

Desafios para realização da alta na atenção domiciliar

Challenges for carrying out the discharge in home care

Desafíos para realizar el alta en la atención domiciliar

RESUMO

Objetivo: compreender o processo de realização da alta de pacientes e familiares assistidos por serviços de atenção domiciliar. **Método:** estudo descritivo-exploratório, qualitativo, realizado com dez profissionais de duas Equipes Multiprofissionais da Atenção Domiciliar vinculadas a uma Secretaria Municipal de Saúde. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, áudiogravadas e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** os entrevistados referiram dificuldades em reconhecer o momento adequado para iniciar o planejamento das atividades de transição dos cuidados, a inexistência de um fluxo padronizado prejudicial à continuação dos cuidados pela Atenção Primária, o uso do Projeto Terapêutico Singular, a unificação dos sistemas de informação e o desenvolvimento de protocolos para a transição de cuidados seguros. **Conclusão:** as dificuldades relacionadas à execução da alta evidenciam a necessidade de intervenções que envolvam a elaboração de protocolos para a articulação entre os serviços e manutenção do cuidado continuado e integral.

Descritores: Serviços de Assistência Domiciliar; Alta do Paciente; Cuidado Transicional.

ABSTRACT

Objective: understand the discharge process of patients and family members assisted by home care services. **Method** descriptive-exploratory, qualitative study carried out with ten professionals from two Multiprofessional Home Care Teams linked to a Municipal Health Department. Data collection took place through semi-structured interviews, audio-recorded and submitted to content analysis, thematic modality. **Results:** the interviewees mentioned difficulties in recognizing the appropriate time to start the planning of care transition activities, the lack of a standardized flow harmful to the continuation of care by Primary Care, the use of the Singular Therapeutic Project, the unification of information systems and the development of protocols for safe care transition. **Conclusion:** the difficulties related to the discharge show the need for interventions that involve the elaboration of protocols for articulation between services and maintenance of continuous and comprehensive care.

Descriptors: Home Care Services; Patient Discharge; Transitional Care.

RESUMEN

Objetivo: comprender el proceso de alta de pacientes y familiares asistidos por programas del Servicio de Atención domiciliar. **Objetivo:** comprender el proceso de alta de pacientes y familiares asistidos por servicios de atención domiciliar. Método Estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio, realizado con diez profesionales de dos Equipos Multiprofesionales de Atención Domiciliar vinculados a una Secretaría Municipal de Salud. La recolección de datos ocurrió a través de entrevistas semiestruturadas, grabadas en audio y sometidas a análisis de contenido, modalidad temática. **Resultados:** los entrevistados mencionaron dificultades para reconocer el momento adecuado para iniciar la planificación de las actividades de transición asistencial, la falta de un flujo estandarizado perjudicial para la continuación de la atención por la Atención Primaria, la utilización del Proyecto Terapéutico Singular, la unificación de los sistemas de información y el desarrollo de protocolos para la transición segura de la atención. **Conclusión:** las dificultades relacionadas con el alta muestran la necesidad de intervenciones que envuelvan la elaboración de protocolos para la articulación entre los servicios y el mantenimiento de la atención continua e integral.

Descritores: Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Alta del Paciente; Cuidado de Transición.


Milena Dalariva Amorim¹

 [0000-0001-9390-6116](https://orcid.org/0000-0001-9390-6116)

Maria Angélica Marcheti¹

 [0000-0002-1195-5465](https://orcid.org/0000-0002-1195-5465)

Heloá Costa Borim Christinelli²

 [0000-0003-0772-4194](https://orcid.org/0000-0003-0772-4194)

Daniela Miyuki Sato¹

 [0000-0003-1918-5511](https://orcid.org/0000-0003-1918-5511)

Mayara Goes dos Santos¹

 [0000-0002-4040-411X](https://orcid.org/0000-0002-4040-411X)

Elen Ferraz Teston¹

 [0000-0001-6835-0574](https://orcid.org/0000-0001-6835-0574)

¹ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS, Brasil.

² Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí-PR, Brasil.

Autor correspondente:

Milena Dalariva Amorim

E-mail: milena_dalariva@hotmail.com

Como citar este artigo:

Amorim MD, Teston EF, Marcheti MA, et al. Desafios para realização da alta na atenção domiciliar. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2022;12:e4707. [Access_____]; Available in:_____. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4707>

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento mundial, caracterizado por mudanças aceleradas na configuração demográfica e associado à modificação do panorama de morbimortalidade devido à prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), exigiu o desenvolvimento de políticas para promoção dos cuidados de longa duração. Devido ao processo de envelhecimento e adoecimento, o cenário dos setores que prestam assistência à saúde sofre impacto socioeconômico e biológico, sobretudo com a densa ocupação de leitos hospitalares e com os custos despendidos para tal, necessitando de novas formas de cuidado ao ser humano⁽¹⁾.

Uma das modalidades de cuidado transversal à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e que permitiu atenuar estes impactos é a Atenção Domiciliar (AD). Normatizada por meio do Programa Melhor em Casa, tem como veículos a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) integradas às equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Esta modalidade apresenta-se como uma forma de solução viável ao propor uma nova configuração de assistência que permite a continuidade do cuidado e a redução de custos hospitalares⁽²⁻³⁾.

