



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ADRIÉLI DONATI MAURO

**CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE APÓS A
ALTA HOSPITALAR: AÇÕES E TEMPO DEMANDADO
PELO ENFERMEIRO**

São José do Rio Preto
2022

ADRIÉLI DONATI MAURO

**CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE APÓS
A ALTA HOSPITALAR: AÇÕES E TEMPO
DEMANDADO PELO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem de São José do Rio Preto (FAMERP) para a obtenção do título de Mestre. *Área de Concentração:* Processo do Trabalho em Saúde; *Linha de Pesquisa:* Gestão em Saúde e em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcia Galan Perroca

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Danielle Fabiana Cucolo

São José do Rio Preto – SP

2022

Ficha Catalográfica

Mauro, Adriéli Donati

Continuidade do cuidado ao paciente após a alta hospitalar: ações e tempo demandado pelo enfermeiro. 153 p.

São José do Rio Preto, 2022.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo do Trabalho em Saúde.

Eixo Temático: Gestão em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Marcia Galan Perroca

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a. Danielle Fabiana Cucolo

1. Continuidade da Assistência ao Paciente; 2. Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde; 3. Alta do Paciente; 4. Estudo de Validação; 5. Atenção Primária à Saúde; 6. Gerenciamento de Prática Profissional.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marcia Galan Perroca
Presidente da Banca - Orientadora
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Brasil

Prof^a. Dr^a. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso Da Costa
Membro Titular
Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

Prof^a. Dr^a. Gisele Knop Aued
Membro Titular
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

Prof^(a). Dr^(a). Maria Alice Dias da Silva Lima
Membro Suplente
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

Prof^(a). Dr^(a). Heloise Lima Fernandes Agreli
Membro Suplente
Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

São José do Rio Preto, 9 de dezembro de 2022

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epígrafe.....	iv
Lista de Tabelas.....	v
Lista de Quadros.....	vii
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	ix
Resumo.....	xii
Abstract.....	Xiv
Resumen.....	Xvi
1 APRESENTAÇÃO.....	1
2 INTRODUÇÃO.....	3
2.1 Atenção Primária à Saúde e o Cuidado em Rede.....	4
2.2 Continuidade do Cuidado Após a Alta Hospitalar.....	7
2.3 O Papel do Enfermeiro e o Cuidado Baseado nas Forças	9
2.4 Carga de Trabalho do Enfermeiro da APS para Continuar Cuidando.....	12
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivos Gerais.....	16
3.2 Objetivos Específicos	16
4 MÉTODOS.....	17

4.1 Delineamento da Pesquisa.....	18
4.2 ETAPA 1 - Olhar dos Enfermeiros da Atenção Hospitalar e Primária à Saúde sobre a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.....	21
4.2.1 A Rede de Atenção à Saúde em Catanduva e o Processo de Alta Responsável.....	22
4.2.2 Cenários e Participantes.....	26
4.2.3 Explorando Experiências de Enfermeiros da AH e da APS.....	27
4.2.4 Análise e Tratamento dos Dados.....	28
4.3 ETAPA 2 - Atividades do Enfermeiro da APS para Continuidade dos Cuidados: Mapeamento e Validação.....	29
4.3.1 Cenários e Participantes.....	30
4.3.2 Mapeamento das Atividades.....	30
4.3.3 Processo de Validação de Conteúdo.....	32
4.3.4 Análise e Tratamento dos Dados.....	33
4.4 ETAPA 3 - Prática e Tempo Dedicado às Atividades pelo Enfermeiro da APS.....	33
4.4.1 A Rede de Atenção à Saúde e o Processo de Alta Responsável.....	34
4.4.2 Cenários e Participantes.....	37
4.4.3 Protocolo do Estudo.....	38
4.4.4 Análise dos Dados.....	41
4.5 Aspectos Éticos.....	42
5 RESULTADOS	43
5.1 ETAPA 1- Olhar dos Enfermeiros da Atenção Hospitalar e Primária à Saúde sobre a continuidade do cuidado após a alta hospitalar	44

5.2 ETAPA 2 - Atividades do Enfermeiro da APS para Continuidade dos Cuidados: Mapeamento e Validação.....	50
5.3 ETAPA 3 - Prática e Tempo Dedicado às Atividades pelo Enfermeiro da APS.....	59
6 DISCUSSÃO	66
6.1 ETAPA 1 - Olhar dos Enfermeiros da Atenção Hospitalar e Primária à Saúde sobre a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.....	67
6.2 ETAPA 2 - Atividades do Enfermeiro da APS para Continuidade dos Cuidados: Mapeamento e Validação.....	70
6.3 ETAPA 3 - Prática e Tempo Dedicado às Atividades pelo Enfermeiro da APS.....	74
CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	95
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal 1.....	96
APÊNDICE 2 - Grupo Focal 1 - Experiências de Enfermeiros da AH e da APS.....	98
APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal 2.....	99
APÊNDICE 4 - Grupo Focal 2 - Ações desenvolvidas na APS.....	101
APÊNDICE 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Juízes.....	102
APÊNDICE 6 - Questionário Técnica Delphi.....	103
APÊNDICE 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pesquisa Survey.....	107
APÊNDICE 8 - Questionário Web Survey.....	108
ANEXOS	126
ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	127
DIVULGAÇÃO	128

Dedicatória

A Deus que me deu forças para concluir este projeto de forma satisfatória.

Aos meus pais, Andréia e Sigisberto, por sempre acreditarem em mim e por terem abdicado de suas vidas em prol das realizações e da felicidade de seus filhos.

Ao meu irmão André, por sua preocupação, carinho e incentivo.

À minha querida orientadora Prof.^a Dr.^a Marcia, que me instigou a ser a melhor versão de mim do início ao fim desse processo.

A Prof.^a Dr.^a Danielle sou grata por todo o seu sacrifício e orientação, obrigada pelas suas sábias palavras e gentileza

Ao meu noivo, que me deu tanto suporte e teve paciência comigo nas minhas maiores crises.

A todos os seres humanos incríveis que fizeram parte do meu projeto, foi um prazer enorme conhecer vocês.

Agradecimentos

Nesses anos de mestrado, de muito estudo, esforço e empenho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização de mais este sonho.

Agradeço a Deus, pelas conquistas que me propicia, dando-me fé e força para que eu siga em minha caminhada.

Agradeço a minha família, e aos meus pais Andreia Cristina Donati Mauro e Sigisberto Valério Mauro, que contribuíram para minha realização profissional e para meu crescimento como pessoa, e o apoio e motivação incondicional. Sou o resultado da confiança, do amor e da força de cada um de vocês.

Agradeço ao meu noivo Victor Zakia que esteve presente nos momentos mais difíceis e com toda paciência me apoiou e esteve comigo, pelo companheirismo e apoio incondicional, enorme compreensão, generosidade e alegria com que me brindou constantemente, contribuindo para chegar ao fim deste percurso.

Aos meus Tios e Tias que estiveram sempre me apoiando a buscar novos caminhos para minha formação.

Ao Professor Nilson e Professor Moacir pela colaboração em estatística.

À Professora Adília pela simpatia e disposição que me ajudou na fase final.

Pelas minhas amigas Karen e Mariana por torcerem por mim.

Aos profissionais e gestores atuantes na Atenção Primária em Saúde e Secretaria Municipal de Saúde dos municípios de Catanduva-SP e São José do Rio Preto-SP, que direta ou indiretamente colaboraram para a realização desta pesquisa.

Agradeço, em especial, à minha orientadora Marcia Galan Perroca e pela minha co-orientadora Danielle Fabiana Cucollo, pela oportunidade, confiança e disponibilidade destinadas a mim, desde a trajetória em que reconheci na área de Saúde Pública, minha vocação. Tanto este reconhecimento, quanto ao seguimento desta jornada quanto ao desenvolvimento da pesquisa; só foram possíveis devido aos conhecimentos que sempre com muita competência me transmitiram. A vocês reitero o meu muito obrigada.

Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

Epígrafe

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém.”

Dalai Lama

Lista de Tabelas

Tabela 1- Componentes e serviços da Rede de Atenção à Saúde de Catanduva segundo Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Catanduva, SP, Brasil, 2021.	24
Tabela 2- Componentes e Serviços da Rede de Atenção à Saúde de São José do Rio Preto. Catanduva, SP, Brasil, 2022.	36
Tabela 3- Pertinência, clareza e valores médios das atividades do enfermeiro na APS obtidos na fase Delphi 1. Catanduva, São Paulo, Brasil, 2022	54
Tabela 4- Índice de Validade de Conteúdo e Kappa modificado referente às respostas obtidas sobre as atividades do enfermeiro da APS na fase Delphi 1. Catanduva, São Paulo, Brasil, 2022.	55
Tabela 5- Pertinência, clareza e valores médios das atividades do enfermeiro na APS obtidos na fase Delphi 2. Catanduva, São Paulo, Brasil, 2022.	57
Tabela 6- Índice de Validade de Conteúdo e Kappa modificado referente às respostas obtidas sobre as atividades do enfermeiro da APS na fase Delphi 2. Catanduva, São Paulo, Brasil, 2022.	57
Tabela 7- Perfil dos enfermeiros das APS campo de estudo. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)	59
Tabela 8- Distribuição da frequência (N) de realização das atividades após alta hospitalar pelas APS investigadas. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)	60
Tabela 9- Momento de realização (valor de N) das atividades a partir do recebimento do plano de alta hospitalar pelas APS investigadas. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)	61
Tabela 10- Tempo estimado (em minutos) pelos enfermeiros das APS para realização das atividades após a alta hospitalar. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)	63

Tabela 11- Qualidade percebida pelos enfermeiros das APS sobre as atividades realizadas após alta hospitalar. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)	64
Tabela 12- Dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros das APS na condução das atividades após alta hospitalar. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)	65

Lista de Quadros

Quadro 1 - Fluxo de inclusão do paciente no plano de alta responsável na perspectiva de enfermeiros do hospital e da atenção primária à saúde. Catanduva, SP, Brasil, 2019.	45
Quadro 2 - Participação do paciente/familiar/cuidador no processo de alta responsável na vivência de enfermeiros do hospital e da atenção primária à saúde. Catanduva, SP, Brasil, 2019.	46
Quadro 3 - Planejamento dos cuidados na alta responsável, na experiência de enfermeiros do hospital e da atenção primária à saúde. Catanduva, SP, Brasil, 2019.	47
Quadro 4 - Comunicação entre a atenção hospitalar e primária de saúde para a transferência do cuidado na alta responsável. Catanduva, SP, Brasil, 2019.	48
Quadro 5 - Desafios no processo de alta responsável na percepção de enfermeiros do hospital e da atenção primária à saúde. Catanduva, SP, Brasil, 2019.	49
Quadro 6 - Categorias (ações) que emergiram dos Grupo Focais com enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e excertos. Catanduva, SP 2021.	51
Quadro 7 - Atividades mapeadas e encaminhadas para parecer dos juízes na fase Delphi 1. Catanduva, SP 2021.	53
Quadro 8 - Atividades mapeadas e encaminhadas para parecer dos juízes na fase Delphi 2. Catanduva, SP 2022.	56
Quadro 9 - Listagem das 17 atividades a serem realizadas por enfermeiros da APS validadas pelos juízes. Catanduva, SP 2022.	58

Lista de Figuras

Figura 1 - Síntese das etapas metodológicas do estudo, 2023.	21
Figura 2 - Articulação entre os serviços na transição do cuidado e ações que necessitam ser fortalecidas, 2019.	50

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AH	Atenção Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CTE	Carga de Trabalho de Enfermagem
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CRI	Centros de Reabilitação Integrados
CROSS	Checklist for Reporting of Survey Studies
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
Dp	Desvio Padrão
DNC	Doença de Notificação Compulsória
EAB	Enfermeiro Atenção Básica
EH	Enfermeiro Hospitalar
EPEN	Equipe de Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário
ECR	Equipe de Consultório de Rua
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família

GESTSAÚDE	Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem
GF	Grupo Focal
IVC-I	Índice de Validade de Conteúdo dos Itens
ILPI	Instituições de Longa Permanência
IIQ	Intervalo Interquartil
K*	Kappa modificado
M	Média
MD	Mediana
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
NS	Não Significante
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OSS	Organização Social de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
Pc	Probabilidade de concordância ao acaso
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAR	Serviço de Alta Responsável
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
SAS	Statistical Analysis System

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USA	Unidade de Suporte Avançado de Vida
UVZ	Unidade de Vigilância de Zoonoses
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USB	Unidade de Suporte Básico de Vida

RESUMO

Objetivos: Analisar como ocorre a articulação entre a atenção hospitalar e primária à saúde (APS) relacionada à alta do paciente e à continuidade do cuidado após a internação hospitalar; investigar a prática e o tempo dedicado pelo enfermeiro da APS às ações concernentes a este processo. **Métodos:** Misto de estratégia exploratória sequencial conduzido em três etapas. **Etapa 1** - teve como cenários uma Unidade Básica de Saúde, 10 Estratégias de Saúde da Família e um hospital de ensino privado do Estado de São Paulo. Realizou-se quatro sessões de grupos focais com a participação de 21 enfermeiros. As discussões sobre a alta responsável foram analisadas segundo o conteúdo na modalidade temática. **Etapa 2** - as atividades a serem realizadas pelo enfermeiro da APS foram mapeadas através de dois grupos focais com os mesmos 11 participantes da APS da fase anterior; adotou-se a técnica Delphi para validação de conteúdo por 11 especialistas com consenso pré-estabelecido em 0,80 e cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC). **Etapa 3** - web survey com 51 enfermeiros da APS de dois municípios do interior do Estado de São Paulo. A partir de listagem de atividades foi construído um questionário contendo frequência, momento, profissionais envolvidos, fatores dificultadores, qualidade do processo e tempo dedicado à cada uma das atividades. As coletas de dados ocorreram entre dezembro 2019 e abril de 2020 (E1); setembro a março de 2022 (E2); e março a agosto de 2022 (E3). **Resultados:** Emergiram cinco categorias temáticas: Fluxo de inclusão do paciente no Plano de Alta Responsável; Participação do paciente/familiar/cuidador; Planejamento dos cuidados para a Alta Responsável; Comunicação entre a atenção hospitalar e primária de saúde e Desafios no processo de alta responsável (E1). Ocorreram duas rodadas da Técnica Delphi. Na primeira, o IVC variou de 0,73 a 1,0 e, na seguinte, de 0,90 (E2). Participaram 51 enfermeiros e, das 17 atividades listadas, 14 são realizadas com frequência pelos enfermeiros das APS; 7/17 ocorrem no primeiro dia após o recebimento do plano e 80,3% de forma colaborativa. O tempo médio

referido para condução das 17 atividades, conjuntamente, variou de Md 30(25) - APS 2 a 42,5(40) APS1 ($p \leq 0,05$ e $p \leq 0,01$). Os participantes das APS percebem a qualidade das ações desenvolvidas como boa e muito boa (APS1) e boa (APS2). Apenas 12,7% relataram vivenciar dificuldades para a condução das atividades - APS 1 < APS 2, $p \leq 0,01$ (E3).

Conclusão: Para continuar os cuidados, os enfermeiros da APS dedicam-se, principalmente, à organização dos serviços, à coordenação dos atendimentos e a educação dos usuários; as atividades são realizadas, majoritariamente, até o primeiro dia após recebimento do plano de alta e de forma colaborativa. O processo requer competências e tempo dos enfermeiros e, sobretudo, articulação das ações entre o hospital e a atenção primária com efetiva comunicação e coordenação do cuidado em rede. Este estudo avança no conhecimento sobre a continuidade do cuidado no sistema de saúde brasileiro e pode contribuir na formação de enfermeiros, na gestão das práticas na APS e no fortalecimento da rede e da atenção integral à saúde.

DESCRITORES: Continuidade da Assistência ao Paciente; Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde; Alta do Paciente; Estudo de Validação; Atenção Primária à Saúde; Gerenciamento da Prática Profissional.

ABSTRACT

Objectives: To analyze how the articulation between hospital and primary health care (PHC) occurs, in relation to the patient discharge and continuity of caring after hospitalization; to investigate the practice and the time dedicated by PHC nurses to the actions concerning this process. **Methods:** Mixed sequential exploratory strategy was developed in three stages. Stage 1 - had as settings a Basic Health Unit, 10 Family Health Strategies and a private teaching hospital in the state of São Paulo. Four focus group sessions were accomplished with the participation of 21 nurses. The discussions about responsible discharge were analyzed, according to the content in the thematic modality. Stage 2 - the activities to be performed by PHC nurses were outlined through two focus groups with the same 11 PHC participants from the previous stage; the Delphi technique was adopted for content validation by 11 experts with consensus pre-established at 0.80 and calculation of the content validity index (CVI). Stage 3 - web survey with 51 PHC nurses from two municipalities in the interior of the State of São Paulo. A questionnaire containing frequency, moment, professionals involved, complicating factors, quality of the process, and time dedicated to each of the activities was built from a list of activities. Data collection has occurred between December 2019 and April 2020 (S1); September to March 2022 (S2); and March to August 2022 (S3). **Results:** Five thematic categories have emerged: Patient inclusion flow in the Responsible Discharge Plan; Patient/family/caregiver participation; Care planning for Responsible Discharge; Communication between hospital and primary health care; and Challenges in the responsible discharge process (S1). Two rounds of the Delphi Technique have occurred: in the first, the CVI ranged from 0.73 to 1.0 and, in the next, from 0.90 (S2). Fifty-one nurses participated and, from the 17 activities listed, 14 are frequently performed by PHC nurses; 7/17 occur on the first day, after receiving the plan, and 80.3% are accomplished collaboratively. The average time reported for conducting the 17 activities together ranged from Md 30(25) - APS

2 to 42.5(40) PHC1 ($p \leq 0.05$ and $p \leq 0.01$). The participants of PHC have noticed the quality of the developed actions as good and very good (PHC 1) and good (PHC2). Only 12.7% reported experiencing difficulties in conducting the activities - PHC 1 < PHC 2, $p \leq 0.01$ (S3).

Conclusion: For continuing care, PHC nurses dedicate themselves mainly to organizing services, coordinating care, and educating users; these activities are mostly performed until the first day after receiving the discharge plan and in a collaborative manner. The process requires skills and time from nurses and, above all, articulation of actions between the hospital and primary care with effective communication and coordination of caring in a network. This study advances knowledge about continuity of caring in the Brazilian health system and can contribute to the training of nurses, the management of PHC practices, and the strengthening of the network and a comprehensive health care.

DESCRIPTORS: Continuity of Patient Care; Process Assessment, Health Care; Patient Discharge; Validation Study; Primary Health Care; Practice Management.

RESUMEN

Objetivos: Analizar cómo se da la articulación entre la atención hospitalaria y la primaria de la salud (APS), relativa al alta del paciente y a la continuidad del cuidado pos internación hospitalaria; investigar la práctica y el tiempo dedicado por el enfermero de la APS a las acciones concernientes a este proceso. **Métodos:** Investigación mixta de estrategia exploratoria secuencial aplicada en tres etapas. **Etapa 1** - tuvo como escenarios una Unidad Básica de Salud, 10 Estrategias de Salud de la Familia y un hospital universitario privado del Estado de São Paulo. Se desarrolló en cuatro sesiones de grupos focales con la participación de 21 enfermeros. Las discusiones sobre el alta responsable fueron analizadas según el contenido en la modalidad temática. **Etapa 2** - Las actividades realizadas por el enfermero de la APS fueron mapeadas mediante dos grupos focales con los mismos 11 participantes de APS de la fase anterior; se utilizó la técnica Delphi para validación del contenido por 11 especialistas con consenso preestablecido en 0,80 y cálculo del índice de validez de contenido (IVC). **Etapa 3** - web survey con 51 enfermeros de la APS de dos municipios del Estado de São Paulo. A partir de la lista de actividades se construyó un cuestionario conteniendo frecuencia, momento, profesionales implicados, factores dificultadores, calidad del proceso y tiempo dedicado a cada una de las actividades. Las colectas de datos ocurrieron entre diciembre de 2019 y abril de 2020 (E1); septiembre a marzo de 2022 (E2); y marzo a agosto de 2022 (E3). **Resultados:** Surgieron cinco categorías temáticas: Flujo de inclusión del paciente en el Plano de Alta Responsable; Participación del paciente/familiar/cuidador; Planificación de los cuidados para el Alta Responsable; Comunicación entre la atención hospitalaria y la primaria de la salud y Desafíos en el proceso de alta responsable (E1). Se aplicó en dos momentos la Técnica Delphi. En el primero el IVC varió de 0,73 a 1,0 y, en el siguiente, de 0,90 (E2). Participaron 51 enfermeros y, de las 17 actividades relacionadas, 14 se realizan con frecuencia por los enfermeros de las APS; 7/17 ocurren en el primer día

posterior al recibimiento del plano y 80,3% de forma colaborativa. El tiempo medio referido para conducción de las 17 actividades, conjuntamente, varió de Md 30(25) - APS 2 a 42,5(40) APS1 ($p \leq 0,05$ e $p \leq 0,01$). Los participantes de las APS perciben la calidad de las acciones realizadas como buena y muy buena (APS1) y buena (APS2). Solamente 12,7% relataron vivenciar dificultades para la conducción de las actividades - APS 1 < APS 2, $p \leq 0,01$ (E3).

Conclusión: Para continuar los cuidados, los enfermeros de la APS se dedican, principalmente, a la organización de los servicios, a la coordinación de los atendimientos y a la educación de los usuarios; las actividades son ejecutadas, en su mayoría, antes del primer día posterior al recibimiento del plano de alta y de forma colaborativa. El proceso requiere competencias y tiempo de los enfermeros y, sobre todo, articulación de las acciones entre el hospital y la atención primaria con comunicación efectiva y coordinación del cuidado en red. Este estudio avanza en el conocimiento sobre la continuidad del cuidado en el sistema de salud brasileño y puede contribuir para la formación de enfermeros, en la gestión de las prácticas en la APS y en el fortalecimiento de la red y de la atención integral a la salud.

DESCRIPTORES: Continuidad de la Atención al Paciente; Evaluación de Procesos, Atención de Salud; Alta del Paciente; Estudio de Validación; Atención Primaria de Salud; Gestión de la Práctica Profesional.

1 Apresentação

1 APRESENTAÇÃO

Enfermeira, graduada há oito anos pelo Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA/SP); minha trajetória profissional, ao longo deste período, tem sido na Atenção Primária à Saúde, especificamente, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Catanduva, no interior do estado de São Paulo. Ainda atuo nesta unidade, desempenhando atividades gerenciais e assistenciais junto às equipes de saúde e usuários/família/comunidade.

Entre 2017 e 2018, trabalhei como docente em um Curso Técnico para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem; conciliei a dupla jornada com cursos de especialização *Lato Sensu*. O primeiro curso foi em Gerência e Auditoria em Enfermagem pelo Centro Universitário de São José do Rio Preto/SP, concluído, em 2017, e o outro em Saúde Pública, com ênfase em Saúde da Família pela Universidade Pitágoras Unopar, finalizado em 2019.

A vivência prática, sob minha percepção, trouxe grandes desafios, inquietações e, também, muitas conquistas profissionais, mas, além das especializações, ainda sentia falta de respostas à algumas dentre tantas inquietações acumuladas ao longo da jornada profissional. E, então, em 2019, entrei em contato com a Profa. Dra. Marcia Galan Perroca demonstrando interesse no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado pela FAMERP/SP e em conversa junto à Profa. Danielle Fabiana Cucolo delínamos o problema de pesquisa considerando ambos interesses; a minha vivência prática e a linha de pesquisa de ambas.

Assim, prosseguindo com os estudos sobre a movimentação de pacientes e carga de trabalho em Enfermagem conduzidos pelas docentes, surgiu o projeto intitulado “Continuidade do cuidado ao paciente, após a alta hospitalar: ações e tempo demandados pelo enfermeiro”; tendo como ênfase o processo de alta, transição e continuidade dos cuidados ao paciente, após a internação hospitalar, ou seja, as ações desempenhadas na Atenção Primária à Saúde.

