciente acesso ao sistema de saúde (PINHEIRO et al., 2015).

Como já visto, a boa comunicação entre as redes de cuidado é fundamental para garantir a continuidade do cuidado. Visto os diversos problemas apresentados pelos profissionais de saúde para a efetivação de uma continuidade eficaz, uma solução apropriada é o empoderamento do paciente frente ao seu cuidado. Fazer com que o próprio paciente busque pela continuidade do seu cuidado indo ao encontro da APS, faz com que ele se torne o protagonista do seu cuidado. Ao fornecer ao paciente um documento de alta e orientar que ele deve ir até sua APS de referência para seguir com o tratamento faz com que ele se sinta responsável (DASH; PICKERING, 2016).

Ainda, estratégia de monitoramento dos pacientes idosos após a alta no Rio de Janeiro através de ligações telefônicas no período de três meses, possibilitou saber se o paciente está fazendo uso de algum serviço de saúde para acompanhamento e seguimento dos cuidados e identificar situações de risco, prevenindo complicações que possam levar a reinternação. O estudo também apontou que o grau de escolaridade e a sua renda são pontos influenciáveis para sua adesão ao regime terapêutico e aquisição medicamentosa. (PINHEIRO et al., 2015).

Tais aspectos reforçam a importância do enfrentamento desta fragilidade no processo de cuidado do enfermeiro, que possui significativa repercussão no sistema de saúde. A continuidade do cuidado extrapola a lógica reducionista de simples orientação individualizada para alta hospitalar. Requer, no entanto, a construção de um trabalho conjunto com os demais membros da equipe de saúde, bem como, o reconhecimento da rede pelos profissionais e, conseqüentemente, a valorização da articulação entre os dispositivos. O enfermeiro, frente a

esse desafio, pode protagonizar a mudança e promover a consolidação de práticas seguras e qualificadas, considerando sua formação e sólida inserção em todos os níveis de atenção.

CONCLUSÃO

O estabelecimento da continuidade do cuidado hospitalar enfrenta muitos obstáculos, como a falta de tempo dos enfermeiros em razão da alta demanda de serviços, a não padronização da alta hospitalar e a falta de articulação entre os serviços de saúde da rede. A piora no quadro clínico dos pacientes gera reinternações hospitalares, as quais nutrem um ciclo que sobrecarrega o nível terciário e fragiliza a contrarreferência.

É aconselhável a criação de um documento padronizado que auxilie o enfermeiro no processo de orientação para alta e encaminhe o paciente para sua APS de referência. Apontase a necessidade do fortalecimento da contrarreferência junto às instituições hospitalares, em especial na comunicação entre enfermeiros, a exemplo das estratégias já adotadas frente a necessidades específicas.

Com relação às limitações do estudo, embora a coleta de dados tenha contemplado enfermeiros assistenciais e gestores, cabe destacar a importante interface da equipe multiprofissional e de técnicos de enfermagem no processo de cuidado continuado. Assim, novos estudos podem ser realizados, incluindo esses profissionais, a fim de buscar novas estratégias que possam ser efetuadas em conjunto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção Especializada e Hospitalar. **Política Nacional de Atenção Hospitalar**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar-pnhosp>>. Acesso em: 18 out. 2018.

BURKE, Robert E. et al. Moving beyond readmission penalties: Creating an ideal process to improve transitional care. **Journal Of Hospital Medicine**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.102-109, 26 nov. 2012. Frontline Medical Communications, Inc.

CESTA, Toni . Transitions in Care and the Role of the Case Manager. **Hospital Case Management : The Essential Guide to Hospital-Based Care Planning**, Atlanta, v. 25, n.12, dec 2017

COSTA, Yasmin Fernandes et al. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde**,

[s.l.], v. 38, n. 4, p.473-481, 31 dez. 2014. Centro Universitario Sao Camilo - Sao Paulo. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20143804473481>. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2018.

CUNHA, Kamylla Santos da et al. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência e contrarreferência na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 1, n. 1, p.295-304, 31 mar. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16039/pdf_26>. Acesso em: 26 out. 2017.

DASH, I.; PICKERING, Greg T.. Improving post-operative communication between primary and secondary care: the wound closure information card. **Primary Health Care Research & Development**, [s.l.], v. 18, n. 01, p.92-96, 16 jun. 2016.

