

CONTINUIDADE DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Data de aceite: 21/01/2023

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Maria Fernanda Baeta neves Alonso da Costa

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Caroline Cechinel Peiter

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Larissa Martins Novaes de Lima

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Elizabeth Bernardino

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

de Saúde (SUS) é balizado por princípios e diretrizes que norteiam a gestão das políticas e implementação de estratégias que incidem na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹.

Dentre os princípios do SUS instaurados a partir da Constituição de 1988, a integralidade da assistência exige a superação do modelo fragmentado de atenção à saúde, vindo a ser um dos objetivos principais das RAS². Desse modo, a implantação das RAS no Brasil caracterizou-se como estratégia para qualificar a assistência à saúde e promover a atenção integral ao proporcionar a integração dos serviços de saúde, além de otimizar a relação custo-efetividade para o sistema de saúde³⁻⁴.

Na organização dos serviços de saúde do SUS, além da redução da fragmentação da atenção, destaca-se a necessidade de evitar a sobreposição desnecessária, onerosa e iatrogênica em intervenções de saúde, de direcionar os

INTRODUÇÃO

O sistema nacional de saúde brasileiro assume, constitucionalmente, uma concepção ampliada da saúde enquanto uma produção social, situando-a como um direito de cidadania e responsabilidade do Estado. Para tanto, o Sistema Único

serviços e de distribuir os profissionais adequadamente nos pontos de atenção à saúde. Não obstante, destacam-se também, possibilitar a gestão clínica e a continuidade do cuidado das condições crônicas, reduzindo a hospitalização desnecessária, buscando uma atenção balanceada, com adequação da oferta de serviço e organização dos fluxos entre serviços especializados de média e alta densidade tecnológica e a Atenção Primária à Saúde (APS), controlar os custos, além de favorecer o fluxo comunicacional e atenção ao longo do tempo¹.

Embora a organização das RAS tenha o objetivo de promover a integralidade da assistência por meio da integração dos diferentes pontos de atenção à saúde³, a continuidade do cuidado continua sendo um desafio, especialmente na transição entre os serviços. Esta articulação entre os pontos da RAS é ainda mais sensível à descontinuidade do cuidado na transição entre os serviços hospitalares e a APS, o que faz da alta hospitalar um momento propício à fragmentação do cuidado⁵⁻⁶.

Considerando que a integração dos serviços e a continuidade do cuidado são problemas expressivos no SUS, entende-se que os profissionais de saúde, ao desempenharem a gestão do cuidado nos diferentes pontos de atenção à saúde, deverão apresentar plasticidade no processo de trabalho, de modo a viabilizar o acesso dos usuários ao serviço necessário e em tempo oportuno¹.

Buscando superar esta realidade, iniciativas nacionais e internacionais buscaram estabelecer a função do enfermeiro de continuidade do cuidado⁷⁻⁸, também chamado de enfermeiro de ligação ou enfermeiro hospitalar de enlace. Este profissional atua a partir da internação e é responsável por identificar os pacientes que precisarão de ações de continuidade do cuidado após a alta hospitalar⁷.

Considerando a necessidade de elucidar questões sobre as contribuições do enfermeiro na ampliação e resolutividade das ações em saúde e continuidade do cuidado, este capítulo teve como objetivos:

- Discutir a RAS e as linhas de cuidado no Sistema Único de Saúde
- Analisar o conceito de Continuidade do Cuidado e suas dimensões
- Refletir sobre as contribuições do enfermeiro para a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Diante da crise contemporânea dos sistemas de saúde, caracterizada pela organização da atenção em sistemas fragmentados e voltados para as condições agudas, apesar da prevalência de condições crônicas, e sem comunicação fluida entre os níveis de

atenção, vislumbra-se que a contribuição da implantação e consolidação das RAS e linhas de cuidado.

O Brasil definiu que a organização da assistência no SUS se daria por meio de redes em 2010, visando à construção de sistemas integrados, denominados Redes de Atenção à Saúde⁹. A partir das RAS estabeleceu-se uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde, facilitando a integração dos serviços do ponto de vista territorial.

Na articulação entre os elementos da estrutura organizacional da RAS, a APS se destaca como centro de comunicação com os demais pontos de atenção, porta de entrada prioritária do sistema de saúde, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Dessa forma, favorece a qualidade da assistência e a continuidade do cuidado na rede de saúde¹⁰⁻¹¹.

Embora a RAS pareça bastante efetiva em sua proposta, profissionais e gestores têm vivenciado o desafio de efetivar a integração e facilitar o acesso ao usuário. A superação da fragmentação da atenção é facilitada ao se promover o aumento do escopo de atuação da APS e sua articulação com os serviços especializados. Estes direcionamentos apontam para que se rompa com o ciclo de sobreutilização da atenção especializada com demandas que poderiam ser absorvidas pela APS. Nesse contexto, a ampliação da carteira de serviços desempenhados pelo enfermeiro na APS possibilita o aumento da resolutividade no nível primário e contribui para o fortalecimento da RAS¹².