2 Introdução

2 INTRODUÇÃO

2.1 Atenção Primária à Saúde e o Cuidado em Rede

A experiência com sistemas de saúde integrados remonta ao início da década de 90 nos Estados Unidos e, posteriormente, alcançou sistemas públicos do Canadá, Europa e América Latina.¹ A Rede de Atenção à Saúde (RAS), decorrente desta experiência, preconiza um sistema construído a partir das necessidades locais de saúde, pautado na integralidade, longitudinalidade e continuidade do cuidado.² Esta proposta, sustentada por evidências, tem sido crescentemente adotada como enfrentamento da crise dos sistemas de saúde, possibilitando suplantar o modelo vigente hierárquico e burocrático diante da complexidade das questões sociais.¹

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado através das RAS, buscando qualificar a atenção por meio da ampliação do acesso, promovendo a integração de ações/serviços e valorizando os fluxos de comunicação. Busca garantir, dessa forma, a integralidade do cuidado³ através da implementação dos serviços centrados no usuário e suas necessidades.⁴

Estudos⁵⁻⁶ relatam sua capacidade de resolver problemas, favorecendo a obtenção de melhores resultados na assistência à saúde e tornando os sistemas mais efetivos. No entanto, ainda pode se perceber fragilidades na sua construção, enquanto acesso, monitoramento e avaliação dos serviços que o compõem.²

O primeiro ponto de acesso ao sistema de saúde pública e universal é reconhecido, internacionalmente, por Atenção Primária à Saúde (APS) e, embora, o Brasil tenha adotado a denominação Atenção Básica à Saúde (ABS), estes termos tornam-se equivalentes ao assumirem os mesmos princípios e diretrizes definidos na atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).⁷ A estes serviços atribui-se a coordenação do cuidado e o direcionamento das

ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde visando atender as necessidades da população de acordo com cada território. Estas ações são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Estratégias de Saúde da Família (ESF).⁷

O modelo de atenção adotado nas UBS, existente desde a década de 80 no sistema de saúde brasileiro, pode ser considerado mais tradicional já que o usuário procura por atendimento de forma espontânea para cadastramento e consultas de rotina. Busca por especialidades, tais como, o Clínico Geral, Pediatra, Ginecologista, Enfermagem e Odontólogo e realiza o segmento terapêutico na unidade por meio de agendamento e/ou encaminhamento para outros serviços. A equipe é composta, minimamente, por médico generalista e/ou especialista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de Enfermagem, cirurgião dentista e técnico em saúde bucal.⁷

Já a ESF, criada em 1994 e consolidada pela Portaria nº 2.488 em 2011⁸, apoia-se em um modelo dinâmico e pautado no trabalho em equipe e na atenção à família, visando atender aos princípios da universalidade, equidade e integralidade propostas pelo SUS. O cadastramento das famílias de determinado território subsidia o planejamento das equipes na oferta de serviços de saúde e no acompanhamento dos usuários por meio de busca ativa, incluindo a visita domiciliar.⁷

Para atender a essa proposta, a unidade de ESF é composta por médico e enfermeiro, preferencialmente que sejam especialistas em Família e Comunidade, técnico ou auxiliar de Enfermagem, cirurgião dentista e técnico em saúde bucal, além de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).⁷⁻⁸

De forma geral, todos os profissionais da ESF atuam na identificação de riscos e vulnerabilidades dos indivíduos e famílias cadastradas; na busca ativa; na notificação de doenças e agravos; no processo de territorialização; nas visitas domiciliares e no planejamento

e avaliação das ações de saúde.⁷ A participação do ACS nas equipes da ESF tem contribuído para a extensão de cobertura à saúde e estruturação da APS no âmbito do SUS.⁷

A equipe de ESF também conta com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) que integra diferentes profissionais: fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista e assistente social para a realização do matriciamento em saúde. Este apoio matricial consiste em compartilhar os casos/demandas de atenção à saúde de usuários/famílias com outros profissionais para a construção colaborativa do projeto terapêutico fortalecendo, assim, a interprofissionalidade e o trabalho em rede.^{7,9}

A articulação das ações junto ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é, igualmente, realizada pelas equipes da UBS e da ESF. O SAD é constituído por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e técnicos ou auxiliares de Enfermagem.¹⁰

Este serviço acompanha o usuário que demanda procedimentos de maior complexidade técnica prestando assistência direta, orientando e apoiando o cuidador, após a alta hospitalar, ou seja, no domicílio. Esta modalidade de atenção requer, por conseguinte, a participação ativa da família e das equipes de saúde para garantir a continuidade dos cuidados.¹⁰

A Equipe de Consultório de Rua (ECR) é outra modalidade de colaboração às unidades da APS, instituída pela PNAB, em 2011, que integra ações de promoção, prevenção, reabilitação e reinserção de usuários em situação de rua e, portanto, em condições de vulnerabilidade aos serviços de saúde.¹¹

Depreende-se que, para atender as necessidades do usuário de forma integral e contínua e para superar a fragmentação do cuidado e da gestão dos serviços, as unidades da APS precisam estabelecer estreita relação com os demais pontos da RAS por meio do trabalho

interprofissional e centrado no usuário/família e, também, do investimento em sistemas de comunicação e gestão facilitadores da integração entre os serviços.^{4,12}

2.2 Continuidade do Cuidado Após a Alta Hospitalar

Com o envelhecimento da população¹³, o avanço das doenças crônicas não transmissíveis¹⁴, dos cuidados oncológicos¹⁵ e da necessidade de utilizar diversos medicamentos após a internação^{13,15}, a integração dos serviços de saúde torna-se preponderante no sentido de preparar o usuário/familiar e continuar os cuidados ao domicílio.

A concepção de continuidade incorpora a perspectiva do paciente na vivência do atendimento e combina três elementos: fluxo de informações, relações interpessoais e coordenação de intervenções.¹⁶⁻¹⁷ A continuidade informacional refere-se ao segmento das informações sobre as condições e intervenções realizadas e eventos relativos à assistência prestada para planejamento dos cuidados atuais e futuros. Este elemento depende, além de outros fatores, da interação estabelecida entre os profissionais e destes com os usuários/familiares.¹⁷⁻¹⁸

Em outras palavras, a experiência do usuário/familiar na jornada de atendimento em saúde considera a interação e a conexão com os profissionais sustentadas ao longo do tempo como indicativo de (des)continuidade do cuidado.¹⁹⁻²⁰ Além disso, as intervenções precisam ser coordenadas¹⁷⁻¹⁸ e a gestão do processo deve ser compartilhada entre os diferentes pontos do sistema de saúde, de forma complementar e oportuna¹⁶⁻¹⁷, para que lacunas e potenciais falhas na continuidade do cuidado sejam minimizadas.

Para a Organização Mundial da Saúde, a continuidade e a coordenação das intervenções estão interligadas já que a primeira oferece condições para as equipes interagirem de forma coordenada, e um plano de cuidados devidamente coordenado viabiliza e qualifica o processo de continuar cuidando.²¹

No Brasil, a PNAB prevê uma APS de portas abertas e resolutiva, ou seja, capaz de responder aos problemas de saúde da população que sejam mais frequentes. Sobretudo, que possa promover acolhimento e cuidado ao usuário mesmo quando este transita por outros pontos da RAS.⁷

Entretanto, o reconhecimento da APS como entidade coordenadora do cuidado em rede ainda é frágil, principalmente, devido às crenças dos usuários em relação ao fluxo de acesso aos serviços de saúde e o conceito de resolutividade vinculada, especialmente, à atenção hospitalar e às unidades de pronto atendimento.²²

O cuidado longitudinal proposto para o SUS na APS, especialmente, na ESF, mediante criação de vínculo com o usuário/família e reconhecimento de comportamentos, determinantes sociais e necessidades de saúde a serem acompanhados ao longo do tempo não têm sido operacionalizados satisfatoriamente, na percepção dos usuários.²³

O sucesso na promoção do cuidado contínuo fundamenta-se na RAS e na efetiva comunicação, bem como, na gestão estabelecida entre os serviços.²⁴ No entanto, a interação entre os profissionais da APS e da área hospitalar, bem como, entre trabalhadores e usuários/familiares precisa ser fortalecida.²⁴⁻²⁵ A dificuldade de acesso aos serviços e aos insumos/recursos para continuar o tratamento, após a internação ainda é uma realidade²⁶ e estes aspectos, dentre outros, podem comprometer a continuidade do cuidado.

A alta hospitalar responsável corresponde uma diretriz nacional para funcionamento dos hospitais²⁷ e reforça o desenvolvimento da autonomia do paciente para o autocuidado, a implementação de mecanismos de desospitalização e a articulação de ações em rede para continuidade do cuidado. As atividades planejadas e coordenadas para a transferência do paciente entre os serviços de saúde podem ser compreendidas como transição do cuidado²⁸ e este processo viabiliza e integra os cuidados continuados.²⁹⁻³⁰

Na alta, esta dinâmica de transição para continuar cuidando deve considerar, além da condição clínica, um planejamento antecipado com envolvimento do usuário/família e da APS²⁶ uma vez que aspectos ambientais e sociais extra-hospitalares são elementos contributivos do processo.³¹ Para minimizar as lacunas que ainda persistem, algumas instituições têm investido na gestão da alta, evidenciando-se a participação de diversos profissionais, principalmente, médicos, enfermeiros e farmacêuticos³². Em alguns cenários, o enfermeiro dedica-se exclusivamente para a detecção precoce ao cuidado de pacientes, coordenação das ações e relações entre equipes e serviços de saúde.³³⁻³⁵

Experiência nacional destaca, dentre as atividades realizadas por enfermeiro denominado de ligação: avaliação clínica, entrevista com paciente/familiar, busca de recursos para continuar os cuidados no domicílio e contato telefônico com a APS norteados por protocolo de contrarreferência.³⁶ No pós alta, além da ligação telefônica, as visitas domiciliares, as consultas ambulatoriais e a atuação dos serviços de atenção domiciliar constituem-se em mecanismos para desospitalizar e continuar cuidando.¹⁴

A qualificação do processo pré e pós alta para a continuidade dos cuidados pode resultar em redução de mortalidade, de eventos adversos e de reinternações desnecessárias; inversamente, pode melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos pacientes, além de reduzir custos para os serviços de saúde.¹⁴

2.3 O Papel do Enfermeiro e o Cuidado Baseado nas Forças

O enfermeiro, inserido nas equipes das UBS e ESF, desempenha diversas atribuições, como: consulta e procedimentos de Enfermagem, visita domiciliar, solicitação de exames e prescrição de medicamentos pautado em protocolos, educação permanente em saúde, participação e coordenação de grupos profissionais e com usuários/comunidade, gestão de materiais/equipamentos e da unidade e supervisão das ações de enfermagem e dos ACS.^{7,37}

As atribuições clínicas dos enfermeiros têm sido valorizadas e expandidas como forma de fortalecer a APS.³⁸ Além da coordenação do cuidado direto ao usuário/família/cuidador, também desempenham papel importante na organização e mediação das relações entre as equipes, os serviços de saúde e desses com os usuários/familiares.^{37,39}

A delimitação do papel do enfermeiro, nos diferentes espaços de trabalho, em relação aos demais profissionais da saúde pauta-se em um referencial teórico. As teorias de Enfermagem são produto de conhecimento próprio da profissão e instrumentos para fortalecer a autonomia e nortear a prática, o ensino e a pesquisa na área.⁴⁰ Elas podem ser compreendidas como palavras estruturadas para clarear conceitos e projetar a visão sistêmica de um fenômeno e, assim, fornecem respaldo científico para as ações de Enfermagem.⁴¹

Ao longo dos anos, a qualidade do cuidado de Enfermagem foi influenciada pelo desenvolvimento de modelos teóricos mais facilmente compreendidos e aplicados ao cotidiano de prática.⁴² Contudo, as teorias carregam perspectivas sobre determinada realidade, possuem tendências e valores sobre um contexto, sobre processos e atividades desempenhadas.⁴³

Destaca-se, na abordagem sobre transição e cuidados continuados, a teoria baseada nas forças. Este referencial centra o cuidado na pessoa (usuário/família) identificando, além das necessidades de saúde, as competências, atitudes e recursos que podem contribuir para o autocuidado e para o segmento do cuidado.⁴⁴ Estes atributos redirecionam o olhar e a prática de enfermagem para além dos problemas de saúde dando destaque aos pontos fortes na condição de cada usuário/família visando melhores resultados na assistência à saúde⁴⁵⁻⁴⁶

Além do cuidado centrado no usuário/família e no relacionamento com a equipe de saúde mais responsivo às necessidades desse sujeito protagonista nas decisões clínicas, o cuidado baseado nas forças aborda outras três dimensões: o empoderamento das informações,

da livre expressão de ideias e desejos e da oportunidade de aprendizagem crítica; a cultura favorável à promoção da saúde, à prevenção de doenças e ao desenvolvimento do autocuidado; e a participação colaborativa dos profissionais e usuário/família no planejamento dos cuidados.⁴⁶

Estas abordagens se apoiam em pressupostos relativos à saúde, à pessoa, ao ambiente e à enfermagem que resultam em crenças e valores-chave para esta teoria, tais como: saúde e cura focada na plenitude humana; singularidade das forças e fraquezas em resposta ao processo de saúde e adoecimento; holismo e indivisibilidade que representam a integração de todos os aspectos que afetam o ser humano. Destacam-se, ainda, o cuidado pautado tanto na realidade objetiva quanto na experiência subjetiva do usuário; integração pessoa-ambiente; autodeterminação, ou seja, respeito à autonomia nas decisões de cuidado; parceria colaborativa entre enfermeiro e usuário/família; e ações educativas, em momento oportuno, para aprendizado das forças e de novas competências para lidar com mudanças.⁴⁶

Além da prática clínica, este modelo teórico fundamenta o gerenciamento em saúde e em enfermagem no sentido de reconhecer e desenvolver os pontos fortes das pessoas, das equipes e dos sistemas aproveitando ao máximo as potencialidades individuais e relacionais.⁴⁵ O trabalho da Enfermagem baseado nas forças agrega a atenção integral e centrado no paciente/família, considera o contexto e a relação interprofissional colaborativa, bem como, apoia o desenvolvimento da autonomia do sujeito.⁴⁵ Estes aspectos coadunam com os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro.^{7,27,47}

Estudos recentes aplicam a Enfermagem baseada em forças para melhorar a interação da Enfermagem com populações específicas e, conseqüentemente, o impacto de doenças prevalentes⁴⁸, a gestão de doenças crônicas⁴⁹ e a promoção da saúde.⁵⁰ Aplicativos móveis também têm sido testados no intuito de ajudar as pessoas com doenças crônicas à

identificarem os seus pontos fortes auxiliando no autogerenciamento de suas condições clínicas e atividades diárias.⁵¹

No planejamento da alta hospitalar, enfermeiros de ligação podem assumir a liderança do processo de transição dos cuidados e, dentre as atividades realizadas, identificam forças pessoais relativas às capacidades físicas do usuário, a aptidão para o autocuidado, a autoconfiança, a disponibilidade de um cuidador e de recursos financeiros para eventuais adaptações no domicílio. Ademais, reconhecem as forças externas relacionadas à comunidade e aos equipamentos da RAS e tanto os fatores pessoais quanto os externos são determinantes para uma efetiva continuidade do cuidado.³⁵

2.4 Carga de Trabalho do Enfermeiro da APS para Continuar Cuidando

Depreende-se que a continuidade do cuidado demanda competências informacionais, relacionais e gerenciais que podem estar pautadas nas forças do usuário/família, das equipes e do sistema de saúde, mas também, requer gerenciamento do tempo dedicado pelo enfermeiro considerando as diversas atividades que esse profissional assume no campo de prática.⁵²

A identificação de pacientes com necessidades de cuidados continuados e o processo de contrarreferência e acompanhamento junto à APS podem representar atividades adicionais na sua rotina gerando sobrecarga de trabalho^{33,53} e comprometimento do processo.³⁶

Esta dedicação no atendimento aos pacientes, no gerenciamento da unidade e das pessoas que ali atuam implica em carga de trabalho do enfermeiro e será determinada pelo tempo, pelas competências profissionais, pelas demandas de assistência direta e indireta, além daquelas não relacionadas ao paciente, e pela complexidade da atenção à saúde.⁵⁴

Particularmente na APS, sabe-se que, embora a presença desse profissional seja imprescindível para garantir o acesso e o funcionamento dos serviços na RAS, vários desequilíbrios persistem e geram sobrecarga, tais como: demandas complexas atreladas à

vulnerabilidade social; atuação em territórios com população subestimada; déficit de pessoal e desmotivação da equipe; necessidade de assumir atividades burocráticas, além da atribuição profissional; e ausência do gestor nas decisões da unidade.⁵⁵ Outro estudo destaca o papel de referência desempenhado pelos enfermeiros na APS e a falta de condições estruturais, baixos salários e falhas no modelo de gestão e na RAS.⁵⁶

Sendo assim, a alta hospitalar responsável e a continuidade dos cuidados ao paciente pode ser um desafio diante das demandas assumidas pelos enfermeiros, tanto na atenção hospitalar (AH) quanto na APS. Os modelos propostos para gerenciamento da alta e transição dos cuidados centram-se em experiências internacionais e com enfoque na AH.³³⁻³⁵ Investigações envolvendo a APS justificam-se, também, pela fragilidade que ainda existe na coordenação do cuidado e no vínculo com os usuários atribuídos a esse nível da atenção.⁵⁷ Pesquisas nacionais^{36,53} enfatizam a dificuldade dos enfermeiros incorporarem mais essa atividade, além de outras já desempenhadas. Ademais, usuários/familiares ainda enfrentam restrições para o acesso aos serviços, de interação com os profissionais e de ajustes sociais e econômicos diante das adaptações necessárias para o cuidado no domicílio.⁵⁸⁻⁵⁹

Esta pesquisa integra o projeto “Transição do cuidado na alta hospitalar: tempo dedicado pela Enfermagem e efetividade do processo” e está vinculada ao grupo de pesquisa Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAÚDE). Considerando a importância da continuidade dos cuidados ao paciente, após a alta hospitalar por meio da articulação entre a AH e APS e as lacunas ainda existentes quanto às atividades desenvolvidas e o tempo demandado dos enfermeiros, especialmente, da APS, para efetivação desse processo, questiona-se:

✚ *Como ocorre a articulação entre a atenção hospitalar e a APS na alta responsável para a continuidade do cuidado do paciente após a internação hospitalar, no olhar de enfermeiros? Quais são as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da APS?(Estudo 1);*

- ✚ *Segundo especialistas na temática, quais atividades deveriam ser realizadas pelos enfermeiros da APS para promover a continuidade do cuidado após a alta hospitalar?(Estudo 2);*
- ✚ *Qual é a estimativa de tempo para a realização de ações de continuidade do cuidado pelos enfermeiros da APS e quais são os principais aspectos qualificadores e dificultadores para a realização dessas ações? (Estudo 3).*

3 Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Gerais

- ✚ Analisar como ocorre a articulação entre a atenção hospitalar e primária à saúde relacionada à alta do paciente e à continuidade do cuidado após a internação hospitalar;
- ✚ Investigar a prática e o tempo dedicado pelo enfermeiro da APS às ações concernentes a este processo.

3.2 Específicos

- ✚ Examinar os fluxos e a comunicação entre estes dois níveis de atenção na alta do paciente e estratégias adotadas para garantir a continuidade do cuidado após a internação hospitalar, no olhar dos enfermeiros (Estudo 1);
- ✚ Mapear e validar, junto a especialistas, atividades a serem realizadas pelo enfermeiro da APS relativas à alta hospitalar responsável (Estudo 2);
- ✚ Identificar o tempo médio e os principais aspectos qualificadores e dificultadores na realização das atividades para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, segundo vivência de enfermeiros (Estudo 3).

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento da Pesquisa

A abordagem metodológica, neste estudo, encontra-se fundamentada no método misto de estratégia exploratória sequencial⁶⁰⁻⁶¹ onde, inicialmente, foram coletados e interpretados dados qualitativos, para compreensão do fenômeno em investigação, com posterior complementação de uma fase quantitativa. O método misto permite confirmar e/ou compreender mais amplamente o fenômeno investigado e, neste estudo, os componentes qualitativos e quantitativos foram considerados dependentes com integração a partir dos resultados.⁶²

O planejamento, execução e integração de estudos qualitativos e quantitativos tornam pesquisas de métodos mistos desafiadoras, especialmente, quanto à interpretação dos resultados, mas, também, essenciais para desvelar com maior completude o fenômeno de interesse.⁶³ O *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) tem sido indicado para nortear este tipo de estudo na área de Enfermagem em busca de maior rigor metodológico. Adotou-se, nesta investigação, os critérios desta ferramenta⁶⁴ considerando os cinco itens para a abordagem qualitativa (questão de pesquisa, método apropriado, dados e descobertas, interpretação dos resultados, coerência entre fonte de dados, coleta, análise e interpretação); para estudos quantitativos descritivos (amostragem relevante, amostra representativa, medidas adequadas, risco de viés, análise estatística apropriada); e, ainda, outros cinco pontos justificando a utilização de métodos mistos (justificativa explícita, componentes integrados, resultados interpretados adequadamente, trata divergências e inconsistências entre as abordagens e atende aos critérios de qualidade de cada método).

Este estudo foi conduzido em três etapas: 1. Olhar dos enfermeiros da atenção hospitalar e primária à saúde sobre a continuidade do cuidado após a alta hospitalar; 2.

Atividades do enfermeiro da APS para a continuidade dos cuidados: mapeamento e validação;
3. Prática e tempo dedicado pelo enfermeiro da APS às ações concernentes a este processo.

Na etapa 1 (qualitativa) utilizou-se a técnica de grupo focal (GF) para obter informações, explorar experiências e opiniões sobre a temática a partir da interação dos participantes.⁶⁵⁻⁶⁶ Esta técnica tem sido utilizada para investigar um fenômeno vivenciado por pessoas com características/conhecimentos específicos mas que podem apresentar sentimentos e pensamentos distintos.⁶⁷ Trata-se de um método econômico e eficiente para se obter dados de vários participantes e tem sido amplamente utilizado na Enfermagem em estudos qualitativos.⁶⁸

O GF privilegia a discussão coletiva, a reflexão crítica e a problematização facilitada por um moderador/pesquisador, o que a diferencia de entrevistas em grupo.⁶⁹ Constitui-se mecanismo de intervenção, pois permite emergir estratégias para resolução de problemas e transformação da prática considerando o protagonismo dos envolvidos.⁷⁰

A fundamentação teórica adotada na operacionalização dos GF apoia-se nos pressupostos de grupos operativos e na noção de tarefa como objetivo comum do grupo, envolvendo as dimensões explícitas e implícitas. Nesta perspectiva, a tarefa explícita dos GF corresponde às questões sugeridas pelo pesquisador a serem discutidas pelos participantes e o implícito grupal agrega as crenças, valores e sentimentos que podem ser provocados e mobilizados nos debates.⁷⁰

O GF pode ser combinado com outras técnicas de pesquisa para a construção de questionários/instrumentos e, assim, caracteriza-se como métodos mistos.⁶⁹

A partir dos GF, na segunda etapa do estudo (qualitativa e quantitativa), os dados foram complementados a partir de revisão da literatura nacional e internacional. Também, uma listagem de atividades a serem realizadas pelos enfermeiros da APS foi construída e

submetida à validação de especialistas (técnica Delphi). Rodadas de perguntas/respostas são conduzidas na técnica Delphi para se obter o parecer de especialistas sobre determinado tema até que o consenso seja alcançado, de forma independente, entre o grupo.⁷¹⁻⁷²

Trata-se de uma técnica de baixo custo que pode ser conduzida de forma presencial ou online e, neste caso, a participação dos especialistas e a verificação do consenso é facilitada. Questões fechadas também facilitam a análise dos dados, sendo recomendado incluir a opção de comentários qualitativos para complementação de informações, e perguntas adicionais podem ser inseridas nas rodadas de avaliação.⁷³

Por depender da adesão dos participantes em diferentes momentos (rodadas), o método é considerado complexo e pode ser demorado com possibilidade de abandono dos juízes. Além disso, é preciso predefinir o consenso (como será obtido) e evitar a simples concordância com a opinião da maioria aproveitando, então, o conhecimento e a experiência dos profissionais para a produção de evidências científicas.⁷⁴

A amostra por conveniência, geralmente, é empregada com participação de 10 a 15 especialistas para grupos homogêneos, mas a experiência dos juízes é mais relevante do que o tamanho da amostra; grupos menores, mais homogêneos e menor número de rodadas parecem resultar em taxas de respostas superiores.⁷³

Na terceira etapa, quantitativa, um questionário (pesquisa *survey*) foi desenvolvido e aplicado aos enfermeiros da APS para identificação da frequência, momento, profissionais envolvidos, fatores dificultadores, qualidade do processo e tempo dedicado a cada uma das atividades relativas à continuidade do cuidado após a alta hospitalar. As *surveys* possibilitam explorar as opiniões de determinada população, representada por amostragem, de forma individual ou em grupo utilizando-se, principalmente, questionários (autoaplicáveis ou

administrados por um pesquisador) na forma impressa e/ou on-line ou, ainda, entrevistas presenciais, on-line e/ou via telefônica.⁷⁴

Estudos sobre avaliação da carga de trabalho de Enfermagem (CTE) têm utilizado a pesquisa *survey*, aliada a outros métodos, para se obter a percepção de enfermeiros sobre as demandas e os recursos para o trabalho, além do estresse, do engajamento e do impacto na qualidade do atendimento.⁷⁵⁻⁷⁶

As etapas do estudo estão sintetizadas na Figura 1.

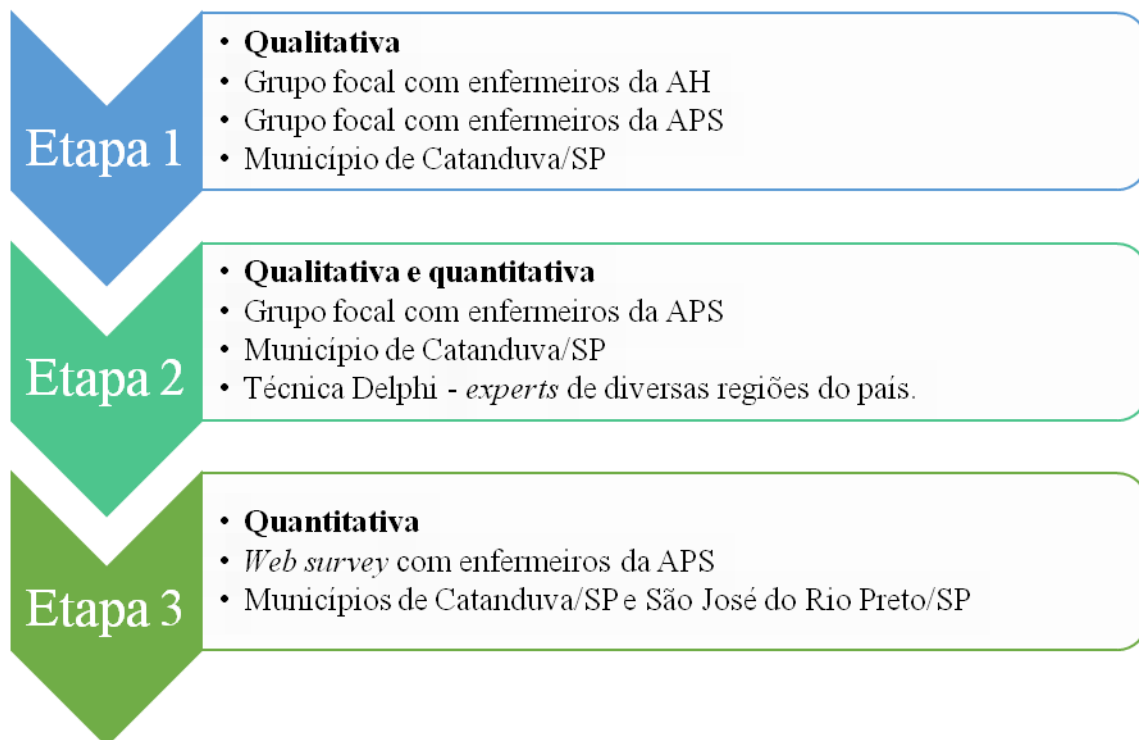


Figura 1 - Síntese das etapas metodológicas do estudo, 2023.