A organização dos serviços de AD ocorre por meio do reconhecimento dos fluxos dos serviços oferecidos pela RAS e compreende a inclusão dos indivíduos, conforme critérios de elegibilidade definidos em normativa para as diferentes modalidades, no planejamento da assistência pelas equipes multiprofissionais, assim como dos recursos necessários para o cuidado em domicílio⁽²⁾. Desse modo, sob responsabilidade da APS estão os indivíduos da modalidade AD1, caracterizados pela estabilidade clínica e necessidade de intervenções menos complexas, além de exigirem menor frequência de atendimentos. Os indivíduos atendidos pelas modalidades AD2 e AD3, cuja gravidade da condição clínica exige atendimento domiciliar com maior frequência e com o suporte de equipamentos de alta densidade tecnológica, são de responsabilidade das EMADs ou EMAPs⁽²⁻³⁾.

A divisão em modalidades contribui para a gestão do cuidado, de modo a compartilhar o atendimento com os diferentes pontos da rede. Salienta-se que a alta dos indivíduos das modalidades AD2 e AD3 atendidas pelos serviços de AD, ocorrem, dentre outros critérios, após a estabilização da condição clínica e do preparo do cuidador/familiar para assumir a assistência⁽³⁾. Assim, os usuários são contrarreferenciados à APS,

uma vez que pertencem ao território de abrangência e, dessa forma, continuam sob responsabilidade das equipes da Estratégia de Saúde da Família conforme a área adscrita⁽⁴⁻⁵⁾.

Apesar de definidos os critérios de elegibilidade e alta dos usuários, percebem-se dificuldades para a continuidade dos cuidados após a efetivação da alta dos serviços de AD para a APS. Isto porque há dificuldade na coordenação, visto a ampla demanda de trabalho ao qual são submetidos, às falhas nos dispositivos para a transferência de informações do processo de cuidado do usuário a outros pontos da rede e dos desafios na própria atuação entre os dispositivos que integram a RAS, reflexo de uma formação centrada no saber biomédico^(1, 2, 6). Além disso, muitas vezes a referência e contrarreferência ocorrem somente no ato da admissão e da alta, não havendo uma comunicação efetiva no seguimento⁽⁷⁾.

Diversos estudos demonstram lacunas na articulação dos serviços de AD com os demais pontos da RAS^(1-2,4,6-7). Tal situação pode ser justificada como um impacto causado pela inexistência de fluxos padronizados e regulamentados que direcionem à continuidade dos cuidados. Nesse âmbito, a construção de fluxos administrativos que permitam à manutenção da comunicação efetiva entre os níveis da rede é necessária para o atendimento dos usuários após a alta pelas equipes dos serviços de AD, garantindo a longitudinalidade, integralidade e continuidade dos cuidados em domicílio⁽¹⁾.

Diante esse contexto, surge o seguinte questionamento: “Como ocorre a realização da alta pelos serviços de AD?”. A fim de respondê-lo, o presente estudo tem como objetivo compreender o processo de realização da alta de pacientes e familiares assistidos por serviços de AD.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva-exploratória, de natureza qualitativa, a qual está vinculada ao Projeto de Pesquisa “Cuidado domiciliar ao adulto e idoso na percepção dos profissionais de saúde, pacientes e cuidadores”.

O estudo ocorreu em Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul/Brasil, com profissionais das EMADs alocadas na Secretaria Municipal de Saúde (SESAU). Participaram das entrevistas os profissionais de duas equipes. Dentre os critérios de inclusão foram considerados: profissionais de saúde com nível técnico e superior, pertencentes e atuantes nas EMADs da SESAU, em atividade mínima de um mês. Ademais, foram utilizados como

critérios de exclusão: ausência do trabalho durante o período de coleta de dados por licença, férias e indisponibilidade após três tentativas de contato.

Estabeleceu-se uma abordagem inicial com a coordenação das equipes, por meio de telefonema, com o propósito de realizar o convite de participação na pesquisa. Em seguida, foi disponibilizado um cronograma de entrevistas com 13 profissionais, dos quais três foram excluídos do estudo por recusa do convite de colaboração. Após o aceite do convite, as entrevistas foram realizadas individualmente, seguindo instrumento semiestruturado, o qual foi elaborado pelos pesquisadores, a fim de coletar informações sociodemográficas dos participantes e sobre o processo de realização da alta de pacientes e cuidadores atendidos pelos serviços de AD sob a perspectiva dos profissionais. As entrevistas ocorreram de acordo com a disponibilidade de horário dos participantes, previamente organizadas e agendadas no próprio local de serviço, com o intuito de não interferir na rotina de trabalho.

As informações foram coletadas durante o mês de setembro de 2020 por pesquisadores da equipe de trabalho científico, sob orientação dos professores pesquisadores experientes em pesquisas qualitativas. O encontro presencial para a entrevista foi realizado seguindo todas as recomendações de prevenção do COVID-19, como uso de máscara por todos os presentes e distanciamento de dois metros entre os mesmos. As entrevistas foram áudiogravadas, com duração média de 15 minutos, e referiram-se à caracterização dos profissionais entrevistados e à questão norteadora: “Como ocorre a efetivação da alta pelo serviço de Atenção Domiciliar?”. Somado a isso, foram realizados questionamentos para definição e descrição do uso de instrumentos na construção e planejamento da alta pelas EMADs.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra e as informações obtidas foram submetidas à Análise de Conteúdo, modalidade temática, seguindo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento e inferência dos resultados⁽⁸⁾. O primeiro momento da pré-análise foi composto pela organização dos dados e leitura flutuante; em sequência o material foi explorado em detalhes por meio da leitura exaustiva. Em seguida, durante a etapa de codificação, os dados foram recortados e agregados em unidades de registro segundo o tema para elaboração de unidade de significação. Por fim, a partir da análise temática e desenvolvimento dos núcleos

de sentido foi possível organizar as categorias temáticas, dispostas na Figura 1.