Este modelo de atenção considera, além da APS, a integração com os pontos de atenção à saúde distribuídos na atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar, e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular⁹. Esses pontos de atenção prestam serviços de promoção, prevenção, apoio diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos, devendo atuar de forma articulada e integrada¹³. Além disso, devem ser distribuídos segundo a economia de escala, ou seja, a partir de suas densidades tecnológicas. Segundo esta lógica, serviços de maior densidade tecnológica devem ser mais concentrados, e os de menor densidade tecnológica mais distribuídos ao longo do território⁹.

Em relação aos serviços da atenção secundária e terciária, a desarticulação de ações associada à necessidade de qualificação da regulação tanto do acesso quanto dos fluxos de comunicação entre os serviços são entraves que contribuem para a fragmentação do cuidado e gargalos no sistema de saúde¹⁴. Logo, além da reconhecida importância da APS na RAS, é importante ressaltar a necessidade de organização das redes regionalizadas robustas para que a APS possa exercer seu papel de coordenadora do cuidado, configurando uma via de mão dupla. Ou seja, a APS, sozinha, não é capaz de

cumprir seu papel de ordenadora da rede, dependendo das demais estruturas da RAS para que aconteça a continuidade do cuidado¹⁰. Nesse sentido, conhecer os atributos e funções da APS visando potencializar as estratégias de promoção, manutenção e recuperação da saúde têm sido demonstradas como custo-efetivas (Figura I)¹³.

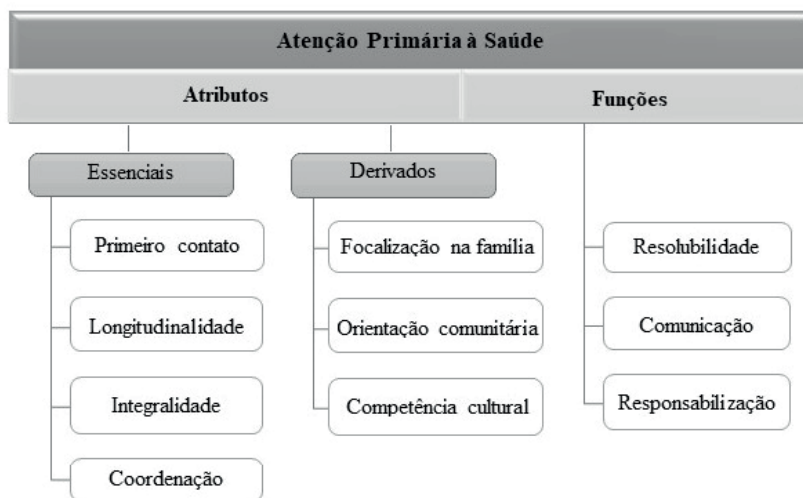


Figura I - Diagrama com a descrição dos atributos e funções da Atenção Primária em Saúde.

Fonte: Adaptado de Mendes (2015)¹⁵.

Para a articulação dos pontos de atenção secundária e terciária com a APS é essencial a implantação de um sistema de regulação, que no Brasil denominamos Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Estudo aponta que a articulação entre APS e demais pontos necessita de centrais informatizadas de regulação, agendamentos e arquivamento de história clínica. Os sistemas informatizados permitem aos gestores monitorar as prioridades clínicas, conhecer o índice de abstenção a consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade no controle das agendas. O percurso mais comum do usuário para acesso à atenção especializada, de acordo com os fluxos formais estabelecidos, acontece por meio de encaminhamento dos serviços da APS. Para a organização dos fluxos, são adotadas guias de prática clínica em diversas áreas do cuidado recomendadas pelo Ministério da Saúde. Em algumas cidades brasileiras, além das guias tradicionais foram adotados protocolos para definição de fluxos e regulação da atenção especializada¹⁴.

Já em relação aos serviços de maior densidade tecnológica, os hospitais, enquanto integrantes da RAS, devem atuar de forma articulada à APS e possuem como função a assistência em regime de internação aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde¹⁶.

Considerando que o atendimento ocorra por demanda referenciada e/ou espontânea, uma vez que o usuário esteja de alta hospitalar, esta é entendida como transferência do cuidado, e deverá contemplar as seguintes diretrizes¹⁶:

Orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado	Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a APS.	Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas RAS.
---	---	---

Figura II - Diretrizes para alta hospitalar.

Fonte: Política Nacional da Atenção Hospitalar¹⁶.

Nesse sentido, faz-se necessária uma efetiva integração dos hospitais à RAS de forma regulada pelo sistema, de modo a oportunizar o cuidado a partir de interações de naturezas diversas com a população, combinando ações de diferentes serviços e profissionais¹⁷. Nesse sentido, foram constituídas algumas RAS temáticas prioritárias no SUS, e cada uma delas é composta por linhas de cuidado específicas, que orientam os fluxos assistenciais e as ações e serviços de saúde necessários em cada situação pré-definida, visando facilitar o itinerário terapêutico do paciente e a oferta de cuidado integral¹⁸.