4.2 ETAPA 1 - Olhar dos Enfermeiros da Atenção Hospitalar e Primária à Saúde sobre a continuidade do cuidado após a alta hospitalar

Neste momento inicial, buscou-se reconhecer a vivência de enfermeiros, tanto da AH quanto da APS, sobre o processo de alta responsável e a transição dos cuidados. Adotou-se,

em seu delineamento, as diretrizes do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) para pesquisa qualitativa.⁷⁷ Para entrevistas e GF, o COREQ indica um checklist contendo 32 itens cobrindo os seguintes domínios: equipe de pesquisa e reflexividade, desenho do estudo, resultados e análise.

4.2.1 A Rede de Atenção à Saúde em Catanduva e o Processo de Alta Responsável

O município de Catanduva localiza-se na região noroeste do estado de São Paulo e conta com 123.114 habitantes⁷⁸, possuindo como centro de referência a DRS XV - São José do Rio Preto. Apresenta vários indicadores de saúde, entre eles: Dados Demográficos e de Morbimortalidade, Nascidos Vivos, principais causas de internação, Produção de Atenção Básica, Produção de atenção Psicossocial por Forma de Organização, Produção de Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar por Grupo de Procedimentos, Produção de Assistência Farmacêutica, Produção de Vigilância em Saúde por Grupo de Procedimentos. Participação Popular (reuniões de conselho local e pesquisa de satisfação do usuário).⁷⁹

O modelo de gestão por Organização Social de Saúde (OSS) foi implantado, nesta localidade, em 2011, através da Empresa Pró-Saúde (2011-2017). Posteriormente (2017-atual), Mahatma Gandhi assumiu a gestão por meio do contrato de gestão 52/2018, o qual perdura até hoje. As OSS foram estabelecidas pela Lei 9.637/98 como uma alternativa para melhoria da qualidade dos serviços prestados na saúde pública. Objetivam a gestão compartilhada com o gestor público (Prefeituras / Estado) por meio de contrato.⁸⁰⁻⁸¹

Existe também uma proximidade entre a Secretaria da Saúde do município com a atual gestão da OSS, atuando em parceria. Cabe a Mahatma Gandhi o cumprimento dos itens do parecer técnico contemplados no projeto e à Secretaria da Saúde, o monitoramento dos indicadores.

Entre as ações realizadas pela OSS na cogestão do município destacam-se a colaboração no desenvolvimento de projetos e programas na área da saúde, formação continuada e permanente dos trabalhadores, otimização de recursos e economicidade no planejamento das ações, e monitoramento e avaliação dos serviços.

A atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) acompanhou 24.410 famílias cadastradas e 92.685 usuários até novembro de 2021.

Na Tabela 1, a seguir, foram descritos os componentes determinados pelo Relatório Anual de Gestão e os respectivos serviços disponíveis no município.

Tabela 1. Componentes e serviços da Rede de Atenção à Saúde de Catanduva segundo Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Catanduva, SP, Brasil, 2021.

	COMPONENTES	SERVIÇOS
Atenção Primária à Saúde	25 Estratégia de Saúde da Família (ESF); 5 Unidade Básica de Saúde; 5 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB);	1 Equipe de consultório na rua vinculado; 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); 2 Academias da Saúde; 1 Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ)
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades	1 CAPS II 1 CAPS AD
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192 Unidade Pronto Atendimento (UPA) 24 horas	4 Unidades de Suporte Básico de Vida (USB) 1 Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA); 1 UPA
Atenção Hospitalar	2 Hospitais Gerais 1 Hospital especializado em Psiquiatria;	Hospital Padre Albino Hospital Emilio Carlos Hospital Psiquiátrico Mahatma Gandhi.
Estratégias de Reabilitação	2 Centros de Reabilitação Integrados (CRI) 1 Serviço de Residência Terapêutica (SRT)	1 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) 1 Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)
Centro de Especialidades	1 Centro de Especialidades Médicas (CEM)	1 Serviço de Atendimento Especializado (SAE)
Atenção à Saúde Bucal	1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	

Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir de informações obtidas através do Relatório Anual de Gestão 2020 publicado no site Observatório em Saúde. CAPS: Centros de Atenção Psicossocial; CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas; UPA: Unidades de Pronto Atendimento; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuam de forma articulada à APS que tem a função de coordenadora do cuidado.²⁷ A atenção hospitalar (AH) do município inclui dois hospitais gerais. O hospital Padre Albino dispõe de 198 leitos e caracteriza-se como hospital privado, filantrópico e de ensino. É referência para 19 municípios da região com média de 1100 internações mês, sendo 60% dos atendimentos pelo SUS, a partir de contratualização com o Estado. O segundo, hospital Emilio Carlos, possui 144 leitos exclusivos para internação de pacientes SUS e ambulatórios de especialidades médicas que atendem à demanda dos 19 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde - DRS-XV. Realiza em torno de 800 internações mês.

Atualmente os hospitais seguem um Protocolo para Alta Hospitalar Responsável próprio já que a APS não possui um modelo padronizado. O plano de alta é enviado pelo hospital via correio eletrônico (e-mail) para a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) que o encaminha para as unidades de referência do paciente. Há confirmação do recebimento do e-mail e da continuidade do cuidado na APS.

A Atenção Domiciliar (AD) integra-se à RAS e envolve um conjunto de ações realizadas no ambiente domiciliar, em caráter temporário ou definitivo, visando a ampliação da autonomia do usuário e seu familiar/cuidador. Encontra-se organizada nas modalidades Atenção Domiciliar 1 (AD 1), Atenção Domiciliar 2 (AD 2) e Atenção Domiciliar 3 (AD 3).¹⁰

O EMAD é responsável pelo cuidado do paciente domiciliado em AD 2 e AD 3. Considera-se elegível na modalidade AD 2, o usuário apresentando afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação. Estes cuidados são compartilhados com a ESF e o NASF-AB. Na modalidade AD 3, insere-se o usuário com situações da modalidade AD 2 com necessidade frequente de cuidado multiprofissional, uso de equipamento(s) ou agregação de

procedimento(s) de maior complexidade, demandando períodos prolongados de acompanhamento. A responsabilidade para o cuidado é apenas do EMAD.¹⁰

4.2.2 Cenários e Participantes

O campo de estudo foi constituído por uma UBS, 10 ESF e um hospital de ensino privado localizados na região noroeste do Estado de São Paulo. O quadro de pessoal das UBS é composto por médicos clínicos e especialistas, enfermeiros, auxiliares de Enfermagem e cirurgião dentista. Os usuários são atendidos por demanda espontânea e/ou através de encaminhamentos de outros serviços (principalmente em função das especialidades médicas).

Nas ESF atuam médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de Enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário. O número de profissionais é definido de acordo com o território de abrangência. Cada equipe de saúde da família é auxiliada, ainda, por um NASF-AB composto por profissionais de diferentes áreas no sentido de promover ações de promoção e atenção à saúde.⁹

Participaram do estudo 21 enfermeiros (10 da AH e 11 da APS), contratados pela OSS, que assumem as demandas de cuidados e realizam a coordenação da unidade e da(s) equipe(s). Foram indicados, por conveniência, pelo gerente de Enfermagem do hospital e pelo coordenador técnico das unidades da APS.

Foram incluídos na amostra, os profissionais que participavam do processo de alta responsável, e que não se encontravam em período de experiência profissional e estivessem atuando nos locais investigados durante a coleta de dados.

4.2.3 Explorando Experiências de Enfermeiros da AH e da APS

Para contatar os profissionais indicados, uma das pesquisadoras contou com o apoio da enfermeira do núcleo interno de regulação da AH e da coordenadora da educação permanente da APS. O convite ocorreu por correio eletrônico destacando o objetivo da pesquisa, quem seria a moderadora, data, horário e local dos encontros e solicitando a confirmação dos participantes. Dos 23 enfermeiros contatados, apenas um declinou o convite por motivos pessoais e outro foi excluído por estar em período de experiência profissional. Após o início da pandemia por COVID-19, o acesso foi apoiado pela coordenação dos serviços e durante as sessões de GF observou-se o cumprimento das medidas de segurança.

Foram realizados quatro GF, entre dezembro de 2019 e abril de 2020, dentro do próprio contexto de prática com enfermeiros da AH, dois encontros (n=6, manhã e n=4, tarde), e da APS, outros dois encontros (n=6, manhã e n=5, tarde), totalizando 21 participantes. Os grupos foram compostos por, no mínimo, quatro participantes, conforme recomendado⁸² e, para obter saturação de códigos/temas e de significados (compreensão do problema), também, indicam, pelo menos, dois grupos representativos de determinada realidade.⁸²

As sessões tiveram duração média de 60 minutos, como previsto em outras pesquisas.^{66,83-84} Os grupos foram conduzidos por uma pesquisadora com especialização em saúde pública e experiência na gestão de ESF capacitada para a condução de GF. As sessões foram gravadas mediante autorização prévia. Durante os encontros, os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

A partir daí, iniciaram-se orientações a respeito do preenchimento do questionário de categorização, considerando-se as variáveis sociodemográficas (idade, sexo) e laborais (ano

de conclusão da graduação, tipo de especialização, experiência profissional como enfermeiro, experiência na área e tempo de atuação na unidade). Ao término do preenchimento, iniciou-se a leitura das questões norteadoras disponibilizadas, também, na forma impressa, para que os enfermeiros respondessem individualmente antes da abertura para discussões em grupo. Foram as seguintes: *A alta responsável está instituída no município? Qual é o fluxo e/ou critérios estabelecidos entre a AH e a APS para a alta responsável? Como ocorre a comunicação entre estes dois níveis de atenção diante da alta do paciente e a necessidade de continuar o cuidado na comunidade? Quais estratégias são adotadas para garantir a continuidade do cuidado após a internação hospitalar?* e, *Quais são os pontos facilitadores e dificultadores dessa articulação?* (Apêndice 2)

A moderadora incentivou a participação de todos os membros em cada GF realizando anotações e, ao final dos encontros, apresentou as devolutivas sobre os principais aspectos debatidos em cada questão. Ainda, possibilitou o debate sobre outras experiências relacionadas ao tema.

4.2.4 Análise e Tratamento dos Dados

As discussões foram transcritas e analisadas, segundo o conteúdo na modalidade temática.⁸⁵ Na pré-análise do material, os dados da AH e da APS foram organizados, separadamente, e dois pesquisadores realizaram a “leitura flutuante” do material e hipóteses foram formuladas frente aos achados. Posteriormente, os relatos foram explorados, destacando-se as unidades de registro (frases), codificadas em temas (por frequência/representatividade) e agrupadas (dados da AH e APS), por aproximação ou distanciamento, em categorias. O conteúdo foi, então, apreciado, interpretado e comparado (semelhanças e diferenças) possibilitando inferências a partir do referencial da teoria das

forças⁴⁵⁻⁴⁶ e demais abordagens concernentes à alta responsável (na perspectiva da organização e unicidade dos serviços de saúde)²⁷, transição e continuidade do cuidado.^{4,7,20,26-27,29,44,86} Para garantir o anonimato, os enfermeiros foram identificados com letras e números de forma aleatória (EAP1, EAP2, EH1, EH2...).

O número de encontros por grupo considerou a saturação das respostas, equilibrando qualidade e quantidade de dados em um processo interativo entre coleta e análise dos dados.⁸⁷

4.3 ETAPA 2 - Atividades do Enfermeiro da APS para Continuidade dos Cuidados: Mapeamento e Validação

Na fase de construção de instrumentos recomenda-se revisão da literatura, participação de profissionais-alvo, apropriação da experiência do pesquisador; validação por especialistas e pré-teste.⁸⁸⁻⁸⁹ Destaca-se, nesta investigação, a identificação do construto (atividades para continuidade dos cuidados após a alta hospitalar), a busca de evidências científicas e a geração de itens (atividades) por meio de GF com enfermeiros da APS. Atividades são compreendidas por ações ou comportamentos da equipe de Enfermagem e sua combinação compõe uma intervenção de cuidado ao paciente.⁹⁰

Para validar o conteúdo da lista de atividades geradas, buscou-se o julgamento de especialistas através da técnica Delphi. Nesta modalidade, a partir de rodadas avaliativas, ou seja, da agregação estruturada de opiniões individuais em resposta a um questionário semi-estruturado, busca-se obter consenso pré-estabelecido, geralmente, identificado em até três rodadas.⁹¹

4.3.1 Cenários e Participantes

Os 11 enfermeiros da APS (um da UBS e 10 da ESF), indicados pela coordenação, que participaram da Etapa 1, foram convidados para este segundo momento da pesquisa e todos aceitaram participar de um novo GF logo, após o término da primeira sessão.

Para a técnica Delphi, os critérios de inclusão e convite aos especialistas/juízes considerou-se a formação (ser enfermeiro), o tempo de experiência como docente ou enfermeiro de, no mínimo, três anos na APS, Saúde Pública ou Coletiva, sendo indicados por profissionais de grupos de pesquisa de universidades públicas da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil. Identificou-se, também, potenciais *experts* por meio de publicações recentes em periódicos indexados nas bases de dados nacionais sobre transição e continuidade dos cuidados.

Inicialmente, 12 especialistas foram convidados através de mensagem eletrônica (e-mail) e disponibilização de link de acesso ao formulário online, e lembretes foram enviados a cada 15 dias. Devido à baixa adesão, após 45 dias, contataram-se mais seis especialistas, também, por correio eletrônico e lembretes foram enviados a cada 10 dias até completar 30 dias. Sendo assim, 18 juízes foram convidados para a Delphi 1 com prazo de até 75 dias para envio das respostas. Atenderam ao convite 11 especialistas. Indica-se entre cinco e 20 *experts* para condução da técnica.⁹¹

4.3.2 Mapeamento das Atividades

Para identificar as atividades a serem desenvolvidas pelos enfermeiros da APS, dois GF foram realizados em abril de 2020, com duração média de 60 minutos: seis enfermeiros participaram no período da manhã e outros cinco no período da tarde; totalizando 11 participantes. Assim como na primeira etapa, uma das pesquisadoras, especialista e com

experiência em APS, conduziu os grupos, esclarecendo o objetivo desse segundo momento da pesquisa e todos assinaram um novo TCLE (Apêndice 3).

Os GF foram norteados pelas seguintes questões: *Quais ações o enfermeiro da APS realiza no processo de alta responsável para continuar o cuidado ao paciente na comunidade? Como/quando ocorre o primeiro contato com o paciente e/ou familiar, após a alta hospitalar? O planejamento do cuidado é realizado em conjunto com familiar/cuidador? Quais profissionais participam do planejamento do cuidado, após a alta responsável? Quais são os fatores dificultadores e facilitadores no desenvolvimento das ações do enfermeiro para continuidade do cuidado ao paciente, após a internação hospitalar?* (Apêndice 4).

Os relatos foram transcritos e, seguindo as recomendações da análise de conteúdo⁸⁵, na pré-análise, dois pesquisadores realizaram a leitura do material, apoiados na questão de pesquisa e no objetivo do estudo, e estabeleceram as primeiras percepções sobre os relatos com formulação de hipóteses. Na etapa seguinte, as mesmas exploraram o material destacando os excertos representativos das ações dos enfermeiros e estas unidades de registros comuns foram reunidas, ou seja, categorizadas. A partir da inferência e da interpretação das pesquisadoras, considerando os referenciais teóricos já citados na etapa anterior^{4,7,20,26, 27,29, 44-46,86} frases foram construídas e compuseram a listagem inicial de ações dos enfermeiros da APS para a continuidade dos cuidados.

Estas frases/ações foram comparadas (semelhanças e diferenças) e complementadas por informações de outras fontes, como: a Classificação das Intervenções de Enfermagem⁹⁰(8020 - Reunião para avaliação dos cuidados multidisciplinares; 7690 - Troca de informações sobre os cuidados de saúde; 7400 - Orientação quanto ao sistema de saúde; e, 8100 - Encaminhamento); a Política Nacional da Atenção Básica⁷ e produções científicas que

abordam ações/atividades dos enfermeiros na alta responsável, transição e continuidade dos cuidados.^{35,53,92-93}

As atividades afins foram agrupadas buscando uma ordenação cronológica a partir da discussão e consenso entre as três pesquisadoras: uma mestranda com vivência em APS e outras duas docentes, doutoras, com experiência em desenvolvimento e validação de instrumentos em saúde.

4.3.3 Processo de Validação de Conteúdo

Estruturaram-se os 18 itens gerados em uma escala Likert de quatro pontos: 1. discordo totalmente, 2. discordo, 3. concordo e 4. concordo totalmente. As atividades referiam-se ao recrutamento do paciente/familiar às unidades da APS, revisão do plano de alta e de cuidados continuados, envolvendo a equipe interprofissional, visita domiciliar identificando necessidades, realizando orientações, procedimentos e interação com outros serviços, além da coordenação de gestão da equipe de saúde.

O formulário on-line foi inserido no aplicativo Google Forms. Na parte inicial, após apresentação do TCLE (Apêndice 5) contendo explicações sobre a pesquisa, disponibilizou-se a indicação de aceite para participação; e, a partir dessa condição, em sequência abordou-se questões concernentes à caracterização dos participantes (idade, sexo, formação, tempo de atuação e tempo de experiência em APS) (Apêndice 6).

Para validação do conteúdo da listagem gerada pelo mapeamento das atividades, confirmando que todos os domínios do construto foram contemplados, adotou-se o julgamento de especialistas independentes. Estes profissionais avaliaram a pertinência, clareza, redação e conteúdo com possibilidade de sugestões, indicação de acréscimos e

exclusões, se necessário (parte qualitativa). Solicitou-se atenção quanto ao verbo e redação de cada atividade para que possibilitasse estimar o tempo demandado do enfermeiro.

A coleta dos dados desta etapa (Delphi) da pesquisa teve início em setembro de 2021, com término em março de 2022.

4.3.4 Análise e Tratamento dos Dados

Para investigação estatística utilizou-se o programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2. Realizou-se análise descritiva das variáveis categóricas (frequência absoluta e percentual) e numéricas (valores de média (M) e desvio padrão (DP), mediana (MD) e quartis (Q1 e Q3).

Na parte quantitativa da validade de conteúdo, foi obtido o IVC-I, resultado da congruência das opiniões dos juízes. Este índice foi calculado através da proporção de concordância em cada um dos itens/atividades considerando a somatória das classificações 3 e 4 das respostas na escala Likert, dividindo-se pelo número de juízes em cada rodada da técnica Delphi.⁹⁴ Para evitar a concordância ao acaso, recomenda-se o ajuste do IVC-I através do Kappa modificado (K*) e o valor mínimo de concordância de 0,80.⁹⁵ Considerou-se para interpretação do Kappa: $\leq 0,40$ (pobre), 0,40 - 0,59 (moderado), 0,60 - 0,74 (bom) e $>0,74$ (excelente).⁹⁶

4.4 ETAPA 3 - Prática e Tempo Dedicado às Atividades pelo Enfermeiro da APS

Para explorar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros e o tempo dedicado nessas atividades; utilizou-se um questionário *on-line* (*web survey*) produzido a partir de uma lista de atividades validadas na etapa anterior deste estudo. Diretrizes atuais para pesquisas na *Web* e

não baseadas na *Web* foram aplicadas de acordo com o *Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS)*.⁹⁷ Esta ferramenta é composta por 19 seções e 40 itens, pautados no consenso de especialistas, incluindo: título, resumo, introdução, métodos, resultados, discussão e outros. Dentre os itens de verificação, enfatiza-se a descrição do questionário, informações sobre validação ou pré-teste, métodos de divulgação e capacitação para preenchimento, formas de administração do questionário incluindo, para *web survey*, estratégias para evitar múltipla participação.⁹⁷

Visando melhor qualidade dos dados, recomenda-se que os questionários sejam compostos por um número mínimo de questões para se obter dados sobre o fenômeno de interesse e, além do tipo de pergunta (aberta ou fechada). O conteúdo e a lógica de apresentação precisam ser avaliados por uma pequena amostra de respondentes visando clareza e consistências nas respostas da população-alvo.⁹⁸

Pesquisas de preenchimento automático, utilizando métodos online e eletrônicos, devido à facilidade de acesso e agilidade no compartilhamento, têm sido cada vez mais comuns.⁹⁸ Há evidências de maior taxa de respostas aos questionários eletrônicos mais curtos e que requerem menor tempo para preenchimento. Também, quando existe um contato prévio com os potenciais respondentes e um convite mais personalizado e ilustrativo; na existência de prazo para resposta explícito; e, especialmente se há incentivo financeiro para participação na pesquisa.⁹⁹

4.4.1 A Rede de Atenção à Saúde e o Processo de Alta Responsável

São José do Rio Preto localiza-se na região noroeste do estado de São Paulo e possui aproximadamente 469.173 habitantes¹⁰⁰ constituindo-se o município sede da DRS XV. Apresenta vários indicadores de saúde, dentre eles: população total por áreas de abrangência; principais causas de morte por capítulos da CID-10; coeficiente de mortalidade geral, materna e infantil e por acidentes de trabalho; coeficiente de Incidência de Doenças de Notificação

Compulsórias (DNC); prevalência estimada e percentual de cobertura de hipertensos e diabéticos; saúde da mulher; número de Instituições de Longa Permanência-(ILPI) e cobertura vacinal.¹⁰¹

A atenção à saúde encontra-se estruturada em 10 distritos de saúde, nos quais estão distribuídas 28 Unidades. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela gestão dos serviços, coordenando e monitorando os indicadores da APS e, ainda, contratando profissionais da área através de concurso público. Além de apoio técnico, estabelece normas para o desenvolvimento de políticas, programas, planos, projetos, diretrizes e metas referentes ao sistema de saúde do município.

Na RAS, ocorre articulação entre a APS e os demais prestadores de saúde como a Atenção Domiciliar, Atenção Hospitalar e o SAMU, bem como, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. A referência e contrarreferência para os serviços ocorrem por meio de fluxos efetivos, ordenados pelos complexos reguladores e Centrais de Regulação de Urgências, que dispõem de setores instalados nos distritos de saúde para o direcionamento dos usuários a esses níveis de atenção.

Os serviços disponíveis no município de São José do Rio Preto distribuídos em componentes da atenção à saúde, de acordo com o Relatório de Prestação de Contas do primeiro Quadrimestre de 2021¹⁰¹, estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 - Componentes e Serviços da Rede de Atenção à Saúde de São José do Rio Preto. Catanduva, SP, Brasil, 2022.

COMPONENTES		SERVIÇOS
Atenção Básica em Saúde (28 Unidades de Atenção Primária)	Gestão Municipal 8 Unidades Fechadas 4 Unidades COVID 14 Unidades Atenção Primária 2 Unidades de Internação 1 Unidade Suporte Ventilatório COVID 2 Consultórios na Rua 5 NASF- AB 1 Academia da Saúde	Gestão Estadual 3 EPEN
Atenção Especializada	Gestão municipal 6 Ambulatórios 7 CAPS 2 Centros de reabilitação 2 CEOs 1 Banco de leite 1 SAD Contratos/Convênios 4 Centros de reabilitação 1 Laboratório de Prótese Dentária 1 Centro de Litotripsia	Gestão Estadual 1 Ambulatório 1 Centros de reabilitação 1 Laboratório (Instituto Adolfo Lutz) 1 Atendimento Urologia e Nefrologia 1 Hemocentro
Atenção hospitalar	Gestão Municipal 3 UPAs 2 Pronto Socorros 3 Unidades Suporte Avançado 8 Unidades Suporte Básico 2 Motolâncias 1 SAMU Regional	Gestão Estadual Hospital de Base Hospital João Paulo II
Serviços de apoio	Gestão Municipal 2 Centrais de Regulação 1 Central de Remoção 1 Farmácia Municipal 1 Vigilância em Saúde 1 Secretaria de Saúde	Gestão Estadual 1 Central de Regulação 2 Farmácias de Alto Custo 1 Vigilância em Saúde 1 Secretaria de Saúde

Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir de informações obtidas através do Relatório de Prestação de Contas do 1º QUADRIMESTRE 2021 publicado, Audiência Pública – 31/05/2021. EPEN: Equipe de Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário; NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; CAPS: Centros de Atenção Psicossocial; CEO: Centros de Especialidades Odontológicas; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; UPA: Unidades de Pronto Atendimento; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Na atenção primária do município, no período de janeiro a abril de 2021, foram realizadas 136.256 visitas/atendimentos em domicílio pela equipe de saúde e 14.944 pelo SAD. A equipe de Enfermagem conduziu 2.329 visitas domiciliárias e, nas unidades, ocorreram 303.441 consultas pelo enfermeiro.¹⁰²

O processo de alta responsável segue os critérios para elegibilidade e efetivação de assistência preconizados nas Portarias Nº 825 e Portaria de consolidação nº 5, para seguimento das normas e ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).^{7,10} O fluxo inicia-se, na APS, quando o SAD é notificado, em casos de usuários com média e alta complexidade, por meio de correio eletrônico, pelos serviços responsáveis pela alta qualificada do hospital (Hospital de Base). Já os usuários de baixa complexidade são direcionados para a unidade de saúde de referência. O representante do paciente é, então, comunicado a efetuar cadastro na atenção domiciliar e orientado sobre os serviços oferecidos. Por ocasião da alta é realizado a contra referência para as unidades de saúde da APS para seguimento do cuidado.