Figura 1 – Categorias Temáticas e Núcleos de Sentido

Categorias Temáticas	Núcleos de Sentido
Processo de Alta Domiciliar.	Processo de alta na AD.
	Critérios para efetivação da alta na AD.
	Uso de fluxograma diretivo para alta.
	Preparação do paciente/família/cuidador na elaboração da alta.
Aspectos influentes na efetivação da alta pelos serviços de AD.	Fatores que dificultam o processo de alta.
	Participação de outros pontos componentes da Rede na construção da alta.

Fonte: As autoras, 2021.

O estudo recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital Regional, e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), parecer nº 3. 226.138, em cumprimento à Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram mantidos em anonimato por meio da representação dos nomes expressa pela letra P aludindo a “Profissional”, seguida pelo número arábico referente à ordem de realização da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos sujeitos

Participaram do estudo 10 profissionais de saúde atuantes em duas EMADs/SESAU, sendo dois enfermeiros, três técnicos em enfermagem, um médico, um assistente social, um fonoaudiólogo e dois fisioterapeutas. Nove deles eram mulheres e a idade variou entre 27 e 55 anos (média de 33,2 anos). O período de atividade no serviço variou de quatro a 24 meses (média de 12,8 meses).

Processo de Alta Domiciliar

A categoria abrange os elementos envolvidos no processo de alta domiciliar, a qual é programada e discutida em equipe durante a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Os participantes destacaram as modalidades de

alta e os critérios de desligamento utilizados para a preparação e envolvimento dos indivíduos responsáveis pelo cuidado do paciente.

Observou-se nas entrevistas que a alta domiciliar ocorre com a estabilização do quadro de adoecimento apresentado pelo paciente, seguido pelo encaminhamento e transferência do atendimento para outro nível assistencial. No entanto, há contrariedades em relação à operacionalização dos procedimentos, documentos para execução da alta e continuidade dos cuidados pelos demais pontos de atendimento da RAS, devido à rotatividade de profissionais no serviço e a inexistência de um fluxo padronizado para a programação da alta. “A gente dá o atendimento para eles até estabilizar o quadro, encaminha eles para outra unidade, ou para o posto de saúde ou para um centro especializado, fisioterapia, alguma coisa assim que ele necessite, nunca deixa desamparado [...] o PTS é onde a gente discute o caso do paciente, a evolução dele (P2)”. “A gente entrega um formulário informando que estamos dando a alta [...] acho que poderia melhorar o nosso processo de trabalho, fazer um relatório de alta mesmo com tudo que aconteceu (P3)”. “A gente faz nas reuniões algumas pactuações [...] cada equipe faz a sua alta como acha que deve ser, e às vezes passa relatório para a coordenação, às vezes não passa [...] então tudo isso ainda está sendo buscado (uso de fluxograma padronizado), a gente tem lido as portarias, ainda tem uma rotatividade grande no setor de pessoas que trabalham, entra gente nova e cada um quer fazer de um jeito [...] (P4)”.

Cabe destacar que a rotatividade dos profissionais constitui um fator que pode influenciar negativamente na organização da rotina do serviço, no estabelecimento dos fluxos e até mesmo na insipiência do histórico de saúde e condutas terapêuticas adotadas⁽¹⁾. Além disso, a escassez de informações e a dificuldade de acesso às orientações e tratamentos prescritos aos pacientes, quando encaminhados para serviços especializados, compõem algumas das falhas da comunicação insuficiente e incompreensão entre os diferentes pontos da RAS^(1,6).

Nesse sentido, a interlocução entre os diferentes pontos da rede constitui uma potencialidade para o prosseguimento do cuidado e eficácia do processo de alta domiciliar. Do mesmo modo, falhas de comunicação entre os níveis de complexidade envolvidos no cuidado, colaboram para o aumento do índice de reinternações precoces, descontrola as condições de saúde e constância

da fragmentação, além disso, esses indicadores interferem diretamente na qualidade do serviço prestado e no sistema de transição da assistência⁽⁹⁾.

Em uma pesquisa sobre a coordenação do cuidado, embora a APS seja definida como ordenadora do sistema de saúde, as dificuldades de comunicação evidenciadas pela escassez de contrarreferências com descrições e uso de ferramentas ineficientes para integração dos serviços, foram apontadas como fatores influentes na organização do cuidado. Ademais, durante o detalhamento sobre a construção dos documentos de alta, foram identificadas inconsistências entre os membros da equipe e ausência de informações consideradas oportunas para caracterização de um relatório adequado⁽⁶⁾.

Dentre os critérios de desligamento, os profissionais apontaram a alta administrativa, por melhora clínica e por óbito. “A gente deu alta por mudança, mudou de bairro e ela foi para uma região que não é coberta pelo Serviço de Atenção Domiciliar [...] (P1)”. “A gente faz alguns tipos de altas como a administrativa, a pedido do paciente, quando ele não quer mais receber atendimento do Serviço de Atenção Domiciliar ou quando descumpra os critérios do serviço, como, por exemplo, ter um cuidador. Quando o paciente realmente tem uma alta por melhora ou alta por óbito (P4)”. “Quando o paciente recupera, quando o paciente não tem mais dispositivo, quando ele é classificado como AD1 [...]. Quando ele tem condições de ir até a unidade básica com andador, com cadeira de rodas (P8)”.