Entende-se, desta forma, que a RAS em conjunto com as redes e linhas de cuidado específicas podem melhorar a qualidade da clínica fomentando a prevenção das doenças e a promoção da saúde, bem como reduzindo os custos do sistema de saúde onde cada nível de atenção deve operar de forma cooperativa e interdependente.

LINHAS DE CUIDADO

Para articular os pontos e programas da RAS e responder às demandas de saúde dos indivíduos foi proposta a linha de cuidado¹⁵. Esta é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais programáticos seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde.

A linha de cuidado foi construída com base no Projeto Terapêutico, ferramenta de organização e sustentação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família¹⁹, baseada nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação^{16,19}.

Apesar de incluir os protocolos de referência e contrarreferência, as linhas de cuidado se diferenciam por não funcionar apenas por protocolos estabelecidos. Requerem o reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o

processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário aos serviços de que necessitam.

Contudo, uma vez que esse trajeto é estabelecido, nem sempre corresponde ao que de fato será utilizado pelo usuário de forma linear e sequencial. A busca pela assistência parte do usuário, e quando este busca concomitantemente mais de um ponto da rede para resolver a mesma demanda, resulta na sobreposição de intervenções em saúde e fragilidade na constituição de vínculo. Deve-se, portanto, garantir um contínuo assistencial seguro que promova a integralidade do cuidado, que permita que o itinerário terapêutico do paciente não se restrinja a uma sequência pré-determinada e rígida de intervenções¹⁸, mas que o sistema saiba por quais serviços esse usuário passou e quais recursos utilizou, visando qualificar a continuidade do cuidado, otimizando tempo e recursos públicos.

Para que as linhas do cuidado não se reduzam a meros fluxos assistenciais e técnicos, fundados em protocolos clínicos, e para que os itinerários não sejam meros termômetros para guiar previamente as linhas do cuidado na atenção a patologias, o conhecimento sobre itinerários terapêuticos pressupõe a sensibilidade para captar essa relação, intimamente relacionada a concepções sobre saúde, doença e o bem viver. Se essa sensibilidade também permear as práticas de saúde e a construção dos projetos terapêuticos, pode-se, então, falar em possibilidades de articulação entre conhecimento sobre itinerários terapêuticos e construção das linhas do cuidado¹⁸.

Com o objetivo de que o usuário tenha suas necessidades atendidas integralmente, foram criadas as linhas de cuidado, mas que ainda precisam integrar os pontos e serviços e consolidar a continuidade do cuidado, a qual configura-se em uma abordagem ampla e que promove através de modelos teóricos possibilidades de atuação para a enfermagem.

CONCEITO DE CONTINUIDADE DO CUIDADO E SUAS DIMENSÕES

Definir e operacionalizar a continuidade do cuidado é um requisito necessário para melhorar, na alta hospitalar, a transição para o domicílio e mitigar os cuidados fragmentados. A descontinuidade do cuidado pode levar a eventos adversos, reinternações e até a mortes evitáveis. Na perspectiva do paciente, o cuidado fragmentado pode resultar em insatisfação e falta de preparo para o autocuidado²⁰.

O conceito de continuidade tem sido discutido nos estudos sobre os cuidados em saúde e os autores consideram, na sua operacionalização, três dimensões que se interrelacionam: paciente-provedor, comunicação e coordenação²⁰. Este modelo conceitual ajuda a esclarecer o significado de cada dimensão para alcançar a continuidade do cuidado, uma vez que muitos fatores contribuem para a falta de continuidade como dificuldades na comunicação, informações incompletas e acesso limitado aos cuidados na transição para o domicílio e a falta de um líder profissional para assegurar a continuidade. Em virtude destas

circunstâncias, a continuidade dos cuidados tornou-se uma prioridade.

A dimensão paciente-provedor diz respeito à construção de vínculo entre o paciente e os profissionais de saúde presentes em sua trajetória terapêutica. Essa relação que se estabelece ao longo do tempo permite aos profissionais acumularem conhecimentos sobre o paciente, ligando os conhecimentos passados, atuais e futuros, fortalecendo a construção de confiança do paciente com o profissional e transmitindo a sensação de garantia de cuidados futuros²¹⁻²².

A dimensão comunicacional está relacionada ao acesso dos profissionais de saúde às informações referentes aos eventos de saúde prévios²¹. Neste sentido, destaca-se a importância dos sistemas logísticos e de apoio, componentes da estrutura operacional da RAS, especialmente os sistemas de informação em saúde e prontuários eletrônicos, que oportunizam o arquivamento seguro e compartilhamento de informações entre os diferentes pontos de atenção que assistem o usuário.

A dimensão de coordenação está voltada para a oferta e demanda de serviços de saúde, integrados na RAS²². Desta forma, a continuidade do cuidado depende de esforços que partam dos níveis de gestão para que as ações de saúde sejam disponibilizadas de modo sustentável, evitando a redundância de intervenções de saúde, permitindo que o acesso coordenado e integrado promova a integralidade da atenção.