4.4.2 Cenários e Participantes

Nesta etapa, foram considerados campos de investigação, as unidades da APS e de Estratégias de Reabilitação de dois municípios do interior do Estado de São Paulo – Catanduva e São José do Rio Preto ambos integrantes da DRS XV - São José do Rio Preto, descritos anteriormente.

A APS de Catanduva está composta por 25 equipes, totalizando 46 enfermeiros sendo cinco de UBS (n=11), 18 de ESF (n=25), uma de EMAD (n=1), uma de Consultório na Rua (n=1) e oito enfermeiros no quadro de apoio.

Em São José do Rio Preto a atenção básica encontra-se organizada em 10 regiões de saúde abrangendo 28 Unidades Básicas, sendo cinco Núcleos Ampliados de Saúde da Família

e Atenção Básica (NASF-AB), dois Consultórios na Rua, Unidade de Suporte Ventilatório (COVID), e uma Academia da Saúde.¹⁰²

As UBS estão compostas por 76 enfermeiros, nove enfermeiros de EMAD, dois Consultório na Rua e dois EMAP. Pela portaria regulamentadora do serviço, profissionais de enfermagem não fazem parte do EMAP; os dois enfermeiros são acréscimo ao serviço para garantir o funcionamento aos finais de semana.

O SAD dispõe de cinco Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e duas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) habilitadas e em funcionamento. A equipe EMAP é composta por psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, fonoaudióloga, fisioterapeuta e odontólogo.

No serviço domiciliar atuam nove enfermeiros com jornada de trabalho de 40 horas semanais e dois enfermeiros em escala de revezamento para cobertura dos finais de semana com 36 horas semanais.

Foram considerados elegíveis os enfermeiros com, no mínimo, três meses de experiência, envolvidos no processo de alta responsável e ações relativas à continuidade do cuidado excluindo-se aqueles em período de férias ou afastados no momento da coleta de dados. Assim convidou-se para participar do estudo, 40 enfermeiros da APS de Catanduva e 56 de São José do Rio Preto.

4.4.3 Protocolo do Estudo

Elaborou-se um questionário semi-estruturado apoiado nas 17 atividades a serem realizadas pelos enfermeiros da APS validadas pelos juízes na etapa 2. Consideraram-se, para cada uma das atividades, as variáveis:

1. Frequência: sempre, às vezes e nunca;

2. Momento: dia de recebimento do plano de alta do hospital pela APS em que são realizadas;
3. Realização: ação específica do enfermeiro ou colaborativa (outros profissionais da equipe da APS ou equipe NASF);
4. Profissionais que colaboram: auxiliar/técnico de enfermagem e demais membros da equipe de saúde como Agente Comunitário de Saúde (ACS), médico, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico, auxiliar administrativo, cirurgião dentista, fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional);
5. Tempo médio estimado para execução em minutos;
6. Resultados obtidos: percepção da qualidade das ações classificada como muito deficiente, deficiente, boa, muito boa e excelente; e,
7. Dificuldades vivenciadas na condução do processo: se existem e sua descrição.

O instrumento foi inserido no aplicativo Google Forms e estruturado em três partes: o TCLE (Apêndice 7) com os esclarecimentos sobre a pesquisa; a caracterização dos participantes com dados demográficos (sexo e idade) e profissionais (local de trabalho, cargo/função, tempo de atuação como enfermeiro e na APS, e qualificação); finalizando com a apresentação da listagem das 17 atividades a serem realizadas pelo enfermeiro da APS para a continuidade do cuidado e suas variáveis. Houve, também, espaço opcional para comentários referentes às atividades (Apêndice 8).

Conduziu-se o pré-teste do questionário junto a três enfermeiros com experiência em APS e, após, pequenos ajustes foram efetuados.

Estabeleceu-se contato inicial com as Gerentes de Enfermagem das APS de ambas localidades para apresentação do projeto e objetivos do estudo. Em São José do Rio Preto,

devido ao grande número de unidades de saúde, contatou-se também, as gerencias dos distritos de saúde e da ESF.

No município de Catanduva ocorreu encontro com o coordenador técnico da APS para sugestões de formas de abordagem que propiciassem maior adesão dos enfermeiros à pesquisa. Emergiu a possibilidade de sensibilização presencial durante Educação Continuada já programada com enfermeiros. Dessa forma, ao término da atividade, a pesquisadora apresentou os objetivos, estrutura e forma de operacionalização do questionário, tempo de preenchimento e contribuições dos achados de seu estudo para a APS do município.

Em São José do Rio Preto o convite contou com o apoio da Gerente de Enfermagem estabelecendo contato inicial por meio de correio eletrônico com os gerentes das unidades de saúde da APS apresentando a pesquisa. Após disponibilização dos contatos dos gerentes, foi encaminhado convite para participação e agendados dois encontros de sensibilização via Google Meet com datas e horários distintos para escolha. O primeiro, contou com a participação de 11 profissionais e, o seguinte, de cinco estendendo-se por cerca de 50 minutos.

Durante os encontros foi apresentada uma aula no formato PowerPoint abordando os objetivos da pesquisa, conteúdo do questionário, sua forma de implementação e importância da participação. Ressaltou-se a observação dos critérios de inclusão e exclusão atendo-se à participação apenas de enfermeiros que atuam no planejamento, orientações e visita domiciliar. Ao final, foram esclarecidas dúvidas dos participantes e deixou-se canal aberto de comunicação caso houvesse outros questionamentos.

Os convites para participar do estudo, por meio de correio eletrônico com link de acesso, foram mediados pela coordenadora da educação permanente (Catanduva) e gerentes das unidades de saúde (Rio Preto). Lembretes foram enviados a cada 10 dias.

Para a prevenção de múltiplas respostas pelo mesmo participante utilizou-se e-mail de identificação pessoal e profissional e, ainda, o nome da unidade e equipe que o profissional atua. Os dados foram coletados de julho a agosto de 2022.

4.4.4 Análise dos Dados

O programa StatsDirect Statistical Software, versão 3.3.5 (StatsDirect Ltd, Wirral, UK) foi empregado para realização dos testes estatísticos, considerando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Foram calculados:

- Estatísticas descritivas das variáveis numéricas (idade, tempo de atuação) com valores de média e desvio padrão – M(DP), mediana (Md) e intervalo interquartil (IIQ; IIQ= Q3-Q1); e variação (mínimo e máximo); e, para as categóricas (sexo, local de atuação) valores de frequência absoluta (n);

- Teste do Qui-quadrado para comparação das variáveis categóricas entre APS 1 e APS 2; teste Exato de Fisher e o teste t bicaudal não pareado quando houve valores menores que 5;

- Teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis numéricas com posterior pós-teste de Conover-Iman.

Já as respostas às questões procederam-se à categorização de acordo os objetivos da investigação.

4.5 Aspectos Éticos

O projeto foi apreciado pelos gestores da AH e da APS do município campo de estudo (Catanduva e São José do Rio Preto) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do – CAAE 08412019.4.0000.5415 e parecer nº 3.699.970/2019 (Anexo 1). Obteve-se aceite dos participantes em todas as etapas do estudo mediante assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados encontram-se apresentados de acordo com as etapas do estudo.

5.1 ETAPA 1- Olhar dos Enfermeiros da Atenção Hospitalar e Primária à Saúde sobre a continuidade do cuidado após a alta hospitalar

Todos os participantes nesta etapa do estudo eram do sexo feminino, com idade média de 31,0 (Dp=4,9; variação 25 a 43) anos, experiência profissional média de 5,3 (Dp=3,7; variação 0,92 a 14) anos, tempo de atuação na UBS/ESF de 4,7 (Dp=2,2; variação 1 a 8) anos e na AH de 6,0 (Dp=4,9; variação 0,92 a 14) anos. A qualificação mais mencionada foi especialização em Saúde Pública com ênfase na ESF (n=7) e Gestão em Saúde (n=2), dentre outras. Quatro participantes referiram não possuir curso de especialização.

Após a análise dos relatos dos enfermeiros participantes dos GF da AH e da APS, emergiram cinco categorias temáticas. A primeira, “Fluxo de inclusão do paciente no plano de alta responsável”, versa sobre os critérios de elegibilidade e o momento de inclusão do paciente no plano de alta e identifica, na fala de alguns enfermeiros da AH, a decisão ainda centrada no profissional médico. Os enfermeiros da APS confirmam a existência de um fluxo pré-estabelecido para transição do cuidado, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Fluxo de inclusão do paciente no plano de alta responsável na perspectiva de enfermeiros do hospital e da atenção primária à saúde. Catanduva, SP, Brasil, 2019.

TEMA 1. Fluxo de inclusão do paciente no Plano de Alta Responsável	
ATENÇÃO HOSPITALAR	ATENÇÃO PRIMÁRIA
<p>[...] <i>deve ser programada no momento da admissão do paciente, [...] planejado... no mínimo, uns três dias antes da alta [...]</i> (EH4).</p> <p><i>A partir do momento em que o paciente interna e está com qualquer dispositivo, seja dreno, colostomia, sonda nasoenteral, a gente já abre a alta [...] Vamos atualizando todo dia</i> (EH6).</p> <p><i>Hora que o médico fala que vai de alta aí é feita a programação... e vemos o que o paciente precisa[...]</i> (EH5).</p>	<p>[...] <i>antes de ter alta eles mandam pra unidade pra gente já providenciar os cuidados [...]</i> (EAB9).</p> <p><i>Existe um fluxo e se tiver alguma mudança o hospital também manda uma notificação para nós, falando que a alta não será mais programada, porque teve uma piora ou uma melhora no quadro do paciente...</i> (EAB8).</p> <p><i>O fluxo é através do e-mail, onde o hospital encaminha[...]</i> (EAB1).</p>

A segunda categoria (Quadro 2) traz relatos de enfermeiros da AH e da APS sobre a transferência de informações ao paciente/familiar diante da necessidade de cuidados continuados, mas a “Participação do paciente/familiar/cuidador no processo de alta responsável” pode estar limitada à ciência quanto ao processo de desospitalização e contrarreferência.

Quadro 2. Participação do paciente/familiar/cuidador no processo de alta responsável na vivência de enfermeiros do hospital e da atenção primária à saúde. Catanduva, SP, Brasil, 2019.

TEMA 2. Participação do paciente/familiar/cuidador	
ATENÇÃO HOSPITALAR	ATENÇÃO PRIMÁRIA
<p><i>Os profissionais orientam os pacientes, é um grupo e acaba abrindo uma roda e vai se comunicando... se ele [paciente] tem alguma dúvida...a gente orienta novamente (EH3).</i></p> <p><i>[...] eu [profissional do SAR*] abordo eles [familiares]... informo que foi aberto protocolo de alta... vão aguardar a devolutiva do município [...] se a família tiver alguma dúvida converso com as meninas... elas me ligam e a gente está nessa constante comunicação (EH4).</i></p>	<p><i>[...] a gente espera que a família procure a atenção, enquanto isso a gente já vai passando para outros profissionais ficarem cientes dessa alta responsável, fazer essa busca ativa do paciente assim que estiver no domicílio... (EAB10).</i></p> <p><i>[...] as vezes eles dão alta para esse paciente... acham que a atenção básica vai desenvolver todos os cuidados [...] então... eu peço pra assistente social fazer uma visita junto comigo orientando a família ou paciente no que ele precisar, e que a unidade vai estar ali para dar o suporte, mas os cuidados são realizados pelo familiar (EAB3).</i></p>

*SAR – Serviço de Alta Responsável.

Os enfermeiros mencionaram a estratégia adotada por cada nível de atenção para “Planejamento dos cuidados na alta responsável”, terceira categoria, envolvendo a equipe de saúde para prever e prover as intervenções e recursos necessários, apresentado no Quadro 3.

Quadro 3. Planejamento dos cuidados na alta responsável, na experiência de enfermeiros do hospital e da atenção primária à saúde. Catanduva, SP, Brasil, 2019

TEMA 3. Planejamento dos cuidados na alta responsável	
ATENÇÃO HOSPITALAR	ATENÇÃO PRIMÁRIA
<i>[...] visita multi é feita diariamente... é uma equipe [...]. Através dessa visita diária que vai estabelecendo os cuidados no pós alta (EH5).</i>	<i>Planejamento através da reunião de matriciamento... NASF†, agente comunitário e equipe de enfermagem que vai prestar o cuidado [...] (EAB8).</i>
<i>[...] com essa visita... a gente já sabe a conduta e agiliza [...] (EH2).</i>	<i>[...] a gente já se programa... com materiais... o que vai usar após a alta [...] (EAB11).</i>
<i>[...] a gente fica totalmente alinhada com o cuidado do paciente (EH5).</i>	<i>[...]tem que disponibilizar profissional...para ir até a casa desse paciente tanto exercer a atenção como fazer o treinamento dos familiares (EAB10).</i>

† NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

A preocupação em formalizar as informações no processo de contrarreferência para efetivação da alta responsável foi expressa na quarta categoria, “Comunicação entre a atenção hospitalar e primária de saúde”, conforme salientam os relatos no Quadro 4.

Quadro 4. Comunicação entre a atenção hospitalar e primária de saúde para a transferência do cuidado na alta responsável. Catanduva, SP, Brasil, 2019.

TEMA 4. Comunicação entre a atenção hospitalar e primária de saúde	
ATENÇÃO HOSPITALAR	ATENÇÃO PRIMÁRIA
<p><i>[...] utilizamos o plano de cuidados... e o e-mail [...]</i> (EH11).</p> <p><i>[...] as altas são encaminhadas para a enfermeira [SAR*] que envia e-mail aos municípios ou unidades de saúde</i> (EH 7).</p> <p><i>[...] encaminho [profissional do SAR] e-mail para cada município informando quais são esses cuidados que o paciente vai precisar no pós alta... e faço contato telefônico[...]</i> (EH4).</p> <p><i>A alta só acontece mediante uma resposta; a gente não libera o paciente sem essa resposta [...]</i> (EH4).</p>	<p><i>[...] o hospital encaminha e-mail para a unidade de saúde comunicando a possível alta do paciente e também via telefone, em alguns casos</i> (EAB1).</p> <p><i>A gente recebe um e-mail com a ficha da alta... nesse e-mail está detalhado o que a atenção básica tem que fornecer para esse paciente [...]</i> (EAB 9).</p> <p><i>Vem um impresso anexo no e-mail ai eu imprimo e já levo na reunião de equipe [...]</i> (EAB7).</p> <p><i>[...]o hospital precisa receber uma devolutiva de que o oxigênio está instalado no domicílio</i> (EAB1).</p> <p><i>Esse paciente só tem alta após a gente responder esse e-mail</i> (EAB 2).</p>

† NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

A quinta categoria, “Desafios no processo de alta responsável”, agrupa falas dos enfermeiros em seis subtemas, demonstrando a visão interna do hospital e da APS em contraposição à articulação entre os serviços e a unicidade do sistema de saúde (Quadro 5).

Quadro 5. Desafios no processo de alta responsável na percepção de enfermeiros do hospital e da atenção primária à saúde. Catanduva, SP, Brasil, 2019.

TEMA 5. Desafios no processo de alta responsável	
SUBTEMAS	ATENÇÃO HOSPITALAR
1. Prazo para resposta da APS*	<p>[...] tem o prazo de 72 horas e o paciente não entende, o médico deu a alta, ele quer ir embora (EH10).</p> <p><i>Eu acho que dificultador mesmo é o tempo de resposta... o município tem 72 horas pra responder então... o paciente fica ocupando um leito internado (...)</i> (EH4)</p>
2. Comunicação entre os serviços	<p>[...] falta essa interação dentro da própria rede, como que funciona se... são três processos eu encaminho para três profissionais diferentes da atenção básica e aí não tem essa interação entre eles (EH 4).</p>
3. Alta médica desarticulada do plano de alta responsável	<p><i>A alta hospitalar do médico... acontece em qualquer horário, então o médico pode chegar aqui fora do horário comercial para dar alta pra esse paciente, e aí dificulta...</i> (EH11).</p> <p>[...] o médico foi lá e disse que ele [paciente] estava de alta, e não entende que tem que aguardar esse retorno... final de semana acontece de assinar muito termo se responsabilizando para alta [...] (EH 10).</p>
SUBTEMAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA
1. Clareza dos registros da AH†	<p>[...] o impresso do hospital que recebemos por e-mail... às vezes não conseguimos ler e entender o que está escrito pois é digitalizado, às vezes está com informações incompletas (EAB 6).</p>
2. Integração dos serviços da RAS‡	<p>[...] eles [serviço hospitalar] não sabem como que funciona dentro de uma unidade e o que a gente pode ofertar [...] (EAB 6).</p> <p>[...] entender o trabalho que a gente desenvolve, até onde o NASF consegue ir [...] (EAB 9).</p>
3. Continuidade do cuidado na APS†	<p>[...] a alta responsável é aberta no momento em que o paciente interna no hospital e depois não é evoluída... [...] (EAB1).</p> <p>[...] a família forma um elo com a unidade pra que a gente possa ter essa atenção mas, durante o final de semana, as vezes [o cuidado] não é exercido (EAB 10).</p> <p>[...] a parte mais difícil é... a família não conseguir... fazer o suporte... a família não consegue se organizar pra isso [...] (EAB 8).</p> <p>[...] A falta de comunicação às vezes atrapalha [...] falta de entendimento do paciente... ele vem pro posto de saúde achando que a gente vai resolver tudo o que foi solicitado e muitas vezes não é isso (EAB 2).</p>

*AP – Atenção Primária a Saúde; †AH – Atenção Hospitalar; ‡RAS – Rede de Atenção à Saúde.

Considerando os princípios e diretrizes de políticas nacionais^{7,27}, as respostas dos participantes foram agrupadas em ações articuladas e outras que ainda precisam ser fortalecidas.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Autonomia do paciente/familiar, continuidade do cuidado e desospitalização* Integralidade, cuidado centrado na pessoa, longitudinalidade do cuidado e resolutividade†

ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES	FORTALECIMENTO DAS AÇÕES
<p>Existência de fluxo definido entre a atenção hospitalar e primária:</p> <ul style="list-style-type: none"> - critérios de inclusão dos pacientes no plano de alta responsável; - instrumento(s) e meio(s) para comunicação entre os serviços e continuidade do cuidado. 	<p>Participação do paciente/familiar/cuidador no plano de alta; Interação entre os diferentes profissionais e integração entre os serviços para transição do cuidado; (Re)Avaliação e (re)organização das necessidades de saúde do paciente; Reconhecimento dos papéis de cada serviço; Reavaliação de pactos, fluxos e prazos periodicamente; Acompanhamento dos efeitos das intervenções de saúde; Comunicação e coordenação do cuidado.</p>



Figura 2. Articulação entre os serviços na transição do cuidado e ações que necessitam ser fortalecidas, 2019.

*Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP); †Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

5.2 ETAPA 2 - Atividades do Enfermeiro da APS para Continuidade dos Cuidados: Mapeamento e Validação

A análise do conteúdo dos GF com enfermeiros da APS possibilitou extrair 10 categorias (ações) relativas à continuidade do cuidado apresentadas no quadro abaixo com excertos, exemplificando os relatos (Quadro 6).

Quadro 6. Categorias (ações) que emergiram dos Grupo Focais com enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e excertos. Catanduva, SP 2021.

Categorias (ações)	Excertos - GF Enfermeiros APS
Entra em contato com a família para comparecer à unidade de referência (APS) após a alta hospitalar	[...] <i>após recebermos a alta avaliamos e então entramos em contato com a família</i> [...](EAB4) [...] <i>peço para um responsável procurar a unidade para a gente poder estar agendando uma visita</i> [...](EAB5)
Agenda e realiza a primeira visita domiciliar para avaliação das necessidades de cuidados e condições sociais	[...] <i>através da visita domiciliar, vamos na residência e avaliamos as necessidades e condições</i> [...] (EAB4) <i>É importante que o enfermeiro vá na primeira visita</i> [...] (EAB10)
Delega a busca ativa ao Agente Comunitário de Saúde através de visita domiciliar)	[...] <i>eu peço para as Agentes Comunitárias sempre estarem passando na residência para ver se esse paciente já teve alta, porque elas também trazem essa informação para a gente.</i> (EAB2) [...] <i>se o familiar não vem a gente pede para o agente comunitário fazer busca ativa.</i> (EAB9)
Encaminha o caso para Matriciamento - Planejamento interprofissional	[...] <i>a gente começa o planejamento a partir do momento que a gente recebe e-mail, já matriciamos na reunião de equipe ou de NASF</i> [...](EAB9)
Realiza reunião com a equipe da unidade para organização do acompanhamento.	<i>As ações seriam essas</i> [...] <i>reunião, matriciamento, planejamento e envolver outros profissionais</i> [...] (EAB9)
Apoia a família capacitando os cuidadores para atenção à saúde no domicílio	[...] <i>a gente avalia, ensina e orienta os familiares a estarem realizando esse curativo, porque é impossível a gente estar indo todos os dias nesse residência</i> [...] (EAB2)
Coordena as equipes de saúde realizando a distribuição das atividades	[...] <i>planejamento, implementação junto com a equipe através do matriciamento, organização de todo processo de trabalho e continuidade planejando as próximas datas do acompanhamento.</i> (EAB8) [...] <i>também é um fator facilitador, o trabalho em equipe dividir as tarefas</i> [...] (EAB1)
Propicia assistência ao paciente por meio da interação profissional	[...] <i>e o enfermeiro vai até lá olhar ele como um todo e acrescenta ainda reabilitações se necessário</i> [...] (EAB10)
Fortalece as relações entre os profissionais, paciente e família para o alcance dos objetivos / (Interação: equipe/paciente/família)	[...] <i>desde a primeira visita na primeira avaliação a gente já se apresenta como equipe da unidade mais próxima e explica para eles, estamos aqui para fazer a primeira avaliação e</i> [...] <i>todo cuidado do paciente é feito junto com o familiar.</i> (EAB8)

Participa de ações educativas para a continuidade do cuidado	<i>[...] é que quando precisa de uma capacitação né pra realizar algum procedimento e a gente responde que a gente não tem essa capacitação eles fornecem [...] então nesses casos é legal eles fornecerem treinamento. (EAB9)</i>
--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

GF: Grupo Focal; APS: Atenção Primária à Saúde; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

Na comparação com a literatura científica sobre a temática^{35,53,91-93} outras atividades/ações foram identificadas, como: Revisa o plano de alta; Identifica necessidades de saúde, equipamentos e suprimentos para o atendimento; Compartilha informações com outros profissionais de saúde; Discuti e coordena os encaminhamentos/atendimentos com outros profissionais de saúde; Identifica e facilita as necessidades de transporte/agendamento para os serviços de saúde; Identifica/Avalia as capacidades do paciente/familiar para a implementação de cuidados após a alta, dentre outros.

Três pesquisadoras consensaram quanto à incorporação de ações não identificadas nos GF, agrupamento de conteúdos semelhantes, revisão da redação e optaram por apresentar o verbo no infinitivo, no início da frase, propondo uma sequência cronológica ou mais próxima à realidade com que as atividades são desempenhadas pelos enfermeiros.

Assim, o mapeamento das atividades a serem realizadas pelos enfermeiros da APS para a continuidade dos cuidados, após a alta hospitalar gerou 18 itens. A listagem submetida à apreciação dos especialistas (Delphi 1) está apresentada no Quadro 7.

Quadro 7. Atividades mapeadas e encaminhadas para parecer dos juízes na fase Delphi 1. Catanduva, SP 2021.

ATIVIDADES	
1	Solicitar, via telefone, o comparecimento do paciente/familiar à unidade de referência.
2	Revisar o plano de alta recebido da instituição hospitalar e recomendar adequações, se necessário.
3	Discutir com o Agente Comunitário de Saúde a necessidade de busca ativa do paciente que recebeu/receberá alta.
4	Agendar visita domiciliar para avaliação das necessidades de cuidados e condições sociais.
5	Realizar visita domiciliar inicial para avaliação das necessidades de cuidados e condições sociais.
6	Identificar necessidades de saúde, grau de autonomia do paciente e familiares para a implementação dos cuidados no domicílio e prever o uso de equipamentos e suprimentos, quando necessário.
7	Orientar paciente/família sobre fluxos/processos para obter equipamentos/suprimentos e, se necessário, realizar a solicitação.
8	Explicar o sistema de atendimento de saúde, seu funcionamento e o que o paciente/família pode esperar.
9	Capacitar os cuidadores para atenção à saúde no domicílio através de orientação verbal e demonstração de procedimentos, quando necessário, acolhendo e esclarecendo dúvidas e queixas.
10	Realizar procedimentos de enfermagem no domicílio.
11	Participar de reuniões para o planejamento interprofissional (Matriciamento).
12	Organizar e coordenar reuniões com a equipe da unidade de saúde para compartilhar informações/discutir a situação do paciente e planejar intervenções.
13	Coordenar os atendimentos da equipe de saúde na unidade e as visitas domiciliares.
14	Identificar agendamento de retorno às especialidades médicas para acompanhamento dos cuidados e comunicar paciente/família reforçando a importância desse seguimento
15	Identificar a necessidade de transporte para deslocamento do paciente aos serviços de saúde onde será atendido e acompanhado pelas especialidades e realizar o agendamento desse recurso.
16	Planejar os cuidados junto aos serviços de reabilitação (por exemplo: fisioterapia) e/ou serviço de atenção domiciliar (SAD), quando disponíveis para atendimento.
17	Realizar ações educativas para desenvolvimento dos profissionais voltadas ao processo de alta responsável e continuidade dos cuidados.
18	Participar de reuniões com gestores e/ou representantes dos diferentes níveis de atenção à saúde para articulação de ações/fluxos/protocolos relativos à alta hospitalar, transição e continuidade dos cuidados.