DONIHI, Amy C.. Practical Recommendations for Transitioning Patients with Type 2 Diabetes from Hospital to Home. **Current Diabetes Reports**, [s.l.], v. 17, n. 7, p.1-11, 1 jun. 2017.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1-8, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a07>. Acesso em: 26 out. 2017.

GOODARE, Pete. Literature review: Why do we continue to lose our nurses?. **Australian Journal Of Advanced Nursing**, Australia, v. 34, n. 4, p.50-56, jun. 2017.

HAGGERTY, J. L. et al. Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary. **The Annals Of Family Medicine**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.262-271, 1 maio 2013. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/content/11/3/262.short>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

HERMANN, Ana Paula et al. Enhancing the process of teaching and learning homecare. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 1, p.156-162, fev. 2018.

HIRSCHMAN, Karen B. et al. Continuity of Care: The Transitional Care Model. **Anais Periodicals**, [s.i], v. 20, set. 2015. Disponível em: <<http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No3-Sept-2015/Continuity-of-Care-Transitional-Care-Model.html>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

MALTA; SILVA JR, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n.

1, p. 151-164, Acesso em: 28 out. 2017.

PINHEIRO, Fernanda Machado et al. Acompanhamento por telefone no pós alta hospitalar de idosos. **Revista Enfermagem Atual**, S.l, v. 83, n. 1, p.48-53, jan. 2015.

PROMOTION, National Center For Chronic Disease Prevention And Health. **About Chronic Diseases**. 2018. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>>. Acesso em: 13 out. 2018.

REGGE, Melissa de et al. The role of hospitals in bridging the care continuum: a systematic review of coordination of care and follow-up for adults with chronic conditions. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.1-24, 9 ago. 2017.

RIBAS, Ester do Nascimento et al. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 1, p.546-553, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700546&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 ago. 2018.

SHAKIR, Gabriel et al. Use of a Daily Discharge Goals Checklist for Timely Discharge and Patient Satisfaction. **Medsurg Nursing**, S.l, v. 26, n. 4, p.236-241, jul. 2017.

SIQUEIRA, Talita Honorato; VILA, Vanessa da Silva Carvalho; WEISS, Marianne Elizabeth. Cross-cultural adaptation of the instrument Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 3, p.983-991, maio 2018.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Características de estudos qualitativos conduzidos por médicos: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 8, p.2423-2430, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2423.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2018.

THIEME, Rubia Daniela et al. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.269-286, 17 jul. 2014.

VIEIRA, Emmily Coelly et al. Ocorrência de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório no estado da bahia. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.115-123, 14 jun. 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/920/607>>. Acesso em: 26 out. 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste estudo foi possível observar que a continuidade do cuidado enfrenta alguns obstáculos quanto a sua implementação. Neste sentido, este estudo respondeu ao objetivo proposto apontando as estratégias são utilizadas pelos enfermeiros, como a orientação para alta, que por vezes solicita que o paciente busque pela APS.

No entanto, essas iniciativas são realizadas apenas em alguns casos específicos, nos quais o paciente apresenta alguma necessidade. A relevância deste estudo se dá pela variedade de ações que já são realizadas no Brasil, mesmo que de forma não padronizada e podem ser aperfeiçoadas quando houver maior valorização e investimento nessa área.

A pesquisa qualitativa permitiu revelar a perspectiva de enfermeiros que lidam diretamente com o cuidado, que relacionam-se com pacientes e familiares, bem como algumas enfermeiras gestoras vinculadas às unidades de internação médica e cirúrgica. Entrevistar os enfermeiros oportunizou compreender além dos números produzidos no serviço escolhido para realização do estudo, evidenciando os desafios de atuar em um serviço público, com condições nem sempre adequadas e, mesmo diante de obstáculos, aponta um olhar preocupado com o ser humano, inovador nas práticas em saúde e com potencial para qualificar a assistência e os indicadores de qualidade.

Assim, entende-se a necessidade de novos estudos no tema em questão, os quais possam proporcionar de forma mais concreta a continuidade do cuidado. Evidencia-se a necessidade de estudos não só no ambiente hospitalar, mas também na APS que é o serviço que irá acompanhar o paciente após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas:: do serviço de emergência para o domicílio. 2016. 158 f. **Tese (Doutorado)** - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.320-335, jun. 2016.