Nos anos 1970, a continuidade do cuidado de enfermagem foi operacionalizada na APS, designando uma enfermeira “primária” no cuidado durante a transição do hospital para casa e assegurando uma boa comunicação e coordenação dos cuidados. O ressurgimento e interesse pela continuidade dos cuidados se deu no início dos anos 2000, quando as mudanças nos serviços de pós-alta e a necessidade de planejamento da alta hospitalar se tornaram uma preocupação²⁰.

Com diferentes denominações no contexto internacional, enfermeiros de enlace na Espanha e de ligação no Canadá e Portugal possuem uma consolidada trajetória e contribuição no processo de continuidade do cuidado⁷. Sabendo que com o tempo, o paciente pode visitar vários provedores e receber atendimento em diversos locais (por exemplo, hospital, unidade de saúde e clínicas), as informações atualizadas podem otimizar os cuidados e o vínculo com o paciente e a sua família promove uma alta segura e a transição para o domicílio de forma eficaz²⁰.

Os enfermeiros são treinados para reconhecer as situações em que os pacientes se encontram e agir com, e em nome deles. O cuidado de enfermagem promove a autonomia do paciente de acordo com as suas necessidades e a interação entre enfermeiro e paciente é um processo complexo, essencial à prática de enfermagem²³. Ainda, o conforto proporcionado pelo relacionamento contínuo com os enfermeiros influencia na tomada de

decisão, comparecimento a consultas, discussão e adesão do plano de alta²⁴.

A relação enfermeiro-paciente é fundamental para o compartilhamento de informações, considerando a condição passada, presente e futura do paciente²⁵. Para alcançar a continuidade informacional é preciso que ocorra a transferência das informações entre os profissionais e serviços, incluindo os resumos de alta completos na transição do hospital, permitindo que os enfermeiros tomem decisões sobre os cuidados com base na linha do tempo²⁶.

A coordenação é fundamental para a prestação de serviços de saúde de alta qualidade. Quando mal coordenados, os cuidados podem resultar em erros, readmissões e ações de saúde dispensáveis. A coordenação foi descrita como integração de cuidados para melhorar os resultados da saúde, garantindo que os beneficiários tenham suas necessidades e preferências atendidas ao longo do tempo. A coordenação assistencial envolve a implementação de ações que visam facilitar a transição do hospital para o domicílio e diminuir os problemas após a alta²⁷.

O plano de alta deve ser desenvolvido com soluções colaborativas entre os enfermeiros, pacientes e familiares/cuidadores e, a comunicação permite que o plano seja compartilhado. O cuidado coordenado deve envolver os recursos apropriados e ações contínuas para atender efetivamente às necessidades dos pacientes. Estudo revelou que na alta hospitalar, as decisões muitas vezes são tomadas pelos profissionais de saúde sem que o pacientes e familiares sejam consultados sobre suas preferências em relação ao acompanhamento²⁸. Desta forma, faz-se necessário compreender a estrutura operacional da RAS e a forma como ela se organiza, bem como identificar quais estratégias podem ser desenvolvidas por enfermeiros para efetivar a continuidade do cuidado na prática.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

A partir de estudos sobre a temática^{5,8} foram identificadas as principais estratégias desenvolvidas por enfermeiros para continuidade do cuidado no processo de transição entre serviços:

Identificação do paciente que necessita de continuidade do cuidado

Entende-se que os enfermeiros, especialmente aqueles que atuam diretamente na continuidade do cuidado, demais profissionais da equipe assistencial e os familiares do paciente contribuem para identificar o paciente que necessita da transição do cuidado para o domicílio⁸.

Alguns critérios podem ser utilizados para facilitar a identificação de potenciais riscos ou problemas para a alta do paciente, dentre eles foram destacados em estudo

desenvolvido em 15 hospitais de Portugal: viver sozinho, dependência para o autocuidado, ter múltiplas lesões por pressão, ser indigente, ser vítima de maus tratos ou negligência, ter registro de ocorrência de quedas no domicílio, e ter doenças crônicas agudizadas²⁹.

Assim, para avaliar se o paciente atende aos critérios, enfermeiros de ligação ou assistenciais realizam exame físico, coleta de dados no prontuário e entrevista. Na entrevista são abordados temas que contemplam o tradicional histórico de enfermagem, com destaque para: uso de medicação, grau de dependência motora e funcional, risco de quedas e de úlceras de pressão, capacidade de decisão do paciente, necessidades após a alta hospitalar, capacitação do cuidador principal, conhecimento do paciente e do cuidador acerca da prevenção de complicações e condições habitacionais²⁹.

Planejamento da alta hospitalar

Após identificar a necessidade de continuidade do cuidado na transição para o domicílio, a enfermeira de continuidade do cuidado inicia o planejamento da alta hospitalar⁸. O planejamento da alta tem como objetivo reduzir o tempo de internação e reinternações não planejadas, melhorar a coordenação dos serviços pós alta hospitalar, e facilitar a transição efetiva dos cuidados hospitalares para o domicílio³⁰.