Participaram como juízes 11 profissionais (seis enfermeiros clínicos e cinco docentes) do sexo feminino, com idade média de 38,9 (8,7) anos, tempo médio de atuação profissional de 15,3(8,1) anos e de atuação em APS de 8,7 (5,6) anos. Seis juízes referiram Doutorado (um em andamento), três deles Mestrado (um em andamento) e dois, Especialização.

Ocorreram duas rodadas da Técnica Delphi. Na primeira, os juízes consideraram as atividades pertinentes (72,7 a 100%) e claras (81,8 a 100%). Os valores médios das atividades a serem realizadas pelos enfermeiros da APS, na Delphi 1, variaram de 3,0 (-) Solicitar, via telefone, o comparecimento do paciente/familiar à unidade de referência a 4,0 (-) Realizar visita domiciliar inicial para avaliação das necessidades de cuidados e condições sociais (Tabela 3).

Tabela 3- Pertinência, clareza e valores médios das atividades do enfermeiro na APS obtidos na fase Delphi 1. Catanduva, São Paulo, Brasil, 2022.

Atividades	Pertinência (%)	Clareza (%)	M(DP)	MD(IIQ)
1. Solicitar comparecimento paciente	100	100	3(-)	3(-)
2. Revisar plano de alta	100	90,9	3,9(0,3)	4(-)
3. Discutir a necessidade de busca ativa	100	90,9	3,7(0,5)	4(1)
4. Agendar a visita domiciliar	100	81,8	3,8(0,4)	4(-)
5. Realizar visita domiciliar inicial	100	100	4(-)	4(-)
6. Identificar necessidades de saúde	100	81,8	3,5(0,9)	4(1)
7. Orientar paciente/família: processos	100	100	3,8(0,4)	4(-)
8. Explicar o sistema de atendimento	100	100	3,9(0,3)	4(-)
9. Capacitar os cuidadores	100	100	3,8(0,6)	4(-)
10. Realizar procedimentos - domicilio	100	90,9	3,9(0,3)	4(-)
11. Participar reunião interprofissional	100	81,8	3,7(0,5)	4(1)
12. Organizar/coordenar reuniões equipe	100	81,8	3,7(0,5)	4(1)
13. Coordenar atendimentos da equipe	91,9	100	3,7(0,9)	4(-)
14. Identificar agendamento de retorno	81,8	90,9	3,4(1,2)	4(-)
15. Identificar necessidade de transporte	72,7	100	3,3(1,3)	4(2)
16. Planejar cuidados junto à reabilitação/SAD	81,8	100	3,7(0,9)	4(-)
17. Realizar ações educativas com profissionais	100	90,9	3,9(0,3)	4(-)
18. Participar de reuniões com gestores	100	100	3,9(0,3)	4(-)

M: média; DP: desvio padrão; Md: mediana; IIQ: Intervalo interquartil - IIQ = Q3-Q1; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar.

Nesta fase 1, o IVC-I variou de 0,73 ao valor máximo de 1,0 (12 atividades) e valores de K* entre 0,7 e 1,0. Identificar necessidade de transporte com IVC-I de 0,73 não foi validada, considerando-se o valor mínimo de concordância de 0,80⁹⁵ (Tabela 4).

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo e Kappa modificado referente às respostas obtidas sobre as atividades do enfermeiro da APS na fase Delphi 1. Catanduva, São Paulo, Brasil, 2022.

Atividades	IVC-I	Pc	K*
1. Solicitar comparecimento paciente	1,00	-	1,00
2. Revisar plano de alta	1,00	-	1,00
3. Discutir a necessidade de busca ativa	1,00	-	1,00
4. Agendar a visita domiciliar	1,00	-	1,00
5. Realizar visita domiciliar inicial	1,00	-	1,00
6. Identificar necessidades de saúde	0,91	0,005	0,91
7. Orientar paciente/família: processos	1,00	-	1,00
8. Explicar o sistema de atendimento	1,00	-	1,00
9. Capacitar os cuidadores	0,91	0,005	0,91
10. Realizar procedimentos - domicilio	1,00	-	1,00
11. Participar reunião interprofissional	1,00	-	1,00
12. Organizar/ coordenar reuniões equipe	1,00	-	1,00
13. Coordenar atendimentos da equipe	0,91	0,005	0,91
14. Identificar agendamento de retorno	0,82	0,027	0,81
15. Identificar necessidade de transporte	0,73	0,081	0,70
16. Planejar cuidados junto à reabilitação/SAD	0,91	0,005	0,91
17. Realizar ações educativas com profissionais	1,00	-	1,00
18. Participar de reuniões com gestores	1,00	-	1,00

IVC-I: índice de validade de conteúdo dos itens; Pc: probabilidade de concordância ao acaso; K*: Kappa modificado.

A partir das respostas obtidas no primeiro questionário e com base nos comentários dos especialistas, alguns itens foram clareados ou modificados para a segunda versão da listagem de atividades. Optou-se pela exclusão dos itens 14 (Identificar agendamento de retorno) e 15 (Identificar necessidade de transporte), pois já estavam contemplados nos itens 8 (Explicar o sistema de atendimento) e 16 (Planejar cuidados junto à reabilitação/SAD). Ao final foi incluído um novo item, sugerido pelos juízes, referente à avaliação do processo considerando a necessidade de obter a opinião/percepção dos usuários/família sobre as

lacunas nos cuidados e de compartilhar essas informações com a equipe. Dessa forma, cinco atividades foram encaminhadas para nova apreciação constituindo a fase Delphi 2 (Quadro 8).

Quadro 8. Atividades mapeadas e encaminhadas para parecer dos juízes na fase Delphi 2. Catanduva, SP 2022.

ATIVIDADES	
1	Orientar a equipe a estabelecer como rotina a busca ativa e acompanhamento do usuário que recebeu/receberá alta.
2	Planejar a visita domiciliar com a equipe de saúde para identificação de necessidades de saúde e condições sociais do usuário.
3	Explicar o funcionamento do processo de atendimento na rede de atenção à saúde e o agendamento para retorno/acompanhamento.
4	Se necessário, planejar os cuidados junto a outros serviços da rede de atenção à saúde (reabilitação, Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD - e outros) para a integração do cuidado.
5	Avaliar o atendimento das necessidades de cuidados do usuário/família e discutir com a equipe de saúde as estratégias para qualificação do cuidado.

Na segunda rodada da Técnica Delphi houve a participação de 10 juízes. Eles consideraram as cinco atividades pertinentes (90 a 100%) e claras (80 a 100%). Os valores médios das atividades a serem realizadas pelos enfermeiros da APS variaram de 3,4 (1,0) – Explicar o funcionamento do processo de atendimento na rede de atenção à saúde – a 3,8(0,4) para Orientar a equipe a realizar a busca ativa e acompanhamento do paciente e Planejar cuidados junto a outros serviços da rede de atenção (EMAD) como mostrado na Tabela 5.

Tabela 5- Pertinência, clareza e valores médios das atividades do enfermeiro na APS obtidos na fase Delphi 2. Catanduva, São Paulo, Brasil, 2022.

Atividades	Pertinência (%)	Clareza (%)	M(DP)	MD(IIQ)
1. Orientar a equipe a realizar a busca ativa e acompanhamento do paciente	100	100	3,8(0,4)	4(-)
2. Planejar a visita domiciliar para identificação das necessidades	100	90	3,7(0,5)	4(1)
3. Explicar o funcionamento dos atendimentos na rede de atenção à saúde	90	80	3,4(1)	4(1)
4. Planejar cuidados junto a outros serviços da rede de atenção (EMAD)	100	100	3,8(0,4)	4(-)
5. Avaliar o atendimento ao usuário/família e qualificar o cuidado	100	80	3,6(1)	4(-)

M: média; DP: desvio padrão; Md: mediana; IIQ: Intervalo interquartil- IIQ=Q3-Q1; EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar.

A fase 2 da Delphi apontou variação do IVC de 0,90 (Explicar o funcionamento dos atendimentos na rede de atenção à saúde; Avaliar o atendimento ao usuário/família e qualificar o cuidado) a 1,00 para as outras três atividades (Tabela 6).

Tabela 6 - Índice de Validade de Conteúdo e Kappa modificado referente às respostas obtidas sobre as atividades do enfermeiro da APS na fase Delphi 2. Catanduva, São Paulo, Brasil, 2022.

Atividades	IVC-I	Pc	K*
1. Orientar a equipe a realizar a busca ativa e acompanhamento do paciente	1,00	0,001	1,00
2. Planejar a visita domiciliar para identificação das necessidades	1,00	0,001	1,00
3. Explicar o funcionamento dos atendimentos na rede de atenção à saúde	0,90	0,031	0,90
4. Planejar cuidados junto a outros serviços da rede de atenção: (EMAD)	1,00	0,001	1,00
5. Avaliar o atendimento ao usuário/família e qualificar o cuidado.	0,90	0,001	0,90

IVC-I: índice de validade de conteúdo dos itens; Pc: probabilidade de concordância ao acaso; K*: Kappa modificado. EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

Embora todas as cinco atividades tenham sido validadas, por sugestões dos juízes, alguns termos na redação foram alterados ou acrescentados. Assim, a nova listagem passou a ser composta por, 17 itens/atividades como mostrado no Quadro 9

Quadro 9 - Listagem das 17 atividades a serem realizadas por enfermeiros da APS validadas pelos juízes. Catanduva, SP 2022.

ATIVIDADES	
1	Solicitar, por telefone, o comparecimento do usuário/familiar à unidade de referência
2	Inteirar-se sobre o plano de alta recebido da instituição hospitalar e recomendar adequações, se necessário a este serviço.
3	Orientar a equipe a estabelecer como rotina a busca ativa e acompanhamento do usuário que recebeu/receberá alta.
4	Planejar a visita domiciliar com a equipe de saúde para identificação de necessidades de saúde e condições sociais do usuário.
5	Realizar a visita domiciliar inicial para avaliação das necessidades de cuidados e condições sociais.
6	Identificar as necessidades de saúde, o uso de equipamentos e/ou suprimentos e o grau de autonomia do usuário/família para a implementação dos cuidados no domicílio.
7	Orientar usuário/família sobre fluxos/processos para obter equipamentos/suprimentos e, se necessário, realizar a solicitação.
8	Explicar o funcionamento do processo de atendimento na rede de atenção à saúde e o agendamento para retorno/acompanhamento.
9	Capacitar os cuidadores para atenção à saúde no domicílio por meio de orientação verbal, escrita, e demonstração de procedimentos, quando necessário, acolhendo e esclarecendo dúvidas e queixas.
10	Realizar visita de acompanhamento e/ou procedimentos de enfermagem no domicílio.
11	Organizar reuniões com a equipe da unidade de saúde para compartilhar informações do usuário, discutir a situação e planejar as intervenções.
12	Participar e/ou coordenar reuniões de planejamento interprofissional.
13	Coordenar os atendimentos da equipe de sua unidade de saúde e as visitas domiciliares.
14	Se necessário, planejar os cuidados junto a outros serviços da rede de atenção à saúde (reabilitação, Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD e outros) para a integração do cuidado.
15	Realizar ações educativas para desenvolvimento dos profissionais voltadas ao processo de alta responsável e continuidade dos cuidados.
16	Participar de reuniões com gestores e/ou representantes dos diferentes níveis de atenção à saúde para articulação de ações/fluxos/protocolos relativos à alta hospitalar, transição e continuidade dos cuidados.
17	Avaliar o atendimento das necessidades de cuidados do usuário/família e discutir com a equipe de saúde as estratégias para qualificação do cuidado.

5.3 ETAPA 3 - Prática e Tempo Dedicado às Atividades pelo Enfermeiro da APS

Responderam ao questionário 51 enfermeiros - 24 da APS de Catanduva (APS 1) e 27 da APS de São José do Rio Preto (APS 2) - perfazendo uma taxa de resposta de 53,1% considerando os 96 profissionais elegíveis para o estudo.

Dentre os que informaram a qualificação profissional, 35 eram especialistas, em sua grande maioria, em Gestão Atenção Básica; sete cursaram residência em Gestão Atenção Básica dois tinham apenas graduação. Não foi encontrada diferença significativa entre as APS com relação ao tipo de formação (Teste Qui-quadrado). Demais dados do perfil dos participantes é mostrado na Tabela 7.

Tabela 7- Perfil dos enfermeiros das APS campo de estudo. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)

Variáveis	APS 1 (n= 24)	APS 2 (n=27)	Valor p
Sexo (N)			NS
Feminino	23	26	
Masculino	1	1	
Idade (anos)			
M(DP)	32,1(6,6)	36,3(8,3)	NS
Tempo atuação (anos) M(DP)			
Como enfermeiro	5,9(4,2)	8,9(6)	≤ 0,05**
Em APS	4,5(3,7)	6,8(5,1)	NS
Local de atuação (N)			
Consultório na rua	1	-	
EMAD	1	7	
UBS	5	18	
USF	17	2	

APS: Atenção Primária à Saúde; M: média; DP: Desvio padrão; NS: não significante; ** Teste T Bicaudal Não Pareado; EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar; UBS: Unidade Básica de Saúde; USF: Unidade de Saúde da Família.

Observou-se que 14 das 17 atividades listadas são realizadas com frequência pelos enfermeiros das APS; e, ocasionalmente (3/17), para as atividades solicitar comparecimento

usuário/familiar à unidade de referência (n=26), realizar ações educativas para desenvolvimento dos profissionais (n=25) e participar de reuniões com gestores dos diferentes níveis de atenção à saúde para articulação de ações/fluxos/protocolos relativos à continuidade dos cuidados (n=27). Destaca-se o número de respostas para a opção nunca para estas últimas duas atividades, respectivamente, n=7 e n= 8 e, também, a diferença significativa entre as APS para frequência das atividades 3 e 10 (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da frequência (N) de realização das atividades após alta hospitalar pelas APS investigadas. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)

Atividades	Sempre	Às Vezes	Nunca
1.Solicitar comparecimento usuário/familiar	22	26	3
2.Revisar o plano de alta recebido	34	13	4
3.Estabelecer como rotina busca ativa*	38	9	4
4.Agendar a visita domiciliar	46	5	-
5.Realizar visita domiciliar inicial	31	19	1
6.Identificar necessidades/equipamentos	43	7	1
7.Orientar usuário/família - fluxos/processos	47	3	1
8.Explicar processos de atendimentos na rede	48	3	-
9.Capacitar cuidadores para atenção domicílio	44	5	2
10.Realizar procedimentos no domicílio*	39	11	1
11.Organizar reuniões com a equipe	46	5	-
12.Participar reuniões interprofissionais	36	14	1
13.Coordenar os atendimentos da equipe	49	2	-
14.Planejar cuidados junto ao SAD	41	10	-
15.Realizar ações educativas - profissional	19	25	7
16.Participar de reuniões com gestores	16	27	8
17.Avaliar o atendimento de cuidados usuário	42	8	1

SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; * p <0,01 (Teste Qui -quadrado); valor p não significativo para as demais atividades (Teste Exato de Fisher).

Os enfermeiros relataram a condução de 4/17 das atividades, com maior frequência, no mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta da instituição hospitalar; 7/17 delas ocorrem no primeiro dia, após o recebimento do plano. A orientação ao usuário/família sobre fluxos/processos para obter equipamentos/suprimentos e a realização de ações educativas para desenvolvimento dos profissionais são realizadas nos dois primeiros dias de atendimento na rede

Já 4/17, das atividades, dentre elas, realização de procedimentos domicílio, participar e/ou coordenar reuniões de planejamento interprofissional, participar de reuniões com gestores dos diferentes níveis de atenção à saúde e avaliar o atendimento ao usuário/família e discutir com a equipe de saúde as estratégias para qualificação do cuidado são conduzidas nos diversos dias de atendimento (Tabela 9).

Tabela 9 – Momento de realização (valor de N) das atividades a partir do recebimento do plano de alta hospitalar pelas APS investigadas. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)

Atividades	Dia PA	D1	D2	D3	Outro
1.Comparecimento usuário/familiar*	23	18	2	1	3
2.Revisar o plano de alta recebido	24	14	3	1	9
3.Estabelecer rotina busca ativa**	23	11	3	1	10
4.Agendar a visita domiciliar	13	23	5	1	5
5.Realizar visita domiciliar inicial	7	16	9	2	15
6.Identificar necessidades/equipamentos	9	18	7	2	12
7.Orientar usuário/família - fluxos	18	18	4	-	9
8.Explicar processos de atendimentos	14	22	4	-	9
9.Capacitar cuidadores	12	21	4	-	11
10.Realizar procedimentos domicílio	7	11	8	2	13
11.Organizar reuniões com a equipe	13	8	8	2	11
12.Participar reuniões	11	7	6	4	14
13.Coordenar os atendimentos	12	18	6	-	8
14.Planejar cuidados junto ao SAD*	14	18	6	-	10
15.Realizar ações educativas - equipe	7	12	6	2	12
16.Participar de reuniões com gestores	8	9	3	1	12
17.Avaliar o atendimento ao usuário	11	9	9	3	12

A: atividade; D1: primeiro dia depois do recebimento do plano de alta. *p <0,05; ** p <0,01 (Teste Qui -quadrado); Dados perdidos.

Considerando o total de respostas para as atividades realizadas nas APS (N=867), 80,3% delas são conduzidas de forma colaborativa e 19,7% apenas pelo enfermeiro. Participar de reuniões dos diferentes níveis de atenção à saúde para articulação de ações/fluxos/protocolos relativos continuidade dos cuidados (n=19) foram as atividades mais referidas como tendo participação exclusiva de enfermeiros; inteirar-se sobre o plano de alta recebido da instituição hospitalar e recomendar adequações, se necessário a este serviço

(n=18); coordenar os atendimentos da equipe e as visitas domiciliares (n=16); e se necessário; planejar os cuidados junto a outros serviços da rede de atenção à saúde (reabilitação, Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD e outros) para a integração do cuidado (n=15).

Encontrou-se diferença significativa ($p \leq 0,01$ – Teste Qui- quadrado) entre as APS com relação à participação profissional nas ações. A APS 1 conduz suas atividades de forma mais colaborativa (84,8%) quando comparada à APS 2 (76,2%).

Dentre os 12 profissionais da equipe de saúde citados, destacam-se como os que mais colaboram nas ações, os auxiliares e técnicos de Enfermagem (17,6%), médico (17,1%), agente comunitário de saúde (10,9%), assistente social (9,4%), nutricionista (8,0%), psicólogo (7,5%) e fisioterapeuta (7,2%). Não houve diferença significativa (Teste de Mann- Whitney) na composição das equipes entre as APS.

O tempo médio referido para condução das atividades na APS 1 variou de 30 (atividades 1-4, 10 e 17) a 60 (atividades 6-7, 9, 11-15) minutos perfazendo um total de Md 42, (40) minutos. Já para a APS2 houve variação de Md 12,5(20) para a atividade 1 a 60(30) minutos para as atividades 5 e 16 com tempo médio total de Md 30(25) minutos.

Na análise intertempos das 17 atividades encontrou-se diferença estatisticamente significativa em 68 (50%) das 136 comparações possíveis na APS 2 (Pós teste de Conover-Iman). Já para os tempos intergrupos (APS1 x APS2) houve diferença ($p \leq 0,05$ e $p \leq 0,01$) para as atividades A1, A2, A3, A4 e A8 (Tabela 10).

Tabela 10. Tempo estimado (em minutos) pelos enfermeiros das APS para realização das atividades após a alta hospitalar. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)

Atividades	APS 1 Md(IIQ)	APS 2 Md(IIQ)
1.Solicitar comparecimento usuário/familiar*	30(36)	12,5(20)
2.Revisar o plano de alta recebido*	30(45)	20(20)
3. Estabelecer como rotina busca ativa*	30(40)	15(20)
4.Agendar a visita domiciliar*	30(45)	20(20)
5.Realizar visita domiciliar inicial	40(40)	60(30)
6.Identificar necessidades/equipamentos	60(45)	30(30)
7.Orientar usuário/família - fluxos/processos	60(45)	30(10)
8.Explicar processos de atendimentos na rede*	40(45)	20(20)
9.Capacitar cuidadores para atenção domicílio	60(40)	30(20)
10.Realizar procedimentos no domicílio	30(40)	35(30)
11.Organizar reuniões com a equipe	60(30)	30(30)
12.Participar reuniões interprofissionais	60(35)	30(-)
13.Coordenar os atendimentos da equipe	60(40)	30(22,5)
14.Planejar cuidados junto ao SAD	60(45)	30(7,5)
15. Realizar ações educativas - profissional	60(40)	30(30)
16. Participar de reuniões com gestores	45(40)	60(30)
17. Avaliar o atendimento de cuidados usuário	30(35)	30(30)
Tempo médio total – Md(IIQ)**	42,5(40)	30(25)

APS: Atenção Primária a Saúde; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; MD - mediana; IIQ - intervalo interquartil (IIQ= Q3-Q1); * p≤0,05; ** p≤0,01 - Teste de Mann-Whitney.

Os participantes da APS1 percebem a qualidade das ações desenvolvidas variando de Md 3,5(1) para as atividades 1-2,4,6-7,15-16 a 4(1) para as demais atividades, ou seja, classificadas como boa e muito boa. Já na APS2, os enfermeiros atribuíram escore médio de 3(1) para todo o elenco das atividades, considerada como boa.

A análise comparativa intragrupos (APS1 e APS2) não evidenciou diferenças significantes (Teste Kruskal-Wallis). Quando ocorreram diferenças intragrupos (APS1 x APS2) os valores atribuídos foram menores na APS2 em relação a APS 1 (Tabela 11).

Tabela 11. Qualidade percebida pelos enfermeiros das APS sobre as atividades realizadas, após alta hospitalar. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)

Atividades	APS1		APS 2	
	MD (IIQ)	Variação	MD (IIQ)	Variação
1.Solicitar comparecimento usuário/familiar	3,5(1)	1-5	3(1)	2-5
2.Revisar o plano de alta recebido	3,5(1)	2-5	3(-)	1-5
3.Estabelecer como rotina busca ativa*	4(1)	3-5	3(-)	2-5
4.Agendar a visita domiciliar	3,5(1)	1-5	3(1)	2-5
5.Realizar visita domiciliar inicial	4(1)	1-5	3(1)	2-5
6.Identificar necessidades/equipamentos	3,5(1)	1-5	3(1)	2-5
7.Orientar usuário/família – fluxo/processos	3,5(1)	1-5	3(1)	3-5
8.Explicar os processos de atendimentos	4(1)	3-5	3(1)	2-5
9.Capacitar cuidadores para o cuidado	4(1)	1-5	3(1)	2-5
10.Realizar procedimentos no domicilio**	4(1)	1-5	3(1)	2-5
11.Organizar reuniões com a equipe	4(1)	2-5	3(1)	2-5
12.Participar reuniões interprofissionais**	4(1)	3-5	3(1)	2-5
13.Coordenar os atendimentos da equipe**	4(1)	3-5	3(1)	2-5
14.Planejar cuidados junto ao SAD**	4(1)	3-5	3(1)	2-5
15.Realizar ações educativas - profissional	3,5(1)	1-5	3(1)	1-5
16.Participar de reuniões com gestores*	3,5(1)	2-5	3(1)	1-5
17.Avaliar atendimento de cuidados usuário*	4(1)	3-5	3(1)	1-5

APS: Atenção Primária a Saúde; MD - mediana; IIQ - intervalo interquartil (IIQ= Q3-Q1 SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; NS: não significante; * p <0,01; ** p <0,05 (Teste Mann-Whitney); Escores qualidade: 1. muito deficiente; 2. deficiente; 3.boa; 4. muito boa; 5. Excelente.

Do total de respostas dos participantes do estudo, 12,7% relataram vivenciar dificuldades para a condução das atividades nas APS. Observou-se quantidade significativamente menor (7,8%) de dificuldades pelos enfermeiros da APS 1 quando comparada à APS 2 (17%) - $p \leq 0,01$ – Teste Qui-quadrado.

Mencionou-se dificuldades para a condução de todas as 17 atividades, com maiores destaques para: Capacitar cuidadores para atenção domicílio - 10(9,1%), solicitar comparecimento usuário/familiar - 9(8,2%), revisar o plano de alta recebido - 9(8,2%), realizar procedimentos no domicilio - 9(8,2%) e realizar ações educativas voltadas ao processo de alta responsável e continuidade dos cuidados junto aos profissionais - 8(7,2%). A Tabela 12 elenca as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros das APS (Tabela 12).