Salienta-se que os aspectos que definem a alta consideram, também, as condições de moradia do paciente, disponibilidade de cuidador, seguimento da conduta terapêutica sugerida pela equipe, estabilização da condição de saúde e/ou agravamento⁽³⁾. Nesse sentido, as descrições dos critérios de elegibilidade, exclusão e alta são essenciais para coordenação do cuidado e para facilitar o direcionamento do paciente dentro da RAS. Dessa forma, é possível oferecer ao paciente atendimento de qualidade em tempo oportuno pelo nível de complexidade mais adequado às demandas do usuário de saúde.

Somado a isso, a capacidade de deslocamento até a unidade de saúde mais próxima à residência do paciente e o óbito, também foram citados como critérios para efetuar a alta. No entanto, observou-se em um estudo realizado no ano de 2015 que, apesar de definidas as especificações para inclusão, exclusão e alta do programa,

equipes e coordenadores da AD prorrogam ou não executam a alta. Isso pode ser influenciado pela dificuldade de comunicação e participação de outros pontos da RAS durante o atendimento e elaboração do planejamento de alta. Logo, devido às incertezas sobre a continuidade dos cuidados, usuários considerados AD1, por exemplo, são mantidos em atendimento pelo serviço de AD, a fim de evitar a descontinuidade da assistência e complicações da condição de saúde⁽³⁾.

Os profissionais ressaltaram que durante as reuniões para o desenvolvimento do PTS, inicia-se a discussão do processo de alta. Entretanto, a definição do momento adequado para execução desta, é dificultada pelas singularidades e gravidade do quadro apresentado por cada usuário. “Tem paciente que a gente programa a alta; nós aqui costumamos fazer PTS dos nossos pacientes, a gente define isso e quando chega perto, a gente verifica se realmente vai ser possível essa alta. Se o paciente não agudizou, não ocorreu nenhuma outra intercorrência, nós realizamos essa alta. Só que são poucos pacientes que ocorrem isso, essa programação de alta, porque nós recebemos muitos pacientes em cuidados paliativos, esses não têm programação de alta. Paciente AD1 que é agudo, algo assim, a gente programa a alta sim, encaminha esse paciente para um serviço especializado [...] (P6)”. “A gente tem o PTS que é uma reunião que discute semanalmente cada paciente, discute as melhorias, faz um plano de ação, para o que vai fazer com o paciente e dentro desta reunião é decidido, por todos da equipe (P9)”.

O processo de alta foi referido como a transferência de cuidados oferecidos pelo serviço de AD para outro ponto de atenção, a qual é direcionada segundo o quadro clínico apresentado pelo usuário. Dessa forma, a estabilidade e a melhora da condição de saúde são ressaltadas para o início das discussões e atividades voltadas ao processo de alta durante a elaboração do PTS⁽³⁾. Entretanto, em consonância a um estudo realizado com enfermeiros em Portugal, alguns profissionais também demonstraram dificuldade em reconhecer o momento mais adequado para início da programação de alta⁽¹⁰⁾.

Em uma pesquisa com serviços de AD do estado do Paraná, o uso do PTS demonstrou grande potencial em aprimorar o cuidado ao permitir o planejamento das condutas, atendimento às necessidades individuais e promoção da autonomia do usuário e cuidadores responsáveis. No entanto, apesar de reconhecidos os benefícios proporcionados pela utilização dessa ferramenta, esta não tem sido aproveitada por todos os serviços de AD⁽¹¹⁾.

Segundo um estudo realizado na Paraíba, a desresponsabilização pelo desenvolvimento de um PTS em conjunto e articulado aos demais níveis assistenciais, foi considerada como um obstáculo e fator negativo à referência e contrarreferência dos usuários⁽¹²⁾. Logo, com a implementação da ferramenta para o planejamento das atividades de cuidado e alta, como um modelo compartilhado com os diferentes pontos de atendimento da RAS, seria possível favorecer a continuidade dos cuidados.

Assim, com a utilização do PTS, a transição da assistência para o domicílio pode ser favorecida a partir da utilização de protocolos assistenciais de enfermagem que direcionem as atividades educativas de cuidadores responsáveis por usuários⁽¹³⁾.

Com vistas à qualidade do processo de alta, os participantes destacaram a importância da preparação tanto do usuário quanto do cuidador, e como a capacidade de realizar as atividades de cuidado refletem na decisão da equipe em efetivar a alta. “A gente tenta dar essa alta com orientação prévia, já avisando o paciente que logo ele vai receber. Fazemos documentos, desenhos, cola na parede para ele poder entender e quando eles não conseguem pegar tudo isso para receber o cuidado efetivo em casa, às vezes a equipe até deixa de dar a alta por enquanto. Pois é algo que impacta também na nossa decisão de alta ou não quando o cuidador consegue fazer algum cuidado ou quando ele não consegue. O paciente, se ele tem a condição de fazer, a gente treina o paciente também, então é visualizado os dois. (P4)”. “[...] o próprio cuidador ele já é orientado diversas vezes até chegar essa alta, a gente orienta bastante. Antes a gente tinha reunião de cuidadores para tirar dúvidas, para dar treinamentos, para a gente ver se o cuidador tinha interesse realmente de aprender [...]. Nesse período que a gente fica na casa do paciente, a gente tenta captar as dificuldades que ele tem e ele assistindo a gente fazer com o paciente [...] (P9)”. “Assim que o paciente é admitido dentro da EMAD a gente já vai preparando a família para a alta. Nós tínhamos as oficinas dos cuidadores regularmente, dentro delas a gente falava de todos os processos, a gente também já falava da alta (P10)”.