Ao planejar a alta, os profissionais devem preparar os pacientes para receberem os cuidados, desenvolvidos individualmente para cada paciente, envolvendo-os ativamente no plano de cuidados; proporcionar comunicação ativa entre os profissionais de saúde e coordenar o plano de cuidados para o próximo nível de atendimento³¹. Este processo pode ocorrer idealmente desde a admissão do paciente no hospital, ou ainda alguns dias antes ou no dia da alta hospitalar⁸. Entretanto, cabe destacar que os planos de cuidado para a alta são comumente elaborados e informados durante a alta do hospital, o que pode levar a um acúmulo de informações e dúvidas futuras no contexto domiciliar⁶.

Para a realização de uma assistência mais qualificada, é importante que o enfermeiro atente para as oportunidades de desenvolvimento de estratégias educacionais e preparatórias para a alta durante a internação, para estimular a adesão ao tratamento, bem como, o autocuidado na nova condição de saúde⁶. Além disso, é necessário que estes profissionais assumam o papel de coordenador da alta hospitalar, apoderando-se do processo de transição e integrando os demais membros da equipe assistencial a favor de uma atuação coletiva³².

Transferência das informações entre o hospital e os demais serviços

A estratégia de transferência de informações entre o hospital e demais serviços de saúde está relacionada à dimensão informacional da continuidade do cuidado²¹. Uma revisão de literatura que teve o objetivo de identificar estratégias de transição do cuidado

entre os serviços de saúde na América Latina identificou a comunicação completa de informações dos pacientes como um dos componentes para garantir a continuidade do cuidado no contexto ambulatorial a partir da transição do cuidado⁶.

Um estudo conduzido na Austrália identificou a melhora da comunicação entre o hospital e os demais serviços de saúde como parte das atividades da enfermeira de ligação³³. Na Espanha, a atuação da enfermeira de enlace inclui protocolos de acompanhamento do usuário, contato telefônico pós alta, disponibilização do contato da enfermeira, material impresso com orientações de cuidados, telefones e websites com o objetivo de compartilhar informações do hospital com a unidade de saúde na comunidade⁷. A atuação destas profissionais é direcionada ao cuidado centrado no paciente com objetivo garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. No Brasil, uma instituição que conta com a função da enfermeira de ligação não dispõe de sistema integrado que oportunize a transferência de informações entre o hospital e demais serviços, sobretudo a APS, dificultando sua atuação³².

A transferência de informações entre os serviços de saúde exige a implementação de sistemas informatizados integrados e competentes que permitam a continuidade do cuidado informacional^{8,21}. A ausência de um sistema que oportunize armazenamento e compartilhamento oportuno de informações leva a perdas acerca do histórico de saúde do paciente e gera duplicidade de intervenções. Sem um canal de comunicação formal, outras ferramentas são adotadas pelos profissionais como folhetos, sumário de alta, prescrições, telefonemas e e-mails elaborados com a finalidade de comunicação com outro ponto de atenção à saúde, em especial a APS, visando promover a continuidade do cuidado⁸.

Auxílio na Reabilitação Social

A reabilitação social diz respeito às ações que incentivam a reintegração do indivíduo às suas atividades cotidianas na comunidade após a alta hospitalar, envolvendo aspectos da saúde física, psicológica, cognitiva, comportamental e social, visando aceitação da doença e adaptação à nova condição⁵. Diferente da reabilitação clínica, a reabilitação social está relacionada ao retorno da vida social em condições semelhantes ao período pré-internação, e deve ter como foco o cuidado centrado no paciente³⁴.

Trata-se de um modelo de serviço que fornece um suporte intensivo nas semanas que sucedem a alta hospitalar, cujos resultados estão relacionados ao aumento da independência do indivíduo e a satisfação do paciente com o seu desempenho³⁵. A criação de programas que auxiliam na reabilitação social, principalmente aos pacientes com maior grau de vulnerabilidade, mostram-se favoráveis nas transições do cuidado efetivas e de qualidade, propiciando a sensação de segurança, adaptação à doença e às atividades no

domicílio⁵.

Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado, auxiliar na reabilitação social dos indivíduos dependentes e capacitar os cuidadores para os cuidados pós alta hospitalar, o Serviço Nacional de Saúde português conta com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). As enfermeiras de ligação, após identificação dos pacientes com necessidade de suporte, têm papel de destaque por serem responsáveis pelo planejamento do referenciamento do paciente aos serviços extra hospitalares e à RNCCI²⁹. Nesse sentido, ressalta-se a contribuição do enfermeiro na transição do cuidado, ao identificar questões que possam facilitar ou dificultar a vida do indivíduo no âmbito do domicílio, influenciando no processo de reabilitação social⁵.