Tabela 12. Dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros das APS na condução das atividades, após alta hospitalar. Catanduva, SP, Brasil, 2022. (n=51)

Dificuldades
<p><i>1.Relacionadas à Interação Hospital – APS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta hospitalar do paciente antes da chegada do e-mail da alta qualificada - Fluxo de comunicação e acesso a informações deficitários - Plano de alta sem especificidade dificultando a discussão do caso em equipe - Pacientes encaminhados SAD sem critérios de elegibilidade - Falta de orientação hospitalar de alta ao paciente
<p><i>2.Relacionadas à dinâmica de trabalho nas unidades</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chegada de altas em horários de fluxo intenso - Alto número de atendimentos por demanda espontânea - Escassez de profissionais - Demanda aumentada de atividades não privativas do enfermeiro - Sobrecarga de trabalho - Realizar busca ativa no mesmo dia - Ausência de reuniões - Indisponibilidade de viatura para ir até a residência do usuário - Tempo indisponível para discutir a avaliação do cuidado com a equipe
<p><i>3. Relacionadas ao usuário/familiar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rompimento de vínculo familiares - Resistência dos familiares em seguir orientações - Comprometimento dos familiares - Telefone desatualizada ou familiares não atendem a ligação - Ausência de endereço fixo - Sobrecarga dos cuidadores - Familiar solicita materiais hospitalares à unidade antes da alta hospitalar - Dificuldades das famílias para obtenção de recursos não disponibilizados

SAD: Serviço de Atenção Domiciliar

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 ETAPA 1 – Olhar dos Enfermeiros da Atenção Hospitalar e Primária à Saúde sobre a continuidade do cuidado após a alta hospitalar

A alta hospitalar responsável está instituída na RAS do município em estudo e parece haver clareza, no relato dos enfermeiros da AH e da APS, quanto aos critérios de elegibilidade dos usuários para o planejamento da alta (uso de dispositivos médicos hospitalares, oxigenioterapia domiciliar e terapia medicamentosa). Isto pode ser explicado pela articulação das ações estar sustentada em pacto prévio entre os serviços.

No entanto, existem divergências entre os enfermeiros hospitalares quanto ao momento em que o plano de alta responsável deve ser iniciado, talvez pelas diferentes dinâmicas de trabalho das unidades. As diretrizes de legislações brasileiras para a alta responsável não esclarecem esse momento inicial do planejamento, mas a literatura^{35,103-104} e destaca o início do processo já nas primeiras 24 horas, após a internação do paciente.

Os enfermeiros clínicos, do hospital em estudo, desempenham importante papel na identificação precoce dos pacientes elegíveis e na discussão junto à equipe de saúde para o planejamento e efetivação da alta. Além deles, um enfermeiro contratado pela instituição hospitalar fica responsável por mediar as ações planejadas na AH interagindo/comunicando com os serviços da APS.

Na experiência canadense³⁵ e espanhola⁹², enfermeiras (denominadas de ligação ou enlace) são responsáveis por avaliar as necessidades dos usuários (por busca ativa ou por solicitação de profissionais ou familiares) e coordenar estratégias junto às equipes da AH e dos serviços extra hospitalares para continuidade dos cuidados pós alta.

Independente do modelo adotado, o planejamento dos cuidados para a alta responsável depende da atuação interprofissional^{35,104}, e na experiência dos enfermeiros; quando o

profissional médico não adere ao protocolo, a dinâmica do processo fica bastante comprometida.

O momento de discussão da equipe da AH nas visitas diárias realizadas a beira leito e as reuniões de matriciamento entre a(s) equipe(s) da UBS/ESF e do NASF, também foram enfatizadas como estratégias potentes de colaboração interprofissional para a alta e continuidade dos cuidados. Os enfermeiros da APS recebem o plano de alta e compartilham as informações com profissionais que apoiarão as práticas de saúde atendendo as demandas de cuidados e proporcionando a reintegração do paciente à comunidade. Estes espaços de diálogo e interação entre os sujeitos facilitam a articulação de propostas de atenção à saúde⁹², mas ainda são realizadas, isoladamente, em cada núcleo (hospitalar e atenção primária).

Estratégias de aproximação e inclusão de profissionais da AH nas reuniões da APS e vice-versa, talvez, sanariam um desafio destacado pelos enfermeiros quanto ao reconhecimento das competências profissionais, da estrutura e das limitações dos serviços que compõem a RAS. Ao contrário, a falta de conhecimento sobre os serviços pode gerar desarticulação das ações e fragmentação na assistência ao paciente.

O cuidado centrado no usuário, ou seja, a participação ativa no processo de alta e transição dos cuidados, bem como, a efetiva orientação e integração do familiar/cuidador encontram-se destacados internacionalmente^{33,35} e nas diretrizes brasileiras.²⁷

A participação fragilizada do usuário/familiar/cuidador repercute, também, na fragmentação dos cuidados, após a alta.¹⁰⁵ Por outro lado, o planejamento da alta mostra-se mais efetivo quando o cuidado está centrado na pessoa, pois esta se sente mais competente para realizar os cuidados no domicílio e permanece menor tempo internado no hospital.¹⁰³

No contexto em estudo, apesar dos enfermeiros referirem esclarecimento de dúvidas e das ações planejadas para a alta, o usuário/familiar/cuidador atua como ouvinte e se insere passivamente no processo não conseguindo, muitas vezes, exercer essa autonomia, após a alta

na busca pelo serviço da APS e na execução dos cuidados no domicílio.

Evidencia-se, contudo, articulação de instrumentos e meios para garantir a comunicação entre a AH e a APS na transição dos cuidados aos usuários. O plano de alta é registrado em impresso próprio na AH. A seguir, o enfermeiro do serviço de alta responsável encaminha as informações por correio eletrônico para a APS (serviços de contra-referência) e, ainda, realiza contato telefônico sempre que não obtém resposta dentro do prazo acordado (72 horas) ou se necessário.

Este fluxo de comunicação corrobora a experiência portuguesa na gestão da alta.³³ No entanto, o processo de contra-referência e a integração entre os serviços da RAS ainda precisam ser aprimorados pois, muitas vezes, a responsabilidade por transferir as informações fica para o usuário/familiar.⁹³ Sugere-se, além do contato telefônico, um sistema informatizado e integrado, mas esta, até então, não é a realidade da RAS brasileira.⁵³

A falta de atualização do plano de alta durante a internação também foi evidenciada pelos enfermeiros da APS como aspecto crítico da comunicação, pois quando o paciente retorna à comunidade o planejamento já não atende às necessidades de cuidados. Além disso, muitas informações não estão registradas; não apresentam clareza ou estão ilegíveis.

As relações estabelecidas entre os profissionais e as informações fornecidas entre os serviços são elementos que asseguram a continuidade dos cuidados.¹⁰⁶ O registro formal e legível das condições clínicas, da terapia medicamentosa, as orientações realizadas ao usuário/familiar, as demandas para organização dos serviços precisam compor, minimamente, os relatórios de transição dos cuidados.¹⁰⁷

Outro desafio apontado pelos enfermeiros da AH está na agilidade da resposta da APS (antes de 72 horas) atendendo, assim, as condições do usuário para a alta, as demandas por internação (ocupação de leitos) e o processo de desospitalização previsto no movimento de alta responsável.²⁹ Nesse sentido, os serviços da RAS devem estabelecer um canal ativo de

comunicação e acompanhamento da alta, garantindo *feedback* e planejamento para a continuidade dos cuidados.¹⁰⁸

Os achados desse estudo representam a experiência de enfermeiros de um município brasileiro e podem diferir de outras realidades, sendo necessários novos estudos para comparação e/ou novas discussões sobre o tema. Optou-se, também, por GF homogêneos (profissionais do mesmo nível de atenção) e resultados adicionais sobre a articulação poderiam ser identificados reunindo enfermeiros da AH e APS em um mesmo momento. O acesso aos participantes, após o início da pandemia por COVID-19 foi apoiada pela coordenação dos serviços e durante as sessões de GF, as medidas de segurança foram devidamente cumpridas. Relatos específicos de uma determinada área/especialidade (como: Maternidade, Pediatria e Ortopedia) não foram apresentados e discutidos nesta pesquisa, pois não foram analisados de forma independente sugerindo investigações futuras.

A alta hospitalar responsável, como diretriz nacional, ainda não completou uma década e representa um processo novo e complexo por depender de efetivo trabalho em rede. Sendo assim, esse estudo pode contribuir para o aprimoramento dessa prática nas RAS que já iniciaram o processo atentando, principalmente, para as ações a serem fortalecidas nos diferentes pontos de atenção. Além disso, pode apoiar os gestores na implementação e consolidação dessa estratégia, atendendo aos princípios e diretrizes políticas do sistema de saúde brasileiro.

6.2 ETAPA 2 - Atividades do Enfermeiro da APS para Continuidade dos Cuidados: Mapeamento e Validação

Este estudo possibilitou mapear as atividades a serem realizadas pelos enfermeiros da APS na continuidade do cuidado ao paciente, após a alta hospitalar. Após dois ciclos de avaliação realizados por especialistas, 17 delas foram validadas.

Dentre as atividades, no processo de transição dos cuidados, depreende-se que o enfermeiro da APS deveria recrutar o usuário para continuar o atendimento nas unidades de saúde. Isto, por meio de busca fonada ou por contato direto da equipe atentando-se, também, às adequações necessárias no plano de alta hospitalar. Estas ações foram confirmadas por enfermeiros.¹⁰⁹

O recrutamento dos usuários/familiares visa fortalecer a continuidade relacional, ou seja, o vínculo dos usuários/familiares com a APS. Estudo de caso, realizado na região sul do Brasil, demonstrou que o nível primário não foi a primeira opção por atenção diante de sintomas de câncer de colo de útero devido à superlotação, ao tempo de espera para consultas e exames e à escassez de médicos.⁵⁸ Estes autores identificaram, ainda, falta de contrarreferência e ausência de acompanhamento dessas mulheres pela APS, o que implica em descontinuidade da gestão clínica.

Outra pesquisa nacional com familiares/cuidadores de pessoas com sequelas neurológicas evidenciou sobrecarga física, psicológica e econômica nos primeiros dias após a alta hospitalar. Esses indivíduos não se sentiam preparados para os cuidados e não encontraram apoio na APS para a assistência no domicílio.⁵⁹ Estudo internacional destaca os avanços políticos relacionados ao acesso e à coordenação com menor enfoque na continuidade dos cuidados, especialmente, em países de baixa e média renda.¹¹⁰

Estes achados reforçam a necessidade de busca ativa dos usuários e de reconhecimento das demandas cotidianas de cuidado nos primeiros dias após a alta hospitalar auxiliando nas adaptações à nova rotina de vida e de cuidados.⁵⁹

A visita domiciliar constitui estratégia para garantir a assistência direta e integral ao usuário e família¹¹¹ e vai ao encontro da identificação das competências individuais e dos recursos para desenvolvimento da autonomia do usuário.¹¹² Entretanto, na perspectiva do cuidado baseado nas forças, a enfermagem precisa desenvolver ou aprimorar, além da prática de prevenção, promoção e reabilitação em saúde, a cultura da autodeterminação e do autocuidado.¹¹³

A abordagem das forças no cuidado de enfermagem melhorou o aproveitamento das competências dos enfermeiros e o envolvimento familiar, no contexto da saúde da criança, centrando a atenção nos recursos disponíveis e na autonomia dos sujeitos.¹¹⁴

Desenvolver nas equipes o senso de integralidade e continuidade dos cuidados é outra questão extremamente relevante e que gera empoderamento e engajamento dos profissionais e, principalmente, dos usuários/familiares.^{45,113} O empoderamento das pessoas demanda acesso às informações e aprendizado para ampliar a capacidade de crítica e de escolhas.¹¹³

A continuidade informacional entre profissionais e serviços tem sido marcada pela informalidade, via correio eletrônico ou fonada, e pela responsabilidade atribuída ao usuário/familiar para a transferência de informações sobre os cuidados.⁵⁸ Em alguns sistemas de saúde, por outro lado, enfatiza-se a atenção às doenças agudas e os enfermeiros que enfrentam elevada carga de trabalho acabam priorizando essas demandas em detrimento da educação em saúde.⁴⁹

Nesse sentido, os enfermeiros da APS devem se dedicar ao compartilhamento de informações e às ações educativas junto aos usuários/familiares e equipe. A listagem de atividades validada pelos juízes está, majoritariamente, composta por essas dimensões.

Como profissional-chave na coordenação e na continuidade do cuidado, o enfermeiro se torna referência para os demais membros das equipes tanto no acesso inicial à APS quanto na oferta de cuidado contínuo, coerente e em tempo oportuno às demandas de saúde dos

usuários.¹¹⁵ Questiona-se, contudo, o afastamento do enfermeiro das ações cuidativas específicas da profissão em detrimento das demandas relativas à organização do serviço e à supervisão das atividades desenvolvidas pelas equipes.¹¹⁶

Os comentários dos juízes, nesse estudo, além de contribuírem para o acréscimo de uma atividade⁹⁵ foram fundamentais para as adequações na redação e na fusão de itens já contempladas na listagem. A atividade acrescida “Avaliar o atendimento das necessidades de cuidados do usuário/família e discutir com a equipe de saúde as estratégias para qualificação do cuidado” não emergiu dos GF e não foi identificada explicitamente nos estudos sobre a temática. Entretanto, a experiência do usuário/familiar e a discussão junto à equipe para melhoria do processo foi indicada pelos juízes. Estudo recente enfatiza proposta para mensuração e melhoria dos três domínios de continuidade: gerencial, relacional e informacional a fim de alcançar maior equidade e qualidade na atenção à saúde.¹¹⁰

Nesse sentido, compreende-se que as atividades listadas para a continuidade dos cuidados já deveriam fazer parte do escopo de prática dos enfermeiros contemplando, essencialmente, ações voltadas para a avaliação e potencialização de forças pessoais e externas à condição de cada usuário/família. As ações propostas nesse estudo podem contribuir para a formação de enfermeiros na APS, especialmente, no processo de alta e continuidade dos cuidados, e também no monitoramento e no fortalecimento de ações inerentes à sua prática e da equipe de saúde.

Esta pesquisa foi desenvolvida no cenário pandêmico e, assim como diversos estudo, recorreu ao ambiente virtual para alcance de especialistas de diversas regiões do país. Ainda, na dependência de adesão às rodadas de validação, precisou ampliar o número de juízes convidados. Mesmo com os lembretes periódicos, a obtenção das respostas demandou tempo acima do previsto e um dos juízes não participou da segunda rodada.

Apesar dos estudos brasileiros concentrarem-se, majoritariamente, na abordagem sobre a continuidade do cuidado na atenção hospitalar; investigações envolvendo a APS justificam-se, principalmente, pela fragilidade que ainda existe na coordenação do cuidado e no vínculo com os usuários atribuídos a esse nível da atenção. Indica-se, também, a necessidade de ampliar a exploração da temática para consolidação do conceito e fortalecimento da RAS.⁵⁷

6.3 ETAPA 3 - Prática e Tempo Dedicado às Atividades pelo Enfermeiro da APS

Para continuar os cuidados após a alta hospitalar, os enfermeiros da APS dos municípios investigados dedicam-se, especialmente, à coordenação dos atendimentos das equipes e às orientações junto aos usuários sobre fluxos e processos da RAS. Além dessas atividades, o agendamento das visitas domiciliares e a organização das reuniões de equipe foram sinalizadas como ações habituais e de cuidados continuados.

Como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, a APS, principalmente a ESF, assume papel central na integração e organização do sistema de saúde brasileiro como via de acesso principal e rotineira para os usuários.^{7,38} Para que a coordenação clínica seja operada pelos profissionais nos serviços de saúde, atendendo as necessidades dos usuários de forma oportuna e qualificada, os fluxos de pessoas, informações e recursos precisam ser assegurados.³⁸

Ao assumirem a coordenação como demanda prioritária no primeiro nível de atenção, os enfermeiros consolidam a capacidade da APS na resolução da maior parte dos problemas de saúde da população e na garantia da continuidade assistencial. Por outro lado, para compreender a funcionalidade da RAS e o acesso aos recursos e dispositivos de saúde, os usuários ainda precisam de acolhimento e de informações do enfermeiro. Essa demanda pode

salientar a complexidade do cuidado em rede e a fragilidade persistente no sistema de saúde brasileiro.

Em todo o território nacional, além das atividades assistenciais e de coordenação do trabalho da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (ACS), os enfermeiros da APS têm desempenhado papel preponderante na gestão das unidades e na comunicação junto às equipes e usuários.³⁷ Destacam-se, assim como, no presente estudo, as atividades administrativas e burocráticas em relação às intervenções de cuidados diretos.¹¹¹

Ações de busca ativa e solicitação para que o usuário/familiar compareça à unidade são realizadas, pela maioria dos enfermeiros, até o primeiro dia após o recebimento do plano de alta. Este esforço para contatar os usuários, após a alta hospitalar mesmo que esteja previsto dentre as funções na APS, também, pode representar persistente desarticulação entre os serviços e dificuldades ainda enfrentadas pelas unidades de saúde para se tornarem referência para os usuários.

Nos diferentes contextos estudados, a falta de comunicação entre os pontos de atenção, a inexistência de fluxos e a ineficiência do processo de referência e contrarreferência foram apontados como aspectos dificultadores para a continuidade dos cuidados, assim como, identificados por outros autores.^{38,93,109}

Alguns enfermeiros, também, referiram dificuldades para contatar os usuários/familiares e para envolvê-los nos cuidados a serem continuados devido às limitações na compreensão dos cuidados e processos, à resistência dos cuidadores e à sobrecarga dos mesmos. Estudo recente evidenciou que o familiar/cuidador, no processo de transição e continuidade dos cuidados, também precisa ser assistido pela equipe de saúde reconhecendo demandas de autocuidado e auxiliando no desenvolvimento das ações cuidativas.¹¹⁶

Ademais, os achados demonstram que a maioria dos enfermeiros da APS tem o hábito de revisar o plano de alta no mesmo dia que o recebem. Esta avaliação é necessária,

principalmente, porque existem inconsistências nesse planejamento realizado durante a internação em relação às necessidades dos pacientes, após a alta e essas informações, nem sempre, são transferidas.¹⁰⁹

Parte significativa das ações são realizadas no primeiro dia, após o recebimento do plano de alta e, dentre elas, destacam-se o agendamento e a realização da visita domiciliar, a capacitação dos cuidadores, a identificação de necessidades e de equipamentos e o planejamento dos cuidados junto ao SAD. Nestes momentos, é possível identificar as forças dos usuários/família e comunidade para prever e prover cuidados continuados.⁴⁶ O vínculo estabelecido com a equipe clínica da APS em atendimentos mais frequentes reduz a procura por serviços hospitalares com demandas que poderiam ser assistidas nas unidades de saúde.¹¹⁷

O apoio matricial do NASF e de outros arranjos, como as EMADs, como visto neste estudo, expandem as possibilidades de aglutinação dos saberes, favorecendo a integração e a qualificação dos profissionais, bem como, melhora o acesso, a coordenação dos cuidados e a resolubilidade da APS.^{38,118} O processo de trabalho dessas equipes, por meio do matriciamento, também potencializa a construção de projetos terapêuticos singulares compartilhados entre profissionais e usuários/familiares.¹¹⁸⁻¹¹⁹

Majoritariamente, as ações são conduzidas de forma colaborativa sendo articuladas, especialmente, com médicos e com os ACS. O trabalho integrado de profissionais e serviços de saúde resulta em melhor qualidade, integralidade e cuidado centrado no usuário.¹²⁰⁻¹²¹

Além disso, é importante que os enfermeiros identifiquem as forças das equipes de saúde promotoras de acesso e continuação dos cuidados.⁴⁵ Os ACS são os profissionais mais próximos dos usuários e, por vivenciarem a realidade da comunidade, têm facilidade na comunicação, na atração e retenção dos usuários nos serviços de saúde.¹²² Suas atividades são orientadas e supervisionadas pelos enfermeiros⁷ e, nesse sentido, são colaboradores potenciais no processo de coordenação e continuidade dos cuidados.

Na percepção dos enfermeiros, o tempo médio para condução das 17 atividades esteve entre 30 (APS2) e 42 minutos (APS1) e a qualidade das ações foi classificada entre boa e muito boa. Por ser o primeiro estudo mensurando, esta variável neste cenário de prática não foi possível estabelecer comparações.

Divergente do tempo cronometrado (hora relógio) apontado como objetivo e homogêneo, o tempo referido (psicológico) é individual e induzido pela história, memória, expectativas e experiência.¹²³ Os resultados obtidos no cálculo do tempo podem diferir de acordo com o método utilizado. Assim, o tempo relatado pode ser menor ou maior quando comparado ao cronometrado.¹²⁴

Alguns questionamentos emergiram em busca de possíveis fatores intervenientes na diferença de tempo médio encontrada entre as APS, ou seja, significativamente superior na APS 1. O menor tempo de atuação profissional, o modelo de trabalho e de gestão poderiam, talvez, terem contribuído.

Considerando o modelo de trabalho na APS1, predominantemente, constituído por USF, intervenções de cuidado direto, como visita domiciliar, avaliação de necessidades e orientações aos usuários/familiares, demandam expressiva carga de trabalho dos enfermeiros e corrobora outros achados.¹²⁵ Neste estudo, os enfermeiros da APS1 também referiram dedicar mais tempo às demandas indiretas, voltadas à prática colaborativa, o que é esperado e desejado na estratégia de saúde da família⁷ e ratifica resultados anteriores.¹²⁵

A equipe devidamente dimensionada quando trabalha de forma colaborativa envolvendo o usuário/familiar nas decisões sobre os cuidados, quando é apoiada pela gestão e dispõe de recursos e de redes de atenção resolutivas, provavelmente, vivenciará a carga de trabalho de maneira positiva e/ou reduzida.⁵⁵

Em relação à gestão dos serviços de saúde, existem contradições nos estudos. Alguns apontam vantagens competitivas do modelo OSS¹²⁶⁻¹²⁷ enquanto outros evidenciam pior

desempenho da APS sob gestão de OSS em relação às aquelas sob administração direta¹²⁵ e desarticulação das propostas em relação à natureza dos investimentos públicos e dos interesses do SUS.¹²⁸

O dia do recebimento do plano de alta e o dia subsequente concentraram maior quantidade de atividades relacionadas à alta do paciente e à continuidade do cuidado, após a internação hospitalar assinalando expressiva elevação da CTE nas APS nos dias iniciais. O aumento da carga de trabalho repercute na qualidade e eficácia dos cuidados, gerando sobrecarga, problemas de saúde e insatisfação da equipe.¹²⁹

Demandas excessivas e cada vez mais complexas dentro e fora da unidade de saúde, territórios com população subestimada e, em grande parte, vivendo em situação de vulnerabilidade social, além do déficit de pessoal e de recursos repercutem negativamente na carga de trabalho dos enfermeiros na APS.⁵⁵ Este estudo não explorou o modelo de organização do trabalho, a composição das equipes e o perfil da população adstrita nas unidades investigadas, assim como, não avaliou resultados clínicos e não clínicos relativos à continuidade dos cuidados. Recomenda-se incluir essas variáveis em estudos futuros em busca de respostas às lacunas ainda não averiguadas.

Apesar das diferentes estratégias junto aos coordenadores, gestores e aos enfermeiros nos diferentes municípios, no intuito de sensibilizar e obter ampla participação dos profissionais elegíveis; a baixa adesão dos enfermeiros pode representar uma limitação desse estudo. Além do mais, os achados podem diferir de outras regiões do estado e do país.

Contudo, esta pesquisa fornece um panorama das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros da APS na continuidade dos cuidados, em dois contextos distintos. Possibilitará comparações entre as práticas e as cargas de trabalho, influenciando decisões para melhoria dos processos, dos recursos e, conseqüentemente, da atenção à saúde. Os achados ampliam o conhecimento sobre a atuação do enfermeiro nos cuidados continuados e ressaltam a

dedicação necessária para ordenar e coordenar a assistência na APS, proporcionado cuidado integral e oportuno ao usuário, como preconizado pelo sistema de saúde brasileiro.⁷

Conclusões

CONCLUSÕES

A articulação entre a atenção hospitalar e a APS para a transição e continuidade dos cuidados ao usuário, em um dos municípios investigados, mostrou-se centrada em critérios, fluxos e instrumentos para transferência de informações e responsabilidades. A participação do usuário/familiar no plano de cuidados revelou-se tímida e os serviços conduziram as ações de forma fragmentada, o que é adverso ao princípio da integralidade na saúde.

Após o mapeamento de atividades a serem realizadas pelos enfermeiros da APS para a continuidade do cuidado, pós alta hospitalar; 17 delas foram validadas por especialistas.

Em dois contextos distintos para continuar cuidando, os enfermeiros da APS declararam maior empenho na coordenação dos atendimentos das equipes, na orientação dos usuários sobre fluxos e processos da RAS e na organização das visitas domiciliares e das reuniões de equipe. Há maior carga de trabalho aos enfermeiros na data do recebimento do plano de alta e no dia subsequente, devido ao número de atividades desempenhadas. O tempo médio para a condução das 17 atividades esteve entre 30 e 42 minutos.

Apesar de avaliarem a qualidade das ações para a continuidade do cuidado como "boa" e "muito boa"; a comunicação ineficaz entre os pontos de atenção e a ineficiência do processo de referência e contrarreferência foram apontados como aspectos dificultadores. Um modelo de atenção baseado nas forças dos usuários/familiares e das equipes pode favorecer a coordenação do cuidado.