Estudos destacam a relevância da capacitação dos envolvidos no cuidado para o sucesso das ações de transição, associada a um conjunto de atividades de coordenação e continuidade da assistência. Dentre elas, a realização de um programa de cuidados, a comunicação, uso adequado de medicações, redes de apoio, disponibilidade de equipe multidisciplinar, monitoração e seguimento⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Entretanto, quando questionados sobre a participação do usuário e cuidadores no planejamento da alta, relataram dificuldades de inserção dos usuários no processo, apesar de reconhecê-los como figuras importantes durante o cuidado. “Os nossos pacientes, geralmente, não têm muita participação nesse processo de alta, porque eles são bem acamados, muitos não responsivos. O cuidador, ele não participa, falta muita orientação, as pessoas são muito ignorantes em relação a como funciona a rede, quem atende quem, aonde vai para onde, então eles não entendem muito bem (P5)”.

Visto que o plano de alta deve ser construído a fim de atender às necessidades do usuário, este também deve considerar e avaliar as habilidades e fragilidades do usuário de saúde e do cuidador responsável para manutenção do autocuidado. Dessa forma, entre as finalidades da preparação dos envolvidos para a alta está o empoderamento e desenvolvimento da independência, responsabilizando-os pelas ações de cuidado⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Contudo, apesar de evidenciados os benefícios obtidos a partir do envolvimento do paciente, cuidadores e familiares no processo de planejamento da alta, os relatos dos participantes demonstram dificuldades de inseri-los na elaboração das ações, consonante a uma revisão narrativa que destaca falas de cuidadores não envolvidos nas tomadas de decisão⁽⁹⁾. Diversos estudos destacam a insatisfação dos utentes de saúde e cuidadores responsáveis sobre a falha de comunicação com os profissionais prestadores da assistência durante o planejamento da alta e transição dos cuidados^(9,17-18).

Sendo assim, é necessário o fornecimento de apoio aos cuidadores responsáveis. Para isso, o envolvimento da família e usuário durante a elaboração do plano de alta possibilita um processo de transição mais seguro, previne complicações por meio do esclarecimento das dificuldades e anseios. Ademais, o acompanhamento por meio do telefone também se apresenta como uma alternativa para o monitoramento da evolução do usuário e oferecimento de amparo às dúvidas recentes após a alta⁽¹⁷⁾.

A construção e processo de alta devem ser desenvolvidos de forma individual, voltados para o atendimento das demandas e particularidades de cada usuário e cuidador responsável. As orientações devem abranger todas as questões e dificuldades, adequadas aos aspectos socioculturais e retomadas. Além disso, é importante instruir

quanto às possibilidades de complicações e direcionamento do cuidado em quadros de urgência⁽¹⁸⁾.

Aspectos influentes na efetivação da alta pelos serviços de AD

Nessa categoria, foi possível reconhecer alguns aspectos que interferem no processo de elaboração e planejamento da alta. Além disso, identificam-se no discurso de alguns profissionais, estratégias que poderiam facilitar e aprimorar a comunicação e o compartilhamento do cuidado entre os níveis de atendimento da RAS.

Dentre os aspectos que dificultam a execução da alta, os profissionais destacaram a aceitação do cuidador em relação ao desligamento do usuário, a dificuldade de contato com a unidade de saúde responsável pelo usuário e o compartilhamento dos cuidados para garantir continuidade da assistência na APS. “Quando é um profissional só que ele precisa, a gente tem bastante dificuldade de efetuar a alta. Eles não aceitam a alta, querem que a gente continue atendendo [...] quando é alta administrativa é mais difícil. Tem uns que têm resistência e tem outros que não, que eles recebem bem a alta (P3)”. “O que mais dificulta é realmente as unidades de saúde assumirem o paciente. Muitas vezes o paciente tem que fazer uma demanda judicial para ser atendido por conta dessa falta de contrarreferência [...] tem alguns pacientes que a gente até permanece com ele, mesmo sendo AD1, porque se ele não tiver atendimento ele vai piorar. (P6)”. “Falta conhecimento familiar, eles acham que o Serviço de Atenção Domiciliar é home care, que o paciente tem que ficar com a gente [...] eles têm muita dificuldade de conseguir as coisas na unidade básica [...]. E é isso que dificulta, a informação (P7)”. “O que tem dificultado o nosso processo de alta é a falta de profissional dentro da APS. Às vezes falta o enfermeiro ou às vezes na área que o paciente está, a unidade básica não é Unidade de Saúde da Família, não tem aquela questão da visita, não tem a monitorização desse paciente que precisa de uma vez ao mês pelo menos, e é um risco [...] (P10)”.

Vale ressaltar que a transição de cuidados deve abranger todos os envolvidos na assistência ao usuário, dentre eles a família, os profissionais da equipe e os cuidadores responsáveis. Nesse sentido, o enfermeiro deve atuar como mediador entre a APS e o usuário de saúde, a fim de garantir a ele os insumos necessários para o atendimento de suas demandas e a continuação da assistência⁽¹⁵⁾.

Contudo, os cuidadores, por vezes em decorrência das novas atribuições e responsabilidades

de cuidados impostas pelo cuidado domiciliar, sentem-se angustiados e não preparados para exercer tal função. Em especial, pelo desconhecimento dos procedimentos que serão necessários no domicílio, as alterações na rotina familiar, questões econômicas e anseios sobre a continuidade do cuidado em outros níveis de atenção⁽¹⁷⁾. Esses fatores geram uma dependência dos usuários e cuidadores atendidos pelo serviço de AD, além de contribuir para resistência em relação à assistência fornecida pelas demais modalidades e pontos de atendimento da RAS⁽¹⁾.