Educação em Saúde

A educação em saúde deve ser realizada em todos os níveis de atenção de maneira articulada, a fim de promover o autocuidado, fator essencial para a continuidade do cuidado²⁹. Trata-se de uma das estratégias utilizadas pelo enfermeiro a fim de estimular a adesão ao tratamento e reduzir as taxas de reinternação e de mortalidade. Envolver o indivíduo e família no planejamento do cuidado lhes traz segurança e auxilia o enfermeiro na elaboração do plano de cuidado integral e individualizado. Dentre os aspectos abordados durante a educação em saúde destacam-se alterações e restrições na dieta, exercícios físicos, uso correto das medicações e as possíveis interações dos medicamentos de uso contínuo, reconhecimento de sinais e sintomas da doença e autocuidado no domicílio⁵.

Muitas vezes, as orientações de alta são realizadas somente no momento da alta e de maneira mecânica, apressada, sem considerar as particularidades de cada paciente. A insuficiência de informações no planejamento da alta pode trazer consequências como angústia, ansiedade, efeitos adversos, baixa adesão ao tratamento e baixa qualidade de vida⁽⁶⁾. Desta forma, é necessário munir pacientes e seus cuidadores com conhecimentos e habilidades durante o período de internação para que assim se sintam capazes de realizar os cuidados necessários após a alta⁶.

Para que a educação em saúde seja efetiva, a comunicação das orientações devem ser realizadas através de linguagem simples, clara e objetiva, podendo-se utilizar encartes ilustrativos como material de apoio. Vale ressaltar que a educação em saúde não pode ser apenas prescritiva, esta deve ser esclarecedora para o paciente e seu cuidador⁵.

Articulação com os demais serviços

A articulação entre os diferentes pontos de atenção da RAS auxilia na efetivação de melhores práticas de transição e possibilita a continuidade dos cuidados pós-alta. O enfermeiro, como agente articulador entre os profissionais envolvidos na rede assistencial,

têm como principal responsabilidade disponibilizar os recursos necessários para que o paciente obtenha sucesso no processo de transição para o domicílio⁵.

A maneira como ocorre a transferência das informações sobre os usuários entre os serviços, diferencia-se de acordo com a realidade dos municípios ou regiões de saúde³⁵. As chamadas telefônicas e os sistemas informatizados do hospital interligados à rede de saúde local, são exemplos de meios de comunicação utilizados com o intuito promover a articulação entre os enfermeiros hospitalares e da APS para a realização da continuidade do cuidado no âmbito domiciliar⁵.

Com o objetivo de buscar novas estratégias que favoreçam a continuidade dos cuidados foi implementado o protocolo de contrarreferência pela enfermeira de ligação em um hospital universitário em Curitiba/PR, que consiste em: após identificar pacientes com necessidade de suporte, o enfermeiro de ligação deve localizar a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência para apresentar à enfermeira a situação do paciente e agendar a consulta. A próxima etapa contempla o preenchimento de um formulário de contrarreferência em duas vias. Uma via fica com o pacientes que recebe impresso, alguns outros documentos como folha de rosto e resumo de alta para ser entregue na primeira consulta na UBS. Adicionalmente, o formulário é encaminhado via e-mail para a coordenadora da UBS que direciona para a enfermeira assistencial³².

Acompanhamento pós-alta

Durante o acompanhamento pós-alta é possível identificar e orientar o indivíduo e seus cuidadores quanto aos aspectos do tratamento, sinais e sintomas da doença, administração dos medicamentos, verificar a compreensão das atividades de autocuidado, orientar quanto aos locais adequados para atendimento e realizar consultas de acompanhamento. Essas atividades podem ser realizadas pelo enfermeiro através de ligações telefônicas ou visitas domiciliares presenciais com a finalidade de avaliar a compreensão do plano de alta, relembrar as orientações prestadas anteriormente, elucidar as possíveis incertezas e dificuldades quanto às informações e assim assegurar a continuidade do cuidado⁵.

Estudo realizado no Rio de Janeiro, cujo objetivo foi analisar o uso do serviço de saúde no período pós alta hospitalar de idosos por acompanhamento telefônico, demonstrou o telemonitoramento como uma tecnologia viável na atenção à saúde pois possibilita analisar a evolução dos usuários e a utilização dos serviços de saúde pelos mesmos, bem como auxilia na identificação das situações de risco, na prevenção das possíveis complicações e reinternações através da avaliação e no suporte contínuo no período pós-alta³⁶. Em outro estudo sobre o acompanhamento pós alta, a participação de enfermeiras de ligação na coordenação deste processo contribuiu para melhorar a interação dos serviços, promover

a continuidade do cuidado e como resultado final, diminuir as reinternações hospitalares³⁷.

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

Com o intuito de buscar, no campo da Enfermagem, práticas exitosas que contribuam efetivamente para a continuidade do cuidado no contexto brasileiro, foi desenvolvido um projeto multicêntrico em hospitais universitários do Canadá, Espanha e Portugal, centrado nas práticas das enfermeiras hospitalares de enlace e de ligação^{8,38}.

As atividades realizadas por enfermeiras em hospitais universitários em Madri e Barcelona relacionadas à continuidade do cuidado na APS após a alta englobam a especificidade do processo de trabalho, a disponibilidade de recursos e as habilidades e competências individuais para exercer a função de ligação entre os níveis assistenciais³⁸.