Este estudo avança no conhecimento sobre a continuidade do cuidado no sistema de saúde brasileiro por fornecer um panorama de atividades do enfermeiro e a dinâmica de prática na APS, especialmente, a carga de trabalho gerada neste processo. Os achados possibilitam comparações entre diferentes cenários e apoiam enfermeiros e gestores nas

decisões e negociações para aprimoramento de ações locais e nas RAS em atenção aos princípios e diretrizes do SUS contribuindo, ainda, para atividades de ensino e pesquisa.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As Redes de Atenção À Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.: il. 2.^a edição; ISBN: 978-85-7967-075-6.
2. Feltrin AFS, Soares TMC, Lopes KB, Camargo AJ, Cavalcanti LF, Borghetto RF. O papel das redes de atenção à saúde no SUS sob a ótica dos gestores de uma região de saúde. *Cuid Arte Enfermagem*. 2020;14(1):35-40.
3. Nobrega VM, Souza MHN, Santos MM, Silva MEA, Collet N. Governance and support from the secondary social network in health care for children and adolescents with chronic diseases. [periódico na Internet].2018;23(10):3257-65. DOI: 10.1590/1413-812320182310.13942018.
4. Damaceno AN, Lima MADS, Pucci VR, Weiller TH. Health care networks: a strategy for health systems integration Redes de Atención de salud: una estrategia para la integración de los sistemas de salud. *Rev Enferm UFSM*. 2020;10:1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769236832>.
5. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. Primary Health care in the coordination of health care networks: an integrative review. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):343-352. DOI: 10.1590/1413-81232014192.18032012.
6. Mangan C, Pietroni M, Porter D. "Being brave": a case study of how an innovative peer review approach led to service improvement. *J Integr Care (Brighton)* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 fev 14];24(4):201-13. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JICA-06-2016-0021/full/html>.
7. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2017; [Acesso em 2019 Fev 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
8. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº2.448, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde. 2011; [Acesso em 2022 Jun 06]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011_comp.html.
9. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde. 2008. [Acesso em 2022 Jun 07]. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.
10. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. [Acesso em 2022 Jun 06];

Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.

11. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua. Ministério da Saúde. 2011. [Acesso em 2022 Jun 08]; Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.
12. Paim JS. Universal health systems and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS). *Saúde debate*. 2019;43(spe5):15-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019S502>.
13. Valente SH, Barbosa SM, Ferro D, Fabríz LA, Schönholzer TE, Pinto IC. Drug-related problems in the transitional care of the elderly from hospital to home. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):345-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0848>.
14. Gheno J, Weis AH. Care transtion in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2021 [Accessed 6 October 2021];30:e20210030. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>.
15. Kuntz SR, Gerhardt LM, Ferreira AM, Santos MT, Ludwig MCF, Wegner W. First transition from hospital care to home care for children with cancer: guidelines of the multi-professional team. *Esc Anna Nery*. 2021;25(2):e20200239. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-023>.
16. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. *ResearchGate* [Internet]. 2002 [cited 2021 Jun 14]. Available in: <https://www.researchgate.net/publication/245856177>.
17. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*. 2003;327:1219-21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219.
18. Villalon GE. Continuity of care. *Evid Actual Pract Ambul* [Internet]. 2021[2021 Jun 14];21(1):e002112. Available from: <http://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6922/4524>.
19. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernadino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(2):e4250016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>.
20. Meiqari L, Al-Oudat T, Essink D, Scheele F, Wright P. How have researchers defined and used the concept of ‘continuity of care’ for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. *Health Res Policy Syst*. 2019;17(1):27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-019-0426-1>.
21. World Health Organization. (2018). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services.

- (2018). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
22. Utzumi FC, Bernadino E, Lacerda MR, Santos JLG, Peres AM, Andrade SR. Access versus care continuity in health network services: experiencing possibilities and contradictions. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29: e20180502. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0502>.
 23. Kessler M, Lima SB, Weiller TH, Lopes LP, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinality of Primary Health Care: an evaluation from the perspective of users. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(2):186-93. DOI: 10.1590/1982-0194201900026.
 24. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. *Cogitare Enferm.* 2016;21(1):1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>.
 25. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. *Esc Anna Nery.* 2019;23(1):e20180214. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>.
 26. Fagundes PF, Scandol EMR. Responsible hospital discharge under the perspective of health care network. *Serv Soc.* 2018;17(1):181-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.20396/sss.v17i1.8655207>.
 27. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. 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), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2019 fev 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.htm.
 28. Joint Commission Center for Transforming Healthcare [Internet]. Oakbrook Terrace: The Joint commission; c2012 [cited 2021 Jun 14]. Available from: https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/hot_topics_transitions_of_carepdf.pdf?db=web&hash=CEFB254D5EC36E4FFE30ABB20A5550E0.
 29. Weber LAF, Lima MADS, Costa AM, Marques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm.* 2017;(22)3:e47615. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>.
 30. Meireles T, Bernardino E, Borges F, Silva OLS, Rorato C, Bobrowec DCR, et al. Ferramentas utilizadas durante as transferências de pacientes: uma revisão integrativa. *Society and Development.* 2021;10(17):e55101724200. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n3p271-281>.
 31. Shahsavari H, Zarei M, Mamaghani JA. Transitional care: concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. *Int J Nurs Stud.* 2019 Nov;99:103387. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103387.

32. Lima L, Pires DE, Forte ECN, Medeiros F. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(1):17-24. DOI: 10.5935/1414-8145.20140003.
33. Martins MM, Aued GK, Ribeiro OMPL, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E, *et al.* Discharge management to ensure continuity of care: experience of Portuguese liaison nurses. *Cogitare Enferm*. 2018;(23)3: e58449. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>.
34. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03477. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>.
35. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2019;27:e3162. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.
36. Costa MFBNA, Perez EIB, Ciosak SI. Practices of hospital nurses for continuity of care in primary care: an exploratory study. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200401. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0401>.
37. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, Andrade MAC, Lima RCD. The nurse's work in primary health care. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):90-98. DOI: 10.5935/1414-8145.20160013.
38. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Aylene Bousquat A, Mendonça MHM. Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System. *Saúde Debate*; Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 244-260, setembro 2018. DOI: DOI: 10.1590/0103-11042018S116
39. Karam M, Chouinard MC, Poitras ME, *et al.* Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *Int J Integr Care*. 2021;21(1):16. Published 2021 Mar 19. doi:10.5334/ijic.5518
40. Younas A, Quennell S. Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scand J Caring Sci*. 2019 Sep;33(3):540-555. DOI: 10.1111/scs.12670.
41. Bousso RS, Poles K, Cruz DALM. Nursing concepts and theories. *Rev esc enferm USP*. [online]. 2014, v. 48, n. 1 [23 Julho 2022], pp. 141-145. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>.
42. Roy C. Nursing theory makes a practice turn in the 21st Century. *Aquichan*. 2021;21(4):e2142. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.4.2>
43. Brandão MAG, Barros ALBL, Primo CC, Bispo GS, Lopes ROP. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):577-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>.
44. Aued GK, Bernardino E, Silva OBM, Martins MM, Peres AM, Lima, LS. Liaison nurse competences at hospital discharge. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(esp):e20200211. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>

45. Gottlieb LN, Gottlieb B, Shamian J. Principles of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care: a new paradigm for nursing and healthcare for the 21st Century; ResearchGate; 2012;46. 25(2):38-50. DOI: 10.12927/cjnl.2012.22960.
46. Gottlieb LN, Gottlieb B, Bitzas V. Creating empowering conditions for nurses with workplace autonomy and agency: how healthcare leaders could be guided by strengths-based nursing and healthcare leadership (SBNH-L). *J Health Leadersh.* 2021 Jul 27;13:169-181. DOI: 10.2147/JHL.S221141.
47. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: . Acesso em: 4 mar. 2004.
48. Cheluvappa R, Selvendran S. Strengths-based nursing to combat common infectious diseases in indigenous australians. *Nurs Rep.* 2022;12(1):22-28. DOI: <https://doi.org/10.3390/nursrep12010003>.
49. Nohra RG, Rothan-Tondeur M. A Novel Empowerment System for Patients Living with a Chronic Disease in a Precarious Context. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;20(1):601. Published 2022 Dec 29. doi:10.3390/ijerph20010601
50. Silva OBM, Bernardino E, Encarnação P, Lima LS, Silva OLS, Rorato C. Strengths-based nursing and healthcare: Perception of women in a usual risk maternity hospital. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022, v. 27 [Acessado 12 Setembro 2022], e78853. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.78853>.
51. Kristjansdottir OB, Borosund E, Westeng M, Ruland C, Stenberg U, Zangi HA et al. Mobile App to Help People With Chronic Illness Reflect on Their Strengths: Formative evaluation and usability testing. *JMIR Form Res.* 2020;4(3):e16831. DOI: 10.2196/16831.
52. Hayajneh AA, Hweidi IM, Abu Dieh MW. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: a systematic review. *Nurs Open.* 2020;7(5):1313-20. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.5>
53. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 1):546-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>.
54. Alghamdi MG. Nursing workload: a concept analysis. *J Nurs Managem.* 2016; 24: 449–457. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12354>.
55. Biff B, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR, Amadigi FR et al. Nurses' workload: lights and shadows in the Family Health Strategy. *Cien Saude Colet.* 2020; 25(1):147-158. DOI: 10.1590/1413-81232020251.28622019.
56. Pires DEP de, Forte ECN, Melo TAP de, Machado CN, Castro CD de, Amadigi FR. Nurses and physicians in the Family Health Strategy: workloads and coping. *Cogitare Enferm.*

- [Internet]. 2020 [18 Nov 2021]; 25. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67644>.
57. Cechinel-Peiter C, Santos JLG, Lanzoni GMM, Menegon FH, Soder RM, Bernardino E. Continuity of health care: analysis of the production of Brazilian theses and dissertations. *REME*. 2021;25:e-1387. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210035>.
 58. Silva MRF, Braga JPR, Moura JFP, Lima JTO. Care Continuity to women with cervical cancer in health care networks: case study, Pernambuco. 2016; *Saúde Debate*. DOI: 10.1590/0103-1104201611008
 59. Fisher MMJB, Marcon SS, Barreto MS, Batista VC, Marquete VF, Souza RR, Vieira VCL, Schillo S. Caring for a family member with stroke sequelae: the first days at home after hospital discharge. *Rev Min Enferm*. 2021;25:e-1385. DOI: 10.5935/1415.2762.2021003
 60. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed. 2010; 13(1), 205–208. DOI: <https://doi.org/10.26512/les.v13i1.11610>
 61. Shorten A, Smith J. Mixed methods research: expanding the evidence base. *Evid Based Nurs*. [Internet]. 2017[cited 2019 Nov 12]; 20 (3): 74-75. Available from: <https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/20/3/74.full.pdf>.
 62. Schoonenboom J, Johnson RB. How to construct a mixed methods research design. *Köln Z Soziol*. 2017;69:107–131. <https://doi:10.1007/s11577-017-0454-1>.
 63. Oliveira JLC, Magalhães AMM, Mastuda LM, Santos JLG, Souto RQ, Riboldi CO et al. Mixed methods appraisal tool: strengthening the methodological rigor of mixed methods research studies in nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200603. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0603> .
 64. Hong, QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018 User guide. McGill. 2018. Available from: <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/>.
 65. Jayasekara RS. Focus group in nursing research: methodological perspectives. *Nurs Outlook*. 2012;60(6):411-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>.
 66. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Santos SSC, Lunardi VL, Pohlmann FC. The focus group as a technique for data collection. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2013[cited 2019 Out 25]; 18(2):358-64. Available from: <file:///C:/Users/Marcia/Downloads/32586-119724-1-PB.pdf>.
 67. Doody O, Slevin E, Taggart L. Focus group interviews in nursing research: part 1. *Br J Nurs*. 2013 Jan 10-23;22(1):16-9. DOI: 10.12968/bjon.2013.22.1.16.
 68. Doody O, Slevin E, Taggart L. Preparing for and conducting focus groups in nursing research: part 2. *Br J Nurs*. 2013 Feb 14-28;22(3):170-3. DOI: 10.12968/bjon.2013.22.3.170.

69. Souza LK. Recommendations for conducting focus groups in qualitative research. *PSI UNISC*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 09]; 2527-1288; [https://doi: 10.17058/psiunisc.v4i1.13500](https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.13500).
70. Dall'agnol CM, Magalhães AMM, Mano GCM, Olschowsky A, Silva FP. The notion of task in focus group. *Rev Gaúcha Enferm*[Internet].2012[cited 2019 Out 23];33(1):186-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100024> .
71. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000 Oct;32(4):1008-15. PMID: 11095242. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>.
72. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs*. 2006;53(2):205-12. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x>.
73. Wilkes L. Using the Delphi technique in nursing research. *Nursing Standard*. 2015;29(39):43-9. DOI: 10.7748/ns.29.39.43.e8804.
74. Barrett D, Heale R. What are Delphi studies? *Evid Based Nurs*. 2020 Jul;23(3):68-69. DOI: 10.1136/ebnurs-2020-103303. Epub 2020 May 19. PMID: 32430290.
75. Hegney DG, Rees CS, Moisson RO, Breen L, Eley R, Windsor C, et al. Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study. *J Nurs Mana*. 2019;27(2):371-380. DOI: 10.1111/jonm.12693.
76. Oetelaar WFJM, Roelen CAM, Grolman W, Stellato RK, Rhenen WV. Exploring the relation between modelled and perceived workload of nurses and related job demands, job resources and personal resources; a longitudinal study. *Plos One*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246658>.
77. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J for Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
78. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [2017 v4.3.17.1[acesso em 2021 Nov 02]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/catanduva/panorama>.
79. Observatório da Saúde Catanduva. 2020; [acesso em 02 nov 2021]. Disponível em: https://observasaudecatanduva.sp.gov.br/wpcontent/uploads/2021/05/RelatorioAnualDeGestao_2020.pdf.)
80. Morais HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Cazuzu AKI, Silva NAF. Social Healthcare Organizations: a phenomenological expression of healthcare privatization in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(1):e00194916. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>.
81. Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ. Social health organizations: the São Paulo State model. *Cien Saude Colet*. 2001;6(2):391-404. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200009>.

82. Hennink MM, Kaiser BN, Weber MB. What influences saturation? estimating sample sizes in focus group research. *Qual Health Res.* 2019 August; 29(10): 1483–1496. DOI:10.1177/1049732318821692.
83. Bonfim LA. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis [Internet].*2009[cited 2019 Out 20]; 19 [3]: 777-796. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso.
84. Cucolo DF, Perroca MG. Factors involved in the delivery of nursing care. *Acta Paul Enferm [Internet];* 2015. [cited 2019 mar 01]; 28(2):120-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500021>.
85. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
86. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Primary Health Care and coordination of care: device to increase access and improve quality. *Cien Saude Colet.* 2020;25(5):1799-808. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.
87. Carlsen B, Claire Glenton C. What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies. *BioMed Central.* 2011; 11:26. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/26>.
88. Catunda HLO, Bernardo EBR, Vasconcellos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB, Aquino PS. Methodological approach in nursing research for constructing and validating protocols. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(2):e00650016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000650016>.
89. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milan D. Construction of measurement instruments in the area of health. *Cien Saude Colet.* 2015;20(3):925-936. DOI: 10.1590/1413-81232015203.04332013.
90. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC.* 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.
91. Grime M M, George W, Paolo B, Brian E, Molenberghs G, Walter P, Fabrizio R. eds. (2016) *Método Delphi.* In: Wiley StatsRef. John Wiley & Sons Inc., New York, NY, pp. 1-6. ISBN 9781118445112.
92. Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E. Continuity of hospital discharge care for primary health care: Spanish practice. *Texto Contexto Enferm.* 2020; 29:e20180332. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332>
93. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018;12(12):3190-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>.
94. Polit FD, CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97. DOI: 10.1002/nur.20147.

95. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.20199>.
96. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. *Statistical methods for rates and proportions*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2003.
97. Sharma A, Duc NTM, Thang TLL, Nan NH, Ng SJ, Abbas KS, et al. A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *J Gen Intern Med*. 2021 Oct;36(10):3179-3187. DOI: 10.1007/s11606-021-06737-1.
98. O'Connor S. Designing and using surveys in nursing research: a contemporary discussion. *Clin Nurs Res*. 2022;31(4):567-570. doi:10.1177/10547738211064739.
99. Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGuseppi C, Pratap S, Wentz R, et al. Methods to increase response rates to postal questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 3: MR000008. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.MR000008.pub4>.
100. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2017 v4.3.17.1[acesso em 2021 Nov 02]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama>.
101. Painel de Monitoramento 2021 - Indicadores de Saúde 2020). [Acesso em 2022 Agos 10]. Disponível em: https://saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=231.
102. Brasil. Audiência Pública: Prestação de Contas 3º QUADRIMESTRE, 2021; São José do Rio Preto. [citado 2022 Mar 22]. Disponível em: https://saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/audipubl/2021/audiencia_publica_2021-Qua-3.pdf.
103. Ulin K, Olsson LE, Wolf A, Ekman I. Person-centred care - An approach that improves the discharge process. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016 Apr;15(3):e19-26. doi: 10.1177/1474515115569945
104. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning. *G Ital Cardiol (Rome)*. 2016 Sep;17(9):657-686. doi: 10.1714/2448.25660
105. Mitchell SE, Laurens V, Weigel GM, Hirschman KB, Scott AM, Nguyen HQ, et al. Care transitions from patient and caregiver perspectives. *Ann Fam Med [Internet]*. 2018 May [cited 2021 Feb 24];16(3):225-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5951251/>
106. Mendes FRP, Gemito MLGP, Caldeira EC, Serra IC, Novas MVC. Continuity of care from the perspective of users. *Cien Saude Colet*. 2017;22(3):843-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>.
107. Boling PA. Care transitions and home health care. *Clin Geriatr Med*. 2009;25(1):135-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2008.11.005>

108. Guzmán MCG, Andrade SR, Ferreira A. Role of nurses for continuity of care after hospital discharge. *Texto Contexto Enferm.* 2020; 29(Spe):e20190268. DOI:<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0268>
109. Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20210145. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>.
110. Schwarz D, Hirschhorn LR, Kim J, et al. Continuity in primary care: a critical but neglected component for achieving high-quality universal health coverage *BMJ Global Health* 2019;4:e001435.
111. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2018;71(Supl 1):704-9. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
112. Costa LGF. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil.* 2016;15(3):137-145. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>.
113. Gottlieb, L. *Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family.* New York: Springer Publishing. 2013; Nursing Forum. DOI: <https://doi.org/10.1111/nuf.12011>
114. Thentz C, Durgnat-Sciboz C, Macé S, et al. Influence of the implementation of strengths-based nursing and healthcare on early childhood nurses' competencies: a mixed-method study. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1572. Published 2022 Dec 22. doi:10.1186/s12913-022-08955-7
115. Santos MT, Halberstadt BMK, Trindade CRP, Lima MADS, Aued GK. Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses' contributions. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20220100. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0100en>.
116. Ferreira BAS, Gomes TJB, Baixinho CRSL, Ferreira OMR. Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 3):e20200394. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>
117. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *The BMJ* 2017;356:j84. doi: 10.1136/bmj.j84
118. Savassi LCM. The current challenges of Home Care in Primary Health Care: an analysis in the National Health System perspective. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016;11(38):1-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259)
119. Quirino TRL, Jucá AL, Rocha LP, Cruz MSS, Vieira SG. Home visits as a health care strategy: reflections from the Extended Family Health and Primary Care Support Center. *Revista Sustinere.* 2020; 2359-0424. DOI:10.12957/sustinere.2020.50869

120. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2018 Jan;32(1):1-3. doi: 10.1080/13561820.2017.1400150.
121. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Trab Educ Saude* 2020; 18(Supl. 1):e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol0024>
122. Acylino EM, Almeida Patty FH, Amaral LM. Access and continuity of care in the search for health care: weaving the network between encounters and entanglements. *Saúde Colet*. 2021; e310123. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310123>
123. Jones, TL. A Holistic Framework for Nursing Time: Implications for Theory, Practice, and Research. *Nurs Forum*. 2010;45(3):185-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00180.x>.
124. Anskär E, Lindberg M, Falk M, Andersson A. Time utilization and perceived psychosocial work environment among staff in Swedish primary care settings. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:166. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2948-6>
125. Bonfim D, Fugulin FMT, Laus AM, Peduzzi M, Gaidzinski RR. Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(1):118-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100016>
126. Barbosa NB, de Lima H, Trindade AMV, Dias NV, Castro MV, Santos CK. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público privada em Goiás – o caso Huana. *Revista do Serviço Público Brasília*.2015; 66 (1) 121-144. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v66i1.686>.
127. Messiano JB, Fernandes VA, De Lazari KM, Porcionato JM. Evaluation of the performance of a management contract between a health social organization and the mayor of a city in the interior of São Paulo. *Medicina (Ribeirao Preto Online)* [Internet].2022;55(2):e-181564. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.181564>.
128. Krüger TR, Reis C. Social Organizations and the Management of SUS Services. *Serv. Soc. Soc*. 2019; (135):271-289. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.178>.
129. Pires DEP, Vandresen L, Forte ECN, Machado RR, Melo TAP. Management in primary health care: implications on managers workloads. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180216. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216>.

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal 1

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa — CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE APÓS A ALTA HOSPITALAR: AÇÕES E TEMPO DEMANDADO PELO ENFERMEIRO realizada pela aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FAMERP Adriéli Donati Mauro sob orientação da Prof.^a Dr.^a Marcia Galan Perroca e Prof.^a Dr.^a Danielle Fabiana Cucolo, responsáveis pelo projeto.

Esta etapa do estudo objetiva: analisar como ocorre a articulação entre a atenção hospitalar e básica de saúde relacionada à alta responsável do paciente e a continuidade do cuidado após internação hospitalar; e identificar as ações desenvolvidas e o tempo estimado pelos enfermeiros da atenção básica de saúde neste processo.

Sua participação consiste em debater em grupo (grupo focal) questões relativas à alta responsável e continuidade do cuidado ao paciente. Os encontros serão planejados em local de fácil acesso e cada grupo será composto, em média, por 10 enfermeiros. Estima-se entre três a quatro encontros por grupo com duração de uma hora e trinta minutos a duas horas cada encontro. Os grupos serão conduzidos por uma das pesquisadoras, como moderadora esclarecendo, inicialmente, as questões centrais de cada encontro, seu papel e seguirá um roteiro norteador com flexibilidade na condução do grupo a partir de pontos não previstos e que se mostrarem relevantes aos participantes.

As discussões serão gravadas e filmadas, mediante consentimento dos participantes, e observações registradas ao longo dos encontros. Ao final de cada encontro serão retomados pontos relevantes abordados no grupo e anotados pelo pesquisador/moderador como devolutiva aos enfermeiros e contribuição na análise e tratamento dos dados.

Os riscos envolvidos são mínimos. Queremos deixar claro que as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome. Será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados. Os dados coletados serão utilizados

apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

Poderá tirar qualquer dúvida a respeito do estudo e, se necessário, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 Bairro São Pedro, CEP: 15090-000 fone: (017) 3201-5722 e-mail: marcia.perroca@famerp.br e danielle.fabiana.cucolo@gmail.com na FAMERP. 16

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Padre Albino está disponível no endereço eletrônico: CEP@unifipa.com.br. O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Data: ____/____/____.

Profa Dra Marcia Galan Perroca
Pesquisadora Responsável

Profa Dra Danielle Fabiana Cucolo
Pesquisadora Responsável

Adriéli Donati Mauro

APÊNDICE 2 - Grupo Focal 1 - Experiências de Enfermeiros da AH e da APS

GRUPO FOCAL: () ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE () ATENÇÃO HOSPITALAR

UNIDADE ONDE TRABALHA: _____

IDADE: _____ ANOS SEXO: F() M()

ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO: _____

PÓS-GRADUAÇÃO: () ESPECIALIZAÇÃO () RESIDÊNCIA () MESTRADO ()
DOUTORADO

QUAL ÁREA: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COMO ENFERMEIRO: _____ ANOS

EXPERIÊNCIA NA ÁREA (HOSPITALAR OU ABS): _____ ANOS

TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE COMO ENFERMEIRO _____ ANOS

QUESTÕES NORTEADORAS

1. A alta responsável está instituída no município? Qual é o fluxo e/ou critérios estabelecidos entre a atenção hospitalar e a APS?
2. Como ocorre a comunicação entre a atenção hospitalar e a ABS diante da alta do paciente e a necessidade de continuar o cuidado na comunidade?
3. Quais estratégias são adotadas por esses pontos de atenção para garantir a continuidade do cuidado após a internação hospitalar?
4. Quais são os pontos facilitadores e dificultadores dessa articulação?

APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal 2

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa — CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE APÓS A ALTA HOSPITALAR: AÇÕES E TEMPO DEMANDADO PELO ENFERMEIRO| realizada pela aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FAMERP Adriéli Donati Mauro sob orientação da Prof.^a Dr.^a Marcia Galan Perroca e Prof.^a Dr.^a Danielle Fabiana Cucolo, responsáveis pelo projeto.

Esta etapa do estudo objetiva: conhecer a vivencia de enfermeiros da Atenção Primária em Saúde sobre as ações desenvolvidas após a alta hospitalar. Sua participação consiste em debater em grupo (grupo focal) questões relativas à alta responsável e continuidade do cuidado ao paciente. Os encontros serão planejados em local de fácil acesso e cada grupo será composto, em média, por 10 enfermeiros. Estima-se entre três a quatro encontros por grupo com duração de uma hora e trinta minutos a duas horas cada encontro. Os grupos serão conduzidos por uma das pesquisadoras, como moderadora esclarecendo, inicialmente, as questões centrais de cada encontro, seu papel e seguirá um roteiro norteador com flexibilidade na condução do grupo a partir de pontos não previstos e que se mostrarem relevantes aos participantes.

As discussões serão gravadas e filmadas, mediante consentimento dos participantes, e observações registradas ao longo dos encontros. Ao final de cada encontro serão retomados pontos relevantes abordados no grupo e anotados pelo pesquisador/moderador como devolutiva aos enfermeiros e contribuição na análise e tratamento dos dados.

Os riscos envolvidos são mínimos. Queremos deixar claro que as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome. Será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

Poderá tirar qualquer dúvida a respeito do estudo e, se necessário, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 Bairro São Pedro, CEP:

15090-000 fone: (017) 3201-5722 e-mail: marcia.perroca@famerp.br e danielle.fabiana.cucolo@gmail.com na FAMERP. 16

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Padre Albino está disponível no endereço eletrônico: CEP@unifipa.com.br. O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Data: ____/____/____.