Em um estudo realizado no estado de Minas Gerais, foi evidenciado por meio das falas de usuários de saúde as dificuldades enfrentadas para o acesso aos serviços de APS e à rede de urgência. Dessa forma, foi alegada como vantagem a vinculação à AD para entrada e obtenção de assistência em níveis de alta complexidade, como unidades de pronto atendimento e hospitais⁽¹⁹⁾.

Outro estudo nacional apontou que o apoio da unidade básica de saúde se limita ao fornecimento de insumos. No entanto, é imprescindível que a ordenadora do cuidado se responsabilize pelo acompanhamento e atendimento em domicílio, a fim de supervisionar o usuário e cuidadores, oferecer o apoio necessário e planejar ações para evolução da condição de saúde⁽²⁰⁾. Logo, é necessário o reconhecimento da APS como um dispositivo essencial para o sucesso da gestão do cuidado domiciliar.

Além disso, os usuários eleitos à AD referem também a comodidade e facilidade para realização de exames laboratoriais, isentando-os de responsabilidades e custos com a locomoção. O conforto e privacidade oferecidos pelo ambiente domiciliar, somados à diminuição das chances de contaminação hospitalar também são elencados como vantagens de estar inserido no programa de internação domiciliar⁽¹⁹⁾.

Ademais, além das dificuldades de acesso às unidades de atendimento básico, alguns usuários residem em regiões que não são cobertas por Estratégia de Saúde da Família, impedindo o usuário eleito como AD1 de ser acompanhado em domicílio. Outrossim, devido às falhas de comunicação com os outros pontos da RAS, evidenciadas pela vulnerabilidade existente durante o encaminhamento do usuário de saúde e a descontinuidade de seu cuidado, muitos casos são mantidos mesmo sem a necessidade de atendimento domiciliar⁽²⁻³⁾. Dessa forma, é importante salientar a análise

contínua dos critérios para a alta, segundo as individualidades de cada usuário.

Em relação ao planejamento e execução da alta, foi possível perceber na fala dos profissionais a inexistência de uma comunicação eficiente e a falta de participação de outros pontos de atendimento da RAS na construção da alta do usuário em atendimento pelo serviço de AD. “O Serviço de Atenção Domiciliar é um setor independente, a gente não é agregado a nenhum outro, por isso que não tem participação de outro ponto da RAS no planejamento da alta. Dificulta um pouquinho, porque se tivesse (comunicação com os pontos de atenção da RAS) já era bem mais fácil de encaminhar. A gente encaminha o paciente para unidade básica, só que a gente não tem o retorno se esse paciente está sendo atendido ou não. Era bom se a gente estivesse ligado aos outros setores e essa comunicação, até mesmo para estar discutindo melhor o caso do paciente (P1)”. “O Serviço de Atenção Domiciliar e a Atenção Básica não poderiam se desvincular, a partir do momento que o Serviço de Atenção Domiciliar admite, eles (Atenção Básica) deixam o paciente, eles não atendem mais, o que é uma fragilidade que a gente está tentando resgatar. Alguns pacientes eu atendo em parceria com a Atenção Básica; é um ganho muito grande, eu tenho uns dois ou três que a gente consegue esse contato efetivo, e outros a gente tenta, mas infelizmente tem esse impasse. Mas no momento da alta a gente precisa fazer essa referência para eles [...] (P4)”. “A gente só referencia para alguém (participação de outro ponto da RAS no planejamento da alta). Até que tem uma certa interação com algumas unidades, mas na verdade quando a gente assume o paciente, tem muitas unidades que querem se isentar do atendimento e não é isso que deveria ser, é um atendimento compartilhado (P5)”. “Hoje eu entendo que a dificuldade maior de a gente ter um link mais eficaz com a Atenção Primária é a rotatividade profissional [...] nossa gestão do Serviço de Atenção Domiciliar está tentando de tudo para alcançar a gestão da Atenção Primária, mas às vezes é tanto programa (P10)”.

A continuidade do cuidado é percebida pelo usuário como uma ação coesa capaz de atender as suas demandas de saúde e deriva da combinação de alguns componentes. Entre eles acessibilidade ao serviço, habilidades interpessoais, compartilhamento de informações entre profissionais, coordenação dos cuidados, integração dos serviços e uso de abordagem assistencial centrada no indivíduo⁽²¹⁾.

Estudo brasileiro destaca a influência na dinâmica do cuidado no domicílio, quando se trata da indisponibilidade de recursos financeiros, estruturais, apoio familiar e a falta de experiência e/ou preparo dos cuidadores. Neste contexto, a APS mostra-se essencial e facilitadora na transição e no preparo do cuidador. Além disso, a equipe de profissionais também precisa de um diagnóstico situacional quanto às vulnerabilidades e potencialidades do contexto familiar que serão inseridas no cuidado, pois a partir disso o planejamento da assistência torna-se mais efetivo. Juntamente, evidenciaram a eficácia na continuidade do cuidado domiciliar quando ações de capacitação são realizadas com o cuidador para alta hospitalar⁽²²⁾.

No que tange à alta hospitalar, a continuidade do cuidado oferecida pelos pontos de atenção que compõem a RAS pode ser favorecida por um processo de transição dos cuidados efetuados de forma eficiente⁽¹⁵⁾. A manutenção e prosseguimento da assistência ocorrem quando o serviço prestado é complementado por diferentes componentes da rede de saúde em período oportuno⁽²³⁾.