A enfermeira hospitalar de enlace é solicitada para realizar avaliação clínica e social e verificar a necessidade de continuidade do cuidado após a alta por meio da interconsulta com a equipe multiprofissional ou busca ativa no programa informatizado hospitalar. Nesse processo, há o envolvimento entre paciente, família e equipe multiprofissional para a elaboração do plano de alta. A enfermeira possui conhecimento sobre os recursos necessários após a alta hospitalar e realiza contato com os profissionais e/ou enfermeiro da área de origem do paciente³⁸.

Entre as habilidades e competências para atuar como enfermeira hospitalar de enlace ou de continuidade do cuidado, é necessário possuir experiência no tratamento de situações difíceis e manejo do cuidado a pacientes complexos e sua família. Além disso, conhecimento dos dispositivos intra e extra-hospitalares, capacidade para atuar em equipe, liderança, conhecimentos de informática e comunicação eficaz com os diferentes níveis de complexidade. A coordenação entre o hospital e a atenção primária é feita por meio de uma plataforma eletrônica pela enfermeira da atenção primária³⁸.

Na região de Andaluzia, na Espanha, os usuários considerados complexos, como pacientes com condições crônicas, contam com um enfermeiro gestor de casos, que providencia o que é necessário para que o atendimento seja continuado, sem fragmentações, ainda que a pessoa transite por diferentes níveis de atenção. O usuário passa a ter um enfermeiro responsável por seu caso, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado no contexto domiciliar visando responder às múltiplas necessidades socio sanitárias. Assim, continuidade do cuidado é uma característica da APS relacionada à satisfação dos usuários e a sua qualidade de vida, a redução da medicalização e reinternações³⁸.

Essas experiências internacionais, da enfermeira de ligação, enfermeira hospitalar de enlace e a enfermeira gestora de casos, contribuíram para que na região sul Brasil fosse implantada a enfermeira de ligação e o enfermeiro navegador.

O Programa de Navegação foi criado para atender pacientes oncológicos, no âmbito do SUS, cadastrados em Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). A navegação de pacientes é um processo em que um indivíduo é acompanhado pelo enfermeiro navegador que guia as pessoas com diagnóstico ou suspeita de alguma doença crônica, ajudando-as a “navegar” pelo sistema e serviços de saúde. Estes profissionais utilizam o seu conhecimento especializado, experiência clínica e competências para proporcionar aos pacientes um cuidado focado nos aspectos físicos, sociais e emocionais. Direcionam e guiam pacientes, familiares e cuidadores para a tomada de decisão conjunta com equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento. As ações desenvolvidas por estes profissionais vão além do manejo do cuidado, supervisionam todo o processo de tratamento, empoderando os pacientes, fornecendo informações e suporte, atuando como elo entre eles e os profissionais da equipe³⁹.

A primeira avaliação da necessidade de navegação e a construção do plano de navegação foram estabelecidas como função específica do enfermeiro navegador. Este profissional, devido ao seu conhecimento e a sua capacidade de interagir com a equipe interdisciplinar, consegue avaliar os pacientes que necessitam de mais apoio e/ou cuidados mais urgentes. Assim, dentre os benefícios do enfermeiro no papel de navegador está a certeza de um cuidado centrado no paciente e de um efetivo gerenciamento da assistência em todas as fases do continuum³⁹.

Os navegadores conduzirão a trajetória de tratamento do paciente e realizarão a gestão do cuidado através do acompanhamento dos registros no sistema informatizado (agendas de consultas, exames, quimioterapia e radioterapia; movimentação do paciente; e registros no prontuário eletrônico). A comunicação entre pacientes e navegadores será realizada por telefone, mensagens de texto e de forma presencial, com agendamento prévio e/ou necessidade sinalizada pela equipe assistencial, paciente e familiares. A interlocução efetiva influencia positivamente na recuperação do paciente, auxiliando no controle da dor, na adesão ao tratamento, no enfrentamento da doença e na qualidade de vida dos indivíduos navegados³⁹.

CONCLUSÃO

A continuidade do cuidado representa uma importante estratégia desenvolvida por enfermeiros para segurança ao usuário e integrar dos serviços de saúde em redes. Para tanto, o presente capítulo apresentou o contexto da RAS e linhas de cuidado, demonstrando a necessidade de elementos para aperfeiçoamento da continuidade do cuidado dos usuários entre os diferentes serviços de saúde ou destes para o domicílio.

Embora esta prática seja bastante explorada em países desenvolvidos visando

potencializar a qualidade e a segurança do cuidado de enfermagem e da terapêutica proposta por outros profissionais, no contexto nacional existem poucas iniciativas até o momento. Desta forma, vislumbra-se nos enfermeiros de continuidade do cuidado uma atuação com impacto real na qualidade de vida das pessoas e na redução dos custos com reinternações hospitalares, por meio de estratégias pautadas em conhecimento técnico, relacional, e infra-estrutura na integração dos sistemas de informação.