Profa Dra Marcia Galan Perroca
Pesquisadora Responsável

Profa Dra Danielle Fabiana Cucolo
Pesquisadora Responsável

Adriéli Donati Mauro

APÊNDICE 4 - Grupo Focal 2 - Ações desenvolvidas na APS

UNIDADE ONDE TRABALHA: _____

IDADE: _____ ANOS SEXO: F() M()

ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO: _____

PÓS-GRADUAÇÃO: () ESPECIALIZAÇÃO () RESIDÊNCIA () MESTRADO

() DOUTORADO

QUAL ÁREA: _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COMO ENFERMEIRO: _____ ANOS

EXPERIÊNCIA NA ÁREA (HOSPITALAR OU ABS): _____ ANOS

TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE COMO ENFERMEIRO _____ ANOS

QUESTÕES NORTEADORAS

1. O que você entende por Alta Responsável?
2. Quais ações o enfermeiro da ABS realiza no processo de alta responsável para continuar o cuidado ao paciente na comunidade?
3. Como e quando ocorre o primeiro contato com o paciente e/ou familiar após a alta hospitalar?
4. O planejamento do cuidado é realizado em conjunto com familiar/cuidador?
5. Quais profissionais participam do planejamento do cuidado após a alta responsável?
6. Quais são os fatores dificultadores e facilitadores no desenvolvimento das ações do enfermeiro para continuidade do cuidado ao paciente após a internação hospitalar?

APÊNDICE 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Juízes

Caro colega,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE APÓS A ALTA HOSPITALAR: AÇÕES E TEMPO DEMANDADO PELO ENFERMEIRO” realizada pela aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FAMERP Adriéli Donati Mauro sob orientação da Prof.^a Dr.^a Marcia Galan Perroca e Prof.^a Dr.^a Danielle Fabiana Cucolo, responsáveis pelo projeto.

Esta etapa da pesquisa objetiva: analisar a pertinência, clareza, conteúdo e redação de atividades a serem desenvolvidas pelo enfermeiro da Atenção Primária à Saúde relativas à alta hospitalar responsável, uma diretriz da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP, 2013) no sentido de reforçar a autonomia do paciente e familiar sobre o autocuidado e continuar a assistência nos diferentes pontos da rede, de forma articulada.

Sua participação consiste em responder um questionário que contemplará uma caracterização sócio-profissional do participante e uma listagem com 18 atividades e cada uma delas deverá ser avaliada quanto a pertinência, clareza, conteúdo e redação. Estima-se 10 minutos para preenchimento e, visando obter consenso entre os especialistas, seguindo a Técnica Delphi, além dessa fase, você poderá ser convidado a participar de outra(s) rodada(s) para nova apreciação mediante alterações sugeridas e realizadas no conteúdo das atividades. Os riscos envolvidos são mínimos; as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e, a qualquer momento, poderá desistir de participar dessa pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo. Poderá tirar qualquer dúvida a respeito do estudo e, se necessário, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: marcia.perroca@famerp.br e danielle.fabiana.cucolo@gmail.com e, para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Padre Albino está disponível no endereço eletrônico: CEP@unifipa.com.br. O CEP A partir do aceite em participar do estudo, o formulário de pesquisa será apresentado para validação de conteúdo seguindo a Técnica Delphi.

APÊNDICE 6 – Questionário Técnica Delphi

Agradecemos o aceite e, para caracterização dos participantes, alguns dados sócio-profissionais são necessários:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____ anos

Instituição: _____

Cargo/Função atual: _____

Tempo de atuação como enfermeiro (anos): _____

Tempo de atuação como enfermeiro na função atual (anos): _____

Tempo de experiência profissional na Atenção Primária à Saúde: _____

Formação:

() Especialização () Concluída () Em andamento

() Mestrado () Concluído () Em andamento

() Doutorado () Concluído () Em andamento

() Outros:

ATIVIDADES DO ENFERMEIRO DA APS

A seguir, as atividades são apresentadas e, para cada uma delas deverá considerar apenas uma alternativa para expressar a sua opinião e, por gentileza, justificar/sugerir alterações:

1. Solicitar, via telefone, o comparecimento do paciente/familiar à unidade de referência.

Pertinente? () sim () não Clareza? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

2. Revisar o plano de alta recebido da instituição hospitalar e recomendar adequações, se necessário.

Pertinente? () sim () não Clareza? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

3. Discutir com o Agente Comunitário de Saúde a necessidade de busca ativa do paciente que recebeu/receberá alta.

Pertinente? () sim () não Clareza? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

4. Agendar visita domiciliar para avaliação das necessidades de cuidados e condições sociais.

Pertinente? () sim () não Clareza? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações
4. () não apropriado

Justificativa e Sugestões:

5. Realizar visita domiciliar inicial para avaliação das necessidades de cuidados e condições sociais.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

6. Identificar necessidades de saúde, grau de autonomia do paciente e familiares para a implementação dos cuidados no domicílio e prever o uso de equipamentos e suprimentos, quando necessário.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

7. Orientar paciente/família sobre fluxos/processos para obter equipamentos/suprimentos e, se necessário, realizar a solicitação.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

8. Explicar o sistema de atendimento de saúde, seu funcionamento e o que o paciente/família pode esperar.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

9. Capacitar os cuidadores para atenção à saúde no domicílio através de orientação verbal e demonstração de procedimentos, quando necessário, acolhendo e esclarecendo dúvidas e queixas.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

10. Realizar procedimentos de enfermagem no domicílio.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

11. Participar de reuniões para o planejamento interprofissional (Matriciamento).

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações
4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

12. Organizar e coordenar reuniões com a equipe da unidade de saúde para compartilhar informações/discutir a situação do paciente e planejar intervenções.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

13. Coordenar os atendimentos da equipe de saúde na unidade e as visitas domiciliares.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

14. Identificar agendamento de retorno às especialidades médicas para acompanhamento dos cuidados e comunicar paciente/família reforçando a importância desse seguimento.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

15. Identificar a necessidade de transporte para deslocamento do paciente aos serviços de saúde onde será atendido e acompanhado pelas especialidades e realizar o agendamento desse recurso.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativas e Sugestões:

16. Planejar os cuidados junto aos serviços de reabilitação (por exemplo: fisioterapia) e/ou serviço de atenção domiciliar (SAD), quando disponíveis para atendimento.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

17. Realizar ações educativas para desenvolvimento dos profissionais voltadas ao processo de alta responsável e continuidade dos cuidados.

Pertinente? () sim () não Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações

4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

18. Participar de reuniões com gestores e/ou representantes dos diferentes níveis de atenção à saúde para articulação de ações/fluxos/protocolos relativos à alta hospitalar, transição e continuidade dos cuidados.

Pertinente? () sim () não

Clareza ? () sim () não

Conteúdo e redação: () 1.mantidos () 2. pequenas alterações () 3. muitas alterações
4. () não apropriados

Justificativa e Sugestões:

SUGESTÕES DE ACRÉSCIMOS DE ATIVIDADES PERTINENTES AO TEMA E NÃO ABORDADAS NA LISTAGEM APRESENTADA:

.....

APÊNDICE 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pesquisa Survey

Caro(a) colega,

Você está sendo convidado(a) a participar da *pesquisa “Continuidade do Cuidado ao Paciente Após a Alta Hospitalar: Ações e Tempo Demandado pelo Enfermeiro”* realizada pela aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FAMERP Adriéli Donati Mauro sob orientação da Prof.^a Dr.^a Marcia Galan Perroca e Prof.^a Dr.^a Danielle Fabiana Cucolo, responsáveis pelo projeto. Ela tem por objetivos obter a opinião de enfermeiros da APS sobre o processo de alta responsável e continuidade dos cuidados no domicílio.

Queremos deixar claro que a sua identidade e a origem das informações não serão divulgadas, não havendo prejuízo pessoal e profissional e também nenhuma despesa com a pesquisa. Você tem direito a recusar ou desistir de sua participação a qualquer momento. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

Declaro que entendi o Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto.

() Sim

E-mail:

APÊNDICE 8 - Questionário Web Survey

Caracterização dos Participantes

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____ anos

Cargo/Função atual: _____

Tempo de atuação como enfermeiro (anos): _____

Tempo de atuação como enfermeiro na APS (anos): _____

Cidade: () Catanduva () São José do Rio Preto

Local de trabalho:

() UBS

() USF

() Consultório na rua

() Quadro de Apoio

() EMAD

() Outro: _____

Equipe

() Apenas 1 equipe

() Enfermeiro da equipe 2

() Enfermeiro da equipe 3

() Enfermeiro da equipe 4

() Outro

Nome da unidade de Saúde em que atua: _____

Formação adicional (considere a mais alta):

() Especialização: Qual? _____

() Residência: Qual ? _____

() Mestrado

() Doutorado

() Outra: _____

Atividades realizadas pelo enfermeiro da APS para a continuidade do cuidado

Abaixo existe uma lista de 17 atividades realizadas pelo enfermeiro na APS, validada por juízes, apresentadas em ordem sequencial de execução. Solicitamos que assinale, em cada uma, a frequência e momento em que são realizadas, tempo estimado para execução, profissionais que colaboram nas ações, resultados obtidos (qualidade) e dificuldades vivenciadas no processo.

1-Solicitar, por telefone, o comparecimento do usuário/familiar à unidade de referência.

Frequência: () sempre () às vezes () nunca

Momento:

- () No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
- () No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- () No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- () No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- () No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- () Outro: especificar

Realização da atividade:

- () Apenas pelo enfermeiro
- () Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- () Não há colaboração de outro profissional
- () Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- () Médico
- () Assistente social
- () Nutricionista
- () Fisioterapeuta
- () Psicólogo
- () Farmacêutico
- () ACS
- () Auxiliar Administrativo
- () Cirurgião Dentista
- () Fonoaudiólogo
- () Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- () Muito deficiente
- () Deficiente
- () Boa
- () Muito boa
- () Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? () sim () não
Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....
.....

2- Inteirar-se sobre o plano de alta recebido da instituição hospitalar e recomendar adequações, se necessário a este serviço

Frequência: () sempre () às vezes () nunca

Momento:

- () No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
- () No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- () No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- () No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- () No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- () Outro: especificar

Realização da atividade:

- () Apenas pelo enfermeiro
- () Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- () Não há colaboração de outro profissional
- () Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- () Médico
- () Assistente social
- () Nutricionista
- () Fisioterapeuta
- () Psicólogo
- () Farmacêutico
- () ACS
- () Auxiliar Administrativo
- () Cirurgião Dentista
- () Fonoaudiólogo
- () Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- () Muito deficiente
- () Deficiente
- () Boa
- () Muito boa
- () Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? () sim () não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

3- Orientar a equipe a estabelecer como rotina a busca ativa e acompanhamento do usuário que recebeu/receberá alta.

Frequência: () sempre () às vezes () nunca

Momento:

- No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
- No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- Outro: especificar

Realização da atividade:

- Apenas pelo enfermeiro
- Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- Não há colaboração de outro profissional
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- Médico
- Assistente social
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Farmacêutico
- ACS
- Auxiliar Administrativo
- Cirurgião Dentista
- Fonoaudiólogo
- Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- Muito deficiente
- Deficiente
- Boa
- Muito boa
- Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? sim não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

4-Planejar a visita domiciliar com a equipe de saúde para identificação de necessidades de saúde e condições sociais do usuário.

Frequência: sempre às vezes nunca

Momento:

- No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital

- () No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () Outro: especificar

Realização da atividade:

- () Apenas pelo enfermeiro
 () Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- () Não há colaboração de outro profissional
 () Auxiliar/Técnico de Enfermagem
 () Médico
 () Assistente social
 () Nutricionista
 () Fisioterapeuta
 () Psicólogo
 () Farmacêutico
 () ACS
 () Auxiliar Administrativo
 () Cirurgião Dentista
 () Fonoaudiólogo
 () Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- () Muito deficiente
 () Deficiente
 () Boa
 () Muito boa
 () Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? () sim () não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

5- Realizar a visita domiciliar inicial para avaliação das necessidades de cuidados e condições sociais.

Frequência: () sempre () às vezes () nunca

Momento:

- () No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
 () No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital

- () No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () Outro: especificar

Realização da atividade:

- () Apenas pelo enfermeiro
 () Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- () Não há colaboração de outro profissional
 () Auxiliar/Técnico de Enfermagem
 () Médico
 () Assistente social
 () Nutricionista
 () Fisioterapeuta
 () Psicólogo
 () Farmacêutico
 () ACS
 () Auxiliar Administrativo
 () Cirurgião Dentista
 () Fonoaudiólogo
 () Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- () Muito deficiente
 () Deficiente
 () Boa
 () Muito boa
 () Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? () sim () não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

Comentários referentes às atividades 1-5 (opcional):

.....

6- Identificar as necessidades de saúde, o uso de equipamentos e/ou suprimentos e o grau de autonomia do usuário/família para a implementação dos cuidados no domicílio.

Frequência: () sempre () às vezes () nunca

Momento:

- () No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
 () No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital

- () No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () Outro: especificar

Realização da atividade:

- () Apenas pelo enfermeiro
 () Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- () Não há colaboração de outro profissional
 () Auxiliar/Técnico de Enfermagem
 () Médico
 () Assistente social
 () Nutricionista
 () Fisioterapeuta
 () Psicólogo
 () Farmacêutico
 () ACS
 () Auxiliar Administrativo
 () Cirurgião Dentista
 () Fonoaudiólogo
 () Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- () Muito deficiente
 () Deficiente
 () Boa
 () Muito boa
 () Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? () sim () não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

7- Orientar usuário/família sobre fluxos/processos para obter equipamentos/suprimentos e, se necessário, realizar a solicitação.

Frequência: () sempre () às vezes () nunca

Momento:

- () No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
 () No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () Outro: especificar

Realização da atividade:

- Apenas pelo enfermeiro
 Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- Não há colaboração de outro profissional
 Auxiliar/Técnico de Enfermagem
 Médico
 Assistente social
 Nutricionista
 Fisioterapeuta
 Psicólogo
 Farmacêutico
 ACS
 Auxiliar Administrativo
 Cirurgião Dentista
 Fonoaudiólogo
 Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- Muito deficiente
 Deficiente
 Boa
 Muito boa
 Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? sim não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

8-Explicar o funcionamento do processo de atendimento na rede de atenção à saúde e o agendamento para retorno/acompanhamento.

Frequência: sempre às vezes nunca

Momento:

- No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
 No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 Outro: especificar

Realização da atividade:

- Apenas pelo enfermeiro

Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- Não há colaboração de outro profissional
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- Médico
- Assistente social
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Farmacêutico
- ACS
- Auxiliar Administrativo
- Cirurgião Dentista
- Fonoaudiólogo
- Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- Muito deficiente
- Deficiente
- Boa
- Muito boa
- Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? sim não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

9- Capacitar os cuidadores para atenção à saúde no domicílio por meio de orientação verbal, escrita, e demonstração de procedimentos, quando necessário, acolhendo e esclarecendo dúvidas e queixas.

Frequência: sempre às vezes nunca

Momento:

- No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
- No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- Outro: especificar

Realização da atividade:

- Apenas pelo enfermeiro
- Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- Não há colaboração de outro profissional
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- Médico
- Assistente social
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Farmacêutico
- ACS
- Auxiliar Administrativo
- Cirurgião Dentista
- Fonoaudiólogo
- Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- Muito deficiente
- Deficiente
- Boa
- Muito boa
- Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? sim não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

10- Realizar visita de acompanhamento e/ou procedimentos de enfermagem no domicílio.

Frequência: sempre às vezes nunca

Momento:

- No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
- No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- Outro: especificar

Realização da atividade:

- Apenas pelo enfermeiro
- Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- Não há colaboração de outro profissional
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- Médico

- Assistente social
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Farmacêutico
- ACS
- Auxiliar Administrativo
- Cirurgião Dentista
- Fonoaudiólogo
- Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- Muito deficiente
- Deficiente
- Boa
- Muito boa
- Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? sim não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

Comentários referentes às atividades 6-10 (opcional):

.....

11- Organizar reuniões com a equipe da unidade de saúde para compartilhar informações do usuário, discutir a situação e planejar as intervenções.

Frequência: sempre às vezes nunca

Momento:

- No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
- No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- Outro: especificar

Realização da atividade:

- Apenas pelo enfermeiro
- Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- Não há colaboração de outro profissional
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem

- Médico
- Assistente social
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Farmacêutico
- ACS
- Auxiliar Administrativo
- Cirurgião Dentista
- Fonoaudiólogo
- Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- Muito deficiente
- Deficiente
- Boa
- Muito boa
- Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? sim não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

12- Participar e/ou coordenar reuniões de planejamento interprofissional.

Frequência: sempre às vezes nunca

Momento:

- No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
- No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- Outro: especificar

Realização da atividade:

- Apenas pelo enfermeiro
- Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- Não há colaboração de outro profissional
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- Médico
- Assistente social
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo

- Farmacêutico
- ACS
- Auxiliar Administrativo
- Cirurgião Dentista
- Fonoaudiólogo
- Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- Muito deficiente
- Deficiente
- Boa
- Muito boa
- Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? sim não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

13- Coordenar os atendimentos da equipe de sua unidade de saúde e as visitas domiciliares.

Frequência: sempre às vezes nunca

Momento:

- No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
- No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- Outro: especificar

Realização da atividade:

- Apenas pelo enfermeiro
- Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- Não há colaboração de outro profissional
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- Médico
- Assistente social
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Farmacêutico
- ACS
- Auxiliar Administrativo
- Cirurgião Dentista

- () Fonoaudiólogo
 () Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- () Muito deficiente
 () Deficiente
 () Boa
 () Muito boa
 () Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? () sim () não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

14- Se necessário, planejar os cuidados junto a outros serviços da rede de atenção à saúde (reabilitação, Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD e outros) para a integração do cuidado.

Frequência: () sempre () às vezes () nunca

Momento:

- () No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
 () No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () Outro: especificar

Realização da atividade:

- () Apenas pelo enfermeiro
 () Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- () Não há colaboração de outro profissional
 () Auxiliar/Técnico de Enfermagem
 () Médico
 () Assistente social
 () Nutricionista
 () Fisioterapeuta
 () Psicólogo
 () Farmacêutico
 () ACS
 () Auxiliar Administrativo
 () Cirurgião Dentista
 () Fonoaudiólogo

() Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- () Muito deficiente
 () Deficiente
 () Boa
 () Muito boa
 () Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? () sim () não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

15- Realizar ações educativas para desenvolvimento dos profissionais voltadas ao processo de alta responsável e continuidade dos cuidados.

Frequência: () sempre () às vezes () nunca

Momento:

- () No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
 () No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
 () Outro: especificar

Realização da atividade:

- () Apenas pelo enfermeiro
 () Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- () Não há colaboração de outro profissional
 () Auxiliar/Técnico de Enfermagem
 () Médico
 () Assistente social
 () Nutricionista
 () Fisioterapeuta
 () Psicólogo
 () Farmacêutico
 () ACS
 () Auxiliar Administrativo
 () Cirurgião Dentista
 () Fonoaudiólogo
 () Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- Muito deficiente
- Deficiente
- Boa
- Muito boa
- Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? sim não

Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....

16- Participar de reuniões com gestores e/ou representantes dos diferentes níveis de atenção à saúde para articulação de ações/fluxos/protocolos relativos à alta hospitalar, transição e continuidade dos cuidados.

Frequência: sempre às vezes nunca

Momento:

- No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
- No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- Outro: especificar

Realização da atividade:

- Apenas pelo enfermeiro
- Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- Não há colaboração de outro profissional
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- Médico
- Assistente social
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Farmacêutico
- ACS
- Auxiliar Administrativo
- Cirurgião Dentista
- Fonoaudiólogo
- Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- Muito deficiente
- Deficiente
- Boa
- Muito boa
- Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? sim não
Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?

.....
.....

17-Avaliar o atendimento das necessidades de cuidados do usuário/família e discutir com a equipe de saúde as estratégias para qualificação do cuidado.

Frequência: sempre às vezes nunca

Momento:

- No mesmo dia da confirmação, pela APS, do recebimento do plano de alta do hospital
- No primeiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No segundo dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No terceiro dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- No quarto dia após a APS confirmar o recebimento do plano de alta do hospital
- Outro: especificar

Realização da atividade:

- Apenas pelo enfermeiro
- Em colaboração com outros profissionais

Profissionais que colaboram:

- Não há colaboração de outro profissional
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- Médico
- Assistente social
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Farmacêutico
- ACS
- Auxiliar Administrativo
- Cirurgião Dentista
- Fonoaudiólogo
- Terapeuta Ocupacional

Tempo estimado (considere preparo e execução): minutos

Como você classificaria a qualidade (resultados obtidos) desta atividade?

- Muito deficiente
- Deficiente

- () Boa
- () Muito boa
- () Excelente

Encontra dificuldades para sua condução? () sim () não
Em caso afirmativo, poderia descrevê-las?


.....
.....

Comentários referentes às atividades 11-17 (opcional):

.....
.....

AGRADECEMOS A SUA CONTRIBUIÇÃO!

ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

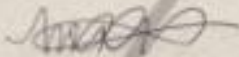
Parecer nº 3.198.240

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa **CAAE 08412019.4.0000.5415** sob a responsabilidade de **Marcia Galan Perroca** com o título **"TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR: TEMPO DEDICADO PELA ENFERMAGEM E EFETIVIDADE DO PROCESSO"** está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP.**

Lembramos ao senhor (a) pesquisador (a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 14 de março de 2019.



Prof. Dr. Maria Rita Rodrigues Vieira
Coordenadora do CEP/FAMERP em exercício

17.3201.5413
cep@famerp.ufamerp.br
Av. Brigadeiro Faria Lima 5415 | Vila São Pedro
13008-000 | São José do Rio Preto - SP
www.famerp.br/cep

Divulgação

DIVULGAÇÃO EM EVENTOS

O estudo decorrente da parte inicial da dissertação intitulado “CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE: ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO HOSPITALAR E PRIMÁRIA À SAÚDE” foi apresentado no XVII CAIC – Congresso Anual de Iniciação Científica e V Congresso Científico FAMERP FUNFARME, realizado em 21 de outubro de 2020 através do Google Meet.

A parte seguinte, referente ao Mapeamento e Validação das Atividades de Alta Responsável, “AÇÕES DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA CONTINUAR OS CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR” foi divulgada em dois eventos: XVIII CAIC – Congresso Anual de Iniciação Científica e VI Congresso Científico FAMERP/FUNFARME, realizado em 20 de outubro de 2021, através do Google Meet; e também, no XV Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo (ENFHESP)(online), realizado no dia 21 de outubro de 2021.

Os certificados da divulgação das apresentações encontram-se a seguir.

Declaração de Apresentação de Trabalho

Declaro que **ADRIELI DONATI MAURO, DANIELLE FABIANA CUCOLO, MARCIA GALAN FERROCA**, apresentaram o trabalho intitulado: **CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE: ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO HOSPITALAR E PRIMARIA A SAÚDE**, durante o XVII CAIC – Congresso Anual de Iniciação Científica e V Congresso Científico FAMERP/FUNFARME, realizado em 21 de outubro de 2020, no Google Meet.

Profa. Dra. Lucia Marinilza Beccaria
Presidente do Evento

Profa. Dra. Suzana Margareth Ajeje Lobo
Diretora Adjunta de Pesquisa

Documento emitido no dia 10 de janeiro de 2022.

Código de validação: **4A5C-82FC-832E-48FD-86D3**

A autenticidade deste documento pode ser verificada na página da FAMERP

<http://certdec.famerp.br/Valida.aspx>

Declaração de Apresentação de Trabalho

Declaro que **ADRIELI DONATI MAURO, DANIELLE FABIANA CUCOLO, MARCIA GALAN FERROCA**, apresentaram o trabalho intitulado: **AÇÕES DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE PARA CONTINUAR OS CUIDADOS APOS A ALTA HOSPITALAR**, durante o XVIII CAIC – Congresso Anual de Iniciação Científica e VI Congresso Científico FAMERP/FUNFARME, realizado em 20 de outubro de 2021, no Google Meet.

Prof. Dr. Luiz Carlos de Mattos
Diretor Adjunto de Pesquisa

Documento emitido no dia 10 de janeiro de 2022.

Código de validação: **753A-02AB-F13F-4817-8A5F**

A autenticidade deste documento pode ser verificada na página da FAMERP

<http://certdec.famerp.br/Valida.aspx>

Certificado

XV Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino
do Estado de São Paulo – ON LINE

Protagonismo da Enfermagem no Enfrentamento da
Pandemia da Covid-19



Certificamos que o trabalho

AÇÕES DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA CONTINUAR OS CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR, dos autores DANIELLE FABIANA CUCOLO, ADRIÉLI DONATI MAURO, MARCIA GALAN PERROCA, foi apresentado no formato PÔSTER no XV Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo (online), realizado nos dias 21 e 22 de outubro de 2021.

São Paulo, 22 de outubro de 2021.

Enª Drª Yeda Aparecida Carneiro
Diretora de Enfermagem do Hospital São Paulo
Presidente do XV ENFHESP

Profª Drª Alexandre Pазetto Balsanelli
Diretor da Escola Paulista de Enfermagem
Vice-Presidente do XV ENFHESP

Enª Drª Caio Sussumu M. Motoyama
Gerente Executivo de Educação Permanente do HSP
Coordenador da Comissão Científica do XV ENFHESP



PUBLICAÇÃO

Os achados desse estudo possibilitaram, até o momento, a produção de um artigo publicado, em 2021, na Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP) abordando os dois lados do processo de transição dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde do município em estudo - DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>.