BIREME. **Descritores em Ciência da Saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 14 out. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 18 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017b. 57 p. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>>. Acesso em: 21 out 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mais Perto de Você. Redes de Atenção à Saúde**, Brasília, 2018a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 22 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção Especializada e Hospitalar. **Política Nacional de Atenção Hospitalar**, Brasília, 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar-pnhosp>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Internações hospitalares**, 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def> Acesso em: 15 set. 2018

BRITO, Maria José Menezes et al. Home care in the structuring of the healthcare network: following the paths of comprehensiveness. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.603-610, 2013.

BURKE, Robert E. et al. Moving beyond readmission penalties: Creating an ideal process to improve transitional care. **Journal Of Hospital Medicine**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.102-109, 26 nov. 2012. Frontline Medical Communications, Inc.

CAMARGO, Patrícia Faria; ANDRÉ, Larissa Delgado; LAMARI, Neuseli Marino. Orientações em saúde no processo de alta hospitalar em usuários reinternados do Sistema Único de Saúde. **Arq. Ciência e Saúde**, [s.i.], v. 23, n. 3, p.38-43, set. 2016. Disponível em: <http://www.cienciasdaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/335/247>. Acesso em: 21 ago. 2018.

CORRÊA, Áurea Christina de Paula; DÓ, Helga Yuri. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em cuiabá. **Cienc Cuid Saud**, [s.i.], v. 1, n. 13, p.104-110, jan. 2014. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19916/pdf_119. Acesso em: 26 out. 2017.

COSTA, Yasmin Fernandes et al. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde**, [s.l.], v. 38, n. 4, p.473-481, 31 dez. 2014. Centro Universitario São Camilo - São Paulo. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20143804473481>. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf. Acesso em: 21 ago. 2018.

CUNHA, Kamylla Santos da et al. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência e contrarreferência na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 1, n. 1, p.295-304, 31 mar. 2016. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16039/pdf_26. Acesso em: 26 out. 2017.

EBRAHIMI, Zahra et al. Effects of a continuum of care intervention on frail elders' self-rated health, experiences of security/safety and symptoms: A randomised controlled trial. **Nordic Journal Of Nursing Research**, [s.l.], v. 37, n. 1, p.33-43, 22 set. 2016.

ENGLANDER, Honora et al. The Care Transitions Innovation (C-TraIn) for Socioeconomically Disadvantaged Adults: Results of a Cluster Randomized Controlled Trial. **Journal Of General Internal Medicine**, [s.l.], v. 29, n. 11, p.1460-1467, 10 jun. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238212/>. Acesso em: 10 nov. 2017.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1-8, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a07>. Acesso em: 26 out. 2017.

FREITAS, Letícia Fernanda Cota; MOREIRA, Danielle de Araújo; BRITO, Maria José Menezes. A continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. **Cogitare Enfermagem**, [s.i.], v. 19, n. 4, p.694-700, dez. 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35993/23929>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

HAGGERTY, J. L. et al. Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary. **The Annals Of Family Medicine**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.262-271, 1 maio 2013. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/content/11/3/262.short>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

HIRSCHMAN, Karen B. et al. Continuity of Care: **The Transitional Care Model**. **Ana Periodicals**, [s.i.], v. 20, set. 2015. Disponível em: <<http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No3-Sept-2015/Continuity-of-Care-Transitional-Care-Model.html>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

HU/UFSC, **Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago: Apresentação**. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=12>. Acesso em: 19 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico do Brasil**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 19 out. 2018.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Redes de Atenção à Saúde:: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p.15-37, out. 2014. Disponível em: <<http://www.fcap.adm.br/wp-content/uploads/2014/07/Seminario-Divulgacao-em-Saude-52-Redes.pdf#page=40>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

MALTA; SILVA JR, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.3-16, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 1, 2017a. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102017000200306&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 21 ago. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.661-675, dez. 2017b. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rbepid/2017.v20n4/661-675/pt/>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Tenção abásica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev Aps**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.204-213, jun. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p.38-49, out. 2014. Disponível em: <<http://www.fcabp.adm.br/wp-content/uploads/2014/07/Seminario-Divulgacao-em-Saude-52-Redes.pdf#page=40>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

_____. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.: il.

MENDES, Felismina Rosa P. et al. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.841-853, mar. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p.01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf>. Acesso em: 19 out. 2018.