Destaca-se a contribuição deste capítulo para os enfermeiros, que exercem papel fundamental na continuidade do cuidado, identificando aspectos que precisam ser melhorados nas práticas de gestão e assistência. É necessário fortalecer a atuação dos enfermeiros na coordenação da continuidade do cuidado, participando ativamente do planejamento de alta, fornecendo orientações de autogerenciamento em saúde, bem como auxiliando na articulação entre os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado. Universidade Federal da Bahia. Salvador: EDUFBA, 2018. 311 p. Acesso em: 05 jul 2020. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r7wwf/pdf/santos-9788523220266.pdf>
2. Santos SC, Tonhom SFR, Komatsu RS. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(Supl): 118-27. DOI: 10.5020/18061230.2016.sup.p118
3. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1): e20180214. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214>
4. Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(3):713-23. DOI: 10.1590/1413-81232017223.33532016
5. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Maques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2017; 22(3): e47615. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
6. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20180119. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.
7. Costa MFBNA; Andrade SR, Soares CF, Ballesteros PE, Capilla TS, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03477. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>
8. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3162. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>

9. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. diário oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredez.pdf. Acesso em: 05 jul 2020.
10. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1141-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>
11. Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, Fontanive PVN. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(4):e2017504. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400006>
12. Lowen IMV, Peres AM, Ros C, Poli P, Faoro NT. Inovação na prática assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primária. *Rev. Bras. Enferm*. 2017;70(5):898-903. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0131>
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 160p.
14. Almeida PF, Gêrvias J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde Debate*. 2013;37(98): 400-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300004>
15. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde: CONASS, 2015. 193p.
16. Brasil. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.htm. Acesso em: 05 jul 2020.
17. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23(6): 1791-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>.
18. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WF. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(3):843-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
19. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Universidade Federal Fluminense. 2004. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf
20. Bahr SJ, Weiss ME. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *Int J Nurs Pract*. 2019;25:e12704. Available in: <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>
21. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(2):e4250016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>

22. Brand S, Pollock K. How is continuity of care experienced by people living with chronic kidney disease? *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(1–2):153-61. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13860>
23. Henry D. Rediscovering the Art of Nursing to Enhance Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*. 2017;31(1):47-54. DOI: <https://doi.org/10.1177/0894318417741117>
24. Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vasquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A metasynthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care*. 2011;24(1):39-48. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr068>
25. Radwin LE, Castonguay D, Keenan CB, Hermann C. An expanded theoretical framework of care coordination across transitions in care settings. *Journal of Nursing Care Quality*. 2016;31(3):269-74. DOI: <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000165>
26. Roughead EE, Kalisch LM, Ramsay EN, Ryan P, Gilbert AL. Continuity of care: When do patients visit community healthcare providers after leaving the hospital. *Internal Medicine Journal*. 2011;41(9):662-7. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2009.02105.x>
27. Weiss ME, Bobay KL, Bahr SJ, Costa L, Hughes RG, Holland DE. A model for hospital discharge preparation: From case management to care transition. *JONA*. 2015;45(12), 606–614. DOI: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000273>
28. Dyrstad DN, Laugaland KA, Storm M. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge - Exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24,1693–1706. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12773>
29. Martins MM, Aued GK, Ribeiro OMP, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E. Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. *Cogitare Enfermagem*. 2018; (23)3: e58449. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>.
30. Flanagan S, Damery S, Combes G. The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(18). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0765-y>
31. Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Bradbury C, et al. Improved functional ability and independence in activities of daily living for older adults at high risk of hospital readmission: a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract*. 2012;18(1):128-34. DOI: [10.1111/j.1365-2753.2010.01547.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01547.x)
32. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018;71(Suppl1):546-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>.
33. Wilkes L, Doull M, Paterson J, Le Cornu K, Chok HN. The role of the general practice liaison nurse as integrated care coordinator: A delphi study. *Clin Nurs Stud*. 2016; 4 (3): 67-77. doi: <https://doi.org/10.5430/cns.v4n3p67>
34. Bauer A, Fernandez JL, Henderson C, Wittenberg R, Knapp M. Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: A modelling study. *Health Soc Care Community*. 2019;27:1241-50. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12756>

35. Vieira EW, Gazzinelli A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. *Saúde Sociedade*. 2017; 26(2):448-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170100>
36. Pinheiro F, Santo FHE, Sousa RM, Santana RF, Silva J, Pestana LC, et al. Acompanhamento por telefone no pós alta hospitalar de idosos. *REAID*. 2017;83(21):48-53. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2017-v.83-n.21-art.284>
37. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Revista Gaúcha Enferm*. 2020;41(spe):e20190155. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>.
38. Costa MFBNA. Rede de cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Alvarez AM, Caldas CP, Gonçalves LHT, organizadoras. *PROENF - Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do idoso: Ciclo 2*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2020. p.63-92. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.2).
39. Pautasso FF, Lobo TC, Flores CD, Caregnato RCA. Nurse Navigator: development of a program for Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3275. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3258.3275>.