Determinada por uma série de atividades que coordenem a continuação do cuidado, assim como o compartilhamento e transferência do atendimento entre níveis de complexidade distintos, preconiza-se a elaboração dos cuidados de transição durante o período de internação⁽¹⁶⁾. Dessa forma, é possível prevenir a descontinuidade da assistência por meio do planejamento da alta ao garantir o acesso por intermédio da coordenação da assistência, articulação da APS e demais componentes da RAS e melhora da contrarreferência⁽²¹⁾.

Dentre as estratégias essenciais que contribuem para efetivação da alta pelos serviços de AD, destaca-se o planejamento de alta voltado para educação dos cuidadores e promoção do autocuidado do usuário de forma antecipada. Além disso, a comunicação completa de informações com equipes de APS para o compartilhamento do histórico de saúde e condutas adotadas facilitam a continuidade do atendimento, reduzindo reinternações, complicações e custos com os tratamentos⁽²⁴⁾.

A AD é uma modalidade de cuidado complementar aos outros pontos assistenciais da RAS, logo, deve manter um fluxo de comunicação com os demais níveis de atendimento, a fim de atender às necessidades dos usuários e promover a continuidade da assistência^(1,4). Para que isso seja possível, é necessária a adoção de um modelo organizacional. A formação, o planejamento e a tomada de decisões devem ser efetuadas em

parceria aos demais elementos da RAS por meio de sistema informacional que possibilite a avaliação clínica, a padronização de protocolos, a longitudinalidade e a devolutiva⁽²³⁾.

Por fim, foram sugeridas algumas estratégias para o melhoramento do processo de alta e a comunicação dos serviços de AD com os demais pontos de assistência que compõem a RAS. “Melhorar o atendimento compartilhado, de repente fazer alguma visita compartilhada para alinhar o cuidado, fazer um PTS compartilhado [...] (P5)”. “A unificação de prontuário já seria uma forma que ajudaria bastante nessa contrarreferência desse paciente, para que depois ele receba uma alta e um acompanhamento adequado (P6)”.

Estudos apontaram diversas estratégias para a facilitação do compartilhamento de informações entre os profissionais da atenção hospitalar e da APS. A disponibilidade do plano de alta em plataforma informatizada, somado aos aspectos do histórico clínico, intercorrências e terapêutica implementada, facilitam a continuidade do cuidado e previnem complicações da condição de saúde e gestão do caso^(10,15-16,21).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se neste estudo as dificuldades relacionadas à realização da alta para o domicílio, pois evidenciam os desafios vigentes que permeiam os setores da saúde. Também permitiu a compreensão da importância do processo de alta realizado pelos serviços de AD e a identificação de elementos que implicam diretamente no sucesso e planejamento da alta.

A programação da transição dos cuidados possui grande potencial em melhorar o processo, execução da alta e a eficácia na continuidade do cuidado domiciliar. Destaca-se a implementação de ações de capacitação realizadas com o cuidador para a alta hospitalar. Ademais, o uso de ferramentas como o PTS pode colaborar para identificação do momento mais adequado para iniciar a atividade e o reconhecimento das necessidades de cada usuário e cuidadores. Para tal, faz-se necessário a educação de usuários e cuidadores sobre a importância da corresponsabilidade na elaboração e acompanhamento do PTS para que haja efetiva participação dos mesmos. Somado a isso, favorecem a continuação da assistência, promovem o melhor fluxo e serviços prestados pelos níveis de atenção, a longitudinalidade, integralidade e redução de custos com reinternações precoces.

O estudo limitou-se à participação de apenas duas EMADs com características peculiares de uma região, e não contemplou as perspectivas dos usuários e cuidadores que passaram pelo processo de alta.

Espera-se que os resultados do presente estudo possam subsidiar as ações de planejamento da alta pelas equipes dos serviços de AD, em especial por apontar fatores modificáveis que interferem na continuação do cuidado e compartilhamento de responsabilidades entre os níveis de assistência da RAS. Ações de educação permanente entre os enfermeiros dos diferentes níveis de atenção podem contribuir para aumentar a compreensão sobre a importância da comunicação entre os profissionais que atuam nos diferentes pontos da RAS como forma de construir o cuidado compartilhado, longitudinal e integral. Por fim, ao analisar as práticas descritas pela pesquisa, poder-se-á desenvolver novos fluxos e protocolos que direcionem a transição da assistência e permitam maior participação dos usuários e cuidadores durante as tomadas de decisão.

REFERÊNCIAS

- Xavier GTO, Nascimento VB, Junior NC. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019 Aug [cited 2021 Mar 11];22(2): e180151. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232019000200202&script=sci_arttext&lng=pt. DOI: [10.1590/1981-22562019022.180151](https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180151).
- Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde debate* [Internet]. 2019 Jun [cited 2021 Mar 16];43(121):592-604. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/abstract/?lang=pt>. DOI: [10.1590/0103-1104201912123](https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123).
- Paiva PA, Silva YC, Franco NFS, Costa MFRL, Dias OV, Silva KL. Serviços de atenção domiciliar: Critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 Jun [cited 2021 Jun 9];29(2):244-52. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40848190013>. DOI: [10.5020/18061230.2016.p244](https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p244).
- Souza V, Lage EG, Matozinhos FP, Abreu MN. Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 Dez [cited 2020 Aug 17];32(6):624-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/xqBDSVCHY8gg7mhN43wNhfs/?format=html&lang=pt>. DOI: [10.1590/1982-0194201900087](https://doi.org/10.1590/1982-0194201900087).
- Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2016 Ago [cited 2020 Aug 17]; 11(38):1-12. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1259>. DOI: [10.5712/rbmfc11\(38\)1259](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259).
- Ribeiro SP, Cavalcanti MDT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 Maio [cited 2021 jun 9];25(5):1799-1808. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/abstract/?lang=pt>. DOI: [10.1590/1413-81232020255.34122019](https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019).
- Cavalcante MEPL, Santos MM, Toso BRGO, Vaz EMC, Lima PMVM. Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. *Esc. Anna. Nery* [Internet]. 2022 [cited 2022 sep 02];26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QwgZ57nPFYZLqSxdfTCg4rM/?lang=pt>. DOI: [10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001pt](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0001pt).
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
- Rojas MA, Guarcía-Vivar C. The transition of palliative care from the hospital to the home: a narrative review of experiences of patients and family caretakers. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2015 Dez [cited 2021 jun 9];33(3):482-91. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300012. DOI: [10.17533/udea.iee.v33n3a12](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a12).
- Martins MM, Aued GK, Ribeiro OMPL, Santos MJ, Lacerda MR, Bernadino E. Discharge management to ensure continuity of care: experience of portuguese liaison nurses. *Cogit Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 14];23(3):e58449. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58449/pdf>. DOI: [10.5380/ce.v23i3.58449](https://doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449).

11. Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM, Vieira CS, Neves ET. Cuidado desenvolvido às crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços de atenção domiciliar no Paraná – Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2021 jun 9];23(1):e20180067. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/z6Rf8JHqZRYYP5SPFGKjMb/abstract/?lang=pt>. DOI: [10.1590/2177-9465-EAN-2018-0067](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0067).
12. Nóbrega VM, Silva MEA, Fernandes LTB, Vieira CS, Reichert APS, Collet N. Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2021 jul 10];51:e03226. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4n3hRsSwPKHDh3SCpmcyjmS/abstract/?lang=pt>. DOI: [10.1590/S1980-220X2016042503226](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016042503226).
13. Santos NO, Predebon ML, Bierhals CCBK, Day CB, Machado DO, Paskulin LMG. Construção e validação de protocolo assistencial de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2021 jun 12];73(suppl 3):e20180894. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yPvHfQD8hNW7jncmQjSRKXy/?lang=pt&format=html>. DOI: [10.1590/0034-7167-2018-0894](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0894).
14. Braz PGCG, Vila VSC, Neves HCC. Estratégias para o gerenciamento de casos no cuidado transicional em serviços de emergência: scoping review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2021 jun 12];73(suppl 5):e20190506. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tHQgh8PqLnZxzQ7ZpV9XVps/?format=html&lang=pt>. DOI: [10.1590/0034-7167-2019-0506](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0506).
15. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 Jun [cited 2021 jul 10];53:e03477. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FMqmWPGrdFCNCRlb3CQ76hB/abstract/?lang=pt>. DOI: [10.1590/S1980-220X2018017803477](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477).
16. Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E. Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2020 [cited 2021 jul 10];29:e20180332. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6jKpqY6C6C5vXkj7bdgndc/abstract/?lang=pt>. DOI: [10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332](https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332).
17. Ronan S, Brown M, Marsh L. Parents' experiences of transition from hospital to home of a child with complex health needs: A systematic literature review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 Jul [cited 2021 Jul 14];29:3222-235. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.15396>. DOI: [10.1111/jocn.15396](https://doi.org/10.1111/jocn.15396).
18. Provencher VP, D'Amours M, Menear M, Obradovic N, Veillette N, Sirois MJ, et al. Understanding the positive outcomes of discharge planning interventions for older adults hospitalized following a fall: a realist synthesis. *BMC geriatr* [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Jul 14];21(1):1-18. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-020-01980-3>. DOI: [10.1186/s12877-020-01980-3](https://doi.org/10.1186/s12877-020-01980-3).
19. Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 16];38(4):e67762. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6PDdDj7TnQnrzS6tnnKWJdh/?format=html&lang=pt>. DOI: [10.1590/1983-1447.2017.04.67762](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762).
20. Silva RAE, Silva CN, Braga PP, Friedrich DBC, Cavalcante RB, Castro EAB. Gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos após a alta hospitalar. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2020 [cited 2021 jul 14];73(suppl 3):e20200474. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kmjBhmmvtLjqfYPyYXTCvjM/?lang=pt&format=html>. DOI: [10.1590/0034-7167-2020-0474](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0474).
21. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2021 jul 14];27:e3162. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rzhw7TLQ8CgtQNKgbKs6ynJ/?lang=pt>. DOI: [10.1590/1518-8345.3069.3162](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162).
22. Ferreira SIR, Teston EF, Andrade GKS, Giacon-Arruda BCC, Sato DM, Almeida RGS. Desafios para

o internamento domiciliar do idoso na perspectiva da família. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2021 Jul [cited 2022 Mar 16];35:e42249. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42249>. DOI: [10.18471/rbe.v35.42249](https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42249).

23. Mendes FRP, Gemitto MLGP, Caldeira EC, Serra IC, Novas MVC. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. Cien Saúde Colet [Internet]. 2017 Mar [cited 2021 jul 14];22:841-53. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n3/841-853/>. DOI: [10.1590/1413-81232017223.26292015](https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015).

24. 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 [Internet]. 2018 [cited 2021 jul 10];39:e20180119. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sKhXDFVJpRQKZmpQDCMXtvc/abstract/?lang=pt>. DOI: [10.1590/1983-1447.2018.20180119](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119).

Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga
Clarissa Terenzi Seixas

Nota: Agência de Fomento Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, PIBIC/UFMS.

Recebido em: 11/04/2022

Aprovado em: 06/10/2022