MORAIS, João Paulo Lavos de. **Preparação do regresso a casa**: do hospital ao contexto familiar. 2010. 164 f. **Dissertação (Mestrado)** - Curso de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9210/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Prepara%C3%A7%C3%A3o%20do%20Regresso%20a%20casa.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

PRETO, Vivian Aline et al. Refletindo sobre as contribuições da enfermagem para a saúde global. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 36, n. , p.267-270, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500267&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 out. 2018.

RIBAS, Ester do Nascimento et al. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 1, p.546-553, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700546&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 ago. 2018.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 2,

p.343-352, fev. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n2/343-352/pt/>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

SUGIURA, Silvia Yuri et al. A vivência do contexto domiciliar por familiares e profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.304-319, 29 jun. 2018.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Características de estudos qualitativos conduzidos por médicos: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 8, p.2423-2430, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2423.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2018.

VIEIRA, Emmily Coelly et al. Ocorrência de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório no estado da bahia. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.115-123, 14 jun. 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/920/607>>. Acesso em: 26 out. 2017.

WEBER, Luciana Andressa Feil et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.1-2, 28 jul. 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615>>. Acesso em: 28 out. 2017

World Health Organization. **Noncommunicable diseases progress monitor 2017: WHO; 2017**. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 21 ago 2018.

APÊNDICE A – TCLE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Eu, Marina Miotello, juntamente com a Prof^a Dr^a Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: frente à importância de compreender a transição do cuidado de pacientes com Doenças crônicas não transmissíveis que tiveram alta de serviço de emergência e de unidades de internação médica e cirúrgica para o domicílio. Esta pesquisa poderá beneficiar a enfermagem e a sociedade em geral com inusitados ou aperfeiçoados conhecimentos acerca do tema da pesquisa.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da referida pesquisa e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de entrevista de aproximadamente 40 minutos em local reservado, que garanta privacidade, preferencialmente no ambiente de trabalho.

Não pretendemos expô-lo (a) a riscos ou desconfortos e você tem a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa, ou se aceitar a participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicarão nenhuma penalização ou prejuízo.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre o processo de transição entre os serviços de saúde, contudo estamos dispostas a ouvi-lo (a), interromper a entrevista e se assim você desejar, retornando a coletar os dados sob sua anuência tão logo se sinta à vontade para continuá-la.

Os resultados deste trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos. O material coletado durante as entrevistas e a observação poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para este estudo você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, mas você será ressarcido caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que serão cobertas pelo orçamento da pesquisa, mediante apresentação de comprovante.

Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este documento está redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, são assegurados o sigilo e a privacidade da identidade dos participantes, o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

A pesquisadora Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni coloca-se a disposição para quaisquer esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, pessoalmente ou pelos telefones (48) 984110125/32713456 ou no endereço eletrônico gabriela.lanzoni@ufsc.br, ou no endereço: Departamento de Enfermagem – CCS – UFSC. Rua Delfino Conti, s/n, Trindade, Florianópolis, SC, Brasil. CEP: 88040-900.

O processo de anuência foi realizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, localizado no Prédio Reitoria II, na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Contato telefônico: (48)3721-6094 e eletrônico: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando as autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____.

RG/CPF: _____.

Data: ____/____/____.

Assinatura da pesquisadora: _____.

APÊNDICE B – ENTREVISTA

Perfil

Sexo:

Idade:

Ano de graduação:

Formação complementar:

Tempo de atuação no HU e na UNIDADE:

Perguntas

1. Como você vivencia / percebe o cuidado de enfermagem na transição entre os serviços. (Hosp.-APS/Domicílio) (Espera-se: Orientação global ao paciente e família/ e pontual para a alta) (Estímulo: Quando se fala em continuidade do cuidado entre *Hosp. – APS/Domicílio*, o que você faz? Como você atua? Interage com o paciente para prepará-lo para alta. Quem realiza as recomendações de alta?)
2. Quais elementos influenciam no cuidado continuado entre *Hosp.-APS/Domicílio*? (Estímulo: O que interfere na sua orientação para alta? Aspectos que você considera no que se refere ao paciente, equipe e materiais? Positivamente/negativamente)
3. A partir dos elementos que influenciam negativamente, como você faz para superá-los?
4. Quais as principais estratégias utilizadas por você, como enfermeiro, na transição do cuidado do paciente para APS?
5. Quais que dependeriam de outras pessoas para serem concretizadas?
6. Há uma padronização no processo de cuidado continuado/transição? (Orientação de alta)
7. Você considera interessante haver uma forma de comunicação com os pacientes após a alta, caso você considere conveniente, ou com profissionais da APS, mesmo que esse contato não fosse feito exclusivamente por você?
8. Você visualiza alguma forma de concretizar esse processo? Como ele se daria? (Você acha que seria possível criar alguma ferramenta que facilitasse esse processo? Como?)

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Liderança do enfermeiro no cuidado de transição entre os serviços de saúde

Pesquisador: GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 74383317.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.537.096

Apresentação do Projeto:

O estudo intitulado "Liderança do enfermeiro no cuidado de transição entre os serviços de saúde" é vinculado ao Grupo de Estudos Pesquisas de Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES), do Departamento de Enfermagem, sob responsabilidade da pesquisadora Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni. Trata-se de um projeto que visa compreender a transição do cuidado de pacientes que tiveram alta de serviço de emergência e de unidades de internação médica e cirúrgica para o domicílio e sua interface com a liderança clínica dos enfermeiros, por meio de métodos mistos, envolvendo a combinação das abordagens quantitativas e qualitativas, permitindo, assim, maior compreensão do problema de pesquisa frente à capacidade de lidar com situações mais complexas. A etapa quantitativa caracteriza-se como um estudo do tipo transversal com a aplicação do instrumento Care Transitions Measure (CTM), o qual tem por objetivo medir a transição do cuidado conduzido por Coleman e colaboradores, em 2002, a partir da participação dos pacientes (COLEMAN et al., 2002). A etapa qualitativa será orientada pela Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) através de entrevistas com enfermeiros assistenciais e gestores vinculados aos setores de internação médico-cirúrgica e da Emergência. O cenário do estudo será a Emergência e as Unidades de Internação clínica e cirúrgica do hospital universitário – UFSC, localizado em Florianópolis. Com este estudo, espera-se compreender as percepções de pacientes, cuidadores e profissionais de saúde sobre o processo de transição do hospital para o domicílio pode auxiliar na

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.537.096

elaboração de estratégias para modificar práticas e tomada de decisões em nível local e nacional, contribuindo no desenvolvimento e na implementação de transições do cuidado mais qualificadas, subsidiando ações de liderança do enfermeiro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a transição do cuidado de pacientes que tiveram alta de serviço de emergência e de unidades de internação médica e cirúrgica para o domicílio e sua interface com a liderança clínica dos enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não está previsto qualquer risco físico aos participantes, mas caso o participante sinta-se chateado ou emocionalmente abalado, tanto a ligação telefônica, quanto a entrevista presencial serão interrompidas e retomadas somente quando o participante se sentir a vontade. Caso seja da vontade do participante, poderá sair da pesquisa.

Benefícios:

Não serão concedidos benefícios diretos, não é possível remunerar os participantes. Para a sociedade os achados poderão contribuir para o fortalecimento da referência e contrarreferência do paciente nos diferentes serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e potencial para contribuir com a linha de pesquisa que se encaixa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.537.096

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_911791.pdf	22/01/2018 20:22:38		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA2.doc	22/01/2018 20:21:30	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasilTransicaoCuidado.doc	22/01/2018 20:20:05	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Cronograma	cronograma.doc	22/01/2018 20:19:30	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	22/01/2018 20:18:40	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Folha de Rosto	folhaRosto.pdf	25/08/2017 09:16:19	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceiteHU.pdf	16/08/2017 11:10:16	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	16/08/2017 11:10:04	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Março de 2018

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182- TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

Eu, Professora Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, presidente da Banca Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso da Acadêmica Marina Miotello, intitulado “ Continuidade do Cuidado na Transição: Estratégias do Enfermeiro para a Consolidação da Contrarreferência” confirmo a revisão do trabalho supracitado e a versão final atende as exigências de formatação e conteúdo para o atendimento da Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) para a Submissão no Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Florianópolis, 8 de novembro de 2018.

Assinatura manuscrita em tinta azul, apresentando uma grafia cursiva e fluida.